



Universidad
Nacional
de Rosario



maestría en
estudios culturales



**CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN ESTUDIOS CULTURALES

**La locura femenina como patologización de las emociones en los
estudios de Charcot**

Alumna: Lic. Carolina Y. Andrada-Zurita

Director: Dr. Diego Roldán

Bahía Blanca, noviembre 2025

Agradecimientos

Al Dr. Diego Roldán, mi director de tesis, por su tiempo, responsabilidad, buena predisposición, apoyo e invaluable guía. A mis colegas y amigos de México, donde comencé a escribir esta tesis en 2024, por sus comentarios, sugerencias y por facilitarme material bibliográfico valioso para la misma.

A mis colegas, amigos y familia de Argentina, por el apoyo incondicional de siempre brindado en cada proyecto emprendido.

A Felipe, mi gato, fuente de inspiración y alegría, y, sin duda, el mejor compañero de estudio.

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina en el hospital de la *Salpêtrière* entre los años 1870-1893 y su relación con las emociones en el marco de la teoría del “Giro afectivo”. Tomando como hipótesis de trabajo que el giro afectivo puede ser empleado para reinterpretar la construcción de la locura femenina en el contexto de los estudios de Jean-Martin Charcot en la *Salpêtrière*, desafiando la visión tradicional de que las emociones son sinónimo de ausencia de razón y permitiendo una comprensión más profunda del papel de las emociones en la experiencia de las mujeres afectadas por la locura. La tesis se estructura en cuatro capítulos que en principio contextualizan el estudio de la locura femenina en la *Salpêtrière*, luego analizan las representaciones y tratamientos en el marco de los estudios de Charcot, y, finalmente, interpretan estos hallazgos a la luz del Giro afectivo. La metodología empleada es de carácter cualitativo y se estructura en dos niveles de trabajo: uno exegético y otro hermenéutico, relacionados de modo dialéctico. En cuanto a la técnica de recolección de datos, consiste en el análisis documental de la bibliografía seleccionada, es decir, en la lectura y clasificación de los documentos existentes y disponibles en torno a la temática abordada.

Palabras clave: locura, histeria, *Salpêtrière*, Giro afectivo, emociones.

Abstract

The objective of this work is to analyze how representations have been built around female madness in the hospital of la *Salpêtrière* between 1870-1893 and its relationship with emotions within the framework of the theory of “affective turn”. Taking as a working hypothesis that the affective turn can be used to reinterpret the construction of female madness in the context of the studies of Jean-Martin Charcot in the *Salpêtrière*, challenging the traditional view that emotions are synonymous with the absence of reason and allowing a deeper understanding of the role of emotions in the experience of women affected by madness. The thesis is structured in four chapters which initially contextualize the study of female madness in the *Salpêtrière*, then analyze the representations and treatments within the framework of Charcot’s studies, and finally interpret these findings in the light of the affective turn. The methodology employed is qualitative in nature and is structured into two levels of work: an exegetical and a hermeneutic, dialectically related. As for the technique of data collection, it consists in the documentary analysis of the selected bibliography, that is to say, in the reading and classification of existing and available documents around the subject addressed.

Keywords: madness, hysteria, *Salpêtrière*, Affective turn, emotions.

Índice

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract.....	3
Introducción.....	6
Presentación del tema	6
Objetivos e hipótesis	8
Estado del arte.....	8
Factibilidad y disponibilidad de fuentes	10
Justificación	11
Marco teórico-conceptual	12
Metodología	13
Capítulo 1: Acerca de la locura	15
1.1. Breve historización de la locura.....	18
1.2. ¿Por qué hablar de locura femenina?	21
1.2.1. La histeria como caso: su significación en el devenir histórico	24
1.2.2. La histeria y sus causas	28
1.2.3. Sintomatología	32
1.2.4. Patologización de las emociones.....	34
Capítulo 2: El hospital psiquiátrico	36
2.1. El hospital psiquiátrico como objeto de la Modernidad	38
2.2. Disciplina, control y nuevas subjetividades.....	42
2.3. <i>La Salpêtrière</i> : hospital de mujeres	44
2.4. Charcot y sus estudios en torno a la histeria	47
2.4.1. Diagnóstico.....	50
2.4.2. Tratamiento	51
2.4.3. Teatralización de la enfermedad	54
2.5. Agustine como caso de estudio.....	57
Capítulo 3: Representaciones contemporáneas de la histeria.....	63
3.1. La histeria y su representación en el cine	63
3.2. <i>El baile de las locas</i> de Mélanie Laurent, ¿ficción en torno al proceder de Charcot?	79
3.2.1. La loca	80
3.2.2. La enfermera	82
3.2.3. El médico.....	84

3.2.4. Los métodos de estudio y los tratamientos.....	85
3.2.5. El baile.....	87
3.3. La paciente histérica como víctima de sus emociones.....	88
3.4. Las emociones como elemento patologizador	89
Capítulo 4: El giro afectivo	92
4.1. ¿Qué es el giro afectivo?.....	92
4.2. Un cambio de paradigma en las Ciencias Sociales	96
4.3. Reinterpretación del rol de las emociones	100
4.4. Las emociones, los individuos y el vínculo con la sociedad	104
4.5. Nuevas interpretaciones de la locura, un análisis con perspectiva de género....	108
Capítulo 5: Consideraciones finales	117
Bibliografía.....	135

Introducción

Presentación del tema

La locura es un tema que ha sido objeto de estudio a lo largo de la historia, recuperado desde distintas disciplinas y autores. Sin importar el lugar desde el que se la conciba, siempre debe tenerse en cuenta el contexto en que el autor en cuestión se inscribe y escribe, como bien señala Skinner (2007) en *Significado y comprensión en la historia de las ideas*. Esta posición y enmarcamiento explicará por qué se entiende tal vocablo de determinada manera.

Durante mucho tiempo la locura fue abordada desde una óptica masculina, es decir, desde discursos, prácticas y un lenguaje que era “construido por varones” (Bega Martínez, 2020, p. 120) para ejercer cierto control sobre las mujeres. Por ello se hace necesario abordarla desde otro lugar, un punto de vista teórico-epistemológico que se separe, como bien señalan Ruíz Somavilla y Jiménez Lucena (2003), de los prejuicios y estigmas que facilitan la reproducción y perpetuación de discursos y prácticas hegemónicas que actúan en desmedro de las mujeres.

De este modo, la locura en la mujer o lo que también ha dado en llamarse *Feminización de la locura* “implica dotar de características o atributos femeninos al padecimiento mental” (Bega Martínez, 2020, p. 120). Esto ha denotado, a su vez, un carácter claramente sexista y estigmatizante, vinculado a las emociones y la irracionalidad que se consideraban propias de la mujer, tal como puede recuperarse en varios pasajes de *Historia de la locura en la época clásica I* de Michel Foucault (1998). En razón de lo previamente mencionado, cabe agregar, que se patologizaron las emociones y comportamientos de las mismas (Freud, 1981a) y se sustentó su medicalización en ello. Y como bien señala Chesler (2005) se reprodujo en los hospitales psiquiátricos la estructura jerárquica patriarcal, infantilizando a las pacientes y adaptándolas al rol femenino como “medida de la salud mental de la mujer y del progreso psiquiátrico” (p. 96).

Ahora bien, esta visión que se tenía de la locura y que perduró durante mucho tiempo, ha sido objeto de diversas detracciones por parte de pensadores y críticos contemporáneos, dada la discriminación, deshumanización y estereotipos sexistas que implicaba todo el aparato epistémico vinculado al concepto de locura. De allí que algunos

focalicen en dichos estereotipos de género para delinear no solo el tratamiento que se le daba a nivel médico a la locura, sino también, para evidenciar qué percepción tenía sobre la misma la sociedad del momento.

La idea de pensar la locura desde la utilidad que se le ha atribuido como herramienta de control (Foucault, 1998) y como concepto vinculado estrechamente con el género (Butler, 2006), rompe con lo planteado por las corrientes tradicionales acerca del tema (Charcot, 1886-1893 en Didi-Huberman, 2022). Así, se verá a la locura como una limitación en el ejercicio de la libertad de las mujeres (Perkins Gilman, 2022), como una forma de desacreditar la perspectiva femenina (Irigaray, 2007).

De esta manera se configuran dos posibilidades acerca del modo en que puede entenderse la locura femenina. Por un lado, como una enfermedad ligada al carácter de las mujeres como seres emocionales e irracionales, es decir, como una característica propia de la naturaleza de las mujeres. Por otro, como una forma de control y sometimiento, en la que se deshumaniza a las mujeres por su mera condición de tales, basado en teorías reduccionistas y sexistas, que tienen como fin ejercer el control sobre las mismas para restringir su accionar en espacios que son considerados propios de los varones, que a su vez responde a una lógica patriarcal y machista. Asimismo, esta forma de entender la locura da cuenta de que ese control que se ejerce sobre las mujeres, pone de manifiesto una relación de subordinación, en la que pierden autonomía no solo sobre sus cuerpos sino también, sobre sus decisiones.

Ahora bien, de la combinación entre ambas posibilidades emerge como problemática a ser trabajada en esta tesis de maestría la necesidad de analizar el rol que juegan las emociones en los individuos afectados de locura, en este caso particular de las mujeres, dado que pareciera que médicamente siempre se ha abordado el estudio de dicha enfermedad entendiendo a los cuerpos como algo separado del sujeto. Esto nos lleva a plantear las siguientes preguntas de investigación: ¿No son acaso los cuerpos y las emociones que en él se ponen de manifiesto parte de los sujetos y aquello que los vincula socialmente? ¿Por qué se relaciona estrechamente a las emociones como generadoras de enfermedades mentales en las mujeres? ¿Cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina y su vínculo con las emociones? ¿Qué particularidades posee la locura femenina respecto a la masculina? ¿Qué aportes ofrecen los estudios atinentes al “giro afectivo” respecto al concepto de locura femenina? ¿Por qué se hace necesario repensar el concepto de locura femenina y abordarlo desde una perspectiva de género?

Objetivos e hipótesis

El *objetivo principal* de esta tesis ha sido analizar cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina en los estudios de Jean-Martin Charcot durante los años 1870-1893 y su relación con las emociones. Los *objetivos específicos* han sido caracterizar el concepto de locura en los estudios llevados a cabo por Jean-Martin Charcot en el hospital de la *Salpêtrière*; describir la injerencia que tuvo el hospital de la *Salpêtrière* en la constitución de distintas representaciones en torno a la locura femenina; señalar las principales características del giro afectivo en la construcción de las representaciones en torno a la locura femenina; indicar el rol que tienen las emociones en las afecciones mentales como la locura femenina; caracterizar la función que cumplen las emociones en el diagnóstico de la locura.

La *hipótesis de trabajo* se enmarca en el giro afectivo que puede ser empleado para reinterpretar la construcción de la locura femenina en el contexto de los estudios de Jean-Martin Charcot en la *Salpêtrière*, desafiando la visión tradicional de que las emociones son sinónimo de ausencia de razón y permitiendo una comprensión más profunda del papel de las emociones en la experiencia de las mujeres afectadas por la locura.

Estado del arte

Muchos son los estudios que se han efectuado en torno a la locura, abarcando distintos aspectos de la misma, tan es así que podemos encontrar abordajes realizados desde la psicología, sociología, filosofía, literatura, etc. Por ello, los estudios contemporáneos vinculados a la locura, particularmente en su caso femenino, que es el que interesa a nuestra investigación, recurren a distintos conceptos que reenvían a otras épocas como por ejemplo la Modernidad y que establecen un diálogo con otras disciplinas. De ese modo, es posible observar la existencia de diferentes investigaciones que abordan la temática de distintas maneras.

En primer lugar, encontramos algunos autores que han puesto su atención en el estudio de las instituciones donde eran alojadas aquellas personas que eran diagnosticadas con locura (Foucault, 2008), analizando cómo se desarrollaba la vida dentro de tales instalaciones y cómo el personal y los pacientes interactuaban entre sí (Goffman, 1972). Por otro lado, figuras como Dorothea Dix (1843) se enfocaron en abogar por reformas

en la atención psiquiátrica, destacando la necesidad de mejorar las condiciones en hospitales psiquiátricos tanto en Europa como en Estados Unidos.

En segundo lugar, debemos señalar que algunos autores han centrado sus estudios en torno al concepto de histeria, como forma más representativa de la locura femenina en la modernidad. Por un lado, hay quienes se han ocupado de trabajar el tema desde el punto de vista de su sintomatología, de allí que se la piense como una afección psicológica generada a raíz de conflictos emocionales (Freud, 1981a; Freud, 1981b), se haga hincapié en los traumas (Janet, 2009; Nader, 2022) o se ponga toda la atención en la cuestión de la sexualidad (Freud, 1981c; Israel, 2021). Asimismo, hay quienes se dedicaron a describir los tratamientos llevados a cabo para alcanzar una cura. Algunos harán uso de la hipnosis para tratar la histeria (Charcot, 1882; Janet, 2007). Mientras que otros como Breuer se inclinarán por desarrollar la técnica de la catarsis, para que sus pacientes puedan expresar de manera libre sus emociones y aliviar sus síntomas (Breuer y Freud, 2022). Por otro lado, hay quienes se han interesado en la cuestión vinculada con una perspectiva ética, del trato propiciado a las pacientes, postulando la necesidad de llevar a cabo un tratamiento más humanitario (Pinel, 1804) y una atención médica más justa (Farmer, 2003) y centrada en el paciente (Herman, 2004).

En tercer lugar, en una posición intermedia hay quienes han abordado el estudio de la locura contemplando la injerencia que tienen en la misma los hospitales psiquiátricos y el trato propinado a las pacientes, abordándolos a su vez desde una perspectiva de género (Butler, 2006; Irigaray, 2007), entendiendo la locura como una limitación a la libertad de las mujeres (Perkins Gilman, 2022), además de la tradicional idea de que constituye una herramienta de control (Foucault, 1998). Asimismo, se ha puesto de relieve la necesidad de abogar por una mayor libertad individual en la elección del tipo de tratamiento a ser llevado a cabo, apelando a que cada persona posee jurisdicción sobre su cuerpo y su mente, por lo que el consentimiento resulta necesario (Szasz, 1994; Szasz, 2006).

Finalmente, podemos encontrar estudios de gran proliferación en la actualidad relacionados a aquello que se conoce como “Giro afectivo”, originado en los años 1990, “basado en propuestas epistemológicas tales como las teorías sobre la subjetividad, teorías del cuerpo, la teoría feminista, el psicoanálisis lacaniano vinculado con los estudios de la teoría política” (Maíz, 2020, p. 11). Este movimiento hizo hincapié en relaciones existentes entre conceptos tales como subjetividad, poder y emoción (Ahmed, 2015), pero también centró su atención en la mirada científicista que se tenía sobre el

cuerpo, interrogando acerca de la función que cumplen las emociones en las condiciones sociales del sujeto. Y es aquí donde se enmarca nuestra investigación vinculando los estudios del giro afectivo con la concepción de locura femenina, abordando la injerencia que poseen las emociones sobre esos cuerpos estudiados ya desde la psiquiatría como pasibles de ser controlados y sometidos mediante la medicalización.

El giro afectivo, entonces, permite abordar la locura femenina desde una nueva óptica que va más allá de la idea generalizada de que las emociones dan cuenta de la ausencia de razón en los individuos, permite apelar a una reinterpretación de lo que las mismas representan tanto para el cuerpo como para las mentes de las mujeres afectadas por la locura. Es por esto, que nuestra investigación tomará como caso de estudio a Augustine paciente diagnosticada con histeria y tratada por Charcot (Didi-Huberman, 2022) en el hospital de *la Salpêtrière*.

Factibilidad y disponibilidad de fuentes

Existen numerosos libros que abordan la temática de la locura, así como también papers e informes disponibles en la web en carácter de acceso abierto como pago. Entre ellos podemos destacar *Historia de la locura en la época clásica* (1998), *El poder psiquiátrico* (2008), *Los anormales* (2001), todos del francés Michel Foucault, que abordan distintos aspectos de la locura y de los hospitales psiquiátricos a lo largo de la historia. Una obra que se presenta como imprescindible para nuestra investigación es el libro de George Didi-Huberman titulado *La invención de la histeria* (2022), en el que se desandan de manera crítica las prácticas que se llevaban a cabo en la *Salpêtrière* de la mano de Charcot. Esta obra resulta importante, dado que se sitúa espacio-temporalmente de manera coincidente con nuestro caso de estudio. Otras lecturas necesarias son: *Estudios sobre la histeria* de Breuer y Freud (2022 [1895]), los tomos I y II de *Las enfermedades mentales y los asilos para alienados* (2015) de Jean-Pierre Falret, *El Mito de la Enfermedad Mental* (1994) y *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental* (2006) de Szasz.

Respecto a los informes clínicos, cabe aclarar que allí se presentaron ciertas dificultades para acceder a los mismos, dado que el caso abordado data de fines del siglo XIX, si bien la mayoría son de carácter público, por formar parte de los estudios e investigaciones que Charcot legó a la posteridad, se encuentran algunos compendiados en ediciones disponibles en repositorios institucionales como el caso de *Gallica* de la

Biblioteca Nacional de Francia (BnF) y otros ya no se hallan disponibles o sus links de accesos se encuentran caídos.

En cuanto a la bibliografía que se centra en la cuestión del giro afectivo encontramos como lecturas necesarias: *La política cultural de las emociones* de Sara Ahmed (2015). También el artículo de Leonor Arfuch titulado *El “giro afectivo”. Emociones, subjetividad y política*, que hace un aporte desde su crítica a la situación del mundo contemporáneo y *El “giro afectivo” en las humanidades y ciencias sociales. Una discusión desde una perspectiva latinoamericana* (2020) de Claudio Maíz, el cual nos permite abordar precisamente esta teoría desde las ciencias sociales.

Finalmente debemos señalar que muchas de las fuentes aquí mencionadas junto con otras presentes en el Estado del Arte, fueron obtenidas gracias a bases académicas como Dialnet, SciELO, Internet Archive y Biblioteca Nacional de Francia (BnF).

Justificación

En el marco de los Estudios Culturales pueden observarse vinculaciones que se dan entre distintas áreas de estudio, entre ellas cultura y política, y por ende, entre la sub-área cultura y poder. Cabe aclarar que, el ejercicio del poder se da en múltiples espacios como sucede en las escuelas, ejércitos, prisiones, hospitales, etc., y de allí el necesario análisis de las intrincadas relaciones entre cultura y poder en el marco de determinados contextos históricos (Richard, 2010). En razón de esto, se hace necesario a su vez, el análisis de la forma en que se ejerce el dominio y poder en el hospital psiquiátrico sobre las pacientes afectadas de locura, sobre cómo se vincula a las emociones con los síntomas de locura, cómo se teatraliza a las mismas y finalmente, cómo esto incide en la sociedad.

De este modo, la noción de contextualización como articulación compleja entre discursos, vida cotidiana y tecnologías o regímenes de poder presentes en Grossberg (2012, p. 41) ha de cobrar gran relevancia en nuestra investigación, dado que los contextos emergentes de estas operaciones analíticas son siempre plurales y las relaciones entabladas entre ellos suelen generar contradicciones y campos de fuerza donde el poder resulta mutante. Así pues, la contextualización radical (Grossberg, 2012, p. 43) configura un marco para un hecho o signifiante social, y a la vez, lo constituye, lo envuelve y le atribuye sentido. En razón de ello, la teoría aquí es empleada como un recurso estratégico para indagar problemas, disputas y contextos específicos.

Marco teórico-conceptual

Nuestra propuesta de investigación se encuadra en las distintas lecturas que ha realizado la crítica contemporánea acerca del concepto de locura, situada en la Modernidad tardía y contemplando el caso particular de la *Salpêtrière* y de las mujeres afectadas por histeria. Todo esto es puesto en diálogo con estudios que focalizan en los efectos que tienen las emociones a nivel psíquico y somático en las personas, cuestión que permite poner de manifiesto el rol que juegan las mismas en la constitución de los sujetos, en este caso las mujeres que padecían tal enfermedad.

En principio haremos hincapié en el concepto de locura tal como lo define Michel Foucault en su obra *Historia de la locura en la época clásica I* (1998), es decir, como aquello que es contrario a la razón. Contextualizando las distintas formas en que en cada época fue concebida, para arribar a la manera en que la entiende el neurólogo francés Jean-Martin Charcot y sobre la que basa sus estudios y tratamientos. Si bien en principio hablamos de locura en general, a medida que avanzamos en el desarrollo del tema nos centramos en la caracterización, efectos y tratamientos que se destinan a las mujeres. Es por ello que se describirán las distintas prácticas que se llevarán a cabo para alcanzar una cura, particularmente de una forma específica de locura: la histeria.

Para poder estudiar de manera adecuada la histeria nos remitimos a las investigaciones de Charcot desarrolladas en *la Salpêtrière*, y su caso más paradigmático, el de su paciente Agustine, por el que será señalado como el creador de la histeria (Didi-Huberman, 2022); posteriormente, a Freud y Breuer con sus *Estudios sobre la histeria* (2022) y las *Consideraciones sobre la histeria* (2013) de Lacan. Estos estudios se ponen en diálogo con los desarrollos contemporáneos del *Giro afectivo*, que se exploran en el capítulo 4, y los estudios culturales, que se vinculan con el análisis de películas como *Rebecca* (1940 y 2020), *Inocencia interrumpida*, *El cisne negro*, *La chica del tren* y *El baile de las locas* en el capítulo 3. Previamente, en los capítulos 1 y 2, se abordarán la conceptualización de la locura y su relación con la histeria, así como el contexto institucional del hospital psiquiátrico y el caso de Agustine, respectivamente, con el objetivo de profundizar en la comprensión de la histeria y la afectividad de manera crítica.

Ahora bien, además del concepto de locura/ histeria otro concepto relevante a tener en cuenta en esta tesis es el de emoción, dado que durante mucho tiempo se asoció a la misma en su sentido plural como una de las principales causas de la locura, incluso

Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1981b) así lo señalaba. Sin embargo, en las últimas décadas, es decir, desde 1990 en adelante, esta visión cambió gracias al “giro afectivo”, que a través de diversos estudios provenientes de distintas disciplinas de las ciencias sociales, resignificaron el valor de las emociones, las abordaron desde otro lugar, evitando caer en prejuicios o reduccionismos. Las emociones serán en nuestra investigación una parte fundamental para comprender qué sucede con las pacientes afectadas de locura, en tanto su vinculación social les es arrebatada.

Finalmente, en este contexto el hospital psiquiátrico se presentará como un espacio a ser estudiado, dado que constituye el escenario donde se llevan a cabo prácticas de estudio/curación, de encierro y control, de formación de nuevas subjetividades.

Metodología

Esta investigación es de carácter cualitativo y se estructura en dos niveles de trabajo: uno exegético y otro hermenéutico, relacionados de modo dialéctico (Ferraris, 2005). En el primer nivel, se emplea una heurística que favorece el acercamiento a las fuentes primarias utilizadas en nuestra investigación, considerando que la misma forma parte de un entramado histórico vinculado con teorías y prácticas particulares, es decir, teniendo en cuenta el contexto en que fueron desarrolladas, así como también, las teorías con las que se relacionan y confrontan. En torno al nivel hermenéutico, debemos señalar que nos permitirá resignificar los textos mediante el análisis de categorías analíticas puntuales para un abordaje reflexivo que trascienda las perspectivas descriptivo-instrumentales. Asimismo, siguiendo a Grossberg (2012), focalizaremos nuestra atención en la relevancia que poseen estas prácticas para los estudios culturales, así como también, en la construcción de contexto a partir de esas prácticas culturales y las relaciones de poder en las que se inscriben.

En razón de lo anterior, debemos señalar que el carácter interdisciplinario de los estudios culturales y la multiplicidad de dimensiones que analizan, nos permite abordar la temática propuesta en esta tesis, por la naturaleza interdisciplinaria de su metodología, que no solo indaga cuestiones puramente culturales, sino que introduce en el ámbito cultural fenómenos que inicialmente pueden parecer alejados de la cultura. Así, lo cultural de los estudios culturales se halla precisamente en la explicación cultural que se hace de los problemas abordados.

Ahora bien, cabe destacar que el estudio de un concepto clave a lo largo de la historia, como lo es en este caso el de locura, permite rastrear como bien señala Skinner (2007), desde su teoría del texto como acto de habla y Koselleck (1993, 2012), desde la recuperación de algunos elementos de la historia conceptual, la evolución de las ideas en torno al mismo, que evidencian los cambios que se generan en cada época al vincularse con las prácticas socio-políticas que se encuentran en juego. En nuestra investigación esto resulta relevante dado que el tema de trabajo se circunscribe en un momento de cambios significativos a nivel político, social, cultural e intelectual. Esto conlleva al surgimiento de nuevos conceptos, como el de histeria y a una revalorización de otros como las emociones, los afectos y la estructura de sentimientos, esta última abordada en *Marxismo y literatura* de Raymond Williams (2000, pp. 150-158).

En cuanto a la técnica de producción de datos empleada en esta tesis, la misma consiste en el análisis documental de la bibliografía seleccionada, es decir, en la lectura hermenéutico crítica y en la clasificación de los documentos existentes y disponibles en torno a la temática abordada, como: libros, capítulos de libros, papers, informes médicos, entre otros; para construir un corpus de materiales documentales ad-hoc para la investigación. A través de un enfoque de análisis crítico del discurso, se examinaron las fuentes escritas de manera detallada y contextualizada, buscando identificar patrones de significado y relaciones de poder que se manifiestan en los textos. Asimismo, se seleccionaron los contenidos más pertinentes a los fines de la investigación, para así obtener, como producto de ella, elementos puntuales para ser analizados y dar cuenta de las singularidades que se evidencien.

Capítulo 1: Acerca de la locura

La locura ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, desde la psicología y la sociología hasta la filosofía y la literatura. En la investigación contemporánea, especialmente en lo que respecta a la experiencia femenina de la locura, se han retomado conceptos y enfoques desarrollados en épocas anteriores. En este sentido, nuestro análisis se centra en la Modernidad tardía, período en el que Jean-Martin Charcot desarrolló su trabajo pionero sobre la histeria y la locura femenina en la *Salpêtrière*, y que resulta fundamental para comprender la configuración de las nociones actuales de salud mental. Esto ha dado lugar a una variedad de abordajes y perspectivas que enriquecen nuestra comprensión del tema. Como resultado, podemos decir, que existen múltiples investigaciones que exploran la locura desde diferentes miradas y disciplinas, lo que da cuenta de la complejidad y riqueza que posee el tema.

Tal como se señaló en el párrafo anterior y como se precisó más detalladamente en la Introducción de esta tesis, son muchos los autores y los aspectos que se han abordado en torno a la locura femenina, tema que aquí nos convoca; pero también son varios los elementos que se hallan vinculados a ella y que deben ser recuperados para su análisis, como el concepto de loco, el contexto en que se gesta y se estudia la locura, sus causas, sintomatología, su diagnóstico y el papel que han tenido las emociones en dicha diagnosis.

Ahora bien, en lo que a los enfermos mentales respecta, aquí llamados simplemente “locos”, podemos decir que serán puestas bajo esta categoría todas aquellas personas que presenten no solo conductas extravagantes y erráticas que puedan poner en peligro la vida de los demás como la propia, que no puedan discernir entre lo que es real o no, sino también, todos aquellos que no puedan adaptarse a la vida en sociedad. De allí que Foucault mencione en *Los anormales* que se hará necesario primero para la sociedad, y luego para la medicina psiquiátrica en general, “detectar el peligro que acarrea consigo la locura, aun cuando sea una locura moderada, inofensiva o apenas perceptible” (Foucault, 2001, p. 118).

La sociedad en su conjunto se encargará de categorizarlos como seres indeseables, ante lo que adoptará una actitud de segregación y marginalidad respecto al supuesto loco. Cabe aclarar, que antes de ser encerrados los “locos” eran exhibidos en una suerte de espectáculo, para mostrarle a la sociedad aquello que no debía ser, lo que se debía negar, lo que había que ocultar o incluso erradicar. Poco se sabía en aquel entonces de

enfermedades mentales, pero mucho de cómo estigmatizar lo diferente y hacerlo enemigo de la sociedad.

La locura será entonces, relacionada en principio a un problema de carácter netamente sociocultural, dada la inadaptación que evidenciaban algunas personas en la sociedad en que estaban insertas, por lo que terminaban siendo marginadas por ello. A medida que la sociedad comienza a cuestionar las explicaciones religiosas y mágicas de la locura, se produce un proceso de secularización de la misma, en el que se busca entenderla desde una óptica más racional. Así pues, la locura pasará de ser un problema de carácter sociocultural a un problema de alcance político, dado que los soberanos deberán decidir cómo operar con estas personas y dónde alojarlas, ya que muchas no solo constituirán un problema para la sociedad sino también, un riesgo para sí mismas. Así, con el devenir histórico, la locura se convertirá en un objeto de estudio de carácter médico y científico a la vez, destacándose como tema de estudio propio de dichas disciplinas.

En este punto cabe recuperar lo planteado por Michel Foucault en *Historia de la Locura en la Época Clásica*, donde se destaca la ambivalencia que existe en la representación de la locura en los primeros episodios de la Modernidad. Así pues, la *Stultifera Navis*, en español *Nave de los locos*, resulta un ejemplo paradigmático de dicha ambivalencia, dado que representa una forma de experiencia trágica y cósmica de la locura, que se encuentra en la frontera entre la razón y la sinrazón. De este modo, Foucault muestra cómo la locura es atemorizante y fascinante al mismo tiempo, considerada simultáneamente como una amenaza para la razón y como una forma de verdad, que se halla más allá de los límites de la racionalidad. Por lo tanto, la *Stultifera Navis* constituye un símbolo de ambivalencia, precisamente, porque representa el viaje de los locos a través de un mundo que se halla simultáneamente dentro y fuera de la razón. Así pues, el filósofo francés señala que: “Antes de que la locura sea dominada, a mediados del siglo XVII, antes de que en su favor se hagan resucitar viejos ritos, había estado aunada, obstinadamente, a todas las grandes experiencias del Renacimiento” (Foucault, 1998, p. 21).

En este período será una práctica común y frecuente la expulsión del loco de la ciudad, “los locos eran llevados en número considerable por marineros y mercaderes, y que allí se ‘perdían’, librando así de su presencia a la ciudad de dónde venían” (Foucault, 1998, pp. 24-25). Con esto, evitaban que el loco merodeara por la ciudad generando cualquier tipo de disturbio. Ya lejos de la misma, el loco debía valerse por sí mismo y, en

cierto modo, como bien señala Foucault se volvía prisionero de su propia partida. Ahora bien, es necesario señalar que si bien en ese momento, la práctica más frecuente era la expulsión del loco, también es posible observar que en algunas ciudades se los recluye, pero sin ánimo de proporcionarle tratamiento alguno. Tiempo después la reclusión cobrará otro sentido y aplicabilidad.

Por lo tanto, la noción de locura descrita con anterioridad y la forma de proceder frente a ella, se distancia de la abordada en el capítulo posterior sobre *El gran encierro*, en el que se focaliza en el silenciamiento y reclusión del loco. Tanto la locura como el encierro, constituyen aquí una herramienta de control, ligada a un contexto de crisis de carácter económico como social. Es por ello que, con el encierro masivo de los locos, se busca reducir la mendicidad, imponer cierta moralidad y estimular la economía, con el trabajo impuesto a los internados. Este periodo, en términos de Foucault, da comienzo a la medicalización de la locura y a la creación de instituciones para llevar a cabo su tratamiento.

Ahora bien, luego de todo lo previamente expresado, debemos señalar que este capítulo se centrará en abordar la locura en su caso particular femenino, ofreciendo un breve recorrido histórico para poder comprender cómo ha ido mutando el alcance de tal concepto. A su vez, esto nos permitirá enmarcar y caracterizar en qué consiste la locura femenina como tal. Y es así como llegamos al análisis de la histeria como caso, con los cambios en su significación en el devenir histórico, las distintas hipótesis acerca de sus causas establecidas, la sintomatología destacada que se suponía evidenciaba la presencia de la enfermedad y un dato no menor, y que quizás resulte el más destacado, es el rol que tenían las emociones en los diagnósticos efectuados de histeria. ¿Eran acaso las emociones el mayor obstáculo al que se enfrentaban los médicos que estudiaban los casos de histeria? ¿O acaso a raíz de ciertos prejuicios se había llegado a patologizar a las mismas? Estas cuestiones serán tratadas en los próximos apartados.

Con el fin de organizar de manera adecuada el contenido anteriormente señalado, el capítulo se conformará de dos apartados: *Breve historización de la locura*, que ofrecerá un recorrido histórico sobre la locura y su desarrollo a lo largo del tiempo y *¿Por qué hablar de locura femenina?*, en el que se analizará la feminización de la locura y su relación con la patologización de las emociones, señalando las implicancias que se derivan de esta relación en la comprensión de la locura femenina. Para ello, este apartado se dividirá en cuatro subapartados: *La histeria como caso: su significación en el devenir*

histórico, en el que se explorará el recorrido histórico del concepto de histeria y su relación con la locura femenina, analizando cómo ha sido entendido y tratado a lo largo del tiempo; *La histeria y sus causas*, en el que se analizará diferentes teorías acerca de las causas de la histeria, contando entre ellas perspectivas médicas, psicológicas y sociales que han influido en su comprensión; *Sintomatología*, en el que se describirán los síntomas característicos de la histeria, así como también, cómo han sido identificados y clasificados a lo largo de la historia y, finalmente, *Patologización de las emociones*, en el que se examinará cómo las emociones han sido patologizadas en el estudio de la locura femenina y la histeria, y qué conlleva ello para la comprensión de la salud mental de las mujeres.

1.1. Breve historización de la locura

La locura no es un concepto nuevo, sino que se halla presente a lo largo de la historia desde la Antigüedad, variando en el proceso histórico la caracterización que se hace de ella, las teorías acerca de las causas que la originan, la descripción de sus síntomas generales, como así también, los métodos para alcanzar una suerte de cura, si el caso en particular lo amerita. Cabe realizar esta aclaración, dado que en ciertos momentos se ha pensado que la locura era generada por voluntad de los dioses, y allí nada podía hacer la voluntad humana (Calasso, 2004); mientras que, en otros momentos, se atribuía su origen a cierta “pérdida de la razón por la imposibilidad de controlar las pasiones” (Plumed Domingo, 2005, p. 228), o a un desequilibrio orgánico, que podía ser revertido a través de tratamientos o remedios naturales (Cisneros Ramírez, 2019).

