

De las pasiones del alma a la locura del cuerpo: el control médico del cuerpo y las emociones en la transición de las representaciones médico-psiquiátricas en México 1890-1930¹

Avance de Investigación en curso Financiada por la UNAM-DGAPA_PAPIIT IN304012

GT26. Sociología del cuerpo y las emociones

Oliva López Sánchez²

Félix Velasco Alva³

Resumen

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 DGAPA-UNAM Registro IN304012. Basándonos en el marco de la antropología del cuerpo y las emociones, la historia cultural y la perspectiva de género, proponemos realizar un análisis de la transición de las representaciones médico-filosóficas sobre el alma y las pasiones, al cuerpo y las emociones en el contexto del diagnóstico y la terapéutica psiquiátrica de finales del siglo XIX y principios del XX en México, tomando para ello el caso de la histeria y la epilepsia.

Palabras claves: emociones, histeria, epilepsia

Introducción

El estudio de las emociones ha constituido un tema siempre presente en distintas áreas del conocimiento, dentro de las ciencias sociales y humanas, no ha sido la excepción; los grandes relatos sociológicos y antropológicos⁴ tienen en paralelo, un relato en clave de emociones. Sin embargo es hasta la década de los años ochenta del siglo XX que nacen una serie de disciplinas cuyo campo de estudio son las emociones. Entonces tenemos a la antropología de las emociones, a la sociología de las emociones y la historia cultural de las emociones y al construccionismo social de las emociones.

Las emociones van adquiriendo importancia dentro de las ciencias sociales porque se ha reconocido su valor heurístico para entender la vida social e individual, en tanto que las emociones juegan un papel fundamental en la vida social de los sujetos. En el sentido sociológico las emociones son un rasgo de identificación, apego y cohesión social, en este sentido son producto y origen de la colectividad porque la vida afectiva establece un vínculo social.⁵ Para Gordon⁶ la emoción es una combinación de sensaciones corporales, gestos y significaciones culturales aprendidas a través de las

¹ 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.

² Profesora Titular “C” TC. UNAM FES Iztacala. Carrera de Psicología.

³ Dr. en Psiquiatría y Psicoanalista. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

⁴ Döveling, Katrin (2009) “Mediated Parasocial Emotions and Community: How Media May Strengthen or Weaken Social Communities”, en Debra Hopkins, Jochen Kleres, Helena Flam y Helmut Kuzmics,(eds) *Theorizing Emotions. Sociological Exploration and Applications*, Campus Verlag, Frankfurt/New York, pp.315-337.

⁵ Durkheim, Emile (1968) *Las formas elementales de la vida religiosa*, París, PUF.

⁶ Gordon S.L “The Sociology of sentiments and emotion” en Ronsenberg M., Turner R.H (comps) (1981), *Social Psychology: Sociological Perspectives*, Nueva York, Basic Book. Citado en Le Breton. Op.cit

relaciones sociales. Por su parte David Le Breton,⁷ sostiene que el hombre está afectivamente en el mundo y la existencia es un hilo continuo de sentimientos difusos, cambiantes y contradictorios. El goce del mundo es una emoción que cada situación renueva según sus propios colores. La misma actividad del pensamiento no escapa a ese filtro, en otras palabras, las emociones forman parte del flujo de acontecimientos del *ser siendo*. Las acciones de los sujetos se constituyen en un repertorio de signos que se manifiestan a través de las emociones. Las cuales forman parte de los procesos colectivos e individuales, son la emanación de un medio humano dado y de un universo social construido y compartido colectivamente. Las investigaciones etnográficas, la historia de las mentalidades y de las ideas ponen de manifiesto que el significado de las emociones es cambiante, según los grupos sociales y sus circunstancias. La antropología evidencia pues el carácter socialmente construido de la vida afectiva, incluso en sus aspectos más íntimos⁸.

En todo este escenario precedente debemos hacer un alto para reflexionar que las emociones son una categoría psicológica creada en la transición del siglo XVIII al XIX. El estudio de las pasiones del alma fue un tema de la filosofía, en los siglos XVIII y XIX con la influencia de la episteme cartesiana un siglo antes, las pasiones fueron transitando a una noción más organicista, la cual encontró un sustento evolutivo en 1872 con el trabajo de Darwin "*La expresión de las emociones*". Posteriormente, las emociones se entendieron como la parte *sintiente* de una nueva categoría psíquica, el *yo*. Por estas razones, las emociones deben ser entendidas como las formas del sentir secularizado en un mundo en el que la ciencia médica se erigió como la mediadora entre el humano y la naturaleza, en esa lógica de dualidad, las emociones tienen un sitio dentro de las epistemes científicas, sólo que ocupan un espacio siempre en oposición a la razón, y por lo tanto se han asociado, primero a la parte baja de la condición humana y las pasiones del alma, y en el siglo XIX y XX se convirtieron en síntomas de enfermedad mental.

Por todo lo anterior, el objetivo del texto es presentar un análisis de la transición de las representaciones médico-filosóficas sobre el alma y las pasiones⁹, al cuerpo y las emociones en el contexto del diagnóstico y la terapéutica psiquiátrica de finales del siglo XIX y principios del XX en México.

El trabajo está organizado en tres apartados: en el primero presentamos un esbozo histórico de la relación entre pasiones y locura/emociones y enfermedad mental teniendo en cuenta los discursos de los próceres europeos de la psiquiatría como rama especializada de la medicina científica. En el segundo se esboza un panorama general de los estudios de las emociones en la filosofía y la psicología en occidente. En el tercer apartado entramos al análisis de dos padecimientos: histeria y epilepsia en el contexto de la insipiente psiquiatría mexicana para evidenciar la importancia de las emociones como un acto disruptivo de la inteligencia, la pérdida de la cordura y la falta de sensatez. Cerramos con unas breves reflexiones.

La relación entre salud mental y emociones: un esbozo histórico

La historia de la psiquiatría, señala una relación intrínseca entre la vida desordenada (las pasiones) y la locura desde la medicina antigua grecorromana hasta los inicios de la psiquiatría del siglo XIX representada por Pinel, Kraepelin y Esquirol, el tema de los excesos en las pasiones han

⁷ Le Breton, David (1999) *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires, Nueva Visión.

⁸ Lutz, Catherine y White, Geoffrey M. (1986) "The Anthropology of Emotions", *Ann. Rev. Anthropol.*, 15:405-36.