Así pues, la revisión histórica que en este apartado se hace en torno a la locura y también en otros apartados y capítulos de la presente investigación, busca dar cuenta de las rupturas y discontinuidades que han ocurrido en el tratamiento y comprensión de la locura a lo largo de la historia. En consonancia con la perspectiva que desarrolla Foucault, entendemos que la locura no resulta un concepto estático, sino contrariamente, que este ha sido construido y reconstruido en diferentes momentos de la historia de manera continua. Al abordar estas rupturas y discontinuidades y analizarlas, se hace posible entender mejor cómo es que fue construido y reconstruido el concepto de locura, y de qué modo esto ha influido en su tratamiento y comprensión tanto en la época de Charcot como en la actualidad, por ejemplo.

Ahora bien, en el extenso análisis que realiza Foucault acerca de la locura, en sus dos tomos de *Historia de la locura en la época clásica*, arguye que la locura se halla

inmersa en el discurso de la experiencia histórica, así pues, en consonancia con lo previamente expuesto, podemos decir que, debe tenerse en cuenta que, dependiendo del momento en que se efectúe el abordaje teórico-analítico de dicho concepto, pueden notarse ciertos cambios en su constitución y significación, como en sus implicancias y alcance. De esta manera, no será la misma lectura que se haga de la locura en la Antigüedad (como el caso de *Áyax* de Sófocles¹), la Edad Media (*Jeu de la Feuillée* de Adam de la Halle²), la Modernidad (*Elogio de la locura* de Erasmo de Rotterdam³) o en la época contemporánea (*Notas desde un manicomio* de Christine Lavant⁴). Y en razón de ello, es que Foucault hará una distinción detallada sobre ello y señalará cuatro períodos bien delineados de la historia.

En primer lugar, el francés, abordará la *Edad Media* como aquel período influenciado por el cristianismo, en que la locura es asociada con la idea de pecado y de posesión demoníaca, donde en el primer caso, se observa un marcado sentido de responsabilidad y culpa de quien se halla afectado por la locura; mientras que en el segundo caso la responsabilidad es ajena al sujeto afectado por la misma. Así pues, entonces, la imagen del pecado y de la bestia serán recurrentes en esta época, y delimitarán el proceder frente a quienes manifiesten signos de locura. Cabe recordar que, en esta época, una práctica muy común para desterrar todo vestigio de locura eran los exorcismos. Asimismo, señala Heers (1988), “[e]l demente encarna la caída, padece por su causa, lleva en sí mismo el castigo infligido a todos. Habitado por Satán, sería el chivo expiatorio” (p. 124). Esto hace que el loco en cuestión deba hacer penitencia alejándose de su entorno, su familia, su vida cotidiana, sus hábitos, hasta de su propia apariencia, para asumirse como loco (Peñalta Catalán, 2008).

A lo anterior le sigue, en segundo lugar, el *Renacimiento*, donde comienza a distinguirse entre locura y razón. El loco es aquí un tanto genial, aquel que se ríe y burla de los demás, por momentos es divertido e histriónico, y es allí donde expresa algunas

¹ Enloquecido por la diosa Atenea, *Áyax* mata corderos y bueyes, creyendo matar al enemigo. En esta época era común adjudicarle a los dioses la culpa por la locura que atravesaban los humanos, por lo general constituían formas de castigos hacia estos.

² Aquí la locura se ve representada en la dinámica de las fiestas medievales particularmente en la inversión carnavalesca, es decir, en la inversión que se realiza de los valores y la potencial reivindicación de un derecho a la locura como principio liberador.

³ En esta obra, Erasmo de Rotterdam, postula a la locura como el origen de todas las bondades, deleites y disfrutes del ser humano. La locura se presenta aquí como un “mal” necesario.

⁴ La autora narra su propia estadía voluntaria en un hospital psiquiátrico, donde sufre opresiones y lucha por sobrevivir aferrada a la escritura. Se hace evidente aquí el trato de la locura de manera disciplinar en el interior de las instituciones mentales.

verdades de la razón, dado que “la ironía, posibilitaba al hombre el conocimiento de sí mismo” (Teixidó Vilar, 2013:220), pareciera que en este período lo más característico del sujeto en su *status* de loco es la desinhibición que posee. La razón, a su vez, contiene según este abordaje, ciertos matices de locura.

En tercer lugar, Foucault describe la *Época Clásica*, donde se da la creación del Hospital General de París con el fin de recluir allí a los locos, a quienes se considera de gran peligrosidad. Si bien se parte de la premisa de encerrar a todo aquel que se encuentre aquejado por la locura, en dicho hospital también se alojará a pobres, viejos, vagabundos, homosexuales y prostitutas. Esto pone de relieve que no existe ninguna separación o clasificación de carácter mental; solo irán a parar allí quienes se encuentren en los límites no solo de la racionalidad sino también, de la moralidad. Los locos, entonces, serán categorizados como seres indeseables para la sociedad, por lo que se los margina y los segrega, aunque también en algunos momentos se los exhibe, casi como en una suerte de espectáculo. Si bien no existe una concepción de “enfermo mental” como tal en este período, sí se lo establece posteriormente con la medicalización de la locura, aunque no supone una ruptura con esta lógica de exclusión, sino más bien una reconfiguración de la misma, donde la noción de “enfermo mental” se convierte en una nueva forma de categorizar y controlar a aquellos que se desvían de la norma. De este modo, la locura se convierte en un objeto de intervención médica, lo que permite ejercer un control más sutil y profundo sobre los individuos, perpetuando así la lógica de exclusión y marginación.

En línea con lo anterior, podemos decir que finalmente, Foucault distingue un cuarto período, el de la medicalización del encierro, que se corresponde con la *Época Contemporánea*. En él se postula con claridad que tanto la locura como la anormalidad deben ser subsanadas, y esto solo puede lograrse mediante ciertas prácticas que comprenden el tratamiento médico. En este período entonces, conceptos como “locura”, “anormalidad”, “enfermo mental” cobran gran relevancia y son claramente delineados y caracterizados. Asimismo, se hace evidente con la constitución de estos conceptos, que todo se define y establece de una manera histórica, social y culturalmente, experimentando ciertas variaciones en razón del momento, lugar y óptica disciplinar bajo la que sean analizados.

Ahora bien, pero si nos preguntamos ¿cómo entiende Foucault a la locura?, debemos decir que, ni más ni menos, como lo otro de la razón, y sobre esto nos detendremos un momento. En la segunda parte de *Historia de la locura en la época*

clásica I, en el apartado titulado *Los rostros de la locura*, Foucault describe a la locura como una negatividad que se gesta en una plenitud de fenómenos, “según una riqueza sabiamente alineada en el jardín de las especies” (Foucault, 2017, p. 389), lo que constituye para el autor una contradicción en la que se da apertura al conocimiento discursivo de la locura. Es así que señale que:

Bajo los rostros ordenados y apacibles del análisis médico está en acción una relación difícil en la cual se realiza el devenir histórico: relación entre la *sinrazón*, como sentido último de la locura, y la *racionalidad* como forma de su verdad”. (Foucault, 2017, p. 389)

La locura en Foucault, no tiene que ver únicamente, entonces, con la persona y su padecimiento, sino con todo aquello que rodea a la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, institución, momento histórico en que se estudia la misma, etc. Se constituye de múltiples factores que deben ser contemplados de manera conjunta al poner bajo estudio dicha enfermedad.

Cabe aclarar que, Foucault realiza un estudio analítico-descriptivo en torno a la locura, el que profundiza haciendo hincapié en las instituciones que son las que alojan a los “locos” y “anormales” a ser tratados, “sin perder de vista al sujeto en el análisis de las estructuras” (Reguillo, 2004, p. 7), y esto convierte a dicha institución en relevante, por lo que se hace necesario también profundizar en el conocimiento de la misma.

Finalmente debemos señalar, que la periodización efectuada por Foucault en torno a la locura, resulta de gran valor para poder comprender las implicancias que esta tiene en cada periodo y poder derivar así, en el estudio de la locura femenina, para a su vez, luego poder focalizar en la histeria que resulta nuestro tema de interés.

Tras explorar el desarrollo histórico de la locura, resulta relevante ahondar en el modo en que esta se ha relacionado precisamente con la experiencia femenina. En este sentido, el siguiente apartado se centrará en la feminización de la locura y su impacto en la comprensión de la salud mental en las mujeres.

1.2. ¿Por qué hablar de locura femenina?

Como se señaló en el apartado anterior, la locura es un concepto que ha sido objeto de estudio en el proceso histórico, recuperado desde distintas disciplinas y autores. Ahora bien, cabe aclarar que su abordaje ha sido realizado principalmente desde una óptica

masculina, es decir, desde discursos, prácticas y un lenguaje “construido por varones” (Bega Martínez, 2020, p. 120) para ejercer cierto control sobre las mujeres, por lo que se hace necesario estudiarla desde otro lugar, un punto de vista teórico-epistemológico que se separe, como bien señalan Ruíz Somavilla y Jiménez Lucena (2003), de los prejuicios y estigmas que facilitan la reproducción y perpetuación de discursos y prácticas hegemónicas que actúan en sojuzgamiento de lo femenino.

Este fenómeno, que hemos de llamar *Feminización de la locura*, alude a la atribución de caracteres femeninos en los padecimientos mentales, lo que ha conducido a una visión sexista y estigmatizante de la enfermedad mental en las mujeres (Bega Martínez, 2020). Según esta visión, se establece una estrecha relación entre el comportamiento de las mujeres, señalado como emocional e irracional por naturaleza, con la locura. Esto, sin duda, da cuenta de cierta patologización que se efectúa sobre las emociones, como también, sobre el comportamiento general de las mujeres, lo que facilita con ello la medicalización de las mismas sustentada primordialmente en estereotipos de género. Asimismo, cabe destacar que en toda esta cuestión los hospitales psiquiátricos cobrarán un rol relevante, dado que adoptarán un trato diferencial para con las mujeres, a quienes tratarán como a infantes, respondiendo a una estructura jerárquica patriarcal inherente a este tipo de institución (Chesler, 2005).

Esta forma de entender la locura, se mantuvo vigente durante largo tiempo, pero poco a poco fue ganándose duras críticas, no solo por los estereotipos sexistas que conformaban su basamento teórico, sino también, por cómo se deshumanizaba a las pacientes a la hora de llevar a cabo su tratamiento médico. Ahora bien, es necesario señalar que los estereotipos de género no solo se evidenciaban en las estructuras de control médico (hospitales), sino que a través de ellas se daba cuenta precisamente del pensamiento que se tenía a nivel social sobre la locura en las mujeres.

De esta manera se configuran dos posibilidades acerca del modo en que puede entenderse la locura femenina. Por un lado, como una enfermedad ligada al carácter de las mujeres como seres emocionales e irracionales, es decir, como una característica propia de la naturaleza de las mujeres. Por otro, como una forma de control y sometimiento, en la que se deshumaniza a las mujeres por su mera condición de tales, basado en teorías reduccionistas y sexistas, que tienen como fin ejercer el control sobre las mismas para restringir su accionar en espacios que son considerados propios de los hombres, que a su vez responde a una lógica patriarcal y machista. Asimismo, esta forma

de entender la locura da cuenta de que ese control que se ejerce sobre las mujeres, pone de manifiesto una relación de subordinación, en la que pierde autonomía no solo sobre sus cuerpos sino también, sobre sus decisiones, cuestión que se vincula estrechamente con la idea kantiana que señala la imposibilidad del “bello sexo” de alcanzar la mayoría de edad (Kant, 2004, p. 52), dada ciertas características que le son propias (García, 2021, p. 388).

De la interconexión entre estos modos de entender la locura femenina, surge el interés de analizar el rol que poseen las emociones en las mujeres que eran diagnosticadas con locura, abordando su cuerpo y mente en forma conjunta, no separada como se lo solía hacer tradicionalmente.

Ahora bien, hablar de la locura femenina entonces, se convierte en un hecho necesario, desde el momento en que entendemos que el trato entre hombres y mujeres no ha sido “humanamente” el mismo. Y nos referimos con “humanamente” a la dignidad que se les fue negada a cientos de mujeres en los tratamientos experimentales para hallar una “cura” a su padecimiento. Los baños de inmersión en tinas con hielo, los tratamientos de electroshock, el aislamiento extremo y demás prácticas médicas empleadas en aquel entonces, partían de la “cosificación” y “deshumanización” de las pacientes.

La locura era algo que se asociaba principalmente a las mujeres o lo que se llamaba el “sexo débil”, lo que no quiere decir que el hombre estuviera ajeno a ella, a su padecimiento. Sin embargo, sí se creía que las mujeres eran más propensas por su naturaleza a padecerla. Si bien no existe una única definición ni caracterización de la locura, dado que la misma ha mutado en el proceso histórico, en los siguientes apartados focalizaremos en aquella que se conoce como “histeria”, denotando la variación de su significado en el devenir histórico, caracterizando los tipos de causas que se le atribuye, los síntomas con que era diagnosticada y, finalmente, la idea de que en los estudios realizados sobre cientos de pacientes mujeres se efectuaba una patologización de las emociones, por el hecho de considerar que estas las volvían más vulnerables y propensas a determinadas enfermedades, principalmente de carácter mental.

Dada la importancia de la feminización de la locura, resulta relevante analizar un caso específico que ha sido central en la historia de la psiquiatría: la histeria. Para ello, en el siguiente apartado, se explorará la significación histórica de la histeria y su relación con la locura femenina.

1.2.1. La histeria como caso: su significación en el devenir histórico

Si bien hablar de locura abarca de manera general varios padecimientos, uno que ha sido muy renombrado desde fines de la Modernidad es la histeria. “Histeria” proviene del término griego *hystera* que significa “útero”, con el que se aludía a ciertas crisis y malestares que sufrían las mujeres alrededor del siglo XVI (Bogousslavsky, 2014). En ese entonces se habló durante muchos años de episodios histéricos, recién unas décadas después se comenzará a hablar de “histeria” como padecimiento, enfermedad. Y será en el siglo XIX su mayor popularización y aceptación dentro de la medicina como ciencia.

Ahora bien, si vamos unos cuantos siglos atrás, aproximadamente al siglo XIX a.C., encontramos manifestaciones de padecimientos similares a la histeria en culturas como la egipcia, donde se describía cierto padecimiento de las mujeres originado en el útero. Esto se evidencia, tal como señala Arias Gómez (2022), en los papiros de Kahun correspondiente al siglo XIX a.C y el de Ebers del siglo XVI a.C., donde se describe de manera negativa la funcionalidad que poseía el órgano pélvico. Allí se caracteriza al útero como un órgano inquieto que se desplaza de manera constante e intempestiva, aplastando a su paso a los pulmones (disnea suspirosa), empujando al corazón (palpitaciones y opresión torácica) y provocando que se cierre la garganta o lo que comúnmente se llama bolo histérico (Arias Gómez, 2022). Y lo que se pretende es mediante diferentes tratamientos basados en sustancias o hierbas, administradas por vía oral, olfativa o incluso colocadas dentro de la vulva de la paciente, regresarlo a su lugar correspondiente, la parte inferior del abdomen. Según lo expresado en el papiro de Ebers, “la enferma debe sentarse sobre paños perfumados con mirra líquida; debajo se quemarán excrementos secos de varón mezclados con incienso, rodeando a un objeto fálico, para fumigar la vagina de la paciente” (Arias Gómez, 2022, p. 169).

Los antiguos griegos, por su parte, a este conocimiento incorporaron dos cuestiones más, la falta de constitución de matrimonio, así como también, la incapacidad de poder tener hijos. Mientras que los antiguos romanos, si bien creían que el origen de la afección se hallaba en el útero, no consideraban que este se desplazara por el cuerpo, más bien atribuyeron el malestar a la interrupción de la reproducción, ya sea que hablemos de un aborto espontáneo producido durante el embarazo, la llegada de la mujer a la etapa de la menopausia o cualquier otra afección que se produjera a nivel uterino (Micale, 2019). Charcot, posteriormente en la Modernidad, retoma estos estudios de la antigüedad

para dar cuenta de que los fenómenos histéricos responden a patrones o mecanismos subyacentes, y que no constituyen meros eventos aleatorios o inexplicables. Asimismo, según Cabrera Macías et al. (2013), Charcot recupera el uso de la hipnosis, práctica ya presente en egipcios, griegos, celtas y otros, pero considerando a la misma como “como un estado patológico, relacionado con la histeria” (p. 536). Sin embargo, será Freud quien la presente definitivamente como una técnica para poder analizar los contenidos inconscientes traumáticos.

Ya Galeno en el siglo II d.C., describirá a la histeria como una enfermedad surgida producto de la abstinencia sexual en mujeres pasionales. De allí, que sea frecuente principalmente el diagnóstico de dicha enfermedad en viudas, monjas y jóvenes vírgenes; y muy rara vez en mujeres casadas. Maines (2001) señala que a modo de tratamiento/remedio se recomendaba la actividad sexual, por lo que aquellas mujeres que estuvieran solteras debían ser casadas. Quienes estaban casadas incrementar la frecuencia en que tenían relaciones sexuales con su pareja y en caso de ser necesario, recurrir a una comadrona para que le propinara masajes en su zona íntima. De la mano de Galeno, también se asociará la histeria a un desequilibrio de fluidos corporales internos denominados humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), que frente a la predominancia de uno frente a los demás, provocaba que el cuerpo enfermara.

En concordancia con lo previamente señalado, Foucault expresará en *Historia de la sexualidad III. La inquietud de sí*, que:

Los órganos, los humores y los actos sexuales constituyen a la vez una superficie receptora y particularmente sensible a todo lo que puede perturbar al organismo, y un foco muy poderoso, muy activo para inducir a través de todo el cuerpo una larga serie de síntomas polimorfos. (Foucault, 2003, p. 79)

Ya en el siglo V d.C. dada la gran influencia del cristianismo en el mundo occidental, se experimenta un cambio en la manera de comprender médicamente a la histeria. La causa ya no será originada en el propio organismo de la paciente, sino que se generará a raíz de sus acciones pecaminosas o hasta incluso producto de una posesión demoníaca. De allí que, como señala Wilfred Abse (2015), producto de este cambio de percepción acerca de la enfermedad, se genere un cambio en la manera de abordarla. En su tratamiento la iglesia aconsejará el uso de crucifijos, realizar oración y hasta incluso que se lleven a cabo, por parte de sus sacerdotes, exorcismos. El psiquiatra galés Abse,

también señala que siglos más tarde, durante el Renacimiento muchas mujeres con síntomas compatibles con histeria fueron acusadas de brujería, por lo que se las procesó, torturó e incluso ejecutó.

Según Bogousslavsky (2014), durante los siglos XVI a XVIII, varios médicos, como Charles Lepois (1563-1633), Thomas Willis (1621-1675), Thomas Sydenham (1624-1689) y Pierre Pomme (1728-1814), centraron sus estudios y esfuerzos en quitar los estigmas existentes sobre la histeria e identificarla nuevamente como una enfermedad, es decir, una condición médica, de allí todos los avances que pudieron lograrse en la posteridad, debido a la restitución de su condición de enfermedad. Cabe señalar que, la modernidad, momento en que desarrollan sus estudios estos médicos, se encuentra atravesada por significativos cambios tales como:

Los grandes descubrimientos en las ciencias físicas, que cambian nuestras imágenes del universo y nuestro lugar en él; la industrialización de la producción, que transforma el conocimiento en tecnología, crea nuevos medios humanos y destruye los viejos, acelera el ritmo de la vida, genera nuevas formas de poder jurídico y lucha de clases; inmensos trastornos demográficos, que separan a millones de personas de sus ancestrales hábitats, arrojándolas violentamente por el mundo en busca de nuevas vidas [...]. (Berman, 2014, p. 88)

Así pues, el médico francés Charles Lepois estudiará a la “histeria” en relación a trastornos vinculados al cerebro, ya no al útero. Asimismo, el médico británico Thomas Willis, fundador de la *Royal society*, centrará sus investigaciones en los aspectos neuroanatómicos. Thomas Sydenham, por su parte, dejando de lado cualquier explicación física, caratuló a la histeria como una enfermedad psíquica y emocional, enfatizando también en la relación de la enfermedad con el cerebro. Su mayor aporte fue poner de manifiesto “que los síntomas histéricos pueden simular casi todas las formas de enfermedad orgánica. Para Sydenham la histeria era la gran simuladora” (Prado Ordóñez Fernández, 2010, p. 40), de allí que la compare con el dios griego Proteo, quien tenía la habilidad de cambiar con facilidad de aspecto (Álvarez, 2012). Finalmente, Pierre Pomme en su *Traité des affections vaporeuses des deux sexes: ou Maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerfs* (1782), presentará un nuevo enfoque acerca de la enfermedad y señalará que la parálisis, las convulsiones y el propio sufrimiento se la relacionan a la sequedad del cuerpo producto de la ingesta de quinina. Para ello, “[p]ara tratar estas afecciones recomienda tomar baños fríos que pueden durar entre dos y diez

horas cada día, moderar sangrados y beber litros de caldo de pollo, ternera y rana” (Arnaud, 2009, p. 220).

Ahora bien, con estas investigaciones como precedentes, otros médicos desvincularon a la histeria del útero y focalizaron en el sistema nervioso central, de allí que nazca el modelo neurológico de la histeria, que permitirá que se entienda como un trastorno mental. Ya a mediados del siglo XIX, el médico francés Paul Briquet, abordará a la histeria como un síndrome de carácter crónico de múltiple sintomatología que afecta de manera general a todos los órganos del cuerpo. A este diagnóstico se lo conocerá posteriormente como “trastorno de somatización” o simplemente “síndrome de Briquet”. Durante varios años, Briquet llevó a cabo centenares de estudios de casos en pacientes con histeria. De la misma manera, el neurólogo francés Jean-Martin Charcot se abocó a efectuar estudios de casos, pero aplicado a mujeres, en lo que se conoce como hospital de *la Salpêtrière*. En la misma institución, Pierre Janet estudió los síntomas de la histeria y concluyó que se daban a raíz de un lapsus de conciencia. De los estudios de Charcot y Janet se nutrirá Freud, quien asimismo se interesará en investigar la histeria, ampliando su campo a los hombres también.

Cabe recordar que paralelamente, durante esta época en Inglaterra, en lo que se conoce como Época victoriana,⁵ y según recupera Laura Briggs (2000) en su artículo *The Race of Hysteria: “Overcivilization” and the “Savage” Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology*, se amplió la cantidad de síntomas con los que se diagnosticaba la histeria, con lo que frente a cualquier malestar leve se la daba por hecho. Así pues, se llegó a afirmar médicamente que una de cada cuatro mujeres padecía la enfermedad y para algunos médicos ingleses del momento, el origen de la histeria no será un punto relevante a poner en discusión, como sí lo será si se hace presente al menos un síntoma de los tantos nominados. Esta situación elevará notablemente el número de pacientes con histeria.

Con el devenir histórico, ya adentrados en el siglo XX, en contraposición a lo previamente mencionado, los casos de histeria fueron mermando en toda Europa y con ello el interés por su estudio, que luego de la Segunda Guerra Mundial se vio focalizado en trastornos como la ansiedad y la depresión. Incluso se descubrió que ciertos males que

⁵ Es el periodo que comprende el reinado de la reina Victoria, es decir, desde el 20 de junio de 1837 hasta su deceso el 22 de enero de 1901.

se vinculaban con la histeria constituían enfermedades diferentes e independientes a ella, como es el caso de la epilepsia.

Una vez comprendida la significación histórica de la histeria, resulta importante analizar las causas que se han atribuido a esta condición. En el siguiente apartado se examinarán diferentes teorías acerca de las causas de la histeria y el impacto que ello tiene en la comprensión de la locura femenina.

1.2.2. La histeria y sus causas

La histeria ha sido vinculada a múltiples causas: orgánicas, psíquicas o hasta incluso emocionales. Y de una manera un tanto difusa, señalará Sanfelippo (2011) a la sexualidad. Según lo expresado por este autor en su artículo *Razones de un silencio. Sexualidad e histeria entre 1885 y 1896*, ni Charcot ni posteriormente Freud, vincularon expresamente a la histeria con la sexualidad debido a los inconvenientes de poder adecuar dicha hipótesis a los saberes médicos de la época y sus reglas o normas vigentes en ese momento. Podría creerse que se trataba de alguna limitación personal o restricción moral, pero no es así, respondía específicamente a una limitación vinculada al paradigma del conocimiento médico del momento.

En palabras de Marcel Gauchet y Gladys Swain (2000), Charcot concebía a la histeria como una patología hereditaria. Si bien intentó separarla de lo femenino para calificarla como una verdadera enfermedad médica, no logró quitar plenamente la injerencia que poseía la esfera sexual en la patología. Por ende, podría decirse que subyacía para el neurólogo francés cierto condicionamiento sexual a la hora de desarrollar la enfermedad.

En cuanto a la idea de que la causa de la histeria sea de carácter orgánico, o mejor dicho fisiológico, hay quienes señalarán al respecto, como es el caso de Paul Sollier⁶, que ante ciertas acciones o estímulos efectuados sobre el cuerpo, se producirán ciertos efectos. De allí que exprese respecto al sueño irregular o ausencia del mismo (insomnio) de quienes padecen histeria, que este generará consecuencias significativas en el buen funcionamiento del cerebro. Para Sollier “si los histéricos no duermen el sueño normal, es porque habitualmente duermen otro sueño u otros *sueños parciales*. Estos no afectan

⁶ Paul Sollier (1861-1933), médico francés discípulo de Charcot, precursor de los estudios acerca de la razón intelectual.

al mismo tiempo todo el cerebro, pero invaden sucesivamente los diversos centros funcionales” (Ingenieros, 1919, p. 37). Cabe agregar, que cada centro cerebral que deja de funcionar, provoca trastornos de manera orgánica, como es el caso de la aparición de parálisis, anestias, entre otros.

Por su parte, en los estudios críticos posteriores realizados por Foucault (2008), este señalará que existían cuatro elementos que invalidaban poder abordar la o las causa/s de la histeria desde el punto de vista orgánico. En principio, ellos eran, la *regularidad sintomática*, que propiamente en el caso de la histeria no estaba asegurada, dado que no se contaba con síntomas típicos, iguales y persistentes en todos los casos en que se analizaba esta patología. En segundo lugar, se referirá a la *simulación*, que a raíz de no existir precisamente síntomas distintivos, podía confundirse con cualquier otro padecimiento o enfermedad. Respecto a este elemento Foucault señalará en *El poder psiquiátrico* que:

Si se quería demostrar concretamente que la histeria era una enfermedad, si se pretendía que funcionara dentro del sistema del diagnóstico diferencial, si no se quería ver impugnado su estatus de enfermedad, pues bien, debía estar absolutamente despojada de ese elemento de descalificación con efectos tan nocivos como la simulación, y que era la lubricidad o la sexualidad. Por consiguiente, era necesario que ese aspecto no se manifestase o no se dijera. (Foucault, 2008, p. 377)

Finalmente, en tercer y cuarto lugar, encontramos *lo femenino y lo sexual* correspondientemente, ambos poco relacionados en sí con la enfermedad, dado que ni el útero ni la sexualidad parecían adecuarse a las teorías que pretendían hallar el origen de la enfermedad por aquel entonces. Por lo tanto, la histeria no solo sufría descalificaciones de tipo moral originadas en el prejuicio social, sino también, invalidaciones desde el ámbito epistémico, donde se evidenciaban bases poco sólidas.

Durante mucho tiempo se puso el foco de atención en el útero de las mujeres para explicar la causa que originaba la histeria; sin embargo, luego, con los avances de la medicina del siglo XIX, no se pudo encontrar una relación causal ni condicionante entre dicho órgano reproductor femenino y la enfermedad. Frente a esto y lo señalado respecto a los otros tres elementos, como bien señala Sanfelippo (2011), Charcot deberá adoptar una postura que lo aleje de los mismos, para que se pueda “convertir a la histeria en una enfermedad verdaderamente médica” (p. 208).

En lo atinente a las causas psíquicas, encontramos diversas teorías, pero la más destacada es aquella en la que Freud (1995), señala que la causa se originaría debido a una falta de simbolización que se plasma de manera simbólica en el cuerpo de la paciente, que funciona como un “órgano sufriente” (Marchant, 2000). Por su parte, Pierre Janet⁷ en su tesis *El estado mental de los histéricos*, expresará que existen diferentes formas de histeria, pero de manera general definirá a esta patología como producto de la “sugestión psicológica” (Janet, 1893); Bernheim⁸ irá un poco más allá y hablará de “autosugestión” (Bernheim, 1911). Incluso el propio Charcot, la considerará una enfermedad psíquica ya que sostendrá que se pueden provocar o suprimir fenómenos histéricos mediante la influencia del aislamiento, la sugestión, las emociones, por lo que puede decirse que “puesto que aparece y desaparece por acciones psíquicas, lógico es considerarla una enfermedad psíquica” (Ingenieros, 1919, p. 32). Asimismo, Babinski (1984 [1901])⁹ definirá a la histeria como un estado psíquico en el que el paciente se autosugestiona.

Finalmente, debemos señalar que se ha hecho hincapié en las emociones como posible causa u origen de la histeria. Y este punto resulta muy interesante, dado que en innumerables ocasiones, incluso hoy en día, se han establecido nexos basados en meras especulaciones, que sostienen la creencia en cierta vulnerabilidad femenina producto de la preponderancia de las emociones en el cuerpo de las mujeres. Y es así, como se caracteriza a las emociones mucho más que como una respuesta fisiológica de nuestro cuerpo frente a ciertos estímulos de nuestro entorno. Se la muestra como una característica propia de la naturaleza femenina, incluso como una debilidad. Sin embargo, esto no quiere decir que en el hombre no se hallen presente las emociones, es decir, que carezcan de ellas o que sus cuerpos no se vean afectados por las mismas, pero sí, que se manifiesta en una menor proporción, que no pone en riesgo su salud mental.

Si bien, se han registrado casos de histeria en hombres, los mismos comprenden una menor proporción respecto a la cifra de mujeres diagnosticadas con dicho padecimiento históricamente. Además, en el caso de los hombres la posible causa de la enfermedad no se halla vinculada a las emociones sino a cuestiones psíquicas como bien señala Freud (1886) y posteriormente Lacan (2013) en sus estudios. Ambos autores

⁷ Trabajó en la *Salpêtrière* junto a Charcot y por encargo de este fundó un laboratorio de psicología experimental.

⁸ Hippolyte Bernheim (1840-1919), médico y neurólogo francés creador de la teoría de la sugestibilidad vinculada a la hipnosis.

⁹ Joseph Babinski (1857-1932), neurólogo franco-polaco formado en la *Salpêtrière*. Tuvo como profesor a Charcot de quien fue su alumno predilecto.

observaron que el síntoma histérico en los hombres se vinculaba a la relación que tenía el hombre con su padre, frente a lo que las manifestaciones sintomáticas implicarían una respuesta del paciente frente a ese “Otro paterno”, que se hace presente en la dinámica fantasmática¹⁰ de cada sujeto. Incluso Lacan va un poco más allá y agrega que la “pregunta histérica en el varón pone en cuestión su propia posición sexualizada” (Thompson, 2018, p. 756).

Freud mostró interés en estudiar la histeria en hombres, en los primeros acompañamientos que realizó a Charcot, así como en las lecturas que llevó a cabo de Haitzmann¹¹ y Dostoievski¹², sin embargo el neurólogo francés se decantó por el estudio de la histeria en las mujeres (Gontijo, 2022) y dejó a un lado cuestiones vinculadas propiamente a los hombres, para poner sus esfuerzos en hallar el origen de la histeria en las mujeres, describir y caracterizar la sintomatología de dicha enfermedad, así como también, formular un tratamiento adecuado para lograr la cura de la misma. Cabe aclarar que, a diferencia de Freud, Charcot no separó tajantemente las emociones de las afecciones psíquicas, dado que como señalamos previamente, para el neurólogo francés, las causas psíquicas comprendían de cierta manera las variaciones emocionales que las pacientes experimentaban producto de su enfermedad. Es decir, las emociones comprenden acciones psíquicas, por lo que Charcot las analizará en forma conjunta con las causas psíquicas que hacen a la histeria.

Una vez exploradas las causas que dan origen a la histeria, se hace necesario describir los síntomas que se han asociado con esta condición. A continuación, se presentará una descripción de la sintomatología de la histeria y su relación con la locura femenina.

¹⁰ Esta expresión se deriva de la noción lacaniana de “fantasma”, que alude al concepto de fantasía de Freud. Para Lacan más allá de dramatizar un deseo inconsciente, posee la función de proteger al sujeto frente al horror de lo real. Cfr.: Lacan, J. (1966-1967). *La lógica del fantasma, seminario 14*. Inédito. Disponible en: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.6.10%20CLASE%20-10%20%20S14.pdf>

¹¹ Johann Christoph Haizmann (1651- 1700): pintor austriaco conocido por constituir un caso de neurosis demoníaca muy estudiado en psicología y psiquiatría desde comienzos del siglo XX, principalmente por Vandendriessche y Freud.

¹² Fiódor Mijáilovich Dostoievski (1821- 1881): escritor ruso destacado por abordar en sus obras cuestiones vinculadas a la psicología humana en el marco de la segunda mitad del siglo XIX.

1.2.3. Sintomatología

La sintomatología es una parte esencial de los estudios acerca de la histeria, dado que como expresan Zanón Cuenca y Santa María Blasco (2016), “los diferentes síntomas de la histeria parecen ser máscaras con las que el cuerpo esconde, transfigura y/o verbaliza sus deseos, sus miedos y su dolor; son todas las emociones censuradas y bloqueadas que terminan revelándose” (p. 150). Los síntomas juegan, sin duda, un rol fundamental en la detección de la enfermedad.

Ahora bien, si nos centramos en describir y analizar los síntomas que permitían identificar la histeria, podemos notar que esta tarea resulta un poco compleja, dado que no se puede establecer una cantidad exacta de síntomas, eso dependerá de la época e investigador que se ponga bajo la lupa. Así pues, encontraremos cinco, nueve, quince y hasta decenas de síntomas en razón de quien sea nuestro soporte de estudio. Por ejemplo, si nos apoyamos en los estudios de Pierre Janet, encontramos cinco síntomas: amnesia, anestesia, enfermedad del control motor, abulia y cambio de carácter (Nader, 2019). Sin embargo, podemos efectuar otra clasificación en razón de aquellos que se repiten en la bibliografía revisada y ya nombrada en el apartado anterior:

- *Parálisis*: consiste en la inmovilidad por parte de la paciente de mover parte o la totalidad de su cuerpo.
- *Afonía*: alude a la pérdida total de la voz o mudez transitoria.
- *Cansancio*: sensación extrema de falta de energía o agotamiento.
- *Falta de fuerza*: se presentaba principalmente en las manos y junto con el cansancio era de los síntomas más comunes.
- *Cefalea*: dolor de cabeza intenso con variaciones en su intensidad y que en algunas oportunidades alcanza hasta sectores de la cara.
- *Mareos*: muchas veces acompañados de pérdida de equilibrio y falta de estabilidad, limitaba el libre andar y desplazamiento de las pacientes, haciéndolas depender de otras personas. En casos extremos tales mareos podían contribuir a presentar visión borrosa o incluso sensación de ceguera, desmayos y/o pérdida del conocimiento.
- *Amnesia*: alude a la pérdida temporal o permanente de memoria, es decir, el olvido no intencional de información, hechos, experiencia, es decir, de recuerdos que constituyen la identidad de la paciente.

- *Cambios en el estado de ánimo o de carácter*: las pacientes solían pasar fácilmente de la alegría al llanto, al enojo o el nerviosismo. Este tipo de cambios emocionales eran frecuentes durante la ausencia de síntomas físicos y muchas veces las volvían impredecibles en su carácter.
- *Crisis convulsivas*: consistía en la presencia de espasmos o sacudidas musculares de manera general en todo el cuerpo de la paciente, muy similar a las crisis de epilepsia. Este tipo de síntoma particularmente, condujo a que durante la Edad Media, se creyera que se trataba de una posesión de carácter divina o demoníaca, por lo general, lo atribuirán al segundo caso, lo que implicaba consecuencias poco gratas para la paciente en cuestión.
- *Alteración de la sexualidad*: en la mayoría de los casos se presentaba falta de placer y/o de deseo sexual.
- *Malestares digestivos*: constituían la sintomatología más frecuente, incluyendo en su grupo, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, intolerancia a ciertos alimentos, dificultad para tragar, entre otros.
- *Dolores corporales*: además del dolor de cabeza, previamente mencionado, las pacientes solían presentar dolor en espalda, abdomen, articulaciones y extremidades. Asimismo, experimentaban cólicos menstruales intensos y dispareunia, es decir, dolor al tener relaciones sexuales, y otros tipos de malestares como hormigueos y descargas eléctricas. Estos últimos, no tenían una localización fija y cambiaban de lugar, por lo general de abajo hacia arriba.

Quedan en esta nómina enlistados entonces, doce síntomas comúnmente presentes en las pacientes diagnosticadas con histeria. Muchos de ellos al ser tan generales, nos permitirán entender que ni la evaluación sintomatológica ni el diagnóstico como tal son certeros como muchas veces se esperaría, y que además, dan cuenta en muchas ocasiones de cierta arbitrariedad por parte de quien estaba a cargo de dicha actividad. Más allá del tono médico de la situación, se conoce que en numerosas ocasiones muchas pacientes eran hospitalizadas bajo pretextos e intereses ajenos a un problema de salud (Foucault, 1998), y que en torno a ello nadie cuestionaba nada y todo se cubría de un manto de silencio, un claro ejemplo de ello fue el de Jeanne Louise Beaudon conocida como Jane Avril, bailarina del Moulin Rouge ingresada bajo la custodia de Jean-Martin Charcot en *la Salpêtrière* siendo aún menor de edad y sustentado el motivo en los maltratos que recibía de su madre alcohólica (Avril, 2019), luego se alegó que sufría de una enfermedad

que afectaba al sistema nervioso, corea de Sydenham, más conocida como “Baile de San Vito”. Como este hay múltiples casos, como así también el de prostitutas que eran ingresadas únicamente por su condición de tales.

Luego de describir los síntomas de la histeria, se hace necesario analizar cómo las emociones han sido patologizadas en la comprensión de esta enfermedad. En razón de ello, en el siguiente apartado, se examinará el vínculo que existe entre las emociones y la locura femenina, y cómo esta relación ha definido el destino de muchas mujeres que fueron recluidas por hacerse eco de sus emociones.

1.2.4. Patologización de las emociones

Era frecuente, como bien señalamos en el apartado anterior, considerar a las emociones como síntomas de histeria. Ellas quedaban comprendidas dentro de los cambios suscitados a nivel anímico o de carácter de la paciente. Muchas veces no se lograba comprender cómo podían pasar de manera tan rápida de la felicidad a la tristeza, de la ira a la melancolía, sin motivo aparente alguno. En ocasiones estos cambios repentinos de humor, las volvían impredecibles.

Frente a la ausencia de síntomas físicos y la persistencia de cambios emocionales que afectaban la lucidez mental de las pacientes, los médicos comenzaron a preguntarse a qué se debían esos cambios repentinos. Y al observar que se daban más frecuentemente en mujeres que en hombres, dedujeron que era parte de la constitución psíquica de las mujeres, y que a su vez esto las volvía doblemente vulnerables. Es decir, eran vulnerables ya por el hecho de ser mujeres, pero también por no poder controlar las emociones que las terminaban dominando y las ataban a un estado de poca claridad mental.

Las emociones comienzan a verse entonces desde un punto de vista un tanto negativo, ya que dejan de ser consideradas una mera reacción a lo que sucede en el entorno de las mujeres puestas bajo estudio, para pasar a ser parte constituyente de su enfermedad, dado que se cree que transmiten lo que en general el inconsciente no puede verbalizar (Buzzatti y Salvo, 1999). Por lo tanto, debemos decir que las emociones serán expuestas como una de las principales causas de la locura, incluso Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1981b) así lo señalaba. Sin embargo, cabe indicar que, por lo general, las mismas son estudiadas partiendo de un prejuicio autosostenido, de carácter tautológico

y no comprobado; lo que implica que no necesariamente exista un nexo entre locura/histeria y emociones.

Esta duda y revisión que se hace sobre las relaciones establecidas entre locura y emociones, conduce a que a partir de 1990 con el surgimiento del *Giro afectivo* y las nuevas propuestas de análisis que se hacen en torno a las teorías vinculadas al cuerpo, el psicoanálisis y la subjetividad, cobren otro valor y sentido. Así pues, se establece que las emociones poseen un rol a nivel social de carácter vinculante con el entorno y con los propios pares que integran también la sociedad. Por lo tanto, se le quita el carácter negativo que se le daba hasta el momento y se comienza a valorar su papel en la experiencia humana de manera más integral.

Estos estudios provenientes de distintas disciplinas de las ciencias sociales, sin duda, resignificaron el valor de las emociones, las abordaron desde otro lugar, evitando caer en prejuicios o reduccionismos. Y es aquí donde se enmarca nuestra investigación entrelazando los estudios del giro afectivo con la concepción de locura femenina, abordando a su vez la injerencia que poseen las emociones sobre esos cuerpos estudiados ya desde la psiquiatría como pasibles de ser controlados y sometidos mediante la medicalización.

El giro afectivo entonces, permitirá abordar la locura femenina desde una nueva óptica que va más allá de la idea generalizada de que las emociones dan cuenta de la ausencia de razón en los sujetos, permite apelar a una reinterpretación de lo que las mismas representan tanto para el cuerpo como para las mentes de las mujeres afectadas por la locura. De este modo, las emociones serán en nuestra investigación una parte fundamental para comprender qué sucede con las pacientes afectadas de locura, en tanto su vinculación social les es arrebatada.

Capítulo 2: El hospital psiquiátrico

El hospital psiquiátrico como institución de salud mental, tal y como lo conocemos en la actualidad, no se constituyó de la misma manera desde sus inicios, ya que no siempre contó con la finalidad de alojar sujetos afectados por locura. Por cuestiones meramente políticas y de “higiene social”, particularmente por que se creía que alborotaban a la sociedad y la exponían a situaciones inmorales, se determinó recluir en sus instalaciones a homosexuales, prostitutas, viejos, pobres y vagabundos.

Sin embargo, esta situación no se mantuvo así por mucho tiempo, dado que por edicto del rey se decide crear hospitales para hombres, mujeres y niños, de manera separada, y con el tiempo se les dará exclusividad en tales instituciones a aquellos afectados mentalmente que representen un riesgo para sí mismos y/o la sociedad. El hospital psiquiátrico, donde se recluirá a los locos, será entonces mucho más que una institución de resguardo, será más bien, un lugar de vigilancia permanente, un espacio para el control, la observación y demostración de la enfermedad (Coleclough, 2012). Lo que la constituirá como una institución productora de saber/es y subjetividad/es. Una institución caracterizada por aplicar una tecnología individualizante del poder que refleja las dinámicas de poder y conocimiento de la Modernidad, centrada en examinar los comportamientos y cuerpos de los individuos para producir cuerpos dóciles y fragmentados, es decir, anatomizarlos (Foucault, 1976).

Así pues, estudiando la realidad en la que se encuentran insertos, marcando los errores a los que se inclinan y señalando cómo corregirlos, se establecerá una normalidad por sobre la desviación y el desorden (Murillo, 2017). Con ello, la figura del médico cobrará gran relevancia en el marco de estos espacios, dado que con su ciencia no solo introducirá una nueva verdad respecto a la realidad que se le presenta, sino también, derivará de ella nuevos saberes. El saber psiquiátrico pasará a introducirse poco a poco dentro del saber médico y la locura se convertirá en un objeto de estudio de carácter médico y científico a la vez (Coleclough, 2012). El enfermo por su parte, será despojado de cualquier forma de poder y/o saber en torno a su enfermedad.

Ahora bien, en el presente capítulo abordaremos la cuestión del hospital psiquiátrico estructurando el texto en cinco apartados. En el primer apartado titulado *El hospital psiquiátrico como objeto de la Modernidad*, se esbozará en qué consistía el mismo y se explicará por qué en dicha época se hacía más frecuente que se ingresara un número mayor de mujeres que hombres al mismo, ilustrando esta situación con ejemplos

que brinda Michel Foucault en sus obras *Historia de la locura en la época clásica*, *el poder psiquiátrico* y *los anormales* respectivamente. Asimismo, se focalizará en los síntomas y criterios que se tenían en cuenta para ingresar a una paciente en tal institución, denotando la injerencia de la estructura y jerarquía patriarcal que estos tenían.

En el segundo apartado *Disciplina, control y nuevas subjetividades*, se pone de manifiesto la función llevada a cabo detrás de las paredes de los hospitales psiquiátricos, donde se aplica cierto control y disciplina sobre los pacientes, lo que da por resultado un nuevo tipo de subjetividad. Así pues, pasa de ser un mero lugar de encierro, a un espacio donde se tecnifican los saberes, los cuerpos y las subjetividades. En razón de ello, dejará de ser únicamente un espacio para alcanzar la cura frente a la enfermedad, para dar paso a la constitución de un espacio de formación y perfeccionamiento del saber y las técnicas de los médicos.

En el tercer apartado *La Salpêtrière: hospital de mujeres*, se analiza precisamente este hospital ubicado en París, que nace como un depósito de pólvora y que luego, por un edicto del rey Luis XIV se convierte en un hospital psiquiátrico. Se hace un recorrido sobre los puntos más importantes que respectan a este lugar, sus principales características e incluso en lo que ha devenido en la actualidad.

En el cuarto apartado titulado *Charcot y sus estudios en torno a la histeria*, se aborda la cuestión vinculada a sus estudios e investigaciones realizadas durante veintitrés años en *la Salpêtrière*. Se destacan las técnicas empleadas por el neurólogo francés en el estudio de la histeria, tales como: entrevistas, fotografías y la presentación al público de sus estudios de casos (*performances*). Asimismo, este apartado se subdivide en tres partes: *diagnóstico, tratamiento y teatralización de la enfermedad*.

En el quinto y último apartado *Agustine como caso de estudio*, se analiza el caso de Agustine, una joven paciente de Charcot que fue ingresada por su madre a *la Salpêtrière*, con tan solo quince años. La joven se convirtió en poco tiempo en la estrella de las puestas en escena que llevaba a cabo Charcot para exhibir sus estudios de caso los días viernes, recibiendo duras críticas y cuestionamientos de si se trataba de un caso real de histeria o formaba parte de una mera performance ficticia. El caso de Agustine es uno de los más significativos en los estudios de Charcot, pese a que quedó trunco tras la fuga del hospital de dicha paciente.

2.1. El hospital psiquiátrico como objeto de la Modernidad

El hospital psiquiátrico como tal, constituye una parte fundamental para poder comprender cómo fue entendida la locura en la Modernidad y particularmente la locura femenina que es la que nos interesa trabajar. Tan es así, que puede observarse que existe un nexo entre el hospital psiquiátrico como espacio donde se llevan a cabo prácticas de estudio/curación, con la configuración de la locura femenina como tal en dicha época. Comprender cómo se constituye y qué representa el hospital psiquiátrico, cómo se llevan a cabo ciertas prácticas en él, qué subjetividades resultan de dicho proceso, son cuestiones necesarias para comprender también cómo era entendida la locura, que en ese momento recién adopta el carácter de enfermedad. Y a su vez, poder determinar qué diferencias presenta en relación a la locura encarnada en los hombres y por qué resulta más desventajosa en las mujeres el modo en que se la concibe.

Es necesario poder abordar la locura desde una óptica distinta a la que se venía empleando, poniendo en el centro de estudio a la mujer y ya no al hombre, dado que puede evidenciarse con claridad que la sintomatología no es la misma en hombres que en mujeres, así como tampoco el tratamiento llevado a cabo. Tras años de estudios y de variada producción científica en materia de salud, se ha concluido por ejemplo, frente a infartos agudos de miocardio en hombres y mujeres, que estas presentaban menos dolor torácico que los hombres y a su vez, mayor dolor extratorácico en el cuello y la espalda (Alconero Camarero, 2011). Asimismo, se han evidenciado otros síntomas tales como: “fatiga, trastornos de sueño, dificultad para respirar, dolor epigástrico, palpitaciones, náuseas, vómitos, ansiedad, entumecimiento de manos, debilidad, cefalea [...], dolor de mandíbula o muñecas” (Gómez Palomar y Gómez Palomar, 2018, p. 52). Con lo que se distingue significativamente de los síntomas comúnmente conocidos presentes particularmente en pacientes masculinos, como es el caso del dolor opresivo en el pecho o en el estómago (zona epigástrica), que suele irradiar al brazo izquierdo, cuello y mandíbula.

Otro tipo de distinción existente recae en los criterios de internación empleados tanto en hombres como en mujeres, que bien señala Foucault en el capítulo titulado *El lenguaje de la locura*, de su obra *La gran extranjera*, donde enlista a modo de ejemplo algunos de los motivos de internación que se dejaron por sentado a lo largo del mes de enero de 1735. Entre ellos, podemos encontrar los siguientes:

3 de enero de 1735, Bar Catherine. Es una prostituta pública que causa mucho desorden en su barrio.

6 de enero, Forrestier Jean-Pierre. Cae a menudo en estado de frenesí, razón por la cual en Ruan fue condenado a encierro.

10 de enero, Gaustier Étienne. Es un libertino que maltrata a su mujer con crueldad y busca por todos los medios hacerla asesinar.

17 de enero, Malbert. Se lo conoce desde hace tiempo como un sujeto peligroso y alborotador cuya única profesión es regentar lugares licenciosos. Vivía últimamente con la llamada Labaume e intentó en varias ocasiones asesinar al marido de esta.

19 de enero, Tablecourt. Mujer de espíritu enajenado.

19 de enero, François Antoine. Se hallaron en su casa mercaderías que reconoció haber robado a diferentes comerciantes.

24 de enero, Latour Dupont Joseph. Es un furioso que ha sido condenado a ser partido a golpes por un asesinato, y que está completamente loco.

25 de enero, Guillotin Michel. Es un violento que maltrata a su mujer con crueldad, ha destrozado sus muebles, insulta a sus vecinos, insulta a su padre y su madre y los hace morder por un gran perro.

31 de enero, Laporte Charlotte. Es una convulsionaria.

31 de enero, Rousseau Marie-Jeanne. Está loca y sin esperanza de recuperación.

31 de enero, Duval. Es un insensato.

31 de enero, Mignerón Anne. Es criada del señor Buquet, del que está encinta.

31 de enero, Dubos Jean-François. No deja de maltratar a su mujer, que lo arruina y a la que ha reducido a la miseria con un hijo. Se entrega a toda clase de desenfrenos. (Foucault, 2015: 41-42)

Si ponemos atención a los motivos de ingreso al hospital de los pacientes masculinos, encontramos una constante, ser violentos y/o peligrosos; mientras que en el caso de las mujeres, los motivos de internación suelen estar asociados a hechos que se creía que faltaban a la moral y generaba desorden a nivel social, como es el ejercicio de la prostitución. Asimismo, se indica en algunos casos simplemente que la mujer estaba loca o se hallaba enajenada, pero no se da cuenta de su comportamiento o del criterio que es empleado para calificarla de loca o en efecto, la sintomatología que presenta.

Finalmente, otro de los motivos que daba lugar al ingreso de una mujer a un hospital psiquiátrico, también de carácter moral, como señalamos previamente, eran los embarazos no deseados, ya sea porque el progenitor era el amo, un desconocido o un pariente consanguíneo.

El criterio con que es evaluado cada paciente al momento de ser ingresado al hospital psiquiátrico, no es muy claro, pero sí puede observarse que la mujer presenta ciertas desventajas respecto a los pacientes masculinos. Esto se debe a que la mujer durante muchos años, ha sido siempre puesta en un segundo plano, y cuando no ha sido así, se la ha tomado como ejemplo en situaciones en que se la caracterizaba de una manera poco afable y negativa. Cabe tomar un puñado de ejemplos de los citados por Foucault en *Historia de la locura en la época clásica, el poder psiquiátrico o los anormales*, para notar cómo los registros que se han establecido respecto a la locura en las mujeres, dan cuenta de una caracterización más cruda y cruenta en la mayoría de los casos; mientras que en los hombres dicha caracterización se ve más atenuada dada la elisión de ciertos detalles o quizás dado el interés de estudio que se tiene respecto al hombre, lo que apoyaría nuestra idea acerca de que la locura femenina es caracterizada y abordada de una manera distinta a la del hombre.

Así pues, respecto a lo anterior, podemos observar la caracterización que se hace en *Historia de la locura en la época clásica* de un sacerdote en Núremberg, que hacia 1421 al volverse loco es “expulsado con especial solemnidad” (Foucault, 1998: 25) de la Iglesia y pese a notarse que es invadido por cierto malestar mental, no se entra en detalle respecto a sus acciones, dado que la iglesia no lo sanciona por estar loco sino que ya no puede seguir admitiéndolo en ella. Recordemos que los locos, en esa época, tenían totalmente prohibido el ingreso a las iglesias. Otro ejemplo de locura encarnada en un hombre es la que presenta en *el poder psiquiátrico*, donde relata la historia de un individuo de 36 años, de temperamento melancólico, consagrado al estudio y con recurrentes episodios de tristeza. Tras cierta insistencia de sus amigos y su ama de llaves por el cuidado de su salud, desarrolla un estado de paranoia según el que creía que conspiraban contra su vida. Por lo que, “llegó incluso a convencerse de que ella [la ama de llaves] había forjado el plan de matarlo por medio de camisas envenenadas, a cuya influencia el hombre ya atribuía sus presuntos padecimientos” (Foucault, 2008, p. 52-53).

En contraste con los ejemplos anteriores, en *los anormales*, Foucault nos presenta el caso de Henriette Cornier, una mujer que pierde totalmente la cordura y asesina a una niña de dieciocho meses, quien estaba bajo su cuidado:

Lleva a la niña a su habitación y allí, con un gran cuchillo que había preparado, le corta el cuello por completo, permanece un cuarto de hora junto al cadáver, con el tronco de un lado y la cabeza del otro, y cuando la madre llega a buscar a su hija, le dice: “Su hija ha muerto”. La madre se inquieta y al mismo tiempo no le cree, intenta entrar al cuarto y, en ese momento, Henriette Cornier toma un delantal, envuelve la cabeza con él y la arroja por la ventana. Es detenida de inmediato y, cuando le preguntan “¿por qué?”, contesta: “Fue una idea”. (Foucault, 2001, p. 110)

En el ejemplo anterior se entrecruzan dos aspectos, el psiquiátrico con el jurídico, lo que le confiere más gravedad a la situación respecto a los otros ejemplos. Cabe aclarar que, si bien podemos encontrar algunos casos en la locura de los hombres que se vinculan a actos de violencia, son muy pocos en proporción a los que representan las mujeres en los registros de la época.¹³ Asimismo, son distintos los métodos y prácticas dedicadas a cada uno en sus tratamientos para lograr la “cura”. Ahora bien, para poder analizar en profundidad estos ejemplos de locura y la manera en que se entiende la locura particularmente en las mujeres es necesario que nos enfoquemos en un modelo de hospital psiquiátrico en que son recluidas las mismas y entender las prácticas que este implica, para con el sustento correspondiente abordar correctamente la locura como enfermedad. No debemos olvidar, que los hospitales psiquiátricos en esa época contaban con una estructura jerárquica de tipo patriarcal, donde se solía infantilizar a las pacientes y se la ajustaba a un rol considerado propiamente femenino (Chesler, 2005), que se creía óptimo para la salud mental de la mujer y para alcanzar cierto progreso en el ámbito médico-psiquiátrico.

Finalmente, debemos aclarar que, la modernidad, época en que se da nacimiento a este tipo de recinto médico, y todo aquello que pretendemos estudiar vinculado a ella se ve atravesada por cambios que deben ser contemplados a la hora de llevar a cabo nuestro análisis. Sin embargo, tales cambios como bien señala Harvey (2008) no se dan de manera radical, pero de todos modos para nosotros cobran gran importancia.

¹³ Al menos los proporcionados por los estudios de Foucault en sus obras.

Ahora bien, tras ahondar en este apartado en cómo el hospital psiquiátrico se constituyó como un elemento clave en la comprensión de la locura en la Modernidad, especialmente en relación con la locura femenina. Así como también, en las prácticas llevadas a cabo en estos espacios, junto con las estructuras jerárquicas patriarcales que los caracterizaban y el modo en que influían en la forma en que se abordaba y era entendida la locura, daremos paso en el siguiente apartado a profundizar en los mecanismos de disciplina y control que operan dentro del hospital psiquiátrico, y cómo estos contribuyen a la producción de nuevas subjetividades a través del poder disciplinar.

2.2. Disciplina, control y nuevas subjetividades

Subyace a los Estados Modernos, la idea de que los soberanos debían actuar de manera tal, que pudieran controlar a la población mediante el sometimiento de los cuerpos¹⁴. Esto dará lugar a la aplicación de dicha idea en determinados espacios, que se verá traducido en instituciones tales como las escuelas, prisiones, ejércitos y hospitales (entre ellos el de tipo psiquiátrico)¹⁵, que responderán a un riguroso y permanente control, en cada lugar con sus variantes propias, lo que se corresponde con una política disciplinar. Asimismo, partiendo de la idea de aplicar cierto control sobre la población, instaurando los espacios y tecnologías concretas y adecuadas para ello, se da lugar a la aparición de un nuevo tipo de subjetividad.

Las nuevas subjetividades que se configurarán en pleno aislamiento y encierro, supondrán la obtención de cuerpos dóciles, formados mediante tecnologías y prácticas adecuadas para ello. A través de la disciplina se los clasificará y se los colocará en un determinado lugar según su desenvolvimiento (Foucault, 1990), y, a su vez, esta individualización que se efectúa, permitirá que el loco se convierta en una pieza importante para el ejercicio del poder. Esto denota que el hospital psiquiátrico en el entramado social, se constituye como una herramienta para el disciplinamiento y ejercicio del poder, en el que se cristalizará el saber médico, focalizado en el aquí y ahora, de lo que sucede con el loco (enfermo). El hospital psiquiátrico no solo será un espacio para la cura, sino también, para la formación y perfeccionamiento del saber y las técnicas de los médicos. El loco a quien el médico tratará “será observado, vigilado, conocido y curado”

¹⁴ Ello supondrá ejercer su gobierno sobre diferentes dominios como son: “los niños, los pobres y los mendigos, una familia, una casa, los ejércitos, las ciudades, los Estados” (Foucault, 1995: 3).

¹⁵ Según Berman, “Foucault está obsesionado con las prisiones, los hospitales, los asilos, con lo que Erving Goffman llamó ‘instituciones totales’” (Berman, 2014: 100).

(Foucault, 1990, p. 119). De allí, surgirá un individuo “nuevo” objeto del saber médico, transformado por las prácticas terapéuticas de curación (Good, 1994).

El hospital psiquiátrico, entonces, en el marco del poder disciplinar, dará cuenta de un nuevo sistema de recuperación, donde se pondrá bajo la lupa a los enfermos mentales, ya no como meros “objetos residuales”, sino como cuerpos pasibles de ser disciplinados. El poder y sus tecnologías de aplicación constituirán de este modo, mecanismos particulares que estimularán comportamientos y discursos por parte de los enfermos tratados (Foucault, 1995).

Todo lo que suceda en el hospital psiquiátrico será registrado y documentado, como parte misma del poder disciplinar, para poder llevar un control minucioso no solo de los procesos efectuados sino de los resultados obtenidos. En palabras de Foucault (2008):

[A] partir de los siglos XVII y XVIII, tanto en el ejército como en las escuelas, los centros de aprendizaje y también en el sistema policial o judicial, los cuerpos, los comportamientos y los discursos de la gente son rodeados poco a poco por un tejido de escritura, una suerte de plasma gráfico que los registra, los codifica, los transmite a lo largo de la escala jerárquica y termina por centralizarlos. (p. 69)

De este modo, podemos decir, que el hospital psiquiátrico como tal, ya no solo será un lugar de reclusión, para pasar a ser un lugar de producción de nuevas subjetividades, como así también, nuevos discursos, saberes y verdades.

Se hará uso entonces, en los hospitales psiquiátricos, de la disciplina como medio de control del cuerpo social, como una manera de llegar a los individuos particulares. Así pues, categorías como la vigilancia, el emplazamiento, la intensificación del rendimiento de las capacidades, la utilidad, el control, serán aplicadas a los individuos concretos, constituyendo como bien señala Foucault (1976) una disciplina anatomopolítica. Estas estructuras asilares responderán de este modo, a las exigencias de orden social que reclama ese momento histórico, es decir, al aislamiento de los locos (enfermos), justificado en una necesidad terapéutica de evitar las erráticas acciones de los locos que fomentan el desorden social, como también de aquellos que no se apegan a las normas que dicha sociedad establece.

Estas nuevas relaciones que se gestan entre los hospitales psiquiátricos, los locos y los médicos, darán cuenta de relaciones de poder que implican el derecho de la no-locura sobre la locura (Coleclough, 2012). Así pues, estudiando la realidad en la que se encuentran insertos, marcando los errores a los que se inclinan y señalando cómo corregirlos, se establecerá una normalidad por sobre la desviación y el desorden (Murillo, 2017). Con ello, la figura del médico cobrará gran relevancia en el marco de estos espacios, dado que con su ciencia no solo introducirá una nueva verdad respecto a la realidad que se le presenta, sino también, derivará de ella nuevos saberes. El saber psiquiátrico pasará a introducirse poco a poco dentro del saber médico y la locura se convertirá en un objeto de estudio de carácter médico y científico a la vez. El enfermo por su parte, será despojado de cualquier forma de poder y/o saber en torno a su enfermedad.

Por lo tanto, el hospital psiquiátrico pasará a ocupar un lugar importante en el escenario que nos presenta la Modernidad y lo que ella deja a la posteridad. Una característica relevante, sin duda, es el paso de mero lugar de encierro, a un espacio de tecnificación de saberes, cuerpos y subjetividades. Como ejemplo de ello se destaca el hospital de *la Salpêtrière*, que se ha caracterizado no solo por el tipo de paciente que alojaba en sus instalaciones, sino también, por los métodos empleados para su cura. En el siguiente apartado abordaremos con más claridad esta cuestión.

2.3. *La Salpêtrière*: hospital de mujeres

El Hospital de *la Salpêtrière* fue construido hacia 1656 de la mano del arquitecto Libéral Bruant, por orden y encargo de Luis XIV, en el XIII Distrito de París (Buzzi, 2017), con el fin de trasladar la pólvora que se empleaba para hacer las municiones del armamento francés, que hasta el siglo XVI se alojaba en el barrio del Arsenal. Esto se debió a las constantes explosiones que se ganaron decenas de muertos y heridos, por lo que se decide elegir un lugar alejado, a las afueras de París, donde había pocos habitantes cerca. En principio se lo llamó Pequeño Polvorín y con el tiempo *la Salpêtrière*, nombre que aludía a la materia prima con la que se hacía la pólvora en ese entonces, la sal de piedra.¹⁶

Con el paso de los años esta construcción queda abandonada y dado que en aquella época se estaba dando un incremento de la pobreza, particularmente en la ciudad de París,

¹⁶ Mezclada a su vez con carbón y azufre.

por la gente que se trasladaba del campo y las aldeas a la ciudad, proliferando vagabundos, mendigos, prostitutas y ladrones, se cambia su finalidad para poder internar allí a tal población marginal, recibiendo el nombre de manera integral de *Hôpital Général pour le Renfermement des Pauvres de Paris*, es decir, Hospital General para la Internación de los Pobres de París. Tiempo después:

[E]l 27 de abril de 1656, Luis XIV promulga el edicto que establece una nueva categoría de instituciones, los Hospitales Generales en París, con el propósito de albergar a toda esta población marginal. Así surgen el Hospital de *Bicêtre* reservado a la población masculina *La Pitié* para niños y *la Salpêtrière* para mujeres y niñas. (Rancaño-Puertas, 2011, p. 25)

A raíz de la sanción de este edicto se prohíbe la mendicidad en las calles y hacia el 7 de marzo de 1657 se establece un nuevo edicto para complementar esta medida y hacer explícito el encierro de mujeres y niñas en *la Salpêtrière*. Debido a la cantidad de personas ingresadas y al espacio insuficiente, se realizan ampliaciones edilicias y es así que, en 1684 “[l]a Salpêtrière fue ampliada con la creación de un edificio que servía como lugar de reclusión para las mujeres denunciadas por sus maridos o por sus padres” (Buzzi, 2017, p.7). Además, se añade un sector carcelario destinado exclusivamente a las prostitutas, lo que acentúa aún más la segregación e incluso criminalización que sufren las mujeres en ese momento.

Hacia el siglo XVIII, *la Salpêtrière* destaca por ser el hospital que alojaba el mayor número de mujeres pobres, locas y prostitutas. A medida que crece la población en general, también aumenta la de los hospitales. Pero estas instalaciones, particularmente la de *la Salpêtrière* cuentan con algunos problemas, dado que sus habitaciones eran:

[F]unestas y a menudo mortales, ya que en invierno, cuando suben las aguas del Sena, los cuartos situados al nivel de las alcantarillas se volvían no solamente insalubres, sino además refugios de multitud de grandes ratas, que por la noche atacaban a los desgraciados que estaban allí encerrados y los roían por todas las partes que podían alcanzar; se han hallado locas con los pies, las manos y el rostro desgarrados por mordiscos a menudo peligrosos que han causado la muerte a más de uno. (Foucault, 1998, p. 123)

Asimismo, cabe aclarar que no solo las habitaciones no eran aptas para que se alojaran personas allí, sino que tampoco lo era el trato que se les dispensaba en ese lugar.

Las locas atacadas por excesos de furor son encadenadas como perros a la puerta de su cuarto, y separadas de los guardianes y de los visitantes por un largo corredor defendido por una verja de hierro; se les pasan entre los barrotes la comida y la paja, sobre la cual se acuestan; por medio de rastrillos se retira una parte de las suciedades que las rodean. (Foucault, 1998, p. 124)

Finalmente, debemos señalar que, con el paso del tiempo se hace necesario contar en el hospital con un equipo especializado para tratar enfermos, de allí que se incorporen nuevos conceptos como son: ventilación, higiene, circulación del aire, etc. Sin duda se da un progreso en la medicina, ya que se evidencia una separación entre lo que le compete a los médicos (tratamientos y cuidados) y lo que no (beneficencia y caridad). Además, *la Salpêtrière*, da inicio a los procesos de medicalización de los enfermos mentales que están bajo su resguardo. Hacia 1795 se retira a los mendigos y pasa a llamarse Hogar Nacional de Mujeres.

Cabe señalar, que poco más de un siglo después, hacia 1921, las instalaciones de *la Salpêtrière* dejarán de funcionar como asilo, atravesarán ciertas reformas e incluso una profunda reestructuración alrededor de 1958, cuando se producen grandes cambios en los planes de estudio de medicina. Esto llevó a que se agruparan ciertos sectores y que se abrieran al exterior. Un claro ejemplo de ello es la fundación del Grupo Pitié-Salpêtrière en el año 1964 (Buzzi, 2017). Desde 1976, *la Salpêtrière* es considerada como un monumento histórico y se ha constituido como uno de los hospitales más importantes de París hasta la actualidad. Asimismo, cabe señalar que, el edificio aloja a la Facultad de Medicina, lo que le ha dado mayor proyección hacia el exterior y entre académicos, no solo por su trayectoria histórica, sino también por su estructura emblemática como tal, que permite que se lo reconozca a nivel continental como uno de los hospitales más extensos.

Luego de profundizar a lo largo de este apartado en la historia del Hospital de *la Salpêtrière*, dando cuenta de su construcción original como polvorín, su transformación en un hospital para recluir a mujeres pobres, prostitutas y locas, y los cambios que atravesó a través de los siglos hasta devenir en unos de los hospitales más importantes de París, en el siguiente apartado abordaremos los estudios de Charcot efectuados en dicho hospital en torno a la histeria como enfermedad.