⁹ Pasiones: perturbaciones o alteraciones del ánimo que causan en el cuerpo un particular movimiento, ya sea de compasión o misericordia, ira, venganza, tristeza o alegría. Cfr. Covarrubias, Sebastián (1993) *Tesoro de la lengua castellana o española*, Barcelona, Alta Fulla, p. 46, citado en; Tausiet, María y Amelang, S. James (2009).

formado parte de la nosografía médico-psiquiátrica¹⁰. Por ejemplo, la frenesís o frenitis conocida en el *corpus hippocraticum* se le consideró una locura aguda que se opone a la manía, ésta última caracterizada por estados de agitación y delirio. La frenesís se caracteriza por un pulso breve y rápido, insomnio o sueño agitado con pesadillas, temblores y espasmos y por un trastorno del juicio. La letargia se consideró una enfermedad más grave que la frenesís, caracterizada por un sofocamiento, el debilitamiento y la obnubilación de los sentidos, pulso espaciado y lento acompañado de fiebre. La manía constituida por la agitación y el delirio fue considerada en un inicio, más que una enfermedad, un síntoma de diferentes patologías, incluida la frenesís y la melancolía. La melancolía compuesta por dos sentimientos específicos tristeza y miedo es una enfermedad que afecta al pensamiento con tristeza y aversión por las cosas más queridas. En algunos casos se presentaba bilis negra abundante que atacaba el estómago y hacía vomitar.

La medicina hipocrática consideró que la enfermedad era la pérdida del equilibrio y en tal postulado no existe una dicotomía entre las enfermedades del cuerpo y las del alma. Todas las enfermedades tenían una explicación fisiológica y todas requerían tratamientos somáticos. La noción de partes del cuerpo de la medicina humoral sostuvo que cuando aparecía la enfermedad mental, el cerebro era la parte del cuerpo más afectada. El cerebro fue considerado el lugar del cual provienen los placeres, las alegrías, las risas, los pesares, las penas, los descontentos y las quejas. El desequilibrio en el cerebro era ocasionado por la flema o la bilis.

La relación entre bilis y humor negro con enfermedad mental alude como bien sostiene Saurí¹¹ a una relación entre la psicología individual y la antropología cultural porque nos sitúa en un campo entre la patología mental y la cultura. En la Edad media e incluso en el Renacimiento persistió la asociación entre el mal y lo negro, entre el diablo y la atrabilis. Los médicos de aquellas épocas asociaron los excesos con el pecado y el pecado con lo demoniaco. Esta relación permanecerá incluso en los inicios del siglo XIX. Aunque las causas del trastorno fueran interpretadas en términos somáticos, los errores, las malas decisiones, los impulsos y las pasiones en general fueron considerados dentro del ámbito de la voluntad e iniciativa racional del enfermo.¹² Persiste la asociación cristiana entre enfermedad y pecado con su respectiva contraparte terapéutica, temperancia y voluntad. La nosología de las enfermedades mentales ha estado asociada con su referente moral, tal es el caso de la *acedia*,¹³ la *atrabilis*,¹⁴ la *tristitia*¹⁵ o la *desperatio*¹⁶, afecciones vinculadas con la falta de temperancia e inmoralidad. Las nosografías médicas desde Hipócrates hasta Pinel, con respecto de las enfermedades mentales, persisten en mantener un doble discurso; uno teológico y otro, terapéutico-moral. Las propuestas terapéuticas encaminadas a tratar las consecuencias de la pérdida de la voluntad estuvieron sustentadas en una ética del trabajo. Si la enfermedad era la retribución del pecado, el tratamiento moral debía actuar sobre las pasiones, sobre los hábitos, sobre los sentimientos diferentes a los que la enfermedad había generado. En el siglo XIX, las propuestas terapéuticas de Pinel y Esquirol apoyaron la idea de una terapéutica moral. El aspecto punitivo y moralizador de los tratamientos estuvo inspirado en una idea de regeneración moral que tuvo la encomienda de llamar al orden.

Para Esquirol, las pasiones fueron consideradas como las verdaderas locuras: “Las afecciones morales son las causas más frecuentes de la lipemanía¹⁷ [...] el amor contrariado, los celos, la

¹⁰ Saurí Jorge (1996) *Historia de las ideas psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico*, Ediciones LOHLÉ-LUMEN, Buenos Aires.

¹¹ Saurí Jorge (1996)

¹² Saurí Jorge (1996)

¹³ Pereza

¹⁴ Pesimismo

¹⁵ Perversion de la voluntad

¹⁶ Desesperanza

¹⁷ Lipemanía: Terminó que sustituyó a l de melancolía y *tristimanía*, acuñado por Esquirol en 1820, entendido como una enfermedad del cerebro caracterizada por delirios crónicos y fijos en temas específicos, ausencia de fiebre y una tristeza

aprensión, que es la percepción de un mal futuro o que nos amenaza; el miedo, que es la percepción de un mal presente...¹⁸ La noción del sentir de las pasiones en el cuerpo fue fundamental, tanto para Esquirol como para Pinel, quienes retomaron de los textos hipocráticos¹⁹ la noción de *La metáfora del epigastrio* para dar cuenta de que las pasiones siendo corporales también se habían alineado junto al pensamiento y por ende pasaron a formar parte de lo que se llamó psiquismo.

La propuesta de la cronométrica de Franz Josef Gall,²⁰ más tarde llamada frenología (estudio del alma). Esta teoría relacionaba la forma de la cabeza con los rasgos de la personalidad. Sus conceptos sobre el papel que el cerebro tiene en las ideas, pensamientos y moralidad pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) las características morales e intelectuales del hombre son innatas; 2) el cerebro es el órgano del pensamiento, de los sentimientos y de «todas las facultades»; 3) el cerebro está compuesto de tantos órganos como tantos pensamientos, sentimientos y facultades existen; 4) la forma del cerebro, que «copia» o repite la forma del cerebelo, es el medio para «descubrir las cualidades y facultades fundamentales» de una persona.²¹

Como lo expresó Roy Porter²², la Ilustración aseguró el triunfo de una nueva y radical interpretación de la constitución misma de la naturaleza, la metafísica aristotélica fue derrocada por los modelos de la naturaleza vista como la materia en movimiento, que se rige por las leyes capaces de expresión matemática. La creación de este universo matemático destacó los procesos de la naturaleza humana se convirtió en la tarea principal de la ciencia descubrir, medir y cuantificar de una manera desconocida hasta ahora.²³ En esa lógica científica positivista se desarrolló también un conocimiento organicista que pretendió conocer el funcionamiento del organismo humano y establecer leyes sobre su funcionamiento para comprender los fenómenos fisiológicos sanos y diferenciarlos de los patológicos. En tal escenario, la comprensión ontológica de la enfermedad mental requirió de la delimitación de los signos y síntomas de la enfermedad mental con el fin de establecer criterios diagnósticos para su eventual clasificación y tratamiento. Siendo las emociones parte de la etiología de la enfermedad mental, según el discurso médico-psiquiátrico, éstas se constituyeron en signos y síntomas de los trastornos mentales (neurosis y posteriormente psicosis). La psiquiatría europea de corte más fenomenológico y experiencial siguió considerando a las emociones en el centro del diagnóstico psiquiátrico, pero ahora desde su descentración animista y posicionada en un marco de lo neurofisiológico. Las experiencias clínicas y la percepción del médico sobre la posibilidad o imposibilidad de establecer una relación recíproca con el paciente se basaron en la siguiente noción: “reconocer a alguien como una persona sana es establecer una relación recíproca con él”.²⁴

En los métodos fenomenológicos o descriptivos empleados por la psiquiatría europea de 1920, el médico funcionaba como una herramienta para el diagnóstico psiquiátrico, respondiendo como un instrumento afinado emocional a los estados mentales de sus pacientes. Estas prácticas se extendieron más allá del juicio clínico, a una tecnología del *yo* para los médicos, quienes argumentaron que su propio sentimiento de respuesta para el paciente permitía una comprensión más definitiva de la esencia

frecuentemente debilitante y abrumadora. El término acuñado por Esquirol generó confusión según sus contemporáneos y a mediados del siglo XIX se definió como un trastorno caracterizado por la exageración y persistencia de los sentimientos de depresión. Sobre todo se refiere al trastorno primario del afecto. Otros más siguieron empleando el término de melancolía.

¹⁸ Postel Jacques, Quérel Claude (comps.) (1993:138)

¹⁹ El origen del pensamiento se situaba en la kardia, es decir en la abertura del estómago, de allí la metáfora del epigastrio.

²⁰ Postel Jacques, Quérel Claude (comps.) (1993)

²¹ Castañeda López, Gabriela (2009) “La frenología en México durante el siglo XIX”, en *Historia y filosofía de la medicina*, Vo. 54, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 241-247.

²² Porter, Roy (2003) *Breve historia de la locura*, Madrid/México, Fondo de Cultura Económica.

²³ Alberti, Fay Bound (ed.) (2006) *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, Palgrave Macmillan, Great Britain.

²⁴ Lanzoni, Susan (2006) “Diagnosing with Feeling: The Clinical Assessment of Schizophrenia in Early Twentieth- Century European Psychiatry”, en Alberti, Fay Bound (ed.) (2006) *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, Palgrave Macmillan, Great Britain, pp169-190

de la enfermedad que una enumeración de los síntomas. De ahí que el trabajo clínico psiquiátrico focalizara, como sostiene Lanzoni,²⁵ la importancia de la experiencia del sentir en el encuentro clínico-psiquiátrico (médico-paciente)²⁶. Más tarde, esta función se fue delegando a los instrumentos de evaluación baterías, test proyectivos, inventarios, entre otras herramientas de evaluación psiquiátrica en aras de una objetividad científica.

Por ejemplo, Eugen Bleuer, psiquiatra suizo en 1911, definió a la esquizofrenia como un trastorno que imposibilitaba al paciente establecer una comunicación para expresar sus motivaciones, es decir, la esquizofrenia se representó como un estar fuera de la comunidad social porque los esquizofrénicos estaban marcados por la imposibilidad de participar en el intercambio social con otros y por estar fuera de la realidad social.²⁷

En la medida que las emociones y las experiencias del sentir tomaron un papel central en las explicaciones de las enfermedades mentales, se convierten en un espacio de significación y ocupan un lugar central en las estrategias diagnósticas psiquiátricas que progresivamente se fueron tecnologizando en los encuentros clínicos. Por eso es importante analizar las representaciones médico-psiquiátricas de las emociones como experiencias de vida y como categorías médicas. Con lo anterior queda más o menos delineado que las emociones van siendo, no sólo un tópico en el *currículum* médico moderno, que compete a los practicantes médicos y a los pacientes en una búsqueda mutua de la empatía y el entendimiento, también concierne a los investigadores estudiosos de la historia del cuerpo, narrativas de curación, la gradual politización de los lenguajes del sentir, la construcción de categorías de enfermedades de género y el impacto de nuestra actual énfasis en la objetividad científica y el diagnóstico objetivo en el mundo real de la experiencia emocional. Sin embargo, es claro que no basta con mostrar una emoción o empatía. Las emociones son fenómenos culturalmente incrustados que no pueden ser fácilmente capturados en el texto y, para los historiadores y profesionales de la salud por igual, en su mayoría existen sólo como representaciones. Todo lo que tenemos son representaciones de sentimientos.

A pesar de las dificultades metodológicas recién señaladas, lo que si debe quedar claro es que las emociones, aun cercadas por las coordenadas de las ciencias biomédicas y cognitivas, son conformadas en la interacción intersubjetiva y son significadas por los conjuntos sociales según sus rasgos identitarios, tiempo y lugar. Por esa razón, asumimos que adentrarnos en su estudio a partir del discurso médico-psiquiátrico, nos permite acercarnos a la parte negada de la cultura que la medicina sistemáticamente promueve.

La filosofía y la psicología a propósito de las emociones

Tradicionalmente, el estudio de las emociones ha recaído en la filosofía y la psicología, pero nunca se consideraron un tema importante para su estudio dentro de la filosofía por su propio derecho. Las teorías sobre la emoción fueron expuestas dentro del contexto de temas más amplios, como el análisis y clasificación de los fenómenos mentales en general y el origen del conocimiento moral.²⁸ Al tratar de entender qué era el ser y analizar las facultad de la razón humana fue inevitable dar cuenta del aspecto afectivo de la psique, de ahí en adelante los filósofos primero y luego los psicólogos se dieron a la tarea de explicar ¿qué es una emoción? Muchos son los filósofos que han estudiado a las emociones. Desde hace 2 500 años Platón y Aristóteles discutieron la naturaleza de las emociones y la aportación

²⁵ Lanzoni, Susan (2006)

²⁶ En 1909, Kraepelin que la psiquiatría, estudiaba las enfermedades mentales y se encargaba de su tratamiento. La psiquiatría debía ocuparse de las alteraciones de la vida mental que en definitiva eran la suma de las experiencias.

²⁷ Lanzoni, Susan (2006)

²⁸ Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]) ¿Qué es una emoción?: Lecturas clásicas de psicología filosófica, Fondo de Cultura Económica, México.

teórica aristotélica no sólo ha vencido el paso del tiempo sino que se constituye en uno de los aspectos de la discusión actual en torno a qué es una emoción. Aristóteles propuso un elemento cognitivo de la emoción en el que las creencias de hechos y los juicios morales tenían un papel central en la causalidad y la individuación de las emociones. Un dato por resaltar es que para Aristóteles, las emociones eran las generadoras de los impulsos afectivos, los cuales eran producidos por estados de ánimo específicos. Pero en general las emociones fueron tratadas con desdén, como la parte más baja del alma. El culto excesivo a la razón y la asociación entre conocimiento y razón fue la causa de que la emoción no fuera considerada digna de estudio entre la filosofía. Desde el siglo XVIII ha existido una gran polémica por definir que es una emoción y en el siglo XXI sigue vigente. De todas las posturas articuladas en lo que Calhoun y Solomon²⁹ han organizado en cinco modelos de los estudios filosóficos y psicológicos de la emoción lo que aparece y sigue en el centro del debate como respuesta a la pregunta ¿qué es una emoción? aparecen los aspectos físicos y los conceptuales, aspectos que han dado lugar a la denominada teoría de los “dos componentes” de la emoción uno fisiológico y el otro cognoscitivo, éste último abarca conceptos y creencias. Así la psicología norteamericana define a la emoción como como una reacción fisiológica, pero también la consideran una actividad cognoscitiva que valora un evento y elige la manera apropiada según la circunstancia.³⁰