2.4. Charcot y sus estudios en torno a la histeria

Alrededor de unos 75 años después de ser creado el Hogar Nacional de Mujeres, cuyo nombre informal siguió siendo *la Salpêtrière*, el mismo ya funcionando como hospital de mujeres fue el escenario de las investigaciones de Jean-Martin Charcot, durante 23 años, hasta su muerte (Bogousslavsky, 2014). Allí, Charcot centró su interés por el estudio de un particular padecimiento, la histeria. Tal interés se forjó de manera casual, dado que surge luego de que trasladaran a su unidad hospitalaria unos 150 pacientes con epilepsia e histeria severa. Dado que quienes padecían de histeria con frecuencia presentaban convulsiones, en ese momento Charcot denominó a tal padecimiento como “histero-epilepsia” (Buzzi, 2017). Sin embargo, tras extensos diálogos y observaciones con Babinski, concluyeron que se trataba de cierta simulación, las convulsiones presentadas, por lo que decidieron separar a quienes padecían de histeria de epilépticos.¹⁷

Por aquel entonces, se creía que el origen de la histeria se supeditaba a un problema en el útero, cuestión que en principio Charcot descartó y trasladó a los ovarios (Cruces Rivera, 2019). Sin embargo, con el paso del tiempo y de sus observaciones clínicas y estudios de caso, tuvo un cambio de postura y adjudicó el origen de la histeria a una “lesión causa”, es decir, a un traumatismo previo que desencadenaba tal reacción y que no necesariamente debía estar vinculada con los genitales de las pacientes. Así pues, para Charcot la histeria pasó a ser un trastorno de carácter neurológico.

Si bien el neurólogo francés sostuvo que en ocasiones la histeria podía ser heredada, asimismo señaló que esta podía ser producida por traumas, como ocurría en los accidentes, pero también podía ser producida por sustancias tóxicas, que abarcaban desde los químicos industriales hasta el alcohol (Martínez, 2016). Además, sostenía que la histeria afectaba al sistema nervioso, pero sin hacer evidente un daño anatómico como tal.

En los casos que estudió Charcot, pudo observar que se repetían ciertos signos somáticos, que si bien se manifestaban de diferentes formas, contribuían a establecer un diagnóstico claro de histeria. Es decir, tales síntomas daban cuenta, según Charcot, de que se trataba efectivamente de casos de histeria y descartar otros padecimientos; no así para

¹⁷ Unas décadas más tarde, Babinski incluirá en sus estudios una distinción tajante entre “histeria” y “epilepsia”, y señalará que no existía posibilidad alguna de equipararlas como enfermedad.

otros médicos, como bien señalamos en el capítulo 1, que creían que la histeria podía confundirse fácilmente con otras enfermedades.

Ahora bien, las observaciones que efectuó Charcot, le permitieron una vez agotados los recursos correspondientes a la investigación anatomopatológica, ir más allá de la “lesión causa”, para terminar postulando una “lesión en la idea”, o una “lesión en la representación” (Gauchet y Swain, 2000). Estas lesiones no eran detectadas mediante la observación que se efectuaba frecuentemente, pero sí Charcot hallaba con mayor facilidad aquellas que eran propias de la neurosis y le resultaban útiles a los fines de sus estudios. Así pues, estos estudios focalizados en las lesiones o traumas, daban cuenta de una dimensión psíquica, que en muchas ocasiones fue dejada de lado, a raíz de su interés en sustentar sus estudios desde el plano principalmente fisiológico y material. Esta cuestión pone en evidencia que se dieron múltiples abordajes o puntos focales desde donde se ha estudiado a la histeria. La observación fue una constante en sus estudios, pero a su vez su mayor limitación, dado que “siempre buscaba síntomas observables, lo cual dificultó su transición hacia los aspectos psicológicos que posteriormente Freud reconoció en la histeria” (Cruces Rivera, 2019, p. 68).

Una de las ventajas con las que contaba Charcot respecto a sus colegas, era que tenía conocimientos de idioma inglés, italiano y alemán, además de su lengua materna francés, lo que le permitió acceder a textos de investigación médica en otras lenguas, que amplió a su vez, su conocimiento y espectro de estudio. Sus conocimientos sobre fisiología, anatomía y patología del sistema nervioso, le resultaron útiles al llevar a cabo sus estudios sobre la histeria en mujeres. Cabe recordar, que Charcot destacó por su método de enseñanza en su época, en el que hacía hincapié en replicar los síntomas de carácter neurológico de los pacientes, es decir, recurría a la imitación no solo para poder mostrarlos en su presentación de casos, sino también para poder comprenderlos él como médico. Asimismo, incluyó en sus estudios una serie de entrevistas que agrupaba según la presencia de ciertos síntomas y compatibilidad en los diagnósticos, y a partir de las cuales establecía ciertos puntos en común y diferencias. Finalmente, cabe señalar la importancia de la fotografía en sus estudios de caso,¹⁸ que eran empleadas a modo de registro.

¹⁸ Ver *Iconographie photographique de la Salpêtrière* publicada en 1876, compuesta de tres volúmenes editados por Désiré-Magloire Bourneville y and Paul-Marie-Léon Regnard, donde se recuperan historias de casos de histeria con fotografías que ilustraban las manifestaciones sindrómicas típicas.

Tras varios años de observación en sus estudios de caso, Charcot delineará las cuatro etapas de la convulsión histérica. En primer lugar, señala la etapa epileptoide, en la que se dan ataques tónicos, es decir, una convulsión que se extiende a todo el cuerpo. Por lo general, estos ataques eran precedidos por un estadio de aura. En segundo lugar, le seguía un estadio constituido por cambios en las posturas del cuerpo de las pacientes, quienes se contorsionaban, arqueaban su espalda hacia atrás o efectuaban poses acrobáticas de distinto tipo. En tercer lugar, se hallaban los gestos que remitían a emociones y ciertas verbalizaciones sin sentido aparente. Finalmente, en cuarto lugar, se presentaba el delirio final.

Entre las técnicas experimentales que empleaba Charcot para poder abordar la histeria se hallaba la hipnosis, que en su caso, a diferencia de otros estudiosos le permitió analizar aquellos procesos fisiológicos que eran subyacentes a la enfermedad, en lugar de emplearla como terapia.

Ya durante la *Belle Époque*, período en que se apoyó la creatividad artística y el progreso de la ciencia en Francia, más precisamente hacia 1878, Charcot dio comienzo a sus demostraciones en público los días viernes a aquellos casos que tenían un marcado perfil neurológico, para mostrar sus avances y descubrimientos al respecto. Así, puso en evidencia tanto a público especializado, compuesto de médicos como James Jackson Putnam y Sigmund Freud, como a público en general, aquello que minuciosamente había observado durante ese tiempo, así como las técnicas empleadas y las conclusiones a las que había arribado. Estas sesiones públicas, por lo general, eran muy numerosas, por lo que se llevaban a cabo en un auditorio para cuatrocientas personas y tuvieron tanta relevancia que hasta el pintor Pierre André Brouillet¹⁹ retrató nueve años después, hacia 1887, una de tales sesiones conocida como *Une leçon clinique à la Salpêtrière* (Figura 1), pintura ubicada actualmente en la Université Paris Descartes en cercanías del Museo de Historia de la Medicina.

¹⁹ Pierre André Brouillet (1857-1914) fue un pintor académico francés abocado a los retratos, la pintura de género y los paisajes.



Figura 1. *Une leçon clinique à la Salpêtrière* (1887)

Sin duda, gracias a sus investigaciones Charcot se convirtió en un referente en el área de los estudios sobre la histeria, por la que muchos médicos investigadores se hacían presente en *la Salpêtrière* para profundizar sus conocimientos, tanto como observadores en las demostraciones públicas de casos, como pasantes en dicha institución. Del mismo modo, podemos decir, que destacó como médico en la neurología en general. Cabe recordar, que fue quien efectuó una detallada descripción acerca de la esclerosis múltiple, dejando por sentado sus diferencias con la enfermedad de Parkinson, con la que en ocasiones se la confundía; y que, su mayor reconocimiento lo alcanzará tras sus estudios realizados en torno a la esclerosis lateral amiotrófica, conocida comúnmente en su honor como “Enfermedad de Charcot”.

2.4.1. Diagnóstico

El diagnóstico alude al proceso a través del cual se identifica una enfermedad, teniendo en cuenta una serie de signos distintivos presentes a nivel corporal. En el caso de la histeria, Charcot contemplaba como síntomas persistentes y preponderantes, la anestesia, distorsión o pérdida de agudeza en la vista, cambios en el carácter de la paciente, parálisis, afonía, entre otros ya mencionados en el capítulo 1.

Cabe aclarar que, tales síntomas, si bien contribuían en la identificación de tal patología, no se presentaban siempre de la misma forma, su manifestación podía encontrar variaciones. Sin embargo, resultaban de gran utilidad para poder identificar la enfermedad y separar a las pacientes con histeria de aquellas que se hallaban afectadas por otros padecimientos. Además de observar, analizar y determinar qué síntomas presentaban las pacientes que llegaban a su hospital, *la Salpêtrière*, es decir, más allá del análisis inicial físico, Charcot completaba su diagnóstico con una entrevista personal con la paciente para evaluar aspectos psicológicos y conocer a través del diálogo con la misma

cómo se encontraba mentalmente, dado que la histeria constituía una enfermedad para el neurólogo francés que afectaba primordialmente la complejidad psíquica de las enfermas, más allá de que tuviera múltiples manifestaciones físicas sintomáticas. Incluso Charcot señalará que su origen procederá del plano particularmente mental.

En cuanto a la inclusión como parte del diagnóstico de un diálogo o entrevista con la paciente, si bien para el médico resultaba necesario como parte de la observación, la misma podía resultar contraproducente, principalmente para la mujer puesta bajo estudio, dado que, como señala Torralba Suárez (2021), “[u]na sola pregunta incómoda en el momento equivocado podría ser un indicio de la enfermedad” (párr.3). Esto quiere decir que no se podía garantizar objetividad alguna en las preguntas que se efectuaran, como así tampoco se sabía acerca de las respuestas que se esperaban, esto dependía mucho del médico que realizaba la evaluación.

Sin duda, la etapa de diagnóstico no proporcionaba certezas absolutas de si se estaba frente a una mujer con histeria o no, ya que los síntomas en muchas ocasiones eran compatibles con otras enfermedades²⁰ y en lo que propiamente al estado psíquico respecta, se veía condicionado en la mayoría de las ocasiones por juicios ligados a la moralidad de las acciones u opiniones de las pacientes. Además, muchas veces la palabra de un esposo, hermano o padre, que decidía internar a su esposa, hermana o hija, bajo el pretexto de que tenía una conducta errática, delirante o que representaba un peligro para ella y/o su entorno, enmascaraba intenciones poco honestas, que mediante el encierro de la supuesta “loca” permitía que se materializaran grandes beneficios, que con la presencia de ella en la mayoría de los casos se veían truncados y, por lo general, eran de carácter económico. En algunos casos, incluso, el encierro se producía a raíz de alguna situación vergonzosa ocasionada por situaciones consideradas inmorales, como por ejemplo el adulterio, embarazos producidos fuera del matrimonio, etc.

2.4.2. Tratamiento

Los tratamientos para “curar” la histeria varían según la época y lugar en que se estudie la misma. Así pues, podemos observar que en la época de estudio de Charcot se hizo uso de técnicas que se consideraba que pertenecían al ámbito científico, entre las que podemos

²⁰ Aunque Charcot lo negara en sus abordajes teóricos, en el ámbito fáctico sí sucedía.

encontrar: la hipnosis, las tinas de agua fría, la terapia de electroshock, los masajes pélvicos, etc.

Cabe recordar que el tratamiento de la histeria variaba según si la paciente se encontrara soltera, casada, viuda, fuera una monja o una prostituta (Figura 2). Así pues, a las mujeres que estuvieran casadas se les prescribía que tuvieran relaciones sexuales con su esposo, pero en caso de que este tuviera algún problema físico o fuera impotente, se debía recurrir al masaje vulvar efectuado por una matrona o médico. Este último, también le era recomendado a mujeres viudas o monjas. Finalmente, a aquellas mujeres que se encontraran solteras, se creía que la opción más viable era que se casaran (Cardona Quitián, 2012).



Figura 2. Tratamiento de la histeria.

Fuente: Torralba Suárez (2021)

Otro tipo de terapia por la que solía optarse era la inmersión en tinas con agua helada o con hielo, dado que se creía que mediante la disminución de la temperatura corporal podría reducirse los síntomas de la histeria, tales como el llanto, los dolores corporales, la ansiedad y los propios ataques que se generaban como parte de la enfermedad. Se creía a su vez que el frío calmaba el sistema nervioso, dado que reducía la excitación nerviosa (Fleury, 1866). Asimismo, habían notado que el frío era un gran aliado para quitar el enrojecimiento y la inflamación de distintas partes del cuerpo, por lo que asumían que era también idóneo para desinflamar el útero y atenuar una de las causas de la histeria. La terapia de frío se remonta a la Antigua Grecia y la teoría galénica de los humores, que señalaba que el cuerpo se hallaba compuesto de cuatro fluidos: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, y que de su equilibrio o desequilibrio dependía la salud o la enfermedad correspondientemente (Andrada-Zurita, 2020). En el caso de la histeria se creía que se daba por un exceso de producción de bilis negra, causada por un mal funcionamiento del útero y que el frío podía contrarrestar tal producción.

Ahora bien, si bien esta práctica fue muy utilizada durante mucho tiempo y fue de gran predilección durante el siglo XIX y principios del XX, con el paso de los años quedó

en desuso, dado que no solo era casi tortuoso para las pacientes, sino también, peligroso. En varias ocasiones, debido a la prolongada inmersión en el agua helada, las pacientes experimentaban hipotermia y hasta quedaban en shock, lo que resultaba contraproducente para su estado de salud en general. Con el devenir del tiempo y los avances que se presentaron tanto en la psicología como en la medicina en general, este tipo de tratamiento fue reemplazado por otros tipos de prácticas más humanas e idóneas para abordar los problemas de origen emocional y/o mental.

Un método igual o más agresivo que los anteriores para contrarrestar los síntomas de la histeria fue la terapia de electroshock o también denominada terapia electroconvulsiva (TEC). La misma consistía en la aplicación de descargas eléctricas para generar convulsiones en las pacientes, dado que se creía que tales descargas podían tener incidencia directa sobre el cerebro, aliviando los síntomas (Lamas Aguilar, Colín Piana y González Aguilar, 2020). Sin duda, este tipo de terapia ha sido muy cuestionada por considerarse poco fiable, casi tortuosa y sin ningún tipo de sustento científico, dado que se desconoce en el plano empírico estudios que avalen y prueben la efectividad de dicha técnica.

Finalmente, pero vinculada al orden de lo psíquico, no ya de lo físico, se encuentra la hipnosis. La misma fue implementada tanto por Charcot como por Freud, dado que ambos creían en que a través de ella podían acceder al inconsciente, lugar donde residían las causas de la histeria (Bouchara, Mazet y Cohen, 2010). Cabe recordar que tanto Charcot como Freud, entendían, cada uno a su manera, que el origen de la histeria se hallaba en el plano psíquico de la paciente. Asimismo, este tipo de terapia, según quienes la practicaban, podía revelar experiencias pasadas poco gratas o traumáticas, que habían contribuido de alguna manera al desarrollo de la histeria, pero que habían quedado ocultas en algún lugar de la mente. Además, se creía que la hipnosis podía lograr que las pacientes alcanzaran cierto estado de relajación que las calmara y redujera síntomas tales como el dolor emocional, la agitación, angustia y ansiedad, así como también, lograr cambios en el comportamiento para poder erradicar ciertos síntomas.

Sin embargo, muchos han criticado duramente el empleo de la hipnosis como tratamiento para la cura de la histeria, ya que han considerado que se trataba de un mecanismo de sugestión que se ejercía sobre las pacientes y que actuaba como un mero placebo sobre la enfermedad. Incluso el propio Charcot manifestará respecto a la elección de la paciente a ser puesta bajo hipnosis:

[I]remos más rápido y con más seguridad si tomamos una histérica. Entre ellas, es preferible a las jóvenes, pues son más sensibles, más impresionables. Algunas son grandes lectoras de novelas, tienen un carácter al que no le falta cierto sentimentalismo: se las prefiere a aquellas brutales, francamente lascivas y licenciosas (Bourneville y Régnaud, 1879-1880, pp. 162- 163).

Además, se creía que podía hacer un uso inadecuado de dicha técnica, lo que podría configurar situaciones de control y manipulación sobre mujeres que eran altamente sugestionables, lo que incrementaba aún más su vulnerabilidad, respecto a su enfermedad. Así pues, Abeijón (2019) expresará que:

A partir del estado de sumisión hipnótica, el médico procede a la manipulación y producción de síntomas en el cuerpo de la histérica: hace desaparecer determinado síntoma de su enfermedad (una parálisis en algún miembro del cuerpo, por ejemplo), y reproduce el síntoma en otra parte del cuerpo sana hasta ese momento. Produce y detiene ataques histéricos, y, sobre todo, muestra ante su auditorio cómo el desencadenamiento del ataque histérico sigue una secuencia regular que permite justificar su categorización específica como entidad clínica. (p. 215)

Otra cuestión no menor respecto a la hipnosis es que se ha probado a raíz de ciertos estudios, que la misma carece de fundamentos científicos claros, dado que se basa en teorías erróneas y no probadas, pertenecientes tanto al ámbito de la neurología como de la psicología. Esto llevó a que con el devenir del tiempo, el empleo de la hipnosis fuera reemplazado por otro tipo de técnicas consideradas más adecuadas.

2.4.3. Teatralización de la enfermedad

Si bien la observación y las demostraciones públicas de sus estudios de casos fueron relevantes en las investigaciones de Charcot, como bien señala Buzzi (2017), “[e]l escenario teatral de estas demostraciones de casos suscitó controversia en ese momento, y Charcot fue acusado de crear una atmósfera circense donde, al sonido del gong, sus histéricas entrenadas creaban el espectáculo para él” (p.17). Y a raíz de ello, muchos comenzaron a poner en duda la veracidad de aquello que veían y por extensión de la enfermedad como tal.

Sin embargo, a pesar de las acusaciones que recibió Charcot de hacer una puesta en escena fraudulenta con sus pacientes y de que su personal preparaba a las mismas indicándoles cómo debían actuar, qué poses adoptar, etc., él siguió aferrado a su discurso

de que no se trataba de presentaciones teatralizadas, ni puesta en escena alguna. Aunque sí admitió cierta exageración por parte de las pacientes histéricas y expresó que esto era parte de la misma enfermedad y que se trataba de una propensión a acrecentar sus síntomas o signos histéricos, cuando notaban que eran observadas por otras personas ajenas al personal médico. Así pues, el neurólogo francés insistía en que tales síntomas eran reales. Incluso una de sus pacientes, Blanche Wittman apoyó a Charcot y manifestó no haberse sentido explotada y que jamás fingió la enfermedad. Ella fue paciente de Charcot y cuando la enfermedad se atenuó, pasó de ser una paciente de *la Salpêtrière* a una trabajadora en dicha institución, en principio con funciones en el laboratorio de fotografía, para luego pasar a llevar a cabo tareas en el departamento de radiología.

Si bien Wittman le dio su apoyo a Charcot y desmintió las acusaciones de cierta puesta en escena en sus demostraciones públicas enfatizando en la rigurosidad del neurólogo y su gran sentido ético²¹, Henri Ellenberger²² años más tarde, en su obra titulada *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, pondrá en duda la palabra de Wittman en razón de su inestabilidad mental. Según Ellenberger (1970), Wittman tenía una doble personalidad, condición descubierta y estudiada por Jules Janet,²³ cuando Wittman fue admitida temporalmente en el Hotel-Dieu. De tales personalidades, una, Blanche I, actuaba los síntomas de la histeria, precisamente las tres etapas de la hipnosis; mientras que la otra, Blanche II, era plenamente consciente de esa actuación, por lo que no podía constituirse como aval para desmentir las acusaciones que se erigían contra Charcot. Además, señaló que nada se sabía de los antecedentes de Wittman previo a su ingreso en *la Salpêtrière*, pero sí, que en poco tiempo pasó a ser *la reine des hysteriques*. Wittman se había convertido en una suerte de prototipo de histérica, y era a quien recurría Charcot cuando quería mostrar públicamente las tres etapas de la hipnosis. Dueña de una personalidad poco afable, caprichosa y autoritaria, Wittman se convirtió en uno de los principales instrumentos de prueba y exhibición para Charcot. Cabe recordar, que es la paciente femenina que aparece en la pintura *Une leçon clinique à la Salpêtrière* de Brouillet, de la que hablamos en el

²¹ Es necesario destacar que aquí nos centramos en la percepción de Wittman sobre la ética de Charcot, y no en una evaluación exhaustiva de la ética en sí como abordaje propio de esta tesis/investigación. Wittman parecía creer en la integridad y el sentido ético de Charcot, lo que la llevó a defenderlo contra las acusaciones de mala conducta respecto al trato y tratamiento sobre sus pacientes.

²² Henri F. Ellenberger (1905-1993) fue un psiquiatra, psicoanalista, criminólogo, antropólogo e historiador canadiense, fundador de la historiografía especializada en el freudismo.

²³ Hermano de Pierre Janet.

apartado *Charcot y sus estudios en torno a la histeria* y que aparece asimismo en varias imágenes de la iconografía de *la Salpêtrière*.

Ahora bien, más allá del intento de defensa hacia Charcot llevado a cabo por Wittman, este siguió siendo cuestionado en múltiples oportunidades, dado que se desaprobaba las actitudes que tenía hacia las mujeres, en lo que hoy podríamos entender como una clara cosificación de las mismas cuando las convertía en sus objetos de estudio. Si bien bregó por incluir profesionalmente en el área de neurología a personal femenino, el trato que le propinaba a pacientes y personal del hospital era distinto. Sin duda, las primeras, sufrían de cierta deshumanización que las convertía en meros objetos de estudio, cosa que no sucedía con las segundas, a quienes Charcot les daba un trato más ameno.

Sin embargo, habrá quienes como Ángel Cagigas (2003), en su obra *La histeria de Charcot*, que focalizando propiamente en la histeria señalará y destacará que lo característico del neurólogo francés más allá de todas las críticas recibidas es que le dio dignidad nosológica a la enfermedad, cuestión que hasta el momento no se había dado. Sin duda, la valoración que hace Cagigas acerca de Charcot es netamente desde el ámbito médico-científico, ignorando la vinculación de este con sus pacientes, colegas y empleadas.

Por su parte, Freud también tendrá palabras positivas para Charcot, destacando que con la objetividad que abordó el fenómeno histérico, el neurólogo francés le devolvió a las pacientes histéricas la credibilidad que habían perdido por ser acusadas de fingidoras. A pesar de esta afirmación de Freud, muchos descreyeron y aún siguen descreyendo de la veracidad de las performance presentadas los viernes por Charcot, a lo que considerarán como un mero teatro de la locura.

Finalmente, podemos decir, que si en verdad se trataba de un mero teatro la puesta en escena de las presentaciones de sus estudios de caso que realizaba Charcot los días viernes, más allá de la farsa que esto pudiera representar, tal vez en ellas, las propias pacientes hallaban cierta forma de expresar aquello que la sociedad les obligaba callar, quizás en ello alcanzaban cierta libertad incluso estando bajo encierro. De allí que, en *El poder psiquiátrico*, Foucault exprese que cuando la paciente histérica, pone a disposición del médico los síntomas de la histeria e incluso, podríamos agregar, los da a conocer al público como bien se espera en las performances, esta obtiene un beneficio de ello, ya

que deja de ser una mera loca dentro de la institución en que es estudiada para pasar a ser una enferma, es decir, adquiere un derecho valioso el de no estar loca y lo obtiene “gracias a la constancia y la regularidad de sus síntomas” (Foucault, 2008, p.361). Además, señalará Foucault que:

La histeria fue la manera concreta de defenderse de la demencia; la única manera de no ser demente en un hospital del siglo XIX consistía en ser histérico, esto es, oponer a la presión que aniquilaba y borraba los síntomas, la constitución, la erección visible, plástica, de toda una panoplia de síntomas, y resistir a la asignación de la locura como realidad a través de la simulación. El histérico tiene magníficos síntomas pero, al mismo tiempo, elude la realidad de su enfermedad, está a contrapelo del juego asilar y, en esa medida, debemos saludar a las histéricas como las verdaderas militantes de la antipsiquiatría. (Foucault, 2008, p. 301)

Por lo tanto, podemos decir, que la histérica participa de la teatralización de la locura no contra su voluntad, sino impulsada por el deseo de sacar un beneficio de ello, es decir, dejar de ser considerada una mera loca y, a su vez, conquistar ciertos espacios de libertad, aunque ello se reduzca al auditorio del hospital.

Ahora bien, tras analizar los estudios de Charcot sobre la histeria en la *Salpêtrière*, donde se pusieron de relieve las investigaciones en torno a esta patología y las controversias suscitadas en relación a los métodos de investigación empleados y las demostraciones públicas que se realizaban en esta afamada institución, en el siguiente apartado profundizaremos en el caso particular de Augustine, una de las pacientes más paradigmáticas en los estudios de Charcot sobre la histeria.

2.5. Augustine como caso de estudio

Louise Augustine Gleizes (1861-1913) conocida comúnmente como Augustine fue una de las pacientes, al igual que Blanche Wittman, muy paradigmática en los estudios de Charcot, dado que hasta la actualidad se sigue cuestionando si la misma era uno de sus casos estrella (Tolchinsky Pinkus, 2004), es decir, más significativos en sus estudios sobre la histeria o su mejor *performer*.

La historia de Augustine fue documentada y registrada en el historial clínico que aún se conserva en París en la *Iconografía Fotográfica de la Salpêtrière*. Según los informes que allí se conservan, Augustine comenzó a presentar sintomatología compatible con la histeria a la edad temprana de trece años, pero fue hospitalizada en la *Salpêtrière*

cuando tenía quince años. Según Tolchinsky Pinkus (2004), los síntomas de la histeria se hacen presentes en la joven cuando el amante de su madre, que a su vez era su patrón, comenzó a violarla. Producto de estos ultrajes, Agustine cambia su comportamiento y hasta somatiza su angustia y dolor, cuestión no contemplada al efectuar su ingreso en *la Salpêtrière*.

En las presentaciones llevadas a cabo los días viernes a sala llena y con un gran número de curiosos entusiastas en el público, Agustine estaba a cargo del cierre del “espectáculo”, con la performance de una convulsión histérica completa o lo que en ese entonces se daba en llamar *grande hystérie*. Muchos cuestionaban esta puesta en escena, dado que precisamente la consideraban ficticia, parte de un “teatro psiquiátrico”, en el que perdía todo tipo de cientificidad el caso que se intentaba exponer. Sin embargo, en el contexto de la época, estas prácticas eran consideradas parte de un enfoque científico para estudiar la histeria. Esto, sumado a la artificialidad de las escenas que se fotografiaban llevaron a que se creyera que no se estaban mostrando episodios reales de histeria sino una ficción de la misma, creada a gusto de Charcot y su público.

La fotografía será sin duda, una herramienta destacada en la documentación que haga de sus estudios Charcot, en ella, expondrá imágenes de mujeres afectadas de histeria, atravesando por diferentes fases de sus respectivos ataques histéricos: epileptoide, de los grandes movimientos, de las actitudes pasionales y delirio. En la época, la fotografía era considerada una técnica objetiva para documentar estos fenómenos clínicos, Así, los tres volúmenes de *La iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, pasarán a ser de gran relevancia respecto a los estudios de la histeria. Cabe destacar que las fotografías eran acompañadas de títulos que les agregaba Charcot para contextualizarlas, en la mayoría de los casos hacían referencia a la sexualidad femenina.

Ahora bien, en la obra de Didi-Huberman titulada *La invención de la histeria*, el autor en su análisis sobre la documentación fotográfica como técnica incorporada en la medicina psiquiátrica, ve mucho más que una simple herramienta de apoyo a los estudios e investigación de Charcot, y lo expondrá como una suerte de tormento efectuado sobre las pacientes, pero con la característica de contar con el consentimiento²⁴ de las mismas.

²⁴ Hoy en día este postulado sería cuestionado, dado que si estas mujeres eran internadas a raíz de padecer una enfermedad mental que las incapacitaba para llevar a cabo determinadas acciones y/o tomar ciertas decisiones en la vida cotidiana, tampoco serían capaces de prestar consentimiento alguno en su internación. Por ende, hablar de consentimiento en tales actividades, como lo hace Didi-Huberman, no sería apropiado.

Según el historiador francés, la fotografía se constituye como una tortura invisible en las salas fotográficas de *la Salpêtrière*, dado que opera sobre cuerpos a los que se vuelve cada vez más visibles en el intento de plasmar de manera precisa el sufrimiento que experimentan. Y es así que, la histérica, convierte ese simulacro en tormento, al mismo tiempo que halla en él un disfrute (Didi-Huberman, 2022).

El hecho de que efectuaran poses específicas para ser retratadas por las cámaras fotográficas, en su repetición y expertise adquirida, algunas de las pacientes de Charcot se convirtieron en modelos para la iconografía fotográfica, como así también, en performers para las presentaciones públicas que realizaba los viernes sobre sus estudios de caso. Entre las pacientes que más destacaban y que resultó una de las más fotografiadas se encontraba Augustine, quien ingresó en *la Salpêtrière* hacia 1875, siendo una muchacha muy joven para los síntomas que presentaba, lo que provocó que Charcot fijara su interés médico en ella.

Si bien Augustine fue ingresada contra su voluntad por su madre en *la Salpêtrière*, no fue la primera vez que la recluyó en un lugar por no poder hacerse cargo de ella, dado que durante su infancia la dejó en un convento para que se encargaran de su educación, donde aprendió a leer, escribir y la práctica de varios quehaceres domésticos. Ya siendo adolescente, se trasladó a vivir para trabajar en la casa del empleador de su madre, de quien era amante, quien terminó agrediéndola sexualmente y devolviéndola en el peor de los estados a su casa.

Augustine sufrió cambios en su comportamiento y comenzó a verse afectada físicamente también. Tan es así, que su cuerpo empezó a experimentar episodios de parálisis que le impedían no solo moverse momentáneamente, sino poder incluso andar diariamente como lo hacía previo a los abusos sufridos. Asimismo, entre sus somatizaciones experimentó convulsiones y vómitos. A medida que estos síntomas se fueron intensificando y ya contemplada como una enferma, la madre de Augustine decide ingresarla a *la Salpêtrière*.

En principio Augustine se rehusó a ser internada, pero luego desarrolló un carácter amable frente a médicos y cuidadores. Como paciente de *la Salpêtrière* destacó frente a las demás por su inteligencia y encanto, además de ser una de las más talentosas al momento de posar frente a las cámaras. Augustine desarrolló de manera natural la capacidad de efectuar paso a paso la performance histérica (Figura 3), abarcando cada

una de sus fases, con su respectiva preparación, sus pausas y descansos, sus gestos, señas y todo lo que ella implicaba. Esto puede verse como un ejemplo de cómo las estructuras de poder en las instituciones psiquiátricas moldeaban las manifestaciones de la histeria en las pacientes. A lo largo del tiempo, dada la reiteración de las performance y el esfuerzo que le demandaba a Augustine mantener su imagen de “paciente estrella”, le significó el desarrollo de un síntoma histérico muy peculiar, el de ya no poder ver colores y ver su entorno únicamente en blanco y negro. Según Didi-Huberman (2022), se trataba de una suerte de precio que pagaba la joven por su actuación, o mejor dicho, por desempeñar el papel de enferma cuando realmente no lo estaba.



Figura 3. Attitudes Passionnelles (1878).

Fuente: Didi-Huberman (2022).

Durante aproximadamente cinco años, Augustine llevó a cabo sus representaciones de cada estadio o fase de un ataque histérico, hasta que en 1880 se rebeló a Charcot y todo el sistema hospitalario, tras en una de sus presentaciones ver como parte del público a quien era el jefe de su madre y que años atrás siendo adolescente la había acosado y violado. Tras ese episodio Augustine comenzó a comportarse de manera agresiva y poco colaborativa, y en sus explosiones de ira era común que rompiera objetos o hasta incluso su propia ropa. Para poder controlar tales ataques de violencia recurrieron en más de una ocasión al empleo de éter o cloroformo para poder anestésicarla, hasta que finalmente la recluyeron en un calabozo como castigo.

Tras años de hacer uso de la simulación dentro del “teatro de las histéricas”, logró gracias a tal habilidad escapar de *la Salpêtrière* disfrazada de hombre y sin levantar sospecha alguna. Nada más se supo de ella luego de su fuga, por lo que el estudio de caso de Augustine quedó trunco para Charcot. Quizás uno de los grandes errores cometidos por el neurólogo francés fue focalizar únicamente en la observación sintomática de su

paciente, sin apelar a la escucha en ningún momento para saber qué era lo que sentía Agustine y poder comprender de manera más íntegra su padecimiento (Showalter, 1985).

Esto se debió sin duda, a la represión sociocultural que sufrían las mujeres en aquel momento y de la que Agustine no estuvo ajena, por lo que su cuerpo somatizó, es decir, puso de manifiesto, aquello que su inconsciente no le permitía poner en palabras (Buzzatti y Salvo, 1999). Si retomamos a Thomas Laqueur en su obra *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud* (1994) y a Michel Foucault en *Historia de la Locura en la época clásica* (1998), podemos observar que la diferencia entre lo masculino y femenino, es decir, la supeditación de lo femenino a lo masculino, ya sea desde el análisis de una categoría biológica, sexual, política, cultural, hasta incluso económica, se construye mediante discursos de poder. Estos discursos instaurarán roles y jerarquías bien definidos que avalan el (des)trato que recibieron y aún reciben, por la mera condición de ser tales.

La reiterada y completa presión que han sufrido las mujeres en distintas épocas, contextos y culturas por parte del sexo opuesto, ha puesto de manifiesto, como bien señala Freud en su obra titulada *La histeria* (2012), que ello las volvió más propensas a que los traumas que desarrollaran encontraran su manifestación en el cuerpo. Entonces, pensando en el caso particular de Agustine, podemos decir que la agresión sexual sufrida de adolescente, desencadenó los síntomas que la condujeron a su encierro en *la Salpêtrière*. La imposibilidad de poner en palabras lo sucedido, propio del tipo de trauma vivenciado y del extremado conservadurismo de la época, llevaron a que Agustine intensificara sus síntomas. Incluso, como bien señala Abeijón (2019), cuando Agustine da su testimonio a los médicos “en el cual relata que fue violada por el amante de su madre, es tomado por un ‘momento traumático’, y se descarta su verdad o falsedad” (p. 213). No se indaga mucho en el suceso, restándole importancia en lo que significaba para la paciente.