La filosofía actual ha seguido más esta línea de conexión entre creencias y emoción, entonces se ha asegurado que ciertas creencias son condiciones previas para determinadas emociones, y también se ha sugerido que las creencias son un componente esencial de la emoción. En esta tesis existe un postulado que determina una conexión intrínseca entre emoción y creencia. Con lo cual la filosofía se ha enfrentado al menos a tres problemas:

Uno de los principales problemas discutidos por la filosofía y la psicología en materia de emociones tiene que ver con distinguir entre las emociones y otros fenómenos mentales. “Por ejemplo, ¿en qué difieren las emociones de las percepciones sensoriales, de los estados puramente físicos de agitación o excitación, y de las actividades más “cognoscitivas” de juzgar y creer? René Descartes y David Hume establecieron una analogía entre las emociones y las percepciones sensoriales, haciendo hincapié en la pasividad de ambos fenómenos y la diferencia radicaba en los actos mentales tales como querer y juzgar. Por su parte William James sostuvo que las emociones eran un tipo especial de percepción que no pasaban por la razón, ni las cogniciones en ese sentido eran irracionales. Esta idea como se ha mencionado perduró por mucho tiempo entre varios filósofos. En épocas más contemporáneas Errol Bedford y Jean-Paul Sartre pusieron en duda esta idea y aseguraron que las emociones se parecen más a los juicios (especialmente a los juicios de valor), o incluso que las emociones son un tipo de juicio o creencia. Otros, como Franz Brentano, insistieron en que las emociones son fenómenos mentales distintos que no se pueden explicar por analogía con otros tipos de fenómenos mentales o como constituidos a partir de éstos.³¹

Un segundo problema que ocupa el centro de las discusiones filosóficas y psicológicas de las emociones tiene que ver con la clasificación de las emociones dentro de los fenómenos mentales. Probablemente la clasificación tendría que hacerse de acuerdo a tipos genéricos como por ejemplo la simpatía y la compasión en comparación con la cólera, el resentimiento y la indignación. Otra forma más general que proponen Cheshire Calhoun y Robert C. Solomon es la distinción entre los estados de ánimo “sin objeto” como por ejemplo la euforia y la angustia, de otros sentimientos como los celos y la envidia, que siempre tienen objeto. Otra clasificación de las emociones que enfatizan el sentimiento

²⁹ Al menos se identifican cinco modelos de emoción desde la perspectiva filosófica y psicológica: el de la sensación, el fisiológico, el conductual, el evaluativo y el cognoscitivo en cada caso se subraya un componente diferente de la emoción, también se consideran las cualidades físicas y cognitivas de la emoción, sus funciones y clasificaciones. Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]).

³⁰ Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]).

³¹ Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]).

generalmente las clasifican en leves o calmadas y violentas o turbulentas (Hume por ejemplo diferenció a las emociones entre calmadas y violentas).³²

Un tercer problema que forma parte de la discusión tiene que ver con la base psicológica de la emoción pues el referente fisiológico de la emoción no deja de ser fundamental en la discusión aun cuando se ha sobrevalorado el componente moral.³³

La transición de posturas filosóficas y psicológicas en torno a las emociones que van desde lo sensitivo y fisiológico hasta lo evaluativo y cognoscitivo, pasando por lo conductual, ha conllevado a un cambio de la concepción de la emoción. De ser un evento interno biológico a una estrategia cognoscitiva que es causada por eventos externos y ante los cuales, el sujeto emplea sus valoraciones emocionales como parte de sus criterios éticos y morales, los cuales van acompañados de cambios físicos o no. Las emociones pueden tener un objeto o simplemente ser una causa, subjetiva o física. La emoción puede tener una clara intencionalidad, por ejemplo, enojarse para demostrar la desaprobación ante un evento que se considera injusto, por lo que también, las emociones pueden constituirse en fenómenos cognoscitivos y evaluativos. La psicología ha estado más interesada por la indagación de las causas de la emoción y en ese afán, la cultura ocupó un lugar importante porque se habla de una disposición para aprender formas -lingüísticas y conductuales- de expresión emocional. Es por éste último razonamiento que para la psicología conductual las emociones son un tipo de conducta -motora, fisiológica y cognitiva-. Otras posturas psicológicas como la humanista se enfocan más a la importancia práctica de conocer las emociones, es decir, en la medida que un sujeto conoce por qué siente los que siente podrá modificar sus emociones, o como dicen los conductistas, en la medida que se sabe qué comportamientos generan cierto tipo de emociones se deben reforzar para incrementar las emociones deseables como la alegría y eliminar las indeseables como el enojo. Es importante señalar que existe un acuerdo entre los filósofos y psicólogos en torno a las emociones, éstas tienen una utilidad práctica, moral, ética y racional.

En el caso del psicoanálisis freudiano, no existe una teoría de la emoción como tal, pero sus postulados contribuyeron de alguna manera a entenderlas, y por lo tanto constituye un dato fundamental en la discusión filosófica del origen de las emociones y su naturaleza. Al quedar fuera de las coordenadas de la conciencia, las emociones podrían estar en el medio de vicisitudes dinámicas, en consecuencia quedar atrapadas en el inconsciente. De ahí, que siendo el inconsciente el objeto de estudio del psicoanálisis y ubicadas las emociones en este plano dinámico, la teoría psicoanalítica otorgó, tangencialmente, un lugar importante a las emociones en la explicación de la constitución del sujeto. “Donde hay *id*, dejemos que haya *ego*” dijo Freud, refiriéndose a que en la medida que se conocieran los aspectos del inconsciente sería más fácil tener un control de nuestras emociones. Se puede decir que la comprensión del material inconsciente puede generar un cambio en las emociones. Así traer las emociones a la conciencia, según el psicoanálisis freudiano, es suficiente para controlarlas.³⁴

El esbozo anterior es el escenario discursivo sobre el cual, la psiquiatría entabló sus disertaciones en tono a la naturaleza de las emociones y las ubicó como aspectos biológicos y como psíquica, que al rebasar ciertos límites de expresión se convertían en signos y síntomas de enfermedad mental.

³² Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]).

³³ Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]).

³⁴ Calhoun, Cheshire y Solomon, Robert (1996[19846]), pp. 201 y *passim*.

Los trastornos de las emociones y la enfermedad mental

La teoría de psicólogo francés Théodule-Armand Ribot³⁵ sobre las emociones y las del español García Fraguas³⁶ consideraron que los estados emocionales puros o salvajes, o primarias como las llamó Darwin³⁷, sufrían una profunda metamorfosis durante la adolescencia. Los autores referidos, consideraron que en un primer momento, las condiciones de cualquier clase, conocidas o desconocidas, obraban sobre el organismo y modificaban su estado. En un segundo momento, estas condiciones orgánicas engendraban un tono afectivo particular en la conciencia, y finalmente, el estado afectivo ya formado, suscitaba representaciones correspondientes. En el último tránsito, es decir, cuando surgía el elemento representativo fue considerado como el lapso en el cual se podía incubar la enfermedad mental. La emoción que con mayor frecuencia aparece en los textos psiquiátricos franceses y españoles consultados por los médicos mexicanos³⁸, alusivos a la patología mental, fue la tristeza o melancolía empleadas como sinónimo:

En la mayor parte de los casos es éste un estado vago de *tristeza*. *Tristeza sin causa*, dícese vulgarmente; con razón si se entiende que no es suscitada ni por un accidente, ni por una mala noticia, ni por las causas ordinarias; pero no sin causa, si se tienen en cuenta las sensaciones internas cuyo papel, desapercibido en estos casos, no es por eso menos eficaz. *Esta disposición melancólica es también la regla de las neurosis*. Muchas veces se encuentra que el estado afectivo, *en lugar de ser una incubación lenta, es un aura* de carácter emocional de una duración muy corta (algunos minutos ó algunas horas a lo más).³⁹

La postura de García Fraguas en torno a la explicación de la emoción en el desarrollo de la enfermedad mental es un tanto ambigua. En algunos momentos, la emoción es entendida como causa, otras como síntoma o signo de la enfermedad mental. En el caso de la cita anterior, la tristeza/melancolía fue entendida como el aura de la enfermedad por lo que, este médico aseguró que cuando una persona experimentaba tristeza era frecuente que sobreviniera un delirio⁴⁰ o alucinación⁴¹. En otras palabras, la emoción se constituía en parte del aura de la enfermedad mental. Cuando el estado afectivo se experimentaba (sensación) en el cuerpo, se convertía en una idea (representación psíquica) con la que se manifestaba el delirio de persecución, de grandeza, de desesperación, hipocondriacas, religiosas, eróticas, entre otras. Este fenómeno de la emoción fue explicado bajo la lógica de la proyección psico-sensorial que conllevaba a una excitación anormal.

³⁵ Psicólogo francés contemporáneo de Emmanuel Regis interesado en el estudio de la herencia en el campo de la psicología, conocedor de filosofía y de las escuelas inglesas y alemanas en psicología experimental. Fundó sus trabajos en psicología sobre bases fisiológicas y, apegado a los cánones científicos de su época, buscó darle validez al estudio de los fenómenos psíquicos para desterrarlos del campo de la metafísica. El estudio de los aspectos psíquicos hechos por Ribot aportaron importantes conocimientos en la comprensión de las enfermedades mentales.

³⁶ Médico español, fundador de la gimnasia higienista y de las bases científicas de la educación física en España. García Fraguas basó gran parte sus reflexiones sobre el sistema nervioso en el *Tratado de psiquiatría* de Emmanuel Regis. Véase; García Fraguas, José E. (1906) *Nuevos estudios de la Mecánica del sistema nervioso*, Barcelona, Librería científico literaria. Regis, Emmanuel (1876) *Tratado de Psiquiatría*, Traducción de la cuarta edición francesa por el Dr. Cesar Juarros, Madrid, Casa editorial Saturnino Calleja Fernández.

³⁷ Darwin, Charles (2009 [1872]) *La expresión de las emociones*, Universidad Pública de Navarra, Laetoli, Navarra, España

³⁸ Es importante mencionar que los libros de psiquiatría que se citan en este apartado correspondiente a la literatura extranjera son los que formaron parte de los libros de consulta de los psiquiatras mexicanos.

³⁹ García Fraguas, José E. (1906:402) Énfasis nuestro

⁴⁰ Entendido como un desorden de las funciones psíquicas en el cual las sensaciones, la acción y las facultades morales se encuentran muchas veces pervertidas al mismo tiempo que las facultades intelectuales y produce una Idea fija.

⁴¹ Percepción sin objeto

La discusión en torno a la naturaleza de las emociones y su participación en la causalidad de las enfermedades mentales, es muy compleja y la hemos tratado en otro espacio⁴². Las explicaciones de los psiquiatras van desde el modelo organicista de James-Lange hasta las explicaciones psíquicas de las emociones como percepciones que generan efectos en el cuerpo. Lo cierto es que la emoción, desde una aparente comprensión interna, individual y por consiguiente biológica y cognitiva como respuesta de lo psíquico, quedó sujeta al encorsetado discurso de la biomedicina. Eso en lo teórico, pero en el momento de interpretar la emoción en casos clínicos, esta visión biológica y cognitiva se quiebra y permite la emergencia del dato cultural, a través del dato proveniente de la experiencia de los sujetos enfermos. Que paradójicamente no proviene de la voz en cuello del enfermo sino del propio médico quien se esfuerza por ofrecer una interpretación del sentir del sujeto patológico.

En seguida revisaremos de manera breve el lugar de la emoción y tipos de emociones identificadas en dos enfermedades mentales dentro de las denominadas neurosis que atrajeron la atención de los psiquiatras mexicanos imitando a sus pares europeos: la histeria y la epilepsia⁴³.

a) *La histeria*⁴⁴

La histeria representó un desafío para la ciencia porque constituyó un fenómeno mental escurridizo en el momento de describirlo y clasificarlo. La histeria disputó y desmintió las regularidades científicas al no respetar las leyes de la anatomía, de la patología, nada en ella funcionaba de manera regular, sin materialidad alguna porque no tuvo una lesión cerebral identificable. Por esa variabilidad de los síntomas, la histeria se consideró un proteo que se presentaba con tantos colores como el camaleón. En cambio, la sintomatología de la histeria representó un amplio repertorio de conocimientos sobre el deseo, la sexualidad y el goce, lo que se convirtió en una tensión permanente porque la estrategia histérica coincide con la estructura profunda del deseo. En ese mismo sentido, el estudio de la histeria permite acercarse a la subjetividad de los psiquiatras que la estudiaron por ser la revelación de sus propios deseos.