Ahora bien, cabe preguntarnos si las técnicas de estudios llevada a cabo por Charcot en Agustine y en las demás pacientes, como así también, el tratamiento que le propinaba a las mismas y las performance de los ataques histéricos en las que las incluía, replicaban de alguna manera en el cuerpo y en la psiquis de las pacientes. Así pues, en razón de lo visto en este y en apartados anteriores, podemos decir que Agustine tuvo como secuela de las performance histéricas, la imposibilidad de ver en colores, así como Blanche Wittman sufrió de una disociación de la personalidad. Y que en mayor o en

menor medida, los tratamientos recibidos para curar la histeria afectaron en el carácter y modo de interactuar de las pacientes. Previo a su huida, Agustine se había vuelto muy agresiva y solitaria, más allá del episodio en que vio a su agresor en el público cuando realizaba su performance. Asimismo, manifestaba tener sueños vinculados con sangre, fuego, ultrajes y revolución, que anticipaban sin duda, su fuga del hospital.

Capítulo 3: Representaciones contemporáneas de la histeria

3.1. La histeria y su representación en el cine

La histeria ha sido representada en la pintura, la literatura, la música y hasta incluso en el cine de diversos modos. En este último caso, podemos encontrar piezas de distintas épocas, donde se aborda y caracteriza a la histeria desde diversos lugares. El cine tiene algo muy propio y característico, donde su fin último resulta:

entender y percibir la realidad como una pantalla, no en el sentido únicamente de proyección de ilusiones, sino de proyección de realidades. Juego de espejos que no es un mero recurso técnico, es reflexión de la mirada sobre las cosas, mirada fundamental y elocuente. (Loyden, 2007, p. 110)

Así pues, como bien señala Deleuze en *La imagen-movimiento: estudios sobre cine I* (1983), el cine resulta un medio poderoso para explorar la condición humana y la sociedad, dado que nos permite reflexionar acerca de nuestras propias experiencias mediante lo que se nos presenta en la pantalla. Esto se debe a que, al presentar personajes e historias que nos resultan familiares el séptimo arte, puede ayudarnos a comprender mejor nuestro propio comportamiento y sentimientos, así como también, los valores sociales y las normas de la sociedad en que vivimos. En el caso de la histeria, el cine nos permite observar cómo esta condición ha sido representada de distintos modos a lo largo del tiempo, dando cuenta de determinadas creencias que afloran en cada época. Mediante el análisis de estas representaciones, podemos lograr una comprensión más profunda de la manera en que la histeria se ha empleado para oprimir y controlar a las mujeres y, cómo se puede pensar y actuar para no perpetuar estas dinámicas a futuro desde otros aspectos.

Cabe recordar, lo señalado por Laura Mulvey en *Visual pleasure and narrative cinema* (1975), acerca de la utilidad del cine para explorar la condición femenina y el modo en que las mujeres son representadas en la pantalla, principalmente en el cine de Hollywood, dando cuenta de una estructura basada en la mirada masculina que objetiviza a las mujeres. En ello es en lo que queremos focalizar en este apartado, debido a que el cine nos permite crear y recrear situaciones actuales y pasadas, para darle voz a aquello que se acalló durante tanto tiempo. Eso que alguna vez fue marginado, ahora vuelve a ser tema de conversación, de análisis, de debate, gracias al tratamiento filmico que se hace de ello. El cine permite en muchas ocasiones acercar a los espectadores problemáticas

que desconocían o ignoraban como tales. Asimismo, permite esbozar una suerte de derecho a réplica respecto a cuestiones que en otro momento en la propia gran pantalla fueron abordadas de manera prejuiciosa y estigmatizada.

Un claro ejemplo de ello son las películas *Rebecca*, *Inocencia interrumpida*, *El cisne negro* y *La chica del tren*, con una diferencia de más de seis décadas de por medio de la primera respecto de las demás grabaciones, logran hacer patente la cuestión de la histeria sin nombrarla de manera explícita, pero poniendo en relieve los prejuicios que existen en torno a las mujeres y dicho padecimiento. Cabe señalar que, más allá del tiempo que dista entre la versión original de *Rebecca* y las demás películas, se recupera aquí una remake reciente de la misma, del año 2020, para dar cuenta de cómo esta temática y su representación en dicho film, sigue interactuando con el contexto de la sociedad actual. Ahora bien, a continuación nos adentraremos en la trama de cada film para ilustrar de manera clara lo previamente señalado.

El film *Rebecca*, una película de suspenso del año 1940 y dirigido por Alfred Hitchcock, basa su historia en la novela homónima de la escritora británica Daphne du Maurier. En ella se cuenta la historia de una joven mujer, interpretada por Joan Fontaine, que conoce en Montecarlo a un aristocrático y rico hombre llamado Maximilian de Winter, a quien apodan Maxim, interpretado por Laurence Olivier, de quien se enamora y se casa con él. Tras su boda, este lleva a su nueva esposa a Manderley, la mansión de la familia de Winter situada en Cornualles, donde había vivido tiempo atrás con su difunta esposa.

Luego de la llegada a Manderley, la pareja comienza a experimentar ciertos problemas. La nueva y joven esposa de Maximilian, de la que no hace mención de su nombre en todo el film, por lo que siempre aludiremos a ella en términos como “la nueva esposa”, nota la presencia en la casa, de la difunta esposa de este, quien permanece anclada a la mansión a través de recuerdos, objetos y costumbres llevadas a cabo por el personal doméstico, presente sin duda en todos los espacios y aspectos. Rebecca como se llamada la misma, no solo se hace presente en la casa, sino que de alguna manera sigue incidiendo en la vida de Maxim, lo que empieza a desesperar a la nueva esposa, quien comienza a tener cierto comportamiento errático. Sus miedos e inseguridades, alimentados por los dichos de la señora Danvers, la gobernanta, quien se presenta como un personaje hostil para la joven y nueva esposa de Maxim, dada su obsesión con Rebecca, afectan la claridad mental de la joven. En palabras de Parrondo Coppel (2007),

la señora Danvers “acosa eficazmente a la protagonista con la idea delirante de que Rebeca *regresa de entre los muertos* y ‘te observa a tí y al Sr. de Winter juntos’” (p. 87), lo que incrementa aún más su paranoia.

La nueva esposa se esfuerza por lograr adaptarse a su nueva vida, pero la perturban los secretos que rondan en la casa, en especial aquello que ella imagina que sucedió, incluso, cómo es que murió Rebecca. Aquí es donde se da un quiebre en la historia, el vínculo entre el pasado y el presente, marcado por el misterio que rodea a la mansión y a su esposo afectan considerablemente la psiquis de la joven. Poco a poco la comienza a invadir la angustia, precisamente lo que en palabras de Lacan (2006) ha de llamarse la “certeza de lo horrible” (p. 88)

En cierto modo, el film focaliza permanentemente en las emociones de la muchacha y cómo esto turba su mente, se la representa como alguien complaciente, tímida, pero a la vez muy nerviosa, con lo que en ese momento se asociaba a la histeria, además de la desesperación, irritación, inseguridad, miedo, entre otros. No solo la ansiedad, angustia, timidez e inseguridad invaden a la nueva esposa de Maxim, sino que, presenta una permanente lucha para lograr hacerse de un nombre y lugar tanto en la mansión como en la vida de su esposo, lo que evidencia la fragilidad en su autoestima, que necesita de la aprobación y validación de los demás.

La película hace uso de la técnica del punto de vista, lo que ayuda a generar una atmósfera de considerable misterio e intriga. Sin duda, prolifera una visión altamente machista en cómo se plantea y desarrolla la historia en el film, no solo en cuanto a la actitud de Maxim respecto a su actual y anterior esposa, sino desde el hecho de que se anonimiza a la nueva esposa, no se la llama por su nombre, simplemente se alude a ella como la “nueva esposa de Maxim”, casi como si se tratara de una nueva adquisición material de este. Asimismo, se muestra de manera subyacente la histeria como parte de la actitud propia de las mujeres, que las convierte en personas inseguras y nerviosas.

Respecto a esta falta de identidad en el personaje de la esposa nueva de Maxim y de la presencia y ausencia al mismo tiempo de Rebecca, dada su muerte. Hay quienes como Arocena Badillos y Larrauri (2019), que separándose quizás del sesgo de género, comprenden esta invisibilización de la identidad de ambos personajes femeninos como parte de la técnica que emplea Hitchcock para generar una atmósfera de misterio sobre las mismas. Sin embargo, cabe señalar que más allá de esta visión más técnica en cuanto

a los roles de los personajes en la película y al impacto que se pretende generar, sin duda, se observa una permanente degradación de los personajes femeninos en relación a los masculinos.

Ahora bien, si volvemos a la cuestión del comportamiento de la/s figura/s femenina/s a lo largo del film y nos detenemos a observar con atención, podemos notar que no solamente la nueva esposa de Maxim posee un comportamiento voluble, sino también la señora Danvers, quien al parecer se encuentra obsesionada con Rebecca, dado que no puede aceptar la muerte de su antigua señora y trata de todas las maneras posibles de mantener su recuerdo presente en la casa y en la vida de Maxim.

Para el baile de disfraces organizado por Maxim y su joven esposa, la señora Danvers le recomienda a esta que replique cierto atuendo visible en una de las pinturas del pasillo del primer piso, el cual representaba a una familiar predecesora de Maxim: Carolina de Winter. Muy agradecida, la joven muchacha sigue su consejo sin saber las oscuras intenciones de la señora Danvers, quien solo quiere ridiculizarla frente a la familia y los amigos, ya que lo que realmente estaba haciendo la joven, con total desconocimiento, era caracterizarse como la difunta Rebecca.

Sin duda, la señora Danvers posee una fijación emocional, que por momentos nubla su cordura y que al final la conduce a su propia muerte, dado que en un intento de evitar de todos modos de que Maxim sea feliz con su nueva esposa en la mansión de Manderley, inicia el fuego que arrasará con toda la mansión e incluso con su propia vida, ya que ella queda atrapada dentro de la misma. La señora Danvers se niega en todo momento a aceptar la realidad de que ya Rebecca no está y que Maxim ha decidido continuar con su vida, por lo que adopta una conducta errática y manipuladora respecto a la nueva y joven esposa de su amo e incluso de las disposiciones que toma en torno al manejo de la mansión.

Ambas mujeres, la nueva esposa de Maxim y la señora Danvers, se hallan atormentadas. La señora Danvers por su extrema devoción a su difunta ama, lo que la conduce a llevar a cabo actos crueles para con la nueva esposa de Maxim, viviendo una cierta disociación de la realidad. Por su parte, la joven esposa de Maxim, vive con miedo, principalmente frente a la falta de certeza respecto a todo, intenta permanentemente competir con alguien que no está, con quien ahora es solo un recuerdo y esto la debilita mentalmente. La joven no sabe qué es lo que realmente siente su esposo, si

verdaderamente la ama o aún sigue viviendo en pos del amor de su fallecida esposa. Sin embargo, tras varios sucesos que resultan desafortunados para la joven, en un momento cuando todo comienza a mejorar, Maxim es acusado y se vuelve sospechoso por la muerte de Rebecca y esto lo cambia todo.

Maxim le confía a su nueva esposa que no amaba a Rebecca y que su matrimonio era un acuerdo, donde cada una de las partes sacaba beneficios de ello. Sin embargo, le cuenta que Rebecca no era una buena persona y que se comportaba como una loca. Más allá de todo lo que le cuenta Maxim y el hecho de deslizarle haber estado involucrado en la muerte de su primera esposa, la joven decide aferrarse únicamente al hecho de que Maxim le dice que la ama y considera que eso es motivo más que suficiente para dejar atrás el sufrimiento y adoptar cierta seguridad frente a lo que el destino les depare. Es llamativo el modo en que se resuelve finalmente esta historia, donde la joven pasa de un permanente estado de inseguridad, miedo, angustia e incertidumbre a una plena tranquilidad y seguridad, por el hecho de que su esposo le manifiesta abiertamente su amor. Esto nos lleva a cuestionar la manera en que se construye prejuiciosamente la imagen de la mujer, dado que ante cualquier variación de su temperamento o cambio de comportamiento, se las pensaba histéricas.

Podríamos decir que en esta película, la histeria se pone de manifiesto en la opresión padecida por las mujeres en una sociedad visiblemente patriarcal, donde no solo sufren sujeción sino también destrato que hacen que se vulnere su autoestima, lo que en definitiva afecta su personalidad. Así pues, la ansiedad, inseguridad y obsesión tanto de la nueva esposa de Maxim como de la señora Danvers, serán el resultado de la cultura patriarcal en que fueron criadas, más que de una enfermedad mental como tal.

Ahora bien, existen algunos puntos que podemos tener en cuenta en torno a una más actual y posterior versión que se hizo de Rebecca en el año 2020. Dirigida por Ben Wheatley y protagonizada por Lily James y Armie Hammer, en los papeles de la Sra. de Winter y Maxim de Winter, respectivamente. Esta nueva versión, a diferencia de la de Hitchcock de 1940, deja atrás la atmósfera gótica que la caracteriza y corre el foco de la cuestión de la identidad vinculada a la locura, para pasar a centrarse más en la relación que tenía Rebecca con la Sra. Danvers, marcando aún más el posible vínculo lésbico que las unía.

En esta nueva versión, se pasa del personaje de Rebecca construido por el misterio de su ausencia, dándole mayor presencia a su personalidad narrada por la Sra. Danvers una recuperación que se hace de su relación forjada durante años. Los personajes aquí son más vívidos y más pasionales en su representación, pero, quizás, lo que vuelve un poco más débil la trama es la caracterización de la Sra. Danvers como alguien más amigable y accesible, respecto a la versión anterior en la que se notaba no solo un tono más sombrío, sino también, más enigmático.

Si bien ambas adaptaciones del libro de Daphne du Maurier, siguen la misma trama básica, de la joven que se casa con un viudo rico y se mudan a la mansión, donde debe lidiar con el fantasma y el recuerdo siempre presente de la difunta esposa, la última versión recibió muchas críticas negativas en cuanto no realiza un aporte sustancial respecto a la historia original y, si bien está bien ambientada y tiene una muy buena fotografía, no logra transmitir lo que Hitchcock sí pudo, y es esa fractura que genera la presencia de la locura, que se materializa en la joven Sra. de Winter. Sin embargo, a pesar de ello, esta nueva adaptación de *Rebecca*, nos permite una vez más traer a colación la problemática tratada, pero ya desde un abordaje más contemporáneo.

En esta misma línea en que se refleja de alguna manera la histeria en los personajes femeninos de un film, se encuentra *Inocencia interrumpida* del año 1999, dirigida por James Mangold y protagonizada por Winona Ryder y Angelina Jolie. Esta película se basa en las memorias de Susanna Kaysen y se desarrolla en una línea temporal lineal donde se remite permanentemente a flashbacks que la remontan a su pasado, para dar cuenta de la situación actual que atraviesa.

La historia se desarrolla en la década de 1960, en la sociedad norteamericana signada por la Guerra de Vietnam, el movimiento hippie y la liberalización de la mujer. En ese entonces, Susanna Kaysen, una joven de 17 años, solitaria, depresiva, marginada, con una nula comunicación con su familia, la cual se rige por postura por demás conservadora, sueña con convertirse en escritora. Si bien es una joven muy inteligente, tiene actitudes que la conflictúan, dado que mantiene una relación con su profesor.

Tras una crisis emocional, intenta quitarse la vida, mezclando alcohol y aspirinas, lo que hace que la ingresen en el hospital psiquiátrico Claymoore por una estadía de 18 meses. Allí, es diagnosticada con trastorno límite de la personalidad, donde poco a poco comienza a cuestionar su propósito en la vida y hasta su propia identidad. Durante el

encierro en esta institución psiquiátrica, Susanna conoce a otras jóvenes mujeres con padecimientos mentales diversos como es el caso de Lisa Rowe (Angelina Jolie), una sociópata narcisista antisocial, quien se convierte en su mejor amiga y confidentes y, también, en una influencia negativa para ella. También se vincula durante su estadía en el lugar con Daisy, una joven que padece de bulimia y sufre las secuelas de haber sido abusada sexualmente por su padre, tras la muerte de esta, Susanna se verá fuertemente afectada por ello. Otra de las jóvenes que conoce en Claymoore es Georgina, una mentirosa patológica (mitómana), quien busca incansablemente hallar su verdadero yo, que le permita definir su sentido de identidad. Sin duda, Georgina tiene un trastorno de identidad, por lo que su búsqueda apunta a poder hacerse de una identidad estable y coherente, dado que se siente desconectada de su verdadero yo.

Finalmente, otras dos jóvenes con las que se relaciona Susanna son Polly y Janet. La primera, una adolescente que tras un incendio quedó con la cara desfigurada y sufre de baja autoestima. La segunda, una joven que sufre de anorexia nerviosa y su lucha se centra en controlar su peso y su vida.

El vínculo que desarrolla Susanna con estas mujeres, la lleva a una gran introspección acerca de su propia vida y también de su enfermedad. Con la ayuda de estas, así como de la Dra. Valerie Owens, Susanna comienza su camino hacia la recuperación, partiendo de la propia aceptación de su condición. Finalmente, la película concluye con Susanna dada de alta del hospital, saliendo a una nueva vida y lista para enfrentar los desafíos que eso conlleva.

Sin duda, *Inocencia interrumpida*, constituye una crítica sutil, pero poderosa al sistema hospitalario psiquiátrico de la época. A través de la figura de Susanna Kaysen, el film pone en evidencia cómo el sistema psiquiátrico puede ser defectuoso y no ser siempre adecuado para tratar a los pacientes. Asimismo, da cuenta de la falta de comprensión y empatía existente, comúnmente, en este tipo de espacios. De esto, también se deriva otra crítica que se hace patente en el film, que alude a la medicalización y control que se ejerce sobre los pacientes en los hospitales psiquiátricos. Durante mucho tiempo ha sido muy común como se muestra en la película, que los pacientes sean sometidos a tratamientos o se los medique sin que se les explique de manera clara su condición o el fin de dicho tratamiento. Esto se ve plasmado en las escenas en que Susanna es medicada o tratada sin recibir información alguna, de allí su confusión al respecto.

Otra película que aborda la cuestión de la locura es *Black Swan*, en español *El cisne negro*. Esta película del año 2010 dirigida por Darren Aronofsky, cuenta la historia de Nina Sayers (Natalie Portman), una bailarina de ballet que mientras se prepara para interpretar el papel principal de “El lago de los cisnes”, un papel crucial para ella a nivel personal como así también para su carrera artística, se sumerge en una vorágine de locura. El alto nivel de estrés signado por la competencia con otras bailarinas para alcanzar la perfección en las técnicas de baile y actuación, generan tal presión en Nina que alteran su comportamiento.

Esa presión no surge únicamente por el hecho de querer llegar a ser primera bailarina, sino por querer llegar y lograr permanecer, dado que el puesto vacante al que aspira, estaba ocupado por una gran bailarina a quien removieron de dicho lugar por las extremas exigencias del director de compañía, Thomas Leroy (Vincent Cassel). Por lo tanto, esta competencia en la que se halla inmersa resulta un gran desafío cargado de sacrificios a los que deberá someterse. Además, Nina deberá luchar contra sus propios demonios para que no la afecten en su carrera por lograr su cometido.

Su relación con su madre (Barbara Hershey) es su mayor problema, en principio porque esta también fue bailarina de ballet y tuvo que dejarlo todo cuando Nina llegó al mundo, por lo que hay una renuncia a un sueño del que ella se siente culpable. Esto, sumado al trato que le propina la misma, como si aún fuera una niña, afecta sus emociones permanentemente. Nina lucha por ser una mujer y dejar atrás su niñez, pero su madre no la deja, la viste, la peina, controla su ir y venir, y hasta incluso le corta las uñas como si aún fuera una pequeña. Asimismo, puede observarse que su habitación presenta las características de la habitación de una niña, no de alguien de su edad. Nina no ha podido desarrollar su personalidad, su sexualidad, su independencia, dado el control y represión que ha forjado su madre sobre ella, quien culpa a Nina por su carrera frustrada y da a entender por momentos que se trata de una hija no deseada.

Por otra parte, Nina no solo debe lidiar con la asfixiante relación que tiene con su madre, sino también con su propia envidia hacia Lily (Mila Kunis), una de sus compañeras del cuerpo de baile. Lily es todo lo que Nina anhela ser y el hecho de que el director de la compañía fije sus ojos en esta le resulta preocupante. Nina quiere tener la personalidad de Lily e interpretar el cisne como ella lo hace, dado que en su caso, según el propio director es buena para interpretar la Reina cisne (cisne blanco), pero carece de pasión para caracterizar al cisne negro, como sí lo hace Lily. Poco a poco, Nina comienza

a experimentar una obsesión paranoide respecto a Lily, surgida de la inseguridad que le produce la personalidad avasallante de esta. Esto la conduce a su vez, a distorsionar la realidad y tener alucinaciones:

como se ve en la escena del subte en la cual ve una suerte de doble suyo, vestida de negro, hasta la secuencia en la que nuevamente se encuentra con un igual en un corredor oscuro camino a su casa, junto con las alucinaciones referidas a su cuerpo (las heridas en los dedos), alucinaciones visuales (en el movimiento de los ojos de una de las pinturas de su madre) y auditivas que repiten “mi niña adorada” sin cesar, frase que es dicha por su madre y que Nina escucha una y otra vez, ahora en su cabeza. (Romero, 2018, p. 3)

Ensimismada en sus pensamientos, comienza a creer que sus fantasías han acaecido realmente, al punto de creer que ha tenido relaciones sexuales con Lily tras una salida de tragos juntas, pero se trata únicamente de una alucinación visual experimentada sin presencia real alguna de su compañera de baile. Podría decirse que en esta situación se da una percepción carente de un estímulo externo, una percepción sin objeto.

Así pues, Nina comienza a tener problemas para discernir entre lo que es real y lo que es producto de su imaginación, de allí que se la muestre con una identidad fragmentada en la que no solo piensa en representar a la Reina de los Cisnes, sino que se identifica a tal punto con tal papel que se da en ella una confusión y distorsión de su propia identidad, de quién es. La obsesión y el perfeccionismo son dos puntos que se unen y que guiarán la conducta de la protagonista a lo largo de todo el film, sumado a sus problemas para relacionarse tanto con su madre como con el director de la compañía de danza, Thomas Leroy.

Es tal la alteración de la realidad que sufre Nina, que llega a percibir modificaciones en su propio cuerpo que la asemejan a un cisne: su piel erizada, sus pies con membrana interdigital, sus plumas, etc. A medida que se incrementan las exigencias por parte del director de compañía, también lo hacen las alucinaciones de Nina respecto a su transformación en cisne. Asimismo, la búsqueda de la perfección en el baile y en su cuerpo, la conducen a experimentar trastornos alimenticios.

Nina niega, proyecta, reprime, somatiza como un mecanismo de defensa frente a los problemas con los que no puede lidiar. Su conexión con la realidad es difusa, dado que la desbordante angustia que la atormenta la ha llevado a refugiarse en sus propias fantasías, que se ponen de manifiesto a través de sus alucinaciones.

Los problemas de Nina para relacionarse con personas de su entorno y de la vida en general, así como también para controlar sus impulsos, hace que adopte una personalidad disfuncional, retratando a su vez con ello, cierta conducta histérica que contribuye a su enajenación de la realidad y a lo que se suman múltiples episodios de paranoia y alucinaciones, que incrementan su malestar. De este modo, se introducen ciertos síntomas que se presentan de manera paulatina en Nina, que van a dar paso a la constitución de la histeria en su persona. En principio, Nina da cuenta de ciertos síntomas que la aquejan físicamente como es el permanente dolor muscular y el entumecimiento de sus extremidades, que no se pueden explicar médicamente. Sufre de tales malestares, pero no puede encontrarse un origen orgánico, pareciera que es un dolor que se halla presente únicamente en su mente y que manifiesta a nivel corporal. Asimismo, su constante nerviosismo frente a la presión de su entorno y la que se impone ella misma, derivan en ataques de ansiedad. La faceta disociativa, también se hace presente en Nina, cuando comienza a sentir que su cuerpo se desvincula ciertamente de su entorno (Fischer, 2007).

De algún modo, podría pensarse que la danza clásica y propiamente el formar parte de una ballet estable, dan cuenta de una tensión permanente ligada a la perfección en el personaje principal de esta historia, que se vincula, a su vez, de manera metafórica con un tipo de locura: la histeria. Nina, sin dudas, es una bailarina que confunde el plano de la realidad con la fantasía, y esto se debe a su fragilidad mental, que la va sumergiendo poco a poco en la locura total, donde sus primeros síntomas recaen en el cuerpo mediante un constante malestar y, luego, en su propia psiquis.

Los síntomas que se hacen visibles en *El cisne negro*, materializados en el propio cuerpo de su personaje principal, son coincidentes con los que Charcot enuncia y enumera para su diagnóstico de histeria, como son: el cansancio corporal, la falta de fuerza, los mareos, la amnesia, los cambios repentinos de humor, la alteración de la sexualidad, los malestares digestivos y los dolores corporales. En términos de Zanón Cuenca y Santa María Blasco (2016) y como mencionamos en el Capítulo 1, todos estos síntomas de la histeria se presentan como máscaras en las que el cuerpo se oculta, se transfigura o trata de verbalizar el dolor, los miedos, las emociones que han sido censuradas e incluso deseos coartados. Y aquí si nos remitimos a su vez, momentáneamente, a la teoría psicoanalítica de Freud, podemos decir que la represión y la sublimación de los deseos son una constante en todo el film.

Otra película en la que podemos ver refleja la cuestión de la histeria es *La chica del tren* en inglés *The Girl on the Train* del año 2016, dirigida por Tate Taylor. Esta película basada en la novela homónima de Paula Hawkins, en palabras de Ceballos (2016), comprende “una crítica patriarcal muy transparente entre su multitud de giros argumentales” (párr. 5).

Perteneciente al género de suspenso, *La chica del tren* cuenta la historia de Rachel Watson (Emily Blunt), una mujer que tras divorciarse atraviesa una profunda depresión y se vuelca al alcoholismo. Todos los días Rachel toma el tren dos veces al día para ir a trabajar a Manhattan y en sus viajes es que comienza a observar a una pareja, la que considera e imagina que debe ser perfecta. Scott (Luke Evans) y Megan (Haley Bennett), la pareja que ve en su recorrido diario Rachel, se convierten en objeto de su obsesión, hasta que un día Megan desaparece, con lo que se despliega una investigación policial; pero paralelamente Rachel, quien se ve interpelada por la situación, decide comenzar una búsqueda e investigación por su propia cuenta. Poco a poco Rachel comienza a descubrir secretos sobre la pareja que ponen en cuestión todo lo que creía hasta ese momento.

Ahora bien, si nos centramos en el personaje de Rachel debemos decir que se la caracteriza como una mujer histérica, quien sufre un trauma por la imposibilidad física que se le presenta para poder tener hijos y su consiguiente divorcio. Eso la conduce a sumirse en el alcoholismo, donde encuentra refugio para tanto dolor, para escapar de la realidad que se niega a aceptar. A esto se suma el hecho de que recurre constantemente a la automedicación, lo que la mantiene en un estado de desconexión con la realidad. Permanentemente vienen a su mente recuerdos fragmentados, a los que no puede encontrarle sentido o no puede explicar con claridad. Asimismo, por las grandes ingestas de alcohol suele perder la conciencia, por lo que experimenta saltos temporales en su conciencia y recuerdos, eso hace en un punto que la narrativa sea no lineal, va y viene en el tiempo en lo que puede reconstruir a través de sus recuerdos, de los que no puede estar segura si son reales o se tratan de fragmentos de sueños que ha tenido.

Rachel recibe quejas por parte de Anna (Rebecca Ferguson), la actual esposa de Tom (Justin Theroux), su ex marido, dado que llama a la casa todo el tiempo, intentando de algún modo sostener una comunicación inexistente con él. Tom señala que Rachel es una mujer indefensa, triste, pero con una gran imaginación, por lo que le pide que la ignore.

Rachel ha hecho solo dos cosas durante un año, llamar a casa de Tom y observar a una chica desde el tercer vagón del tren, es decir, a Megan, quien vive en la casa 15 de la calle Beckette, a solo dos casas de donde ella vía (en la 13). Tras observarla a diario, Rachel imagina muchas cosas sobre ella, a tal punto que se vuelve importante en su vida. Su imaginación y la proyección de ideas reconfortantes respecto a Megan, hace que la idealice de tal manera, que se convierta en todo lo que ella sueña ser, pero que responde únicamente a constructos que ella misma genera y gestiona en su mente (Kelly, 2001). Por momentos imagina que es pintora o alguien de gran creatividad, como también, que su esposo es un distinguido médico o arquitecto. Los observa diariamente, pensando que son la pareja perfecta, una pareja que se ama. Y piensa en el amor que ella nunca tuvo y hasta considera que nadie siquiera la nota, nadie nota su rostro donde esté, solo le toca en su vida ser espectadora.

Un día Rachel observa desde el tren que Megan está con otro hombre en su balcón y que lo besa. Y eso la desestabiliza, porque recuerda la infidelidad de su esposo Tom con Anna, su actual esposa, con quien tuvo una niña y viven en la casa donde ella supo vivir con Tom, hace algún tiempo atrás. Casualmente Megan resulta ser la niñera de la bebé de Anna y Tom, pero de un momento a otro renuncia y al poco tiempo se da a conocer su desaparición.

Cuando Rachel toma conocimiento de la desaparición de Megan, decide comenzar a averiguar por su cuenta y se obsesiona a tal punto de asistir a todos los lugares donde ella concurría e incluso con las pocas personas que ella tenía contacto, su esposo y su psiquiatra. Rachel cree saber algo de lo que sucedió el día que desapareció Megan, pero sus recuerdos son confusos. Tras volver ebria rumbo a casa de su amiga (donde vivía), cree haberse topado con Anna y tras gritarle no recuerda nada más, solo estar en su habitación llena de sangre, su cara, su ropa, su teléfono y con un mensaje de Tom amenazándola para que lo deje en paz a él y su esposa. Todo es muy confuso para ella. Comienza a dudar si realmente eso pasó, y que quizás no era Anna y pudo haber lastimado a alguien.

Rachel comienza a ir a un grupo de AA²⁵ y le manifiesta a sus compañeros que su esposo era quien le contaba lo que había hecho la noche anterior, ya que sufría de ausencias cuando estaba alcoholizada y que nunca recordaba lo que hacía o lo que pasaba.

²⁵ Alcohólicos anónimos.

Según lo que le había contado Tom ella se ponía agresiva en eventos sociales y en su propio hogar conyugal.

Luego de iniciada la investigación policial, Rachel es interrogada por la policía y allí es que su amiga y roomie se entera de que Rachel había sido despedida hacía tiempo de su trabajo, por lo que surge el interrogante acerca de a dónde iba Rachel todos los días en tren, por qué sabía tanto de Megan, si realmente tenía conocimiento del caso como testigo o estaba implicada. Rachel quiere unir los fragmentos de recuerdos que hay en su mente, así es cómo de alguna manera intenta colaborar con Scott, el esposo de Megan y le cuenta que su esposa le era infiel. Dado que el supuesto amante es el psiquiatra (Édgar Ramírez) a quien Megan veía muy seguido, ella decide comenzar a hacer terapia con él, para conocerlo, pero termina ahondando en sus propios recuerdos.

Cuando aparece sin vida el cuerpo de Megan y constatan que estaba embarazada, se descarta rápidamente que el padre fuera su esposo o el sospechado psiquiatra, por lo que se establece que hay un tercer involucrado, de quien tienen que descubrir su identidad para poder resolver el caso.

Mientras Rachel continua con sus averiguaciones se encuentra en el tren a la ex jefa de Tom y aprovecha a pedirle disculpas por el escándalo que hizo en una parrillada laboral en el pasado y que la avergonzó durante mucho tiempo, en especial porque por culpa de ello Tom había perdido su trabajo. Allí es que se entera que a Tom no lo despidieron de su trabajo por ese hecho y que lo habían despedido por sus amoríos de oficina. Eso que ella creía entonces, que le había contado Tom, no había sido así y nunca sucedió en realidad. De a poco comienzan a emerger los recuerdos en Rachel. Y se da cuenta que la noche en que vio a Megan en el túnel quien la golpeó fue su ex esposo Tom y que Megan subió al auto de este, por lo que supone que tenían un amorío.

Rachel va a casa de Anna a contarle lo que recordó, aparece Tom y entre las dos lo confrontan y le dicen lo que descubrieron, pues Anna había encontrado el teléfono de Megan y se enteró del amorío que mantenían. Tom golpea a Rachel delante de Anna y su bebé, admite que mató a Megan y luego intenta asesinar a Rachel, pero esta se defiende y lo mata. Cuando la policía la lleva a declarar junto con Anna, ambas manifiestan que fue en defensa propia. Todo el tiempo Tom jugó con la mente de Rachel, aprovechándose no solo de su alcoholismo sino implantando recuerdos que no eran reales y tratando de alguna manera de desacreditarla y volverla loca.

De este modo, el film explora la fragilidad e inestabilidad mental de una mujer atravesada por el dolor de una pérdida que no puede recomponer ni superar, que la obsesiona, la vuelve alcohólica, destruye su autoestima, la sume en una total fantasía que fragmenta su identidad, producto del trauma vivido (Van Der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008). La violencia y el abuso sufrido constantemente por parte de su entonces esposo son los que orillan realmente a Rachel hacia la locura. Una locura que se asocia en el caso de Rachel, principalmente, al hecho de ser mujer, no poder matenar y haber atravesado un duro divorcio que la volvió muy vulnerable. Estamos aquí frente a una representación contemporánea de la histeria, donde las emociones se convierten en el punto de debilidad de la mujer en cuestión.

Ahora bien, las cuatro películas tienen como personajes centrales a mujeres que representan formas de histeria, ya sea ligada a la ansiedad y el nerviosismo, a la falta de estabilidad emocional, a la disociación de la realidad y el entorno en que se encuentran sumidas y/o la histeria llamada de conversión en la que la mujer en cuestión experimenta malestares físicos como náuseas, mareos, dolor de cabeza o corporal en general. Cabe destacar que la forma en que se representa en el cine la histeria ha ido cambiando con el devenir del tiempo, dado que se han adquirido nuevos conocimientos vinculados a dicha temática y con ello ha variado la forma de comprender esta enfermedad mental. Se ha trabajado mucho en abordar la histeria más allá del estigma social que siempre existió en relación a ella.