Según los tratados clásicos de psiquiatría, los síntomas o manifestaciones morbosas de la histeria (*accidentes y estigmas*) también se podían clasificar en *somáticas y mentales*, las primeras asociadas a lo material y las segundas al espíritu, las cuales a su vez podían clasificarse en conscientes e inconscientes. Como decía el médico mexicano Enrique Aragón en la histeria algo era constante, la inconsistencia, y advertía como lo hicieran sus colegas franceses, que los síntomas histéricos por más aparatosos e intensos eran aparentes. La psiquiatría del siglo XX postuló que las perturbaciones histéricas no comprometían lesiones estructurales, eran trastornos “sine-materia” en las cuales, lo único existente era un cambio en la variación de la dinámica de los procesos. Por ejemplo, en una parálisis histérica “no había destrucción de los centros correspondientes motores y corticales, ni tampoco una degeneración en los conductores y vías eferentes sino que todo se reduce a una suspensión o virtualidad en la acción”⁴⁵

⁴² Ponencia: *Los elementos psíquicos en la etiología de los trastornos mentales: el lugar de las emociones en el proceso de la enfermedad mental en la Psiquiatría siglos XIX y XX. Tercer Coloquio de Investigación. Las emociones en el marco de las ciencias sociales: Perspectivas interdisciplinarias*. Evento convocado por La Universidad Jesuita de Guadalajara ITESO y Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, los días 21 y 22 de marzo de 2013.

⁴³ En efecto, la epilepsia dejó de considerarse una verdadera enfermedad mental y quedó concebida como enfermedad del sistema nervioso, no obstante, generó una producción en investigación importante en la medicina mexicana por lo que se incluye en este breve análisis.

⁴⁴ Josef Grasset (1849-1918), la histeria más que una enfermedad del útero y por lo tanto propia de las mujeres debía entenderse como una enfermedad relacionada con el amor carnal.

⁴⁵ Aragón, J. Enrique (1931) p.7.

La histeria pasó de ser considerada una enfermedad propia de las mujeres,⁴⁶ sustentada en una visión que he denominado *úterocentrista*, a una concepción neurológica en el siglo XIX, que la entendió como resultante de una predisposición orgánica a padecer una enfermedad⁴⁷. Briquet la definió de la siguiente manera: “La histeria es una neurosis del encéfalo, cuyas manifestaciones consisten principalmente en trastornos de los actos vitales que sirven de expresión a las sensaciones afectivas y a las pasiones”. Así aparecen como elementos inseparables de la enfermedad los fenómenos psíquicos y afectivos que se constituyen en un eje de cristalización de la enfermedad. La entrada de la histeria en el campo de la psiquiatría se puede ubicar en la Salpêtrière con los estudios de Charcot, en este modelo se consideró la etiología psíquica de la enfermedad y por lo tanto se reconoció como enfermedad mental. Más tarde Pierre Janet heredero de la psiquiatría clásica concibió a la histeria como una enfermedad degenerativa, con desagregación mental y tendencia al desdoblamiento permanente y completo de la personalidad. La triada de estigmas psíquicos sobre el cual se sostenía la histeria según Janet era la disminución del poder de síntesis personal, estrechamiento del cuerpo en la conciencia y desdoblamiento del yo.⁴⁸ En las primeras décadas del siglo XX, las explicaciones bio-psico-sociales de la histeria aceptaron que la histeria era una enfermedad psicógena. Es decir, existió un acuerdo en el rasgo psicológico de la histeria. Para Bernheim,⁴⁹ la histeria no era una enfermedad, sino un modo especial de reaccionar a las causas emocionales. Las respuestas emocionales constituyeron parte de los síntomas de las crisis y así como las emociones tienen manifestaciones fisiológicas, las crisis se asemejaban a una exageración patológica de lo orgánico. La autosugestión presente en la histeria era el equivalente de la obediencia y el convencimiento fisiológico. Mientras que el neurólogo de origen polaco J.F Félix Babinski⁵⁰ aseguró que la histeria era una enfermedad *pitiática*, es decir, enfermedad causada por la sugestión –idea introducida en el cerebro-, en cuyo caso, la imitación y el contagio eran las obras de las emociones.⁵¹ En México, Enrique Aragón llamó a la histeria enfermedad psíquica de teatralización por la manifestación de su sintomatología y por la ausencia de patología del sistema nervioso.

Para Enrique Aragón la histeria era la empresa de la teatralización pues ninguna de sus afecciones físicas manifestadas por las personas afectadas tenía un correlato orgánico y sin embargo lo aparentaba. Así, Aragón aseguró que en la histeria cabían todas las comedias ficticias y todos los dramas y tragedias figurantes. En esta concepción, el engaño se constituyó en un núcleo duro de su explicación y los síntomas fueron concebidos como los personajes obedientes que fingían y mentían. Entonces Aragón se dio a la tarea de enumerar y describir lo que él llamó los elencos principales de la teatralización de la histeria y que otros médicos llamaron la enfermedad de representaciones.⁵² Aragón basado en Babinski, identificó un *nexus* desconocido entre lo psíquico y lo orgánico en el que las emociones aparecían como un elemento nodal de dicha relación, ya fuese como punto de partida o punto de llegada del brote histérico.

⁴⁶Chacón, Agustín (1904) “Sesión del día 16 de diciembre de 1903 El Dr. Ramos se refiere a la histeria” Gaceta Médica de México, Tomo 4, núm. 1, Enero 1º, p. 8.

⁴⁷ Sobre los modelos de clasificación de la histeria puede consultarse; López Sánchez, Oliva (2012) “La experiencia de la sin razón: el papel de las emociones en la etiología de la histeria y las neurosis en los siglos XIX-XX” en: Oliva López Sánchez (coord.) *La pérdida del paraíso; el lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*, México Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM, pp.149-171

⁴⁸ Aragón, J. Enrique (1931)

⁴⁹ Citado en Aragón, J. Enrique (1931)

⁵⁰ Joseph-Francois-Félix Babinski nació en Paris, hijo de migrantes polacos. Neuropatólogo, discípulo de Charcot y jefe de la clínica Charcot en 1886, estudioso de la enfermedad del momento: la histeria.

⁵¹ Babinski consideró que si la histeria era una enfermedad nerviosa por sugestión, ésta podía desaparecer por persuasión. Véase: Postel, Jacques y Claude Quérel (comp.) (1993) *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 570-580.

⁵² Véase Aragón, E. (1931)

A pesar de que la histeria había sido considerada una enfermedad que también afectaba a los varones, ésta seguía cargando con el estigma de ser una enfermedad propia de las mujeres por las características de sus rasgos y sintomatología.

Las impresiones emocionales y los aspectos afectivos constituyeron, en el modelo ecléctico de la psiquiatría de 1930, el origen de los estigmas histéricos, es decir, las manifestaciones orgánicas provocadas por la sugestión a tal grado que según los informes clínicos de Aragón una mujer podía figurar un trabajo de parto sin estar embarazada o generar moretones en su cuerpo sin que nadie se los provocara como parte de los estigmas o bien generar una distorsión en la percepción de su cuerpo como por ejemplo, las mujeres podían percibir que perdían peso, lo que para aquella época constituía un problema de belleza. Las emociones formaban parte de lo psíquico y se convirtieron en el núcleo de la explicación de la histeria, pero la semiología de las emociones dentro de la histeria, en realidad se tornaron confusos y al parecer operaron bajo la lógica de un pensamiento moral y sobre la significación cultural de lo que debía ser un hombre y una mujer, es decir, en estereotipos de género. En este sentido podemos concluir que las emociones se desplazaron muy sutilmente del campo de la psicofísica al campo de lo psíquico para conseguir un significado en un contexto médico que obró sobre todo como regulador moral del comportamiento de hombres y mujeres.

b) *La epilepsia*

La epilepsia considerada en principios como una enfermedad mental, posteriormente reconocida como una enfermedad eminentemente neurológica también reconoció las emociones como parte de la etiología y sintomatología del padecimiento. En 1863 Hughlings Jackson publicó sus primeros trabajos sobre fisiología y clínica respecto de la epilepsia y atribuyó a los centros motores de los distintos grupos musculares de los miembros que se encontraban en la corteza cerebral, el centro de las lesiones que directa o indirectamente producían las convulsiones epilépticas. Se reconocieron tres tipos de Epilepsia: Jacksoniana, esencial e histérica.⁵³

Las causas más frecuentes de la epilepsia Jacksoniana eran los tumores cerebrales, las meningitis, los traumatismos craneanos, los abscesos, las hemorragias corticales. Lo que a mi análisis compete son los síntomas psíquicos de la epilepsia, dentro de los cuales se contemplaron la apatía intelectual manifestada en los olvidos de la memoria y la afectación de las facultades afectivas, manifestadas por la irascibilidad del carácter de los enfermos. Los médicos encontraron que en la epilepsia esencial, los vicios intelectuales y morales (depravación, masturbación, perversidad, hipocresía, mentira, maldad, entre otros.) eran más frecuentes, y prácticamente nulos en la Jacksoniana. En cuanto a la epilepsia histérica, se distinguió, por los antecedentes, por el carácter del enfermo y el sexo. Aunque existía la histeria en el hombre, se siguió considerando bastante rara. Su sintomatología se limitaba a la anestesia de ciertas regiones en el cuerpo, la perturbación pasajera de los sentidos, los cuales desaparecían bajo la influencia de la electricidad farádica, de los imanes o de algunos metales como el oro, la plata o el platino.

Otros médicos mexicanos como Julián Villalva⁵⁴, retomando a los psiquiatras clásicos franceses, hablaron sobre todo de dos tipos de epilepsia; la esencial y la sintomática, esta última causada por la sífilis, alcoholismo o traumatismo sufrido en el cráneo, o simplemente refleja. Esta división de la epilepsia pretendió una distinción fundamental, diferenciar una entidad patológica real de un cuadro sintomatológico producido por otras causas.

⁵³ Macouset, Roque (1893) *Algunas consideraciones: la epilepsia Jacksoniana*, Tesis de medicina, México Escuela de Medicina.

⁵⁴ Villalva, Julián (1900) *Simulación de la epilepsia*, Tesis de medicina, Escuela de Medicina, México.

Durante los siguientes años, los médicos mexicanos⁵⁵, apoyados en gran medida en las teorías de sus pares extranjeros como Esquirol, Charcot, Regis y el médico legal francés Legrand du Saulle, consideraron a la herencia como el factor desencadenante de la epilepsia; hijos de epilépticos, nacían de padres epilépticos o histéricos; también se incluyó como parte de las causas de la epilepsia, los matrimonios consanguíneos y, sobre todo, padres alcohólicos sifilíticos o intoxicados por plomo quienes heredaban la predisposición epiléptica a sus hijos.

Una de las preocupaciones de los médicos mexicanos heredada de sus pares europeos fue establecer la responsabilidad legal de los actos criminales cometidos como consecuencia de los ataques epilépticos y distinguir dichos actos de una sintomatología real epiléptica de un acto criminal intencionado. Nos parece relevante entrar en esta discusión porque la epilepsia fue considerada una enfermedad que afectaba profundamente a las emociones y a la moral. No sólo fue una enfermedad cuyos rasgos se caracterizaron por presentar un carácter irascible, cruel frente a los seres indefensos, cuya venganza les podía llevar a cometer crímenes crueles y gozar del sufrimiento de otros, y al mismo tiempo ser tan volubles en su carácter que se convertían en un verdadero sufrimiento para la vida de su familiares y la propia⁵⁶. Legrand du Saulles⁵⁷ quien desarrolló estudios de medicina legal para establecer la irresponsabilidad absoluta o la responsabilidad completa de los actos criminales de los epilépticos aseguró que éstos “tenían el corazón duro”, mientras que Charcot en otro momento había dicho: “estos individuos llevan un libro de oraciones en la bolsa, el nombre de Dios en los labios, y la abyección y la infamia en el alma”.⁵⁸ Mientras que Vibert, citado por Rojas, sostuvo que las alteraciones morales eran creadas por la enfermedad y las perturbaciones del carácter eran su consecuencia”. La enfermedad trastornaba el orden moral, tal y como en el pasado, el pecado lo generaba.

De acuerdo a los trabajos revisados sobre epilepsia, uno de las tareas fundamentales de los médicos era identificar los signos físicos de degeneración, la cual comprometía la vida psíquica del enfermo, tornándola inferior como consecuencia de una impotencia cerebral. La representación psiquiátrica de la inferioridad psíquica y mental del epiléptico se basó en la atribución de la afección cerebral, la cual detenía el desarrollo de un sano criterio moral e impedía como consecuencia dominar las pasiones exaltadas.

El peso de la herencia degenerada producto del alcoholismo y en menor grado la sífilis siguió llenando los expedientes clínicos. Las emociones que mayormente se reportaron como parte de la sintomatología eran el egoísmo, irritabilidad y la abulia en general. Por esa misma época, se comenzaron a introducir pruebas psicológicas para dar cuenta de los aspectos psíquicos de manera presuntamente más objetiva y científica.

Una constante aparece en los trabajos revisados, el número de varones epilépticos era mayor en los reportes clínicos y las emociones identificadas en los varones epilépticos fueron la ira, el egoísmo, la altanería, cólera, furia, arrebatos súbitos e inesperados de violencia, mientras que en los casos de las mujeres diagnosticadas como epilépticas, las emociones referidas eran abulia y tranquilidad, solamente en un caso se reportó cólera.

Buscar en la estructura orgánica del cerebro, la causa de los comportamientos morales, particularmente los criminales, nos coloca frente a una explicación eminentemente organicista de la vida mental, pero cuando observamos que los mayores casos de epilepsia se presentaban entre los

⁵⁵ Peón del Valle, Juan (1908) “Notas acerca de la aplicación de los Bromuros en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Sección: Psiquiatría, Tomo, núm. 3, Marzo 31, pp. 205-211.

⁵⁶ Villalva, Julián (1900)

⁵⁷ Legrand du Saulles, Henri (1874) *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, París, Delahaye.