De lo previamente señalado, se pueden derivar cuatro preguntas en torno a las películas en que ahondamos: ¿Qué tienen en común estas cuatro películas que las hace relevantes para analizar la representación de la histeria en el cine? ¿Cómo se diferencian estas películas en términos de su representación de la histeria, y qué nos dice eso sobre la forma en que la histeria se ha utilizado para controlar y oprimir a las mujeres? ¿Qué nos presentan estas películas sobre la forma en que la sociedad ha cambiado (o no) en su comprensión de la histeria y su representación en el cine? ¿Por qué elegimos estas tres películas por sobre otras que también podrían hacer parte del análisis en nuestra investigación?

Respecto a la primera pregunta, podemos decir que las cuatro películas focalizan en los síntomas de histeria como son la paranoia, ansiedad y pérdida de control. En cada film, la histeria es empleada como un mecanismo para explorar la psicología femenina, ya sea de manera directa o indirectamente, y el modo en que las mujeres son percibidas y

tratadas en la sociedad, dado que cada uno de los personajes femeninos centrales en su correspondiente historia son objeto de deseo y se hallan bajo el control de los hombres, lo que nos lleva a pensar que la histeria es utilizada como una herramienta para mantener el poder patriarcal.

En lo que respecta a la segunda pregunta: ¿Cómo se diferencian estas películas en términos de su representación de la histeria, y qué nos dice eso sobre la forma en que la histeria se ha utilizado para controlar y oprimir a las mujeres?, podemos decir que la diferencia yace en el modo en que es representada la histeria en cada una. En *Rebecca*, se presenta a una mujer considerada histérica por su incapacidad de cumplir con las expectativas de su esposo y del círculo social con el que se vincula y en el que luego pasa a encontrarse inserta. En *Inocencia interrumpida*, si bien se pone de relieve que el padecimiento de Susanna es trastorno límite de la personalidad, existe un gran paralelismo con la cuestión de la histeria, en otro momento podría haber sido incluso considerada como tal, por la inestabilidad emocional que predomina en la paciente, característica común con la histeria y las formas en que se aborda la enfermedad. *El cisne negro*, por su parte, muestra a una mujer que en su camino por perfeccionarse en el ámbito del ballet para conseguir un papel anhelado, se sumerge poco a poco en la locura (histeria). Sin duda, el alto nivel de presión al que se halla expuesta, así como la expectativa puesta sobre ella por su madre y por ella misma desencadenan todos sus padecimientos. Finalmente, en *La chica del tren*, la mujer histérica es construida en el marco de su adicción al alcoholismo y la nula capacidad para controlar su vida. En cada film, la histeria es resultado del control y opresión que sufren estas mujeres, ya sea por la expectativa social, la presión externa o autoimpuesta o la adicción.

En lo atinente a la tercera pregunta, ¿Qué nos presentan estas películas sobre la forma en que la sociedad ha cambiado (o no) en su comprensión de la histeria y su representación en el cine?, cabe señalar que estos films sugieren en cierto modo, que a pesar de que la sociedad ha cambiado en el modo de comprender la histeria, aún existen múltiples prejuicios y estereotipos sobre esta enfermedad. En *Rebecca* es posible observar cómo la histeria se emplea en la década de 1940, como un diagnóstico para controlar a las mujeres, dado que a raíz de este pierden en cierto modo su capacidad de ser autónomas. Lo mismo sucede con *Inocencia interrumpida*, pero durante la década de 1960, poniendo en evidencia una realidad similar en cuanto a la opresión y marginación de las mujeres con enfermedades mentales. *El cisne negro* y *La chica del tren*, por su parte, responden

a un abordaje contemporáneo de la enfermedad, con un enfoque de tipo psicológico. Sin embargo, en las cuatro películas la idea de sujeción y opresión para con las mujeres es el punto focal, por lo que sugiere que aún en nuestros tiempos la sociedad tiene mucho que aprender sobre esta condición.

Finalmente, en cuanto a la última pregunta planteada, ¿Por qué elegimos estas cuatro películas por sobre otras que también podrían hacer parte del análisis en nuestra investigación?, podemos decir que la elección de las mismas viene dada porque presentan personajes femeninos que experimentan síntomas de histerias en distintos contextos y épocas, como mencionamos anteriormente, y dar cuenta con ello, cómo se ha transformado la representación de la histeria en el cine a través del tiempo. Asimismo, esta elección realizada, nos permite ofrecer una visión más amplia y diversa de la representación de la mujer en el cine y su nexa con la histeria.

Algunos puntos que se tuvieron en cuenta entonces para seleccionar cada una de las películas fueron, su aspecto cronológico y el contexto histórico en el que se circunscriben (segunda posguerra *Rebecca*, Guerra de Vietnam en *Inocencia interrumpida* y época contemporánea *El cisne negro* y *La chica del tren*), el género al que pertenecen (thriller psicológico, drama y suspenso, respectivamente) y el modo en que representan a la histeria (inseguridad y paranoia en *Rebecca*, emociones descontroladas y lucha por la identidad en *Inocencia interrumpida*, autodestrucción en *El cisne negro* y victimización y excesos en *La chica del tren*).

Ahora bien, los cuatro films dan cuenta de mujeres atravesadas por la histeria, pero analizadas desde una perspectiva netamente social y con ciertos atisbos desde el plano psicológico, pero no desde abordajes netamente médicos o de instituciones mentales, en el caso de *Rebecca*, *El cisne negro* y *La chica del tren*, aunque sí corresponde a dicha representación en el caso de *Inocencia interrumpida*. Por ello, una vez presentadas estas cuatro películas: *Rebecca*, *Inocencia interrumpida*, *El cisne negro* y *La chica del tren*, creemos que es necesario profundizar en el análisis de otro film que aborda la histeria como enfermedad mental en el marco de un hospital psiquiátrico, que encuentra varios puntos en común con *Inocencia interrumpida*, partiendo de la situación de encierro y los tratamientos que en él se llevaban a cabo y cómo replican en las pacientes alojadas allí. Así pues, la película en cuestión titulada *El baile de las locas*, será presentada y analizada en el próximo apartado.

3.2. *El baile de las locas* de Mélanie Laurent, ¿ficción en torno al proceder de Charcot?

Le bal des folles en español *El baile de las locas* es una película francesa del año 2021 dirigida por Melanie Laurent y basada en la novela homónima de Victoria Mas. En ella se narra la historia de Eugénie una mujer joven que es internada en un hospital psiquiátrico en París, Francia, a finales del siglo XIX. El motivo de su internación radica en la acusación que establece su padre, acerca de que presenta síntomas de histeria.

Varios son los tópicos que refleja la película no únicamente el tratamiento de la histeria como enfermedad asociada principalmente a las mujeres, sino el sufrimiento de las mismas dadas las disposiciones llevadas a cabo dentro de una sociedad opresora y patriarcal. Asimismo, se aborda la cuestión acerca de la medicalización de las mujeres diagnosticadas con histeria y la lucha de estas para recuperar su libertad y autonomía, que evidentemente les ha sido arrebatada.

La *Salpêtrière* es el escenario donde transcurren los hechos, allí Eugénie, la paciente histérica, cruza su destino con Geneviève, una enfermera de este hospital. Todos los hechos acontecerán mientras en la *Salpêtrière* se preparan para llevar a cabo el baile anual *Bal des folles*.

Otra cuestión no menor a tener en cuenta en el transcurso de la película es la caracterización que se hace de Charcot, dado que se pone de manifiesto la manera en que él procede como médico, es decir, cómo se vincula con sus pacientes, cómo lleva a cabo sus tratamientos y cómo mantiene el orden en sí de la *Salpêtrière*. Esto nos permite contrastar lo que se registra y se conoce históricamente sobre el neurólogo francés y la manera en que se lo representa, en este caso, en principio en una novela y luego se lo plasma en el cine. ¿A caso Charcot más allá de llevar a cabo tratamientos para hallar la cura de la histeria experimentaba de forma inhumana con sus pacientes? ¿Qué tan enfermas estaban sus pacientes? ¿Qué injerencia cobraban sus intereses por el dinero por sobre los de carácter científico? Estas cuestiones casi 140 años después son un poco difíciles de responder, dado que se ha especulado mucho sobre ello, pero se han dado pocas respuestas. Sin embargo, sí resulta interesante el abordaje que propone esta película al respecto, en la que desandaremos sobre algunos puntos focales respecto a sus personajes en los subsiguientes apartados.

3.2.1. *La loca*

Eugénie interpretada por Lou de Laâge es la protagonista de esta historia, una joven mujer de gran talento que aspira a ser libre en una época de grandes limitaciones para la mujer, donde priman las familias patriarcales. Y este es su caso, nació y creció bajo la tutela de un padre autoritario y machista, que solo tuvo para con ella desprecio y malos tratos. Ella por su parte, forja una relación muy estrecha con su hermano Théophile (Benjamin Voisin), que está muy pendiente de ella y busca protegerla.

Eugénie dice tener un don que le permite comunicarse con los muertos, pero sabe que no puede contarlo y su hermano le advierte que ello puede traerle consecuencias graves. Eugénie se siente todo el tiempo limitada, no solo por eso, sino por el hecho de que quiere ser libre, para poder leer, fumar, caminar donde quiera, lo que también su hermano comprende, pero le preocupa que traiga reprimendas por parte de su padre. Este la trata mal todo el tiempo, la cree insensata y que avergüenza a la familia, además de poner en peligro sus intereses, ya que quiere casar a Théophile con una joven rica, a la que por un comentario desafortunado Eugénie ofendió.

Durante la noche Eugénie escucha ruidos en la casa y tiene pequeños ataques donde dice que una joven se comunica con ella. Incluso su hermano presencia uno de esos episodios. Tras leer un libro Eugénie siente que eso que le pasa no es algo anormal y que existen realmente espíritus que se comunican con las personas. Eso inquieta aún más a su hermano, quien teme que pueda pasarle algo malo, lo cual ella desestima y le señala que no debe tener miedo.

Un día Eugénie tiene un episodio frente a su abuela, donde encuentra un colgante que hacía más de 40 años se hallaba perdido y por el cual su abuela había culpado a una empleada de su desaparición. Cuando le pregunta a Eugénie cómo supo de eso, ella le responde que su abuelo (fallecido), se lo había dicho. Tras este episodio su padre la lleva engañada a la *Salpêtrière* y tras la revisión de una enfermera, se le da ingreso al hospital, donde quedará recluida a título de padecer de locura.

Ya un poco más tranquila luego de su ingreso, Eugénie comienza a hablar con una de sus compañeras de cuarto Louise (Lomane de Dietrich), quien se encarga de ir contándole del lugar y de por qué cada una de ellas se encuentra allí. Los motivos son diversos, una está allí por melancólica, otra por haber empujado a su marido al río Sena

durante un ataque de celos, otra por ladrona, otra por padecer locura y Louise, porque su tío abusaba de ella y cuando le contó a su tía, esta decidió internarla allí.

Luego de algún tiempo de estar internada en la *Salpêtrière*, Eugénie genera un vínculo cercano con la enfermera Geneviève, luego de manifestarle que su hermana fallecida se comunica con ella. La describe tal como era y hasta le da su nombre: Blondine, le cuenta que sabe que le escribe cartas y que cree en la existencia de fantasmas por más que nunca se lo dijo a nadie. Esto le resulta raro a la enfermera cómo es que puede saber algo que ella nunca le contó a nadie, lo que le genera dudas acerca del estado mental de Eugénie, si es que realmente sufre de histeria o puede hablar con espíritus efectivamente.

A Eugénie la diagnostican con histeria por hablar con muertos, pero ella dice que no habla con muertos sino con espíritus y cuestiona acerca de cuál sería la diferencia que había entre lo que a ella le sucedía, dado que no lo pedía, con otra mujer que decía hablar con la Virgen María y a ella sí se le creía. Y lo que le señalan es que no es lo mismo, ya que esto estaba en la biblia y hablar con muertos en definitiva era un pecado. Aquí podemos observar cómo aún existe una injerencia de la religión en el criterio médico a la hora de diagnosticar una enfermedad.

Entre las terapias que le asignan a Eugénie se encuentra la hidroterapia, el tacto y en grado extremo llegan a confinarla, donde experimenta un gran episodio de angustia y desesperación por el encierro. Ella sigue hablando con espíritus y nada de lo que le hacen logra cambiarlo.

A pesar de que en principio la invade la desesperación, con el tiempo Eugénie recupera las esperanzas cuando Geneviève se acerca al lugar de confinamiento para decirle que le cree que habla con muertos y que la va a ayudar. Sin embargo, la situación se complica con su cuidadora Jeanne, cuando le dice que habla con el espíritu de su madre quien le pide perdón por lo que le hizo a su hijo François. Y si bien en principio Jeanne se muestra acongojada, luego reacciona mal y se violenta contra Eugénie por considerarla una bruja.

Gracias a Geneviève, Eugénie logra volver a su dormitorio tras un mes de aislamiento y durante la celebración del baile de las locas, como así le llaman, Eugénie ayudada por su hermano y la misma Geneviève logrará al fin escapar de la *Salpêtrière* e iniciar una nueva vida como una joven libre de pensamiento y de sus actos, aunque le entristezca el hecho de que Geneviève se haya quedado en el hospital.

3.2.2. La enfermera

Geneviève (Mélanie Laurent) es la jefa de enfermeras de la *Salpêtrière*, hospital al mando del reconocido doctor Jean-Martin Charcot. Hija del doctor Gleizes y criada bajo el pensamiento científico, mantiene una actitud escéptica frente a la vida. En una de sus charlas con su padre, le cuenta sobre uno de los episodios de Louise, una de las pacientes histéricas, que Charcot expone frente a la comunidad científica. Sin embargo, para Gleize, según lo que le relata su hija, cree que no se trata de un caso de histeria sino de epilepsia inducida.

Geneviève le cuenta asimismo de la llegada de Eugénie al hospital y le dice que es una persona intensa, por lo que el Dr. Gleizes le responde que eso no califica como síntoma, es decir, como motivo para tenerla encerrada en el lugar, por lo que se queda reflexionando acerca de eso.

En una ocasión el hermano de Eugénie le pide que le lleve un libro a su hermana, pero ella le manifiesta que no puede hacer eso, no está permitido en la institución entregar ese tipo de objetos a las pacientes. Sin embargo, él le suplica ante lo que ella termina accediendo. Luego de que la enfermera lee el libro se lo lleva a Eugénie y le pide hablar con su hermana fallecida, dado que ella supuestamente se comunica con espíritus, a lo que Eugénie le responde que solo lo hará si le ayuda a recuperar su libertad, por lo que Geneviève acepta ayudarla.

Mientras Geneviève intenta por medio de Eugénie hacer contacto con su hermana, Eugénie sufre uno de sus ataques y le dice que debe ir a su casa que a su padre le está sucediendo algo malo. Geneviève va a toda prisa hacia su residencia y se encuentra con que su padre no se halla muy bien de salud. Dada su atípica llegada, ya que en ese momento debería encontrarse trabajando en el hospital, su padre le pregunta como supo que él no se encontraba bien y ella solo responde que fue una sensación que tuvo y que se había preocupado, por eso había vuelto a su casa. Frente a la insistencia de su padre por saber cómo supo y pudo llegar en el momento indicado, le dice que se lo dijo Blondine, su hermana fallecida, a través de Eugénie que habla con espíritus. Su padre se enfurece, dado que él es un hombre de ciencia y la educó en la misma y no puede aceptar ese tipo de charlatanería. La acusa de hablar como una bruja y le dice que de tanto estar con locas estaba perdiendo la razón y que la locura era una enfermedad contagiosa. Este episodio si bien la entristece mucho, debido que no le gusta confrontar con su padre, la deja pensando, ya que Eugénie no le mintió y fue acertada en todo lo que le dijo. Aquí se

produce una fractura en la manera de pensar de Geneviève. Por un lado, se encuentra Geneviève la enfermera, la que se rige mediante los diagnósticos médicos y le propina el trato adecuado a sus pacientes. Por el otro, Geneviève la mujer que no supera la muerte de su hermana y es capaz de aferrarse a todo para tener un contacto, del tipo que sea, con su hermana. Se genera aquí una contradicción entre lo que debe pensar como enfermera y lo que piensa como persona, más allá de sus conocimientos médicos.

Poco a poco Geneviève se comienza a compadecer de Eugénie y busca el modo de ayudarla, pero el director del hospital, Charcot, no la deja. Contrariamente a lo que piensa Geneviève, él cree que frente a la rebeldía de Eugénie deben reforzarse los métodos de sometimiento con ella. A pesar de ello, Geneviève decide ir a ver a Eugénie a su lugar de confinamiento y le manifiesta que resultó verdadero lo que le había dicho Blondine, que su padre requería de ayuda. Por lo que le dice que realmente le cree y que la va a ayudar a salir de allí. Esta situación pone en evidencia que Geneviève, ya no considera exacto el diagnóstico que se le ha dado a Eugénie de histérica, por lo que cree que no debe estar allí, porque no se trata de una paciente histérica, sino de una mujer que realmente tiene un don para hablar con espíritus, aunque eso pueda parecer poco factible desde un aspecto médico-científico.

La percepción de Geneviève respecto a Eugénie ha cambiado considerablemente, al punto de que tras visitarla en su calabozo, decide ir con Charcot y como jefa de enfermeras le pide que tras los avances que ha tenido Eugénie le deje devolverla a su dormitorio, Charcot no parece estar muy de acuerdo, pero accede con la condición de hacerla responsable en caso de que suceda algo malo, lo cual ella acepta.

El día del baile, Geneviève le ayuda a Eugénie a huir con su hermano, quien asistió al baile como familiar y acompañante de esta. Sabe que su complicidad tendrá un precio muy elevado, en especial porque para los directivos del hospital habrá dejado escapar a una paciente y así habrá fallado como enfermera.

Sin duda su complicidad le resulta contraproducente, dado que ahora será ella quien tome el lugar de Eugénie en la *Salpêtrière*, pasando a ser una paciente más de este hospital. Recibirá correspondencia de Eugénie desde el exterior frecuentemente, quien le contará cómo es su vida como mujer libre, lo mucho que la extraña y que la quiere, y se lamentará porque ella haya quedado encerrada allí; pero para Geneviève el encierro no lo

sentirá como una pérdida de libertad sino como una reivindicación de sus actos del tiempo que trabajó allí para Charcot.

3.2.3. *El médico*

Jean-Martin Charcot, interpretado por Grégoire Bonnet, es el médico a cargo de la dirección de la *Salpêtrière*, muy solitario, nunca se lo ve fuera de su consultorio, es decir, en las habitaciones, patios y demás espacios en los que se mueven las pacientes del hospital. Con frecuencia les toma fotos para dar cuenta de sus avances, como así también, de los episodios que las internas experimentan dado su tipo de enfermedad.

Charcot solo pretende llamar la atención de la academia, por lo que no solo documenta para sí cuestiones vinculadas a la enfermedad de sus pacientes, sino que también, exhibe públicamente los episodios que atraviesan las histéricas como parte de su enfermedad a la comunidad médica, casi de una manera teatralizada. Louise es su paciente histérica estrella, quien brinda semana a semana un espectáculo para dar a conocer las etapas dentro de un ataque de histeria, lo que terminará afectándole física y emocionalmente con el tiempo. Si nos detenemos aquí por un momento, podemos hallar un paralelismo entre Louis en la ficción y Blanche Wittman en la vida real, quienes por colaborar y complacer a Charcot, pagaron un precio muy alto con su salud.

Más allá del dolor físico de las pacientes, Charcot insiste en repetir los procedimientos, en cierto modo para perfeccionarlos, aunque ello implique casi torturarlas. El dolor físico sin duda, se hace presente una y otra vez, en las exhibiciones públicas. Y en una de ellas es que deja a Louise con hemiplejia lateral luego de una sesión de hipnosis fallida. Charcot se incomoda tras las acusaciones recibidas por parte de Eugénie de que ellas no están locas sino que las someten para lograr ese estado. Que son ellos, los médicos, quienes mediante distintas técnicas e intervenciones las enferman.

Charcot se encarga de evaluar cada uno de los diagnósticos indicados para las pacientes y en razón de los progresos o remisiones que estas experimenten, indicará el tratamiento a seguir y la frecuencia e intensidad con que se lo deberá aplicar. Sin duda, el trabajo no lo realiza solo, cuenta con el apoyo de otros médicos para la etapa de diagnóstico y con un gran número de enfermeras para la aplicación de tratamientos.

Entre las personas de confianza de Charcot, se encuentra Geneviève, la jefa de enfermeras, a quien le encomienda las responsabilidades más importantes en relación a sus pacientes, dado que es de las enfermeras con más conocimiento y trayectoria en el

hospital. Sin embargo, le exige demasiado, al punto de pedirle que no llegue tarde incluso estando el padre de esta enfermo, dado que según la lógica de Charcot al no tratarse de un paciente de la *Salpêtrière*, no considera que deba darle prioridad respecto a sus obligaciones, ya que debe ser por obligación más importante lo que suceda en el hospital, que lo que pase en su propia casa, dado que se trata de su trabajo, por lo que se espera un mayor compromiso respecto a él.

Entre las situaciones que intenta evitar Charcot, se encuentra la rebeldía por parte de las internas y es así, que cuando Geneviève y Charcot están haciendo relevamiento de diagnósticos y tratamientos de las pacientes, esta le pregunta a Charcot qué es lo que sucede con Eugénie, una de las pacientes histéricas. Él le dice que es de las más peligrosas que tienen, dado que con su comportamiento desafiante puede influir negativamente en las demás, por lo que ordena aislarla. A pesar de ello, Geneviève quiere hacerse cargo de Eugénie, pero Charcot se lo niega y le asigna la tarea a Jeanne, quien la lleva a confinamiento y se encarga de su vigilancia.

Si bien Charcot se ve en contadas ocasiones a lo largo de la película, dado que se focaliza más en los personajes de Eugénie y Geneviève, la caracterización que se hace de él como médico es muy apropiada y fiel a lo que se conoce de él históricamente. Por ello, una cuestión no menor que se resalta aquí es que Charcot mantiene su postura firme frente a la idea de cómo deben ser tratadas las pacientes histéricas, sin importar cuánto lo cuestionen, él sigue fiel a sus métodos en los que confía ciegamente para lograr mejorías en ellas, aunque puedan interpretarse los mismos como formas modernas de tortura aplicadas en la medicina.

3.2.4. Los métodos de estudio y los tratamientos

Tanto los métodos que se empleaban para efectuar los diagnósticos como los tratamientos para alcanzar una cura o al menos ciertas mejorías en las pacientes histéricas, no contemplaban un trato digno y benevolente hacia las pacientes. Observar a las pacientes no era la única manera de estudiar en qué etapa de la enfermedad se encontraban o los avances y progresos logrados mediante la ciencia en ellas, en muchas ocasiones se empleaban revisiones un tanto invasivas para conocer el estado interno de sus úteros, por ejemplo.

En cuanto a los tratamientos para alcanzar la cura, en el film se da cuenta de varios de ellos, uno de los más elegidos por los médicos era sin duda la terapia de inmersión en

tinias con agua helada o con hielo. Cada vez que una paciente conocía que se le asignaba este tipo de terapia comenzaban los gritos, llanto y la desesperación, dado que este tratamiento resultaba una tortura corporal que podía durar muchas horas. En principio Eugénie observa cómo retornan sus compañeras tras este tipo de terapia y luego lo experimenta en carne propia. El padecimiento y el dolor le resultan insoportable, no comprende cómo esos métodos pueden creerse que curan. Sin embargo, para la comunidad médica este tipo de terapia se creía que resultaba útil y efectiva para reducir la temperatura corporal y con ello ciertos síntomas, principalmente el llanto y la ansiedad, que por lo general luego derivaban en los ataques propios de la histeria.

Otro método empleado era el tacto manual de los genitales o la introducción por la vagina de ciertos instrumentos metálicos para corroborar que todo estuviera en orden en el interior del cuerpo de la mujer. Muchas veces eso se complementaba con masajes en la zona íntima para contrarrestar la abstinencia sexual, que se creía que era otra de las causas de la histeria. En una de las escenas puede observarse con claridad cómo luego de una revisión que le llevan a cabo a Eugénie, le retiran un instrumento metálico con sangre, pero no queda claro si ella está en su período o es producto de una herida que le generaron con el procedimiento por haber sido realizado de manera brusca.

Finalmente, otra escenas que resulta muy llamativa es cuando a Eugénie se la aísla y recluye en un calabozo de piedra con una única ventana pequeña que le permitía tener acceso a la luz y contacto con el exterior, pero que siempre estaba cerrada, para incrementar el castigo, dado que en definitiva era un castigo lo que se había ordenado implementar en ella. Se creía que el aislamiento evitaba que otras pacientes intentaran replicar actitudes rebeldes, como el caso de Eugénie, que todo el tiempo desafiaba al personal médico y no presentaba mejorías respecto a su problema. Por ello, también se creía que aislarla la iba a volver más dócil. Un mes de encierro y a oscuras podría lograr grandes cambios según Charcot, pero para la enfermera Geneviève esto no era así y sabía que empeoraría las cosas.

Sin duda, estas escenas que se muestran en la película, buscan de alguna manera hacer patente lo más vívidamente, la manera en que las pacientes histéricas eran tratadas y cómo con estos tratamientos experimentales eran despojadas de toda dignidad humana. En pos de la ciencia se llevaban a cabo actos muy crueles y degradantes, donde si bien alcanzar la cura era la meta, contrariamente a ello, el daño mental y físico que ejercían sobre las pacientes era aún peor.

3.2.5. *El baile*

Cuando Eugénie ingresa a la *Salpêtrière*, Louise, su compañera de cuarto, le pregunta si ya se está preparando para el baile de media cuaresma. Este es un baile que se realiza una vez al año y en el que se reúnen pacientes del hospital, enfermeras, doctores, familiares de las pacientes y demás personas que desean asistir al lugar. El baile se desarrolla en las instalaciones de la *Salpêtrière*, donde cada paciente se prepara y se viste para la ocasión. Así pues, todas esperan con ansias el baile y cuando les distribuyen los disfraces es el momento de mayor alegría y euforia. Se maquillan entre ellas, se preparan para la gran noche, donde ansían ver caras nuevas y no tan nuevas.

En la apertura del baile el Dr. Jules Lemoine (Christophe Montenez) señala que todas las pacientes que están allí son cada una de ellas interesantes, algunas por ser histéricas, maníacas, melancólicas o simplemente retrasadas. Asimismo, expresa que si bien es difícil a veces detectar ciertas enfermedades, todas han sido diagnosticadas gracias a la ciencia y la investigación y los avances que en ellas se han dado. Sin duda, la noche del baile no es solo para que las pacientes socialicen sino también, un día para hacer honor a los avances de la ciencia y compartirlos con la sociedad.

En esa noche de festejo se presenta la oportunidad para que Eugénie pueda escapar del lugar. Su hermano Théophile ha ido a verla y baila con ella para distraer a los médicos y enfermeras y gracias a tal distracción y a la ayuda de Geneviève logran salir del salón de baile. Eugénie se encuentra disfrazada de hombre, lo que parece ser un guiño a la historia real de Agustine, la paciente estrella de Charcot, quien un día huyó de la *Salpêtrière* disfrazada de hombre y nunca más se supo nada de ella, dejando trunca así para Charcot gran parte de su investigación.

Jeanne intenta detenerlos para evitar que se escapen, pero Geneviève se lo impide y los ayuda a atravesar las rejas que dan ingreso a la *Salpêtrière*. Mientras tanto dentro del hospital el Dr. Lemoine se aprovecha del estado de hemiplejia de Louise y abusa de ella, por lo que se presentan dos de sus amigas y lo agreden para defender a Louise. Este hecho no es menor, pues al parecer, varios hombres asisten al lugar sabiendo las condiciones de algunas internas y buscando aprovecharse de la situación. Cabe recordar que en aquel momento, en una sociedad dotada de fuertes estructuras patriarcales, la mujer era vulnerada en muchos aspectos y silenciada frente a actitudes abusivas por parte de los hombres, más aún en el caso de mujeres que se suponía que padecían de algún

trastorno mental, quienes carecían de toda posibilidad de hacer valer derecho alguno sobre su persona.

Por lo tanto, podemos decir que el baile será más que un día donde las pacientes encuentran una suerte de libertad en la distracción y euforia del festejo. Será una ocasión en la que médicos y otros hombres que asisten al lugar, se aprovechan de distintas maneras de la vulnerabilidad de estas. Lo que nos hace pensar que el baile nunca fue pensado realmente para el bien de las enfermas, sino para suplir intereses ajenos a ellas.

Ahora bien, a través del análisis de la película *El baile de las locas* y la representación que en ella se hace de la *Salpêtrière* bajo la dirección de Charcot, exploramos las complejas dinámicas entre las pacientes diagnosticadas con histeria y el enfoque médico al respecto de la época. En razón de ello, y teniendo en cuenta cómo estas representaciones reflejan las tensiones entre la práctica médica que se desarrollaba en aquel momento y las experiencias de las mujeres allí internadas, en el siguiente apartado se ahondará en cómo la percepción de las emociones en estas mujeres, tuvo un papel destacado a la hora de diagnosticarlas como “histéricas”, entendiendo a las mismas como víctimas de sus propias emociones, lo que sirvió a su vez, como mecanismo para lograr cierto control social.

3.3. La paciente histérica como víctima de sus emociones

Algo que sin duda intenta reflejar tanto el film de *El baile de las locas*, como los demás que hemos ido abordando de manera colateral en este capítulo es cómo aquellas mujeres que resultan un problema para sus familias, ya sea padres, hermanos o esposos; o, para cualquier parte de la sociedad en sí, en la que no logren adaptarse adecuadamente como se espera de ellas, comienzan a ser consideradas peligrosas. De allí, que se focalice en sus actitudes, estado de ánimo o cualquier cambio que se suscite en ellas y que pueda ser vinculado a su estado emocional y a un posible desequilibrio del mismo.

Las emociones son entendidas en un sentido negativo, por lo que una mujer que da cuenta del predominio de ellas en algunos de sus aspectos de la vida, como por ejemplo en la adopción de actitudes y conductas pasionales, rebeldes, reticentes, provocadoras, etc., se convierte en candidata a ser considerada una mujer histérica.

Se considera en la mayoría de los casos que las mujeres que son dominadas por sus emociones, poseen una mentalidad débil y esclava de las mismas. Para los médicos

del siglo XVIII, las emociones representaban cárceles mentales para las mujeres, que tarde o temprano víctimas de las mismas se convertían en pacientes histéricas. Pero también podría pensarse al revés, que esas emociones las impulsaban a ser mujeres libres y determinadas en su accionar y eso era lo que incomodaba a la sociedad del momento.

Aquellas mujeres que se decían afectadas por sus emociones no presentaban una única conducta coincidente. Contrariamente a lo que podría pensarse, una mujer que atravesaba por largos períodos de tristeza era considerada enferma, dado que esa emoción dominante le impedía llevar una vida normal y en muchas ocasiones se tornaba una carga para su esposo o su familia. Asimismo, una mujer iracunda representaba un problema, dado que era imposible lidiar con ese tipo de carácter durante mucho tiempo. El miedo, una de las emociones más paradigmáticas, se convertía por un lado, en una predisposición a la inacción, como también en un limitante frente a situaciones que eran percibidas o interpretadas como peligrosas; pero por el otro, podría resultar una perfecta herramienta de control, por parte de quien intentara ejercer poder sobre ellas. En cuanto a la alegría, representaba un problema únicamente en los casos en que la mujer en cuestión, se presentara desconectada de la realidad por interpretar cualquier estímulo como benevolente y agradable, adoptando una actitud alegre frente a cualquier situación y de manera constante y por mucho tiempo, casi permanentemente. Las emociones deben hallarse equilibradas en los sujetos, si una prima todo el tiempo será considerada como un síntoma de enfermedad, en este caso de histeria.

Ahora bien, sucede también que se ha acusado de emocionales a mujeres que no atravesaban estadios donde una emoción predominara durante largo tiempo sobre las otras. Aquellas mujeres que se hallaban determinadas en su accionar, se rebelaban frente a una situación que les resultaba a ellas o a otras perjudicial o injusta, intentaban ser independientes o presentaban ideas consideradas inapropiadas, eran catalogadas de peligrosas por afectar el orden social. Así pues, la cuestión de las emociones, era en la mayoría de los casos empleada como una excusa para desacreditar a las mujeres, particularmente aquellas menos dóciles y lograr un pleno control sobre las mismas. En el siguiente apartado profundizaremos un poco más sobre esta cuestión.

3.4. Las emociones como elemento patologizador

Cuando hablamos de las emociones como elemento patologizador, nos referimos al hecho de haber empleado a las mismas como una excusa para señalar la presencia de una

enfermedad mental en las mujeres. Por qué en las mujeres, podemos preguntarnos, porque socialmente y como hemos señalado con anterioridad, han sido consideradas el sexo débil y esa debilidad en parte se creía que provenía de lo emocional y de los sentimientos. Si nos remitimos a Kant, podemos ver que según el pensador alemán en su obra *Antropología en sentido pragmático* (2014) las mujeres descritas como el *bello sexo*, eran consideradas más sensibles y emocionales; mientras que el *sexo no bello*, es decir, los hombres eran asociados con la fuerza, la lógica y la masculinidad.

Ahora bien, si seguimos el razonamiento anterior, se nos hace necesario preguntarnos si acaso los hombres no poseen emociones que puedan de la misma manera afectar la claridad de sus mentes o es algo propio y único de la naturaleza de las mujeres. Y si bien sabemos que las emociones se dan en ambos sexos, también se sabe que hasta no hace muchas décadas atrás, la crianza del hombre comprendía una mayor rigidez emocional en la que era obligación forjar una personalidad fría y en la que se solaparan todo tipo de emociones que se creyera que podía acarrear debilidad en él.

Cabe recordar que si bien existen múltiples definiciones en relación al concepto de emoción, una que nos parece interesante destacar es aquella que propone Bisquerra en su obra *Educación emocional y bienestar* (2000), en la que señala que la emoción es “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (p. 61). Esa respuesta organizada, sin duda, es factible que se dé en el organismo más allá de pertenecer al sexo femenino o masculino. Y una cuestión no menor en la que podría reparar es que “[d]esde el campo de la Psicología Evolutiva ha sido frecuente interpretar el desarrollo emocional como una parte integrante del desarrollo cognitivo” (López Cassà, 2005, p.156). Por lo tanto, la cuestión de las emociones va más allá de una creencia negativa que se pueda tener sobre ellas, desde el ámbito científico se ha logrado probar su necesidad para el desarrollo intelectual de los sujetos (Palou, 2004).