⁵⁸ Citados en: Rojas, Ernesto (1908) *Los epilépticos criminales*, tesis de medicina, Escuela Nacional de Medicina de México.

varones. Estamos frente a un rasgo cultural y no sólo ante una variante dada por el sexo de los enfermos, entendido como una característica orgánica de la enfermedad.

En el caso de la epilepsia, las emociones que se constituyeron en signos y síntomas de la enfermedad fueron el egoísmo, la crueldad, la cólera, la ira, mientras que en el caso de la histeria, las emociones asociadas estuvieron relacionadas con las pasiones genésicas, el amor exacerbado y sexual. La epilepsia, en los últimos reportes de los años de 1925 a 1930, padecida más por varones que por mujeres; la histeria asumida completamente como una enfermedad femenina en la década de 1920-1930. Las dimensiones emocionales identificadas en ambos padecimientos también corresponden a las representaciones de los roles de género de una cultura en la cual las voces de algunos aseguraban la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, mientras que la ciencia, particularmente la medicina, esencializó las diferencias de los sexos en y desde el cuerpo y la mente. Dicha esencialización, también abarcó las representaciones de raza y clase social. Frecuentemente los médicos refirieron la incapacidad intelectual y psíquica de los pobres, los indios y los iletrados, cuyos comportamientos como el alcoholismo, les valió la etiqueta médica de degenerados.

El consumo de alcohol se daba más entre los varones, los pobres y los indios, según las representaciones médicas del periodo estudiado, en consecuencia, la epilepsia sintomática y por accidentes se presentaban más entre varones que entre mujeres. Mientras que en la histeria, el sexo que predominó fue el femenino. Incluso cuando se entendió como una enfermedad por sugestión se aseguró que las mujeres buscaban ganancias secundarias de esas simulaciones.

Reflexiones finales

A partir del siglo XIX con el ascenso de la denominada medicina científica⁵⁹ la inclusión de la dimensión biológica y los postulados de la ciencia racional para explicar los procesos patofisiológicos se emplearon también para explicar el origen de las enfermedades mentales. Los médicos se empeñaron en ubicar orgánicamente las causas de los trastornos mentales, de la misma manera que lo habían hecho con las enfermedades físicas (orgánicas); en esa labor, el cerebro resultó ser el órgano rector de la vida anímica de los individuos, por lo que la neurología y la psiquiatría prontamente estrecharon sus actividades para encontrar la explicación de las denominadas enfermedades mentales. En dicha objetivación, las explicaciones de los signos y síntomas de la enfermedad mental pasaron exclusivamente por el tamiz de la biopatologización. En tal escenario, nos resulta fundamental el análisis del proceso, a través del cual, las emociones formaron parte de los cuadros clínicos psiquiátricos, a partir de su incorporación en las dimensiones semiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la locura considerada una enfermedad mental.⁶⁰

El proceso de objetivación de la sintomatología de la enfermedad mental dio lugar a cuadros clínicos y nosotáxicos de las enfermedades mentales como los de la psiquiatría francesa y la alemana⁶¹. En ese contexto, el análisis de las emociones como síntomas de la enfermedad mental dentro del discurso psiquiátrico nos puede permitir mostrar la parte negada de la cultura en la construcción del

⁵⁹ Menéndez, Eduardo (1989-1990) *El Modelo Médico Hegemónico y el proceso de alcoholización. Un análisis antropológico*, Tesis, Buenos Aires, pp. 80-111; Menéndez, Eduardo (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, 179, CIESAS/UNAM, México; Menéndez, Eduardo (1992) "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en; Roberto Campos (comp.) *La antropología médica en México*, Instituto Mora, México.

⁶⁰ Otegui Pascual, Rosario (2000) "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento", en Perdiguero, Enrique y Josep M. Comelles (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp.227-248.

⁶¹ E. Kraepelin desarrolló la primera clasificación psiquiátrica con fundamento en una semiología muy detallada de la enfermedad mental, en especial de la psicosis. Hacia finales del siglo XIX, Kraepelin elaboró un sistema de referencia nosográfica homogéneo, rápidamente adoptado por el conjunto de las escuelas psiquiátricas occidentales antes de la aparición de los DSM en 1952.

signo y del síntoma. Más allá de las discusiones, sumamente interesantes sobre la naturaleza de las emociones. Las formas de sentir paulatinamente se fueron constituyendo, hacia finales del siglo XIX y la primera mitad del XX, en los contenidos de la experiencia de los sujetos. Eso nos lleva a cuestionarnos sobre las nuevas formas de construcción de los sujetos en los umbrales del consumo por un lado y del modelo organicista, por el otro. El sujeto dejó de ser el resultado de las pasiones del alma para convertirse en la resultante de la biología del cuerpo. En ese tránsito de paradigma, las emociones son las formas secularizadas del sentir.

Se trata de un cuerpo que no es afectado por aspectos que provienen del afuera, ahora estamos frente a un cuerpo que percibe, que despliega una vida psíquica dinámica y en una doble recursividad se afecta y es afectado por las emociones que proceden de adentro. Para explicar esa vida profunda e interior se construyó una entelequia llamada *yo*. Un *yo* profundo y saturado que se convertirá en el centro de los discursos *psí* y que marcará el rumbo de la vida de los sujetos, sus identidades y sus formas de relacionarse a lo interior de los conjuntos sociales.

En los discursos biomédicos se habla de las emociones como objetos que pueden ser aprehendidos, como si se tratara de manifestaciones universales y ahistóricas, nada más distante de ello. Las emociones y sus expresiones son experiencias del sentir que tienen lugar en el flujo de los acontecimientos de la vida de los sujetos, en el que la vida individual se encuentra en la colectividad y se significa desde una doble recursividad⁶². Entonces, las emociones son las formas del sentir secularizado en un mundo en el que la ciencia médica se erige como la mediadora entre lo humano y la naturaleza, en esa lógica de dualidad, las emociones tienen un sitio dentro de las epistemes científicas, sólo que ocupan un espacio siempre en oposición a la razón, y por lo tanto se han asociado, primero a la parte baja de la condición humana, y segundo, ocupan el sitio de la patología cuando su manifestación exacerbada y/o inhibida se configura como síntomas y signos de las enfermedades mentales a la luz de los imaginarios socioculturales. Verbigracia el género, la clase social, la edad y la actividad laboral.

⁶²Kleinman, Arthur, (2000) “Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento” en Emilio González y Josep M. Comelles (comp.) *Psiquiatría transcultural*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 13-35; Kleinman, Arthur (1988) *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, EUA. Good, Byron John. (1994) *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Gran Bretaña; Turner, Víctor (1988) *El proceso Ritual. Estructura y antiestructura*, Taurus, Madrid; Geist Ingrid (2008) *Antropología del ritual. Víctor Turner*. ENAH, México, pp.89-102.