Así pues, patologizar las emociones y atribuirles necesariamente a las mujeres, da cuenta de una degradación que se establece sobre ellas y que responde a intereses que van más allá del ámbito médico y que se sitúan propiamente en lo político-social. Pero, ¿a qué nos referimos con patologizar? En palabras de Cabral y Suess (2016), la patologización alude a la identificación de rasgos físicos, mentales, hábitos, experiencias, modos de vida, prácticas, personas o conjuntos de ellas como “enfermos”, en oposición a otros que se

consideran como sanas. O en términos de Foucault (2001) la patologización podría entenderse como la otra cara de la normalización, donde a través de determinados dispositivos de poder político y social se configuran ciertas identidades. Así pues, mediante la patologización se puede definir a las mujeres en razón de su experiencia con las emociones como enfermas o anormales, por una característica que es propiamente humana. Esto da cuenta entonces, de un proceso de segregación signado por la violencia, que se ejerce produciendo y reproduciendo ciertos patrones de exclusión con distintos niveles de compromiso por parte de los actores intervinientes, lo que da cuenta de la gran responsabilidad que ha tenido y ha representado el campo de salud mental en el proceso, particularmente la neurología y la psicología.

Capítulo 4: El giro afectivo

4.1. ¿Qué es el giro afectivo?

A partir de la comprensión de la locura y su construcción histórica y social, abordada en el capítulo 1 a través del análisis de la obra de Foucault, particularmente, de *Historia de la locura en la Época Clásica* (1998); su representación en diferentes contextos, como el hospital psiquiátrico, profundizada en el capítulo 2; y el análisis de los distintos films propuestos en el capítulo 3, surge la necesidad de explorar nuevas perspectivas teóricas que permitan profundizar en la comprensión de la experiencia humana. En este sentido, el Giro afectivo se presenta como un enfoque que centra sus estudios en el aspecto emocional y afectivo de la experiencia humana, lo que resulta relevante para comprender mejor la construcción que se ha hecho en torno a la locura femenina, particularmente la histeria, y las implicancias que de ello se deriva. Así pues, la locura no resulta únicamente una cuestión médica, sino también de carácter emocional y afectiva.

En la década de los 90 el giro afectivo se erige como un enfoque que centra sus estudios en el aspecto emocional y afectivo de la experiencia humana (Maíz, 2020), como un modo de proporcionar una nueva forma de comprender la realidad, que se entiende que antes se presentaba de una manera sesgada.

Sin duda, las emociones cobrarán gran relevancia en los estudios atinentes a la relación existente entre los sujetos, su entorno, su existencia y el mundo. Precisamente en la manera en que las personas experimentan dicho mundo y la comprensión que a raíz de ello desarrollan. En su artículo *El “giro afectivo”. Emociones, subjetividad y política* (2016), Leonor Arfuch, manifiesta que el giro afectivo se sustenta en distintas teorías como: el psicoanálisis lacaniano, las teorías sobre la subjetividad, la teoría feminista, la teoría del cuerpo en relación con estudios de la teoría política, lo que genera “un resurgimiento de una economía de las emociones” (Arfuch, 2016, p. 11). Asimismo, señala que este enfoque presenta de una manera innovadora los pares opuestos tradicionales: emoción/razón y discurso/afecto, enfatizando en la complejidad existente entre el nexo que vincula el poder, la emoción y la subjetividad en la teoría política (Arfuch, 2016).

Así pues, el giro afectivo se presenta como un cambio de perspectiva en el modo en que se estudia la subjetividad y las emociones en el ámbito de las ciencias sociales y las disciplinas que ello involucra. El giro afectivo, permite poner de relieve la importancia

que tienen las emociones en la manera en que se construye la subjetividad, como también, la experiencia social. Esto nos es útil en la presente investigación para poder comprender mejor la experiencia de la locura, dado que como bien se señaló, destaca la importancia de las emociones y los afectos en la percepción y la experiencia de la realidad. En este sentido, la locura puede ser entendida como una forma de expresión emocional o afectiva que desafía las normas sociales y culturales.

Cabe recordar, que en la lectura que hace Marta Rizo García (2004) sobre *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea* de Leonor Arfuch (2002), pone de relieve no solo la cuestión de la experiencia, sino la relación que tienen con ella los sentidos:

Desde los antecedentes hegelianos hasta Husserl, Heidegger y Merlau-Ponty, se traza un puente entre la experiencia como aprehensión del entorno a través de los sentidos (experiencia externa) y la experiencia como vivencia del mundo por el sujeto en sus dimensiones sensorial y simbólica (experiencia interna). (Rizo García, 2004, p. 234)

Esto, nos permite a su vez, ir un poco más allá y pensar en el rol que tienen las emociones en el modo en que los sujetos se vinculan con su entorno, con el mundo. De este modo, las emociones son entendidas mucho más que como meras reacciones fisiológicas de nuestro cuerpo respecto a ciertos estímulos, sino como una manera de comprender la realidad más profunda, es decir, que constituyen un modo de conocer. En razón de ello, y siguiendo a Arfuch (2016), podemos decir que las emociones pueden incluso ser empleadas como una herramienta política que influye tanto en la toma de decisiones por parte de quienes detentan el poder como de la propia opinión pública.

Sara Ahmed, por su parte, en su libro *La política cultural de las emociones* (2015), también vinculará de cierto modo las emociones con la política, dado que señalará que a partir de las mismas pueden sostenerse las estructuras de poder existentes. Al igual que Arfuch, sostendrá que es posible influenciar a la opinión pública a través de las propias emociones moldeadas mediante prácticas culturales y normativas. Según este supuesto, las emociones no constituyen meros estados internos que acaecen en los sujetos sino que se encuentran en constante circulación e intercambio en la sociedad, equiparándolas así con un capital acumulable, de allí que introduzca el concepto de “economía emocional”. En este contexto, las emociones pueden constituir una doble utilidad a nivel social, dado que pueden generar tanto una sensación de pertenencia o de marginación social. De ello se deriva, a su vez, que las emociones se encuentren vinculadas a la constitución de la

identidad en los sujetos. Por lo tanto, en estos términos podemos decir que las emociones no solo vinculan a los sujetos entre sí y con la comunidad, sino que también, moldean sus identidades. En razón de esto, Ahmed agrega a su planteo, una crítica puntual al hecho de que en ocasiones se intente promover ya sea la inclusión o la propia tolerancia mediante el direccionamiento de las emociones o lo que da en llamar precisamente como “política liberal” (Ahmed, 2015, p. 219), lo que creemos que podría renombrarse como “política emocional liberal”. La crítica radica principalmente en el hecho de que la autora considera que este tipo de manipulaciones solo sirven para dar permanencia a las estructuras de poder ya existentes e incluso para acallar a determinados sujetos.

Los aportes de Sara Ahmed respecto a la teoría de las emociones se dan desde la propia crítica a la situación del mundo contemporáneo. En su obra *The Promise of Happiness* (2010), se centrará en cómo a través de las mismas los sujetos buscan alcanzar la felicidad, cuestión que se relaciona a lo que plantea en *Willful Subjects* (2014), donde aborda las emociones, pero ya pensando en los sujetos y su experiencia en el mundo y las vinculaciones que se dan con las mismas. El tratamiento de las emociones también se da en *On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life* (2012), donde no solo analiza y relaciona las emociones a la idea de diferencia, diversidad e inclusión como bien expresa su título, sino que aborda junto con ello la cuestión de la alienación institucional, lo que resulta útil a los fines de nuestra investigación.

Judith Butler es otra de las pensadoras que también aborda la cuestión de las emociones, tan es así que en *El género en disputa* (1990), lo hace vinculándolas con el género, o mejor dicho, con la manera en que este se construye, cuestión que también aborda en *Deshacer el género* (2004). En *Cuerpos que importan* (2010), por su parte, focaliza en la manera en que las emociones constituyen modos de vivir y experimentar el cuerpo. En *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia* (2004), destaca el nexo existente entre las emociones y la vulnerabilidad de las personas, que las orilla en ocasiones a transitar cierta precariedad en la vida. Por lo tanto, las emociones en este contexto, permiten hacer visible la parte más frágil de los sujetos, como así también, la más violenta.

Otra figura asociada al *Giro afectivo*, de los estudios culturales y feministas es la estadounidense Lauren Berlant, quien supo conjugar de manera adecuada los conceptos de afecto, intimidad y cruel optimismo en su teorizar. En términos de Berlant el afecto se erige como un modo de comprender la relación que existe entre los sentimientos y

emociones con otros aspectos de la vida como lo son la cultura y la política. Del mismo modo, la intimidad será pensada como un nexo vinculante entre las personas y la sociedad, que se gesta a través de esta última y se sostiene a raíz de ciertas costumbres y estándares culturales. Finalmente, mediante la idea de cruel optimismo caracteriza el hecho de cómo los sujetos se aferran a un ideal de felicidad y seguridad al que aspiran y persiguen en sus existencias de manera exhaustiva, lo que puede resultar contraproducente y perjudicial para sus propias vidas.

En lo que respecta a las obras de Berlant que versan entorno al *Giro afectivo*, encontramos a *Intimacy* (2000), un libro que aborda el vínculo existente entre la afectividad y la intimidad propiamente dicha, focalizando en el hecho de cómo las personas instauran y mantienen relaciones de carácter íntimo en un mundo que se presenta como un escenario carente de conexiones emocionales y más de vinculaciones efímeras. En *The Female Complaint: The Unfinished Business of Sentimentality in American Culture* (2008b), por su parte, pone bajo estudio la manera en que a lo largo del tiempo se ha pensado y asumido a la mujer como un ser de naturaleza sentimental y afectiva, lo que sin duda, fue una excusa que se empleó para excluirla del espacio público. Finalmente, otra obra destacada en lo atinente a la temática señalada es *Cruel Optimism* (2011), en la que se aborda el concepto mencionado previamente de cruel optimismo, que pone de relieve el nexo existente entre la política y la afectividad, focalizando en el apego que las personas tienen con cierta fantasía de seguridad y felicidad que resulta en ocasiones perjudicial por la irrealidad en que las coloca al querer conseguir las a toda costa. La crítica puntual de Berlant recae así, en que el optimismo cruel puede ser empleado para justificar y sostener las relaciones de dominación y de poder que se han instaurado a lo largo del tiempo y que pretenden perpetuarse de cierto modo, lo que se hace patente en distintas esferas de la vida como la política, el trabajo y el amor.

Además de las tres obras antes mencionadas, debemos agregar un artículo publicado en el año 2008, titulado *Thinking About Feeling Historical*, en el que la autora profundiza acerca de la relación existente entre los afectos y la historicidad, centrándose en el hecho de cómo los sentimientos y las emociones pueden ser empleados como herramientas para establecer análisis entorno a sucesos históricos. Sin duda, los afectos han estado presente a lo largo del tiempo en las diversas interacciones humanas y hechos acaecidos, a pesar de ser estudiados efectivamente recién en las últimas décadas.

Finalmente, debemos destacar los estudios de una última figura que hemos escogido, que si bien no se halla incluida entre las tantas que abordan la cuestión del *Giro afectivo*, sí ha efectuado grandes contribuciones de una manera indirecta, siendo así que, Berlant la cita en sus propios estudios. De quien hablamos precisamente es de la norteamericana Chela Sandoval, destacada catedrática e investigadora del feminismo postcolonial. Dos de sus investigaciones resultan significativas según el rastreo que venimos realizando, *U.S. Third World Feminism: The Theory and Method of Oppositional Consciousness in the Postmodern World* (1991) y *Methodology of the Oppressed* (2000). En la primera, pone de manifiesto la importancia de contemplar los afectos y emociones en la configuración que se da de las identidades políticas. Mientras que en la segunda, focaliza en el modo en que las comunidades oprimidas se superponen a la violencia sufrida por quienes detentan el poder, ejerciendo cierta resistencia emanada de las emociones que atraviesan a las mismas y que, a su vez, les permiten reivindicarse como comunidad aspirando a alcanzar la libertad. Al igual que lo hicieron otras figuras en sus investigaciones, puede observarse que las emociones no se hallan desconectadas de la esfera política. Las emociones exceden el plano privado para pasar a tener cierto dominio en el plano público, en el que se dan interacciones colectivas.

Si bien ni las autorías analizadas, ni sus obras, agotan la temática del *Giro afectivo*, sí sirven para introducirnos en la cuestión y poder comprender la relevancia que tiene realizar un abordaje desde este tipo de estudio, sobre la problemática que atraviesa nuestra investigación.

4.2. Un cambio de paradigma en las Ciencias Sociales

Como señalamos en el apartado anterior, desde la década del 90, se dio un cambio de perspectiva entorno al modo en que, en distintas disciplinas como la psicología, sociología, filosofía, antropología y los estudios culturales, se estudia a los afectos y emociones. Este cambio de paradigma, que encuentra resonancias en la crítica de Foucault al poder psiquiátrico y su papel en la construcción de la locura, resulta de gran relevancia para el estudio de la misma, más precisamente, de la histeria, dado que permite una comprensión más profunda de cómo las emociones y los afectos influyen en la interacción entre el individuo y su entorno social. Así pues, este nuevo trato que se le da a los afectos y emociones, permite destacar su importancia en relación a la propia experiencia humana, como así también, en la manera en que se construye la realidad

social. En esta línea, la obra de George Didi-Huberman, *La invención de la histeria* (2022), ofrece una perspectiva histórica y crítica sobre la construcción de la histeria, lo que refuerza la idea de que las categorías diagnósticas son producto de contextos sociales y culturales específicos. En razón de ello, puede señalarse que, se han experimentado grandes cambios también, en la manera en que se elaboran estudios atinentes a conceptualizaciones como la identidad, la subjetividad, la política, el nexo entre individuo y sociedad, etc.

El *Giro afectivo* entonces, trae aparejado consigo cierto cambio de perspectiva en la manera en que se interpreta la realidad, lo que permite que se genere una crítica hacia la razón y la objetividad, dado que se considera que ya no son los únicos criterios para comprender la realidad. Esto, a su vez, deriva en que así como se prescinde de un enfoque objetivista, también se lo hace de la generalidad, por lo que la subjetividad y experiencia individual cobrarán un nuevo valor en estos estudios. Así pues, dada la relevancia que se le proporciona a las emociones respecto a la experiencia humana y a la construcción de la realidad social, se resignifica la relación existente entre el individuo con la sociedad y se pone en valor cómo las emociones establecen un nexo entre ambos. En términos de Ahmed (2015):

[L]as emociones no son simplemente algo que "yo" o "nosotros" tenemos, más bien, a través de ellas, o de la manera en que respondemos a los objetos y a los otros, se crean las superficies o límites: el "yo" y el "nosotros" se ven moldeados por -e incluso toman la forma de- el contacto con los otros. (p. 34)

Ahora bien, si nos remitimos a estudios como el de Brian Massumi (1995), podemos ver cómo el autor plasma con claridad el rol que juegan los afectos, en reinterpretaciones que se hacen en torno de la cultura y la sociedad. De allí que señale que el afecto como tal, funge como una fuerza autónoma que actúa más allá de las significaciones y narrativas que se han instalado o construido a lo largo del tiempo. Esto implica llevar a cabo reconsideraciones en relación a la noción tradicional de subjetividad, dado que el afecto influye en la manera en que se da la experiencia subjetiva. Asimismo, pone de relieve la importancia de la corporalidad en la experiencia afectiva, debido a que el afecto se experimenta únicamente en el cuerpo.

En la misma línea, Kosofsky Sedgwick en su obra *Touching Feeling: Affect, Pedagogy, Performativity* (2003), vincula la idea de afecto y performatividad, planteando

al igual que Massumi al afecto como una fuerza, en este caso que produce y transforma las relaciones e identidades sociales. Relaciona, asimismo, el afecto con la pedagogía, dado que sostiene que mediante ella es posible lograr cierta comprensión del mismo. Es así que resulta posible estudiar el afecto desde y en el área educativa, donde puede observarse que los educadores poseen un rol destacado, debido a que son los encargados de crear y configurar espacios adecuados, óptimos y afectivos para llevar a cabo el aprendizaje. Finalmente, Kosofsky Sedgwick, indaga en torno a la vergüenza como un tipo de afecto, que puede resultar productivo y transformador, en lugar de lo comúnmente asociado, una veta negativa. Para esta autora, la vergüenza cuenta con cierta utilidad para comprender mejor cómo se forman las identidades y cómo se dan y ejecutan las dinámicas de poder.

Estas cuestiones puntuales, en ambos autores, hacen patente las disrupciones y variaciones que se generan en los distintos teorizares, a raíz del cambio de paradigma. Cabe recordar, que como bien señala Kuhn en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), la ciencia avanza mediante períodos de ciencia normal, que se interrumpen por revoluciones científicas que conducen a cambios de paradigmas. Y con el término paradigma, Kuhn alude al conjunto de teorías, valores, creencias y técnicas compartidas por una comunidad científica determinada, que configuran su enfoque y los métodos que han de emplear en su investigación.

La finalidad de los paradigmas, entonces, reside en el hecho de poder proporcionar un marco para poder llevar a cabo la investigación científica, facilitando a los científicos el abordaje y estudio de fenómenos y problemas de un modo estructurado, sistemático y coherente. Respecto al progreso científico, debemos decir que:

Se concibe como un desarrollo lineal que tiene como base la acumulación de conocimientos. Para explicar los cambios se pone énfasis en ciertos momentos, muy puntuales, donde ocurren los experimentos o los descubrimientos que verifican o falsean una teoría científica. Los cambios ocurren según ocurran estos eventos perfectamente localizados en el tiempo, pero que se suceden sin alguna regularidad observable. Los responsables del progreso son así los científicos que realizan los descubrimientos pues perfeccionan paulatinamente la descripción científica del mundo. Kuhn objetó esta concepción, argumentando que el progreso científico es un proceso no lineal que no implica una acumulación de conocimientos y no implica necesariamente que teorías mejores suceden a las teorías que se abandonaron. (Laguna et al. 2016, pp. 51-52)

De lo anterior se deriva, a su vez, que la filosofía de la historia de la ciencia de Kuhn focaliza en la concepción de que la ciencia no es una búsqueda objetiva y acumulativa de la verdad, sino más bien, un conjunto de paradigmas que se suceden y reemplazan entre sí. Cada uno de ellos, delimita y define un conjunto de suposiciones, objetivos y métodos que guían la investigación científica (Daros, 2007). Respecto a la cuestión de la verdad, Bird (2012), destacará el nexo que Kuhn establece entre esta y la ciencia, enfatizando en cómo los cambios de paradigma pueden conducir a nuevas perspectivas en torno a la verdad.

Por lo tanto, los cambios de paradigma dan cuenta de dos grandes características que debemos tener en cuenta: la inconmensurabilidad y los cambios gestálticos. La inconmensurabilidad alude al hecho de que no existe una medida común mediante la que se pueda comparar directamente los nuevos y viejos paradigmas. Mientras que los cambios gestálticos refieren a los cambios de comprensión y percepción que se tienen del mundo tras el cambio de un paradigma, es decir, la nueva mirada que se adopta frente al fenómeno y el mundo en general.

El conocimiento científico entonces, será considerado provisional y como bien señala Popper (1980), sujeto a revisión. Esto quiere decir que las teorías científicas pueden ser modificadas o refutadas, en razón de la incorporación de nuevos datos, que permiten, a su vez, construir nuevas teorías.

Todo esto, aplicado a las ciencias sociales, permite comprender cómo han cambiado ciertas perspectivas en relación a determinadas problemáticas, lo que aplica también a los estudios vinculados a la psicología y psiquiatría, incorporando en las últimas décadas una perspectiva de género en la analítica llevada a cabo. El cambio de paradigma en las ciencias sociales impulsado por el giro afectivo puede influir en el modo en que se entiende y se trata la locura, en particular la histeria. Al enfatizar en la importancia que poseen las emociones y la experiencia subjetiva, el giro afectivo, nos permite recuperar desde una nueva perspectiva la histeria y sus síntomas. En el contexto de *la Salpêtrière*, donde Charcot y sus colegas trataban a mujeres con histeria, este nuevo enfoque, nos permite interpretar a las emociones mucho más que como síntomas de una enfermedad, sino como el nexo que tienen las pacientes con su entorno y la realidad. En síntesis, esto implicará, sin duda, una reinterpretación en el rol de las emociones en los estudios llevados a cabo en torno a la histeria, al quitar el carácter patologizador con que se las asociaba, cuestión que desarrollaremos en el siguiente apartado.

4.3. Reinterpretación del rol de las emociones

El *Giro afectivo* permite llevar a cabo una reinterpretación del rol que poseen las emociones en el plano no solo social sino también en el político, dado que durante mucho tiempo no fueron consideradas como se les debía o, incluso, fueron manipuladas para alcanzar determinados fines. Esto quiere decir, que en diversos contextos se ha subestimado la injerencia que tienen las emociones en las interacciones humanas e incluso con la sociedad en general. En lo atinente a la manipulación que se ha realizado de las mismas, cabe señalar que ha sido con el fin de lograr cierto control social, siendo los principales destinatarios de esta acción la población femenina, a quien se buscaba controlar y acallar, respondiendo a las estructuras patriarcales que se han sostenido a lo largo del tiempo, donde la mujer ocupaba un lugar secundario, quitándosele toda posibilidad de detentar poder alguno.

En este sentido, la obra de George Didi-Huberman, *La invención de la histeria* (2022), nos permite interpretar la histeria y reinterpretar sus síntomas como una forma de expresión emocional y afectiva que desafía las normas sociales y culturales. Al analizar la construcción de la histeria en *la Salpêtrière*, Didi-Huberman muestra cómo los síntomas histéricos pueden ser vistos como una forma de resistencia y desafío a las normas sociales y culturales de la época.

Sin duda, este lugar en que se coloca a la mujer es producto de la propia construcción social de la feminidad y las características que ello comprende resultan, a su vez, de la socialización, entre pares y con sus opuestos, y, también, de la educación establecida. Las mujeres no son menos racionales que los hombres o inherentemente emocionales, sino que, más allá de ser prejuiciosamente consideradas de este modo, también se las ha condicionado para ser así. En términos de Carole Pateman (1995), estas dinámicas se dan en el marco de la sociedad patriarcal, que se basa en un contrato sexual, que instauro la dominación masculina en relación a la femenina, y se autoabastece por medio de la coerción y, como se mencionó anteriormente, también de la socialización. La sociedad patriarcal resulta entonces, el motivo de la opresión y sumisión de las mujeres (Lerner, 1986) e inferiorizarlas o adjudicarles algún tipo de debilidad resulta útil en este contexto para mantener el control sobre ellas. En este sentido, un ejemplo paradigmático de esta patologización es lo que acontecía en *la Salpêtrière*, y que hemos desarrollado con anterioridad, donde se recluía y trataba a las mujeres consideradas histéricas, reforzando así la dominación masculina y limitando la autonomía y la agencia femenina.

En razón de lo anteriormente mencionado, se hace patente la idea que asocia indefectiblemente a la mujer con las emociones como si de una parte de su naturaleza se tratara, dando cuenta de que mediante estas visibilizan su lado más débil y vulnerable. Recordemos que, como bien señala Simone de Beauvoir (2018), la mujer ha sido caracterizada como lo “otro” en relación al hombre, lo que condujo a la exclusión y opresión de las mismas. Y en esa caracterización de lo “otro” que se ha realizado, se la liga a la naturaleza y a las emociones, mientras que al hombre se lo asocia con la cultura y la razón, lo que le ha otorgado mayores beneficios y posicionamiento social.

De allí que no se asocie a los hombres con las emociones, porque se los piensa como seres fuertes, determinados y dotados de gran racionalidad. En contraposición con ello, la mujer durante siglos fue vista casi como un ornamento más del hogar, por lo que su opinión respecto a ciertos asuntos no era considerada o incluso no se la dejaba hablar entorno a ciertos temas. La mujer contaba con la obligación de acompañar a su esposo, en caso de tenerlo, y de asegurar la continuidad de su linaje. Adoptar un pensamiento crítico, debatir y cuestionar, no eran acciones que se le tuvieran permitidas, recordemos que durante mucho tiempo ni aprender a leer se les permitía, por lo que lo más propio que le quedó a la mujer fue su capacidad de sentir y expresar sentimientos. Sin embargo, estos de alguna manera debían ser controlados, ya que si las alteraba y las volvía rebeldes se convertían en un problema tanto para su familia como para la sociedad en sí.

Ahora bien, según estas “creencias”, y decimos “creencias”, dado que no había conocimiento verificable alguno que probara que las emociones eran principalmente propias de las mujeres o una fuente de debilidad para quien se inclinara a ellas, se asumía a las emociones y sentimientos como algo negativo y que obstaculizaba el buen razonamiento y la toma de decisiones en general. Sin embargo, con el devenir del tiempo, se prueba que los sentimientos constituyen respuestas fisiológicas a determinados estímulos que experimentan los seres humanos en general, no únicamente las mujeres. De allí, poco a poco, comienza a aceptarse que los sentimientos cumplen con un rol importante en la vida de los seres humanos, es decir, los sentimientos devenidos en emociones, permiten tender no solo vínculos entre los sujetos, sino que configuran su propia identidad. Además, de formar parte de la experiencia que los conecta con el mundo que los rodea.

En razón de ello, las emociones dan cuenta de un rol que poseen en el plano social y a la vez en otros planos que hacen a la vida humana. Así pues, por ejemplo, en el plano

médico, más precisamente en su aspecto psicológico y psiquiátrico, reevaluar el rol de las emociones, permite realizar un análisis desde una óptica distinta, no solo de las enfermedades mentales como es el caso de la locura, sino también de los pacientes y los tratamientos a llevar a cabo para alcanzar una cura o, al menos, paliar con los dolores o padecimientos, si esta no existiera.

En lo que a las emociones respecta, en este contexto, cabe destacar los estudios realizados por Edwards (1999), quien señalaba la necesidad de efectuar un análisis del discurso emocional para así poder comprender cómo se expresaban y atribuían emociones. Esto, sin duda, resulta de gran relevancia en nuestra investigación, dado que permite comprender el rol que tenían las emociones en las pacientes histéricas, que no daban cuenta de su vulnerabilidad precisamente sino de la manera en que se vinculaban con su entorno.

En la misma línea, Ahmed en *La política cultural de las emociones* (2015), nos lleva a preguntarnos cómo las emociones y el afecto, tienen injerencia en el acercamiento que se da entre determinadas personas, así como, el alejamiento de otras, es decir, entre las interacciones que entre estas se generan. Específicamente, Ahmed propondrá el siguiente interrogante: ¿Cómo moldean el contacto con los otros las experiencias vividas de dolor? (Ahmed, 2015, p. 47). El dolor emocional al igual que otros tipos de estímulos, sin duda, influye en las acciones y reacciones de los sujetos. Más allá de cualquier vulnerabilidad que puede presentar este, en palabras de Bella (2022), “entendemos al cuerpo vulnerable no como una sustancialidad particular de un grupo o un cuerpo específico sino más bien como una cuestión relacional y afectiva”, que en definitiva es propia de cada sujeto. Sin embargo, podemos decir, que más allá de que la experiencia de dolor, tristeza, felicidad o la emoción que se experimente sea individual, dado que atraviesa particularmente cada cuerpo y, por ende, afecta de modo singular cada psiquis, no implica que no replique de alguna manera en su entorno y vinculaciones con sus pares. Entender cómo se construyen los modos de afectación en los sujetos, permite comprender los fenómenos que los atraviesan.

Si bien el dolor no es una emoción en sí, puede desencadenar respuestas emocionales tales como la tristeza o la ira, lo que genera cambios en el comportamiento de los sujetos. Así pues, una persona afectada de dolor, se vuelve vulnerable frente a él y experimenta variaciones en su comportamiento, lo que puede afectar el modo en que interactúa con otros.

Esto da cuenta, sin duda, de una situación que es contemporánea a nosotros, pero que también puede ser extrapolada a la época de Charcot y a sus estudios. Recordemos el caso de Augustine, la paciente estrella en los estudios sobre la histeria del neurólogo francés, quien a raíz de sus experiencias dolorosas, vivenciaba episodios de tristeza y también de ira, que fueron interpretados como síntomas de histeria. Sin embargo, si lo analizamos desde una óptica desprejuiciada, podría tratarse simplemente de episodios en los que se daban cambios de ánimos, producto de un estímulo muy fuerte que desencadenaba en ello. Recordemos que Augustine fue la paciente más joven en ser ingresada en *La Salpêtrière*, siendo una adolescente muy consciente de sus actos y muy inteligente, al punto de resultar funcional a la institución y a las sesiones teatralizadas que realizaban en ella para visibilizar la sintomatología y estadios propios de la histeria. Augustine participaba de estos eventos con el fin de obtener ciertos privilegios y en contraparte colaboraba con el cometido de Charcot. La exhibición de la que formaba parte Augustine, puede entenderse como una teatralización que se hace de la locura, donde se lleva a cabo una puesta en escena de los síntomas y etapas de la histeria, que se quieren mostrar a otros especialistas que se hacen presente en *La Salpêtrière* en días pautados para ello. Esto, sin duda, da cuenta del débil sustento científico de la teoría que se intentaba probar, que si no era por estas sesiones se tornaba insostenible por completo. También pone de manifiesto el trato denigrante por el que debían pasar las pacientes que eran expuestas como objetos en una feria. Esta interacción entre la ciencia y el teatro, es recuperada en un extenso trabajo realizado por Didi-Huberman en la representación visual de su obra *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière* (2022).

En este punto, en que se llevan a cabo las representaciones demostrativas de la histeria con pacientes, puede observarse que a las mismas, ya sea que hablemos de Augustine o cualquiera de las demás pacientes, se convierten en un instrumento para la ciencia, un objeto despojado de todo sentir. Esto, sumado a todo lo antes señalado, nos conduce a pensar que, sin duda, debe ponerse el foco de estudio en las emociones y afectos para poder comprender, cómo a través de estos las pacientes se vinculaban con su entorno, tanto previo a su ingreso a la institución, como así también, luego de ser ingresadas. Se registra como se mencionó en el capítulo 2 de este trabajo, que en la mayoría de los casos una vez ingresadas en el hospital su estado no mejoraba, sino todo lo contrario, empeoraba de manera significativa, cuestión que trataremos en el apartado subsiguiente dedicado a

abordar las nuevas interpretaciones que se han hecho de la locura desde un análisis con perspectiva de género.

En resumen, la reinterpretación del rol que tienen las emociones en la experiencia humana, facilita una comprensión más profunda acerca de la histeria y su sintomatología, que a menudo se caracterizaba por manifestaciones emocionales intensas y descontroladas. Al entender a las emociones como una forma de conocimiento y experiencia, podemos comprender mejor la experiencia de las mujeres con histeria de *la Salpêtrière* y cómo se vinculaban con su entorno.

4.4. Las emociones, los individuos y el vínculo con la sociedad

Desde la revalorización y reinterpretación que se hace de las emociones a través del *Giro afectivo*, es posible notar ciertas implicancias teóricas y prácticas que estas tienen en el ámbito de las ciencias sociales. Así pues, Bedoya-Dorado y Molina-Valencia en su artículo de 2021 titulado *El estudio de las emociones desde el giro afectivo a las prácticas y atmósferas afectivas*, permite dar cuenta de cómo el lenguaje como constructor de la realidad pone de manifiesto el nexo existente entre las emociones y los vínculos relacionales entre los individuos y la sociedad. En palabras de los autores, aquello que se conoce como psicología discursiva de las emociones comenzó a centrar sus estudios en el empleo que se hacía de las emociones en el discurso y cómo ello afectaba en el marco de las relaciones (Bedoya-Dorado y Molina-Valencia, 2021). Sin duda, estamos aquí frente al paso de lo que se conoce como giro lingüístico a un giro de carácter ontológico, el *Giro afectivo*. Esta transición permite poner de relieve el rol que poseen las emociones en diversas interacciones, ampliando no solo su conceptualización, sino también, su alcance, lo que podría entenderse como una redefinición de las emociones.

Ahora bien, más allá de reconocerse el carácter biológico que poseen las emociones, debe contemplarse también, su veta cultural, dado que las emociones son entendidas como construcciones sociales y discursivas (Belli e Íñiguez-Rueda, 2008), que indefectiblemente se hallan condicionadas por la comunicación y el propio lenguaje. Este último en términos de Ibáñez (1992), resulta crucial, dado que a través de él y las dinámicas simbólicas, se construye la propia realidad. En este sentido, la patologización de las emociones en las mujeres, como se ha visto en la construcción de la histeria, es un ejemplo claro de cómo el lenguaje y las dinámicas simbólicas pueden ser utilizados para controlar y oprimir a determinados grupos sociales. Al respecto, cabe agregar, cómo Didi-

Huberman, en *La invención de la histeria* (2022), muestra que la histeria fue construida como una enfermedad femenina que se caracterizaba por una emocionalidad excesiva y una falta de control. Esto refleja, sin duda, la forma en que la sociedad entendía y regulaba las emociones en las mujeres en ese entonces.

Por otra parte, gracias al *Giro afectivo*, es posible destacar la existencia de cierta variabilidad cultural en la manera en que se entienden tales emociones, por lo que se hace necesario dar cuenta del contexto en que son analizadas e interpretadas. De allí que, Bedoya-Dorado y Molina-Valencia (2021), señalen que:

El análisis de las emociones desde esta perspectiva logró posicionarse en el marco de las ciencias sociales, y hasta la actualidad es posible identificar publicaciones y eventos académicos en donde se discute el tema de las emociones desde su orientación práctica y en relación a los contextos en donde son significadas y resignificadas. (p. 930)

Asimismo, puede agregarse a lo anterior, lo planteado por Foucault en *Historia de la locura en la Época Clásica* (1998), es decir, la idea de que la locura fue construida como una forma de ‘otredad’ que permitió a la sociedad clásica definir sus propios límites y normas, lo que se relaciona con el modo en que las emociones son reguladas y controladas en la sociedad.

Sin duda, podemos decir entonces, que a la hora de analizar las implicancias que han tenido las emociones en determinadas cuestiones o aspectos de estudio, se debe contemplar el contexto en el que las mismas acaecen. Asimismo, otra cuestión no menor al momento de estudiar las emociones es la relevancia que tienen tanto el cuerpo donde transitan y la experiencia previa a las mismas. Extensivamente, podría decirse que estas dos variables constituyen parte del contexto en que se hallan inmersas, lo que destaca, a su vez, que nunca se presentan de manera aislada. Incluso podría observarse e incluirse otros aspectos de la vida humana que también se relacionan con ellas.

Así pues, vincular las emociones, el lenguaje y el discurso con el cuerpo resulta en lo que Margaret Wetherell (2013) da en llamar “práctica afectiva”, es decir, los modos en que las personas hacen uso de sus emociones para otorgarle sentido a sus experiencias y, al mismo tiempo, para vincularse con los demás individuos. En este sentido, Wetherell destaca también, la importancia del contexto en la evaluación de las emociones y el rol de las emociones en la interacción social mediada por la comunicación. El hecho de que no se tengan en cuenta estas cuestiones, según la autora británica, pondría de manifiesto

cierta incapacidad para abordar los estados afectivos y las emociones. Además, agrega otros dos conceptos que resultan clave al momento de analizar las emociones y el impacto de las mismas, ellos son la concepción de “encuentro” y de “atmósfera afectiva”, con estos términos alude a la relación que se establece entre los cuerpos y las entidades dentro del ambiente emocional, respectivamente, en el que interactúan sentimientos y emociones en una determinada ocasión.

Por otro lado, situándonos en estudios más actuales en lo atinente al plano de las emociones, podemos recuperar lo que señala López Sánchez (2024), acerca de la importancia de darle cierta centralidad a las emociones y afectos en la teoría social, haciendo el abordaje, en su caso, desde Latinoamérica. Si bien el autor pone de relieve la importancia de incorporar la cuestión afectiva a estudios de carácter historiográficos, antropológicos y sociológicos para comprender determinados fenómenos, al señalar que:

dentro del giro afectivo se ubican otros giros que desafiaron en su momento los enfoques teóricos estabilizados y reconocidos por la comunidad científica al incluir las emociones como una dimensión sensible de los fenómenos sociales y su problematización para construir conocimiento. Allí están los estudios sociológicos de las emociones —surgidos en la década de 1970— los antropológicos e historiográficos —en la década de 1980— y las teorías del afecto (affective theory), que despuntaron en el siglo XXI. (López Sánchez, 2024, p. 268)

Con esto último, respalda lo previamente señalado, acerca de que en la psicología, también se hizo necesario poner en valor el rol de las emociones para analizar fenómenos propios de la disciplina. Asimismo, se destaca en líneas posteriores, que el *Giro afectivo*, permite poner el foco no solo en las emociones sino también, en el cuerpo, lo que nos remite a la obra de Spinoza, para quien cuerpo y mente son dos aspectos de una misma sustancia (Spinoza, 2000). Además, en razón de los estudios de William Reddy, se logró realizar un abordaje histórico de las emociones y poner de manifiesto su funcionalidad tanto humana como social, poniéndolo en diálogo a su vez con distintas disciplinas, entre ellas la psicología cognitiva.

Finalmente, focalizando en la cuestión de la vinculación de los individuos con la sociedad a través de las emociones, podemos señalar los planteos de Damasio (1996), quien mediante la Hipótesis del Marcador Somático (HSM), expresa que las emociones orientan al individuo en la toma de decisiones, dado que colaboran en la reducción de opciones al momento de elegir cómo proceder, lo que aumenta a su vez, la eficacia en la

deliberación. Esta hipótesis permite entender cómo se relacionan las emociones con la razón y centrar, asimismo, la atención en el cuerpo, cuestionando con ello la teoría cartesiana que instauraba una brecha entre el cuerpo y la mente.

Para Damasio el cuerpo resulta de gran relevancia, dado que según sus planteos las emociones son corporales, es decir, no quedan reducidas a meras experiencias mentales, sino que se manifiestan en el cuerpo a través de variaciones de tipo fisiológicas como puede considerarse, el aumento de la frecuencia cardíaca, la sudoración, tensión muscular, etc.

De este modo, el cuerpo tiene un rol importante dado que se constituye como el basamento donde se manifiestan las emociones y gracias a él es que podemos dar cuenta de las mismas. No todo queda en el plano mental para Damasio, entonces, sino que según sus planteos, existe interrelación entre el plano mental y el somático.

Ahora bien, en lo que respecta a las emociones, debemos señalar que además de ser relevantes a la hora de la toma de decisiones, también son útiles para ejercer poder y control sobre otros, así como para resistir y desafiar el poder. Esto implica asimismo, que las emociones cuentan con un papel destacado en la interacción social, dado que permiten que las personas puedan comunicarse de manera efectiva y tender vínculos entre ellas (Ariza, 2020). Sin embargo, esta capacidad de las emociones para influir en la interacción social también puede ser utilizada para patologizar y controlar a determinados grupos, como ha sucedido históricamente con las mujeres y la construcción de la histeria, a la cual es necesario remitir, dado que constituye el tema central de nuestra investigación, donde se ha utilizado la emocionalidad como un medio para justificar la opresión y la marginalidad.

Así pues, respecto a todo lo previamente planteado, resulta evidente entonces, que las emociones operan como nexos entre los sujetos con la sociedad, es decir, las mismas median en las interacciones que se llevan a cabo y no reducen todo a una acción impulsada por el raciocinio. En esta experiencia el cuerpo no resulta algo meramente secundario, sino todo lo contrario, es aquello que permite que se pongan de manifiesto las emociones. En este sentido, la regulación de las emociones y comportamientos resulta un aspecto clave que se relaciona con lo que describe Foucault en *El poder psiquiátrico* (2008), donde señala que el poder se ejerce sobre los individuos a través de mecanismos de control y regulación que configuran sus comportamientos y subjetividades.

Tras haber explorado en este apartado cómo las emociones vinculan a los individuos con la sociedad, destacando asimismo, el impacto del Giro afectivo y la relación existente entre las emociones con el cuerpo y la mente, daremos paso en el siguiente apartado a un tema relacionado, pero con un enfoque diferente, donde se establecen nuevas interpretaciones en relación a la locura considerando una perspectiva de género.

4.5. Nuevas interpretaciones de la locura, un análisis con perspectiva de género

Como mencionamos en el Capítulo 1, a lo largo del tiempo y de la cultura en que se analice el concepto, podemos hallar variaciones entorno a la conceptualización de la locura. Sin embargo, existe una constante que recae sobre quienes la padecen, cierto estigma y especulaciones de carácter negativo, y ello sucede principalmente en las mujeres. En el Renacimiento, por ejemplo, la locura era presentada como una forma de pasión o locura amorosa, recordemos la caracterización que hace Ariosto de Orlando en *Orlando Furioso*:

mi mente está en un lúcido intervalo,
y tengo la intención, en cuanto pueda,
de descansar saliéndome del baile,
mas muy deprisa no podré lograrlo,
porque el mal hasta el hueso ha penetrado. (Ariosto, 2019, p. 497)

La locura aquí se da por amor, pero también es sinónimo de osadía, o al menos así se la presenta en el canto XXIV, donde se da el episodio final acerca de la locura de Orlando, es decir, donde se termina de completar la narración de la misma. Mientas que, si pensamos en el relato instaurado unos siglos antes por el cristianismo, la locura en la mujer es encarnada por el pecado y la brujería. Se consideraba en aquel entonces, que las mujeres que perdían la razón o manifestaban algún síntoma de locura, se debía producto de una posesión demoníaca o por un pecado mortal. Esta idea se deriva de la creencia de que las mujeres eran seres de naturaleza más débil en lo que respecta a la moral y el espíritu.

Así pues, si retrocedemos en el tiempo y nos situamos en la Edad media, para comprender mejor el modo en que se patologizaba a las mujeres en ese entonces, podemos

recurrir a la obra del inquisidor alemán Heinrich Kramer, quien en su tratado *Malleus Maleficarum* o *El martillo de las Brujas*, presenta una visión particular de la mujer y su relación con la brujería y la locura, lo cual se halla ilustrado en el siguiente fragmento:

Todas las brujas proceden de la corrupción de las mujeres, y como quiera que ellas son más débiles en alma y cuerpo que los hombres, son más susceptibles a las tentaciones del diablo...Y así, las mujeres son más propensas a la brujería que los hombres, debido a su naturaleza defectuosa y su tendencia a la maldad. (Kramer, 1486, p. 41)

Kramer caracteriza aquí a las mujeres como seres atravesados por la debilidad y con cierta propensión a la tentación. Este texto, que fue un tratado contra la brujería, sirvió de respaldo para dar persecución a un gran número de mujeres acusadas de brujería durante la Edad Media y el Renacimiento, señaladas como una amenaza para la sociedad en sí, como también para la Iglesia. En este contexto, la Iglesia Católica detentaba un gran poder a nivel social e influía en el modo en cómo eran vistas las mujeres y entre las características que les adjudicaba era cierta propensión al pecado, llegando a ser uno de los más graves la brujería.

La brujería y la locura se vincularán entonces, a raíz de considerar que las mujeres que se hallaban afectadas por problemas mentales o que tenían comportamientos inusuales, en realidad sufrían de una posesión demoníaca o habían caído en dicho estado producto de una persistente conducta pecaminosa.

Esta visión construida en torno de la mujer como un ser propenso al pecado, es posible rastrearlo no solo en la literatura de la época sino en la propia medicina. Lo anterior se deriva del hecho de asociar la locura a las emociones, como hemos venido mencionando a lo largo de los apartados de este capítulo, y donde se asume que a raíz de las emociones, que se asocian a la naturaleza femenina, es que se derivan ciertos comportamientos erráticos que configuran la locura.

Cabe recordar, a su vez, que la locura fue empleada como una herramienta de control social y que en las mujeres resultaba una forma de mantenerlas subsumidas bajo el poder y la autoridad masculina, ya sea de un padre, esposo, hermano o cualquier figura que manifestara estar a cargo de ella.

Ya en la Modernidad, precisamente a fines de la misma, surge un marcado interés en generar tratamientos para alcanzar una posible cura para tal padecimiento, pero lo característico de ello es que los pacientes eran en gran número, principalmente, mujeres.

En razón de ello, los estudios versaron sobre todo acerca de la locura con características asociadas propiamente a las mujeres, cargados, en su mayoría, de prejuicios y de supuestos infundados. Sin embargo, sí hubo algo que se erigió como un dato infalible, y es el hecho de que si bien para realizar estudios en hombres y mujeres se parte de ciertas generalidades, debían tenerse en cuenta particularidades propias de cada cuerpo. De allí que, como mencionamos anteriormente, si abordamos desde la cardiología un infarto, podemos notar que los síntomas en hombres y mujeres son distintos, con la cuestión de la locura sucedía lo mismo, cada caso presentaba sus particularidades.

La locura, focalizada ya desde la mujer como paciente, en su tipo denominado histeria, fue la representación por excelencia de la locura femenina. Como señala Foucault en *Historia de la locura en la Época Clásica* (1998), la construcción de la locura como una enfermedad mental se relaciona con la exclusión y el control de ciertos grupos sociales, incluyendo a las mujeres. Si bien, existieron casos de histeria en hombres, eran muy pocos y en la mayoría de ellos, correspondía a otras patologías mal diagnosticadas o confundidas por la similitud de sus síntomas con esta otra. Así pues, se logró separar a la histeria de otras enfermedades como la epilepsia, con la que en principio era estudiada en conjunto, se identificó un extendido número de síntomas compatibles con la enfermedad y se ensayaron posibles tratamientos para alcanzar su cura. A pesar de ello, siguió existiendo un problema, que alude al hecho de que todos los estudios y ensayos clínicos fueran abordados desde una perspectiva masculina, además de patriarcal.

Tiempo después, en el siglo XX, se produjeron cambios significativos respecto a la forma de comprender la locura, dada la revisión crítica de los modelos tradicionales de comprensión de la misma y la incorporación de nuevas perspectivas en la materia, que sentó las bases para el surgimiento de un nuevo enfoque de estudio. Ahora bien, con el surgimiento del *Giro afectivo* en los años 90, se da un cambio de paradigma en diversas disciplinas, entre ellas la psicología y la psiquiatría, lo que permite que se establezcan nuevas interpretaciones entorno a la locura. Este cambio de paradigma, facilita realizar un abordaje desde una nueva perspectiva que contempla a la mujer como tal, con sus características y particularidades, echando por tierra cualquier prejuicio que hubiera sido empleado hasta el momento como sustento o respaldo de teorías previas.

Incluso comienza a ponerse atención no solo en la enfermedad y su sintomatología como tal, sino en los tratamientos empleados para hallar su posible cura y en la propia institución en que eran alojadas. Recordemos que en términos de Foucault (1976), en las

mismas se forman y configuran nuevos saberes y subjetividades. Cabe destacar, lo mencionado previamente en el apartado 4.3, acerca de cómo empeoraba el estado de las pacientes, tras ser ingresadas al hospital psiquiátrico, en vez de mejorar.

Previamente, en los 70, la psicóloga y escritora Phyllis Chesler, autora de *Women and Madness*, centró sus estudios en la relación existente entre la locura y la feminidad en el marco de la sociedad estadounidense. Efectuó una crítica puntual contra la medicina psiquiátrica y la manera en que a lo largo del tiempo esta patologizó a las mujeres, empleando criterios sexistas para sostener tanto los diagnósticos que realizaba, así como los consecuentes tratamientos aplicados. Según Chesler, la opresión sufrida en las instituciones mentales, condujo a una intensificación y profundización de las enfermedades mentales. Agrega, además, que el género y la cultura se contarán como dos variables condicionantes a la hora de definir y tratar la locura, lo que replicará directamente en las dinámicas en que las pacientes son incluidas (Chesler, 2005). Esta idea se halla representada en el film *Inocencia interrumpida*, que abordamos en el capítulo 3. El contexto en que se erige la trama de la película es la década de los 60, por lo que la crítica de Phyllis Chesler acerca de la patologización de las mujeres y la opresión que las instituciones mentales ejercían en ellas, se ve reflejada en el film. En este se muestra cómo las mujeres son juzgadas y (mal)tratadas debido a su género, así como también, a raíz de los estereotipos sociales, destacando la importancia del contexto cultural y social en la definición y tratamiento de la locura, cuestión que se alinea con la idea de Chesler de que el género y la cultura son variables condicionantes a la hora diagnosticar y tratar la locura.

Ahora bien, volviendo al planteo de Chesler, debemos señalar que, el deterioro de las pacientes dentro de la institución, se daba por la falta de comprensión que las mismas experimentaban, debido a que como se mencionó con anterioridad, se consideraba como causa de la enfermedad cierta debilidad emocional que era entendida como propia de las mujeres, como si de su naturaleza se tratara. Esto, sumado a tratamientos inadecuados, en los que tampoco se consideraba cómo podrían replicar en el cuerpo y en la propia psiquis de las pacientes, se erigía como tratamientos o terapias casi tortuosas. El dolor se hacía siempre presente, ya sea que hablemos de electroshock o baños de inmersión con agua fría y hielo, por ejemplo, podemos notar que se emplea como herramienta para refrenar los supuestos síntomas de la enfermedad. Debieron pasar muchos años, para que

se comprendiera que el dolor no curaba sino que desencadenaba otros males o profundizaba los ya existentes.

Otra cuestión a tener en cuenta es el aislamiento, lo que resulta un hecho no menor, dado que el retraimiento social y la pérdida de comunicación con sus familias y amigos, generan un deterioro en las relaciones y las habilidades sociales de las pacientes. Estudios prueban que contrario a lo que antes se creía, el apoyo social resulta fundamental para propiciar bienestar en materia de salud mental, y esto no solo aplica a la locura sino a otras enfermedades mentales también. Por ende, debe entenderse que el apartamiento de las pacientes en estas circunstancias resulta totalmente contraproducente y esto solo se logra poner en evidencia gracias al cambio de perspectiva suscitado a lo largo del tiempo, pero en especial, con el *Giro afectivo*, cuando se hace una crítica y revisión acerca de las prácticas que se tenían hasta el momento, dejando de lado lo que se daba por hecho y apelando a una reivindicación de la humanidad como tal de muchas mujeres que recibían tratos hostiles e inadecuados, por el solo hecho de su condición de tales.

Ahora bien, recluir a una paciente y aislarla completamente de las demás, como frecuentemente sucedía, generaba que frente a la falta de estímulos y de actividad en general, provocara aburrimiento, por no poder ocupar su mente en otra cosa, más que en tratar de salir de allí. De este modo, el aislamiento no solo no lograba calmar a las pacientes, sino que, asimismo, parecía exacerbar sus síntomas, sumergiéndola en un ciclo de retroalimentación negativa. El aburrimiento, en general, profundizaba los episodios de tristeza e incrementaba también, aquellos que constituían estados de euforia. Además, en este contexto, el aislamiento podría funcionar como una herramienta que incrementa el poder del médico en la institución, facilitándole que pueda imponer su propia influencia mediante la palabra y la sugestión, lo que podría afectar de manera significativa en la conducta y estado mental de las pacientes.

El estigma que existía contra esta y otras enfermedades mentales, se ha diluido con el devenir del tiempo, gracias en parte a la desmanicomialización y al cambio de enfoque en los estudios médicos, que han pasado de poner el foco en la institucionalización y el aislamiento a priorizar la atención comunitaria y la inclusión social. La desmanicomialización surge con la obra de Franco Basaglia en 1960. El psiquiatra italiano encabezó una experiencia innovadora en la ciudad de Trieste, Italia, con el fin de abolir los manicomios y poder reemplazarlos con estructuras comunitarias de atención. Basaglia señala que:

Hemos partido de la realidad del manicomio, que es trágica porque es opresiva. No era posible que centenares de seres viviesen en unas condiciones de vida inhumanas por el sólo hecho de ser enfermos, y no era posible que nosotros, en calidad de psiquiatras, nos convirtiésemos en artífices y cómplices de tal situación. El enfermo mental es «enfermo» sobre todo porque es un excluido, y está abandonado por todos. Porque es una persona sin derechos, en contra de la cual todo es posible. (Basaglia, 1970, p. 46)

Ahora bien, la crítica de Basaglia a la institucionalización de la psiquiatría se ve reforzada, contemporáneamente, por la obra de otros autores, como Georges Didi-Huberman, quien en *La invención de la histeria* (2022) cuestiona la forma en que se ha construido y representado la histeria en la historia de la medicina, lo que puede ser visto como una crítica también a la psiquiatría tradicional y a la propia institucionalización de la misma, pero focalizando en la patologización propiamente de las mujeres.

Lo anterior, ha implicado a su vez, una reconsideración del modo en que se plantea que deben ser abordados los padecimientos mentales y ha conllevado el surgimiento de nuevos abordajes que se centran en el paciente primordialmente, en lugar de cerrarse solo en la enfermedad. La locura siempre ha traído aparejado para sus pacientes notas de vergüenza, pérdida de confianza en sí mismas y baja autoestima, por lo que, los nuevos abordajes en retrospectiva resultan positivos.

La crítica a la psiquiatría tradicional resulta un tema recurrente en pensadores como Félix Guattari, quien ha cuestionado no solo a la institución psiquiátrica como tal, sino también a los médicos psiquiatras y los modos de intervención que estos tenían. Guattari apuntó a un abordaje de la salud mental más crítica y liberadora. En su obra *Psicoanálisis y transversalidad* (1976), Guattari cuestiona el modo en que el psicoanálisis se institucionaliza en la sociedad, alegando que este resulta una forma de control y normalización que puede resultar perjudicial para los individuos. Asimismo, señala que puede ser empleado para instaurar una forma de “normalidad”, reprimiendo la diferencia y la singularidad. La crítica de Foucault a la psiquiatría tradicional en *El poder psiquiátrico* (2008) también se centra en la manera en que se ejerce el poder sobre los individuos a través de la medicina y la psiquiatría, lo que resulta relevante, como ya se mencionó en el capítulo 1 de esta tesis, en el caso de las mujeres y otros grupos marginados.

La crítica de Guattari continúa en *Líneas de fuga* (2013), donde ya no solo cuestiona el tratamiento que se le da a la enfermedad mental en el marco de la psiquiatría

tradicional sino también, ensaya como bien señala el título de la obra, la idea de crear líneas de fuga, es decir, modos de escapar a los sistemas de control y opresión que se ejercen sobre los individuos.

Guattari señala que:

La psiquiatría ha acondicionado su propia impotencia recortando los síntomas y los síndromes de manera de hacerlos entrar en cuadros cerrados sobre sí mismos -lo cual da a los advertidos facultativos, es cierto, la ocasión de «dar cátedra» a sus colegas novatos empujando constantemente las categorías de escuela; de hecho, declaran, jamás se trató más que de casos límites, *border lines*, presentando también una histeria, rasgos de paranoia, no siendo incompatible un cuadro esquizofrénico con síndromes depresivos, etc. De una forma más general, se puede considerar que las alternativas «simples» y «lógicas» proceden casi inevitablemente mediante forzamientos sobre la realidad. (Guattari, 2013, pp. 66-67)

Con estas palabras Guattari cuestiona la manera en que la psiquiatría tradicional trata la complejidad de los síntomas y síndromes psiquiátricos, argumentando que esta constituyó categorías y cuadros cerrados que no reflejan realmente lo que vivencian los pacientes, sino que pretenden imponer un control y orden sobre las experiencias de los pacientes sin contemplar particularidad alguna. Esto se debe a que al hacer encajar esos síntomas y síndromes en tales cuadros cerrados, se distorsiona y simplifica la realidad, perjudicando a los pacientes.

Se suma al debate, en relación a la crítica de la psiquiatría tradicional, Gilles Deleuze, en *El Anti Edipo* (1985), obra escrita en conjunto con Guattari, en la que realizan varios señalamientos en torno al modo en que la psiquiatría tradicional aborda la locura y la esquizofrenia. La crítica recae en este punto en la reducción que se hace de las complejidades de la experiencia humana a un diagnóstico preestablecido. Así pues, para estos autores la psiquiatría dará cuenta de una tecnificación del control y la represión de los deseos y pulsiones, en lugar de estudiar el potencial que ello pudiera conllevar. De ello, derivan la idea de que la psiquiatría tradicional se ha basado durante largo tiempo en una visión estrecha y reduccionista de la experiencia humana, dejando de lado el valor de la riqueza psíquica.

La crítica de Deleuze y Guattari se vuelve más cruenta al focalizar en el psicoanálisis y el modo en que este aborda la relación individuo-sociedad:

Está claro, por tanto, que sólo se abandona un polo de Edipo para pasar al otro. La cuestión no radica en salir de él, neurosis o normalidad. La sociedad de los hermanos no recobra nada de la producción y de las máquinas deseantes; por el contrario, extiende el velo de la latencia. En cuanto a los que no se dejan edipizar, bajo una forma u otra, el psicoanalista está allí para llamar en su ayuda al asilo o a la policía. ¡La policía con nosotros!, nunca el psicoanálisis mostró mejor su afición por apoyar el movimiento de la represión social y participar en él con todas sus fuerzas. (Deleuze & Guattari, 1985, pp. 86-87)

Esta cita resulta relevante en el marco de la crítica a la psiquiatría clásica, dado que pone de relieve cómo ambos autores ven al psicoanálisis, como una herramienta de control social, que se alía con estructuras de poder ya existentes para mantener el orden social y reprimir cualquier forma de desviación que pudiera presentarse.

Estos cambios de visión entorno a la locura desde los nuevos conocimientos proporcionados por el movimiento de desmanicomización y las críticas a la psiquiatría clásica, así como, la redefinición de los estereotipos de género, que con anterioridad asociaban a los hombres con la racionalidad y el control, y a las mujeres con la emocionalidad y la sensibilidad, han permitido una reconfiguración de la relación entre emociones y género, que se inscribe en un proceso más amplio de transformación de los discursos y prácticas sociales. En este sentido, el Giro afectivo ha jugado un papel fundamental en la forma en que se entienden las emociones y su papel en la sociedad. Al considerar las emociones como construcciones sociales y culturales, más que como meros fenómenos biológicos, se ha podido desafiar la idea de que las emociones son inherentemente femeninas o síntomas de debilidad o de desequilibrio interno. Cabe señalar entonces, el reconocimiento que se le da a las emociones como nexos fundamentales para interactuar y generar lazos con su entorno y sus semejantes.

La locura, ya no será pensada como algo inherente a las mujeres, ni se adjudicará a ciertas minorías consideradas débiles o indeseables, sino que se la estudiará como una enfermedad mental, más allá del género en cuestión. Si bien puede haber ciertas características propias de los hombres y de las mujeres en la manera en que puede ponerse de manifiesto ciertos síntomas, el trato será para todos igual y se apuntará a efectuar no solo investigaciones, sino también, tratamientos desprejuiciados sobre el tema. En este sentido, la locura será reconfigurada y ya no será vista como una enfermedad

notablemente estigmatizada, sino como una enfermedad más entre tantas otras. Esto no quiere decir que se le quitará importancia, sino la carga negativa que siempre se le endosó.

Capítulo 5: Consideraciones finales

En el presente capítulo se presentan las conclusiones finales de esta investigación, que retoman los hallazgos y análisis desarrollados en cada uno de los capítulos que la constituyen acerca de la construcción de las representaciones en torno a la locura femenina en los estudios de Jean-Martin Charcot durante los años 1870-1893 y su relación con las emociones. Además de sintetizar los resultados más relevantes y dar cuenta de los puntos clave que se ponen de manifiesto en la investigación y de los aportes que hace a la misma, en estas conclusiones se evalúa también el cumplimiento de los objetivos planteados. De este modo, se ofrece una visión integral de las contribuciones proporcionadas por esta investigación, que se propuso ahondar en la comprensión de cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina en el contexto de la obra de Charcot.

Así pues, en el capítulo 1 se efectuó una breve historización de la locura, que permitió dar cuenta de que la misma ha sido construida y abordada de maneras diferentes a lo largo de la historia. Esto contribuyó a comprender mejor la construcción de la locura femenina en el contexto de los estudios de Charcot y su relación con las emociones.

Ahora bien, un tipo de caracterización que ha resultado llamativa es la que se realiza sobre la locura femenina, es decir, aquella que aquejaba particularmente a las mujeres y que ha tenido fuertes connotaciones no solo médicas sino incluso religiosas. Este tipo de locura llamada histeria, podía presentar un sinnúmero de síntomas que a veces provocaba que se la confundiera con otra patología, recordemos que hacia fines de la modernidad cuando comienza a estudiársela científicamente, se lo hacía acompañada de la epilepsia, hasta que logra distinguirse a cada una como un padecimiento distinto.

Figuras como Charcot, Breuer, Freud, Janet y, posteriormente, Foucault destacan en los estudios acerca de la histeria. Breuer, realizó trabajo en conjunto con Freud en relación a la histeria, desarrollando el método catártico a través del cual, los pacientes daban cuenta no solo de sus síntomas sino también, de sus experiencias vividas, lo que permitía poner de manifiesto emociones que se hallaban reprimidas. Este método influyó directamente en la técnica psicoanalítica desarrollada por Freud. Más allá de su trabajo en conjunto, Freud, destaca con los aportes que realizó en sus estudios sobre la histeria, otorgándole un papel fundamental al inconsciente como generador de síntomas histéricos, señalando que los deseos y pensamientos reprimidos podían manifestarse como síntomas

a nivel físico. Destacó además, el rol relevante de la infancia en el desarrollo de la personalidad, como también, de la psicopatología e incluyó como tratamiento la hipnosis.

En lo atinente al filósofo y psicólogo francés, Pierre Janet, podemos destacar su teoría de la disociación, mediante la cual sostenía que la histeria se producía por separar ciertas partes de la personalidad, es decir, la histeria era el resultado de cierta disociación de la consciencia. También, enfatizó en la importancia de la sugestión en la presencia de ciertos síntomas propios de la histeria y de la idea de subconsciencia, es decir, recuerdos, pensamientos y/o sentimientos, que pese a estar fuera de la consciencia, podían influir en el comportamiento de los pacientes. Cabe destacar que gracias a Janet, se logró clasificar a la histeria en subtipos como histeria de disociación y de conversión. En sus terapias todas estas cuestiones fueron contempladas para lograr intervenciones más abarcativas.

Más allá de los aportes, sin duda, significativos de cada uno de estos especialistas, en nuestra investigación destacan los estudios efectuados por Charcot y Foucault. El primero, por ser uno de los precursores en los estudios de la histeria, particularmente en el hospital de la *salpêtrière*, donde desarrolló sus investigaciones tomando como objeto de estudio a mujeres histéricas. Del peso y énfasis que puso el neurólogo francés en la adjudicación de cierta sintomatología a la naturaleza femenina, es que se caracteriza a esta enfermedad como propia de las mujeres, se hablará de “histeria femenina” y se dejarán de lado los pocos casos que se hagan presente en hombres, que sí retomará Freud. Por su parte, el filósofo francés Michel Foucault, resultó de gran utilidad en nuestros estudios, dada su caracterización de la locura, la periodización que realizó para comprender el tratamiento que se le daba en las distintas épocas y la recuperación que él hizo en sus investigaciones del propio Charcot, lo cual es sin duda una labor destacable.

Claramente, una constante que puede observarse en torno a la histeria, es su asociación a conflictos de carácter emocional, traumas o cuestiones vinculadas a la sexualidad y la primera de las cuestiones es lo que atraviesa nuestra investigación, la idea de que durante mucho tiempo se ha patologizado a las emociones, por distintos motivos, ya sea por saneamiento y control social o por lograr cierta sumisión por parte de las mujeres, a quienes se les atribuían las emociones como una característica propia. Es por esto que se hace necesario incorporar la perspectiva de género en los estudios atinentes a la locura femenina, poniendo de relieve la necesidad de proporcionar a las pacientes mayor libertad individual y primordialmente el consentimiento frente a los tratamientos recibidos.

En el apartado 1.1 se destacó la idea de que no solo el concepto de locura ha variado a lo largo del tiempo, sino también, la manera en que se la caracteriza, sus causas, síntomas y los tratamientos para alcanzar una posible cura. Aquí cabe destacar, como se señaló anteriormente el aporte que realiza Foucault al identificar cuatro períodos en la historia de la locura que resultan de gran relevancia: Edad Media, Renacimiento, Época Clásica y Época Contemporánea. Así pues, en la Edad Media la locura se asociará con el pecado o posesiones demoníacas. En el Renacimiento, se hará una clara distinción entre locura y razón, y las personas consideradas como locas, serán vistas como seres geniales o desinhibidos. Ya en la Época Clásica, con la creación del Hospital General de París, se comenzará a recluir a los locos y a todos los sujetos considerados como “indeseables” para la sociedad. Finalmente, en la Época Contemporánea, no solo se continua con el encierro sino que también se medicaliza a los enfermos, buscando subsanar la locura a través de tratamientos médicos. Esta periodización es valiosa en la medida en que permite comprender las implicancias de la locura en cada periodo.

Foucault, en este contexto, proporciona un gran aporte en sus estudios y es la idea de que la locura sea entendida como “lo otro de la razón” destacando la importancia de contemplar el contexto histórico y las instituciones en que son alojados los enfermos mentales, lo que resulta de gran valor para nuestra investigación.

En el apartado 1.2, se deja por sentado que la locura ha sido abordada durante mucho tiempo desde una óptica masculina, lo que ha generado que se lleven a cabo prácticas hegemónicas y se reproduzcan discursos que sojuzgan lo femenino. La feminización de la locura implica una patologización de las emociones y una medicalización de las mujeres, lo que ha tenido graves consecuencias en la experiencia de las mismas. El hecho de que se feminice la locura, implica que se le dote de características o atributos femeninos al propio padecimiento mental, lo que sin duda da cuenta de un carácter sexista y estigmatizante que se da sobre ella.

Así pues, la locura femenina puede entenderse de dos modos. Por un lado, como una enfermedad propia del temperamento y carácter femenino. Por el otro, como una forma de control y sometimiento. En esta instancia, podemos decir que no se trataba de una u otra, sino que se daban ambas a la vez.

En el apartado 1.2.1 se ahonda en la etimología del término “histeria”, que proviene del griego y se traduce como “útero”, que ha sido asociado con malestares y

crisis en mujeres a lo largo de la historia. A través de los siglos, su comprensión ha variado, desde ser considerada una enfermedad de origen sexual hasta ser vista como un trastorno mental. La evolución del concepto ha estado marcada por la influencia de diferentes corrientes de pensamiento, desde la antigüedad hasta la constitución del modelo neurológico. Investigadores como Charcot, Janet y Freud han contribuido significativamente a su estudio, aunque en el siglo XX el foco de atención se desplazó hacia otros trastornos.

En el apartado 1.2.2 se da cuenta de las causas que producen la histeria, distinguiendo entre causas de tipo orgánicas (problemas fisiológicos, insomnio o alteración del funcionamiento cerebral), psíquicas (sugestión psicológica, desequilibrio mental) y emocionales (desbalance de las emociones). Cabe aclarar que, si bien la sexualidad ha sido señalada como una posible causa, ni Charcot ni Freud la vincularon directamente con la enfermedad, dado el limitado conocimiento médico de aquel momento, pero sí le otorgaron relevancia al género, dado que se asociaba a la histeria directamente como una enfermedad de las mujeres, debido a su carácter emocional que las volvía vulnerables.

En lo que respecta a la cuestión de la sintomatología de la histeria, fue tratada en el apartado 1.2.3, en el que se deja por sentado que si bien la misma es fundamental para poder detectar la enfermedad, se dificulta a raíz de la cantidad y variedad de síntomas que se presentan, lo que complejizaba proporcionar diagnósticos claros. Según la época y el investigador en cuestión el número de síntomas puede ser menor o mayor. Cabe aclarar, que los síntomas no son únicamente físicos sino también emocionales. Y que de tratarse de dolores corporales, los mismos pueden localizarse en distintas partes, no necesariamente deben hallarse en un lugar fijo. En este apartado, se asume que han existido ciertas arbitrariedades al momento de diagnosticar, por lo que no siempre los mismos se han basado en problemas reales de salud. Recordemos que se han documentado casos de mujeres que fueron hospitalizadas debido a intereses particulares de familiares, totalmente ajenos a un problema de salud.

Finalmente, en el último apartado del capítulo 1, focalizamos en la cuestión de las emociones en razón de la patologización que se hace de las mismas, dado que, como señalamos con anterioridad, se las consideraba un síntoma de la histeria, que generaba cambios en el ánimo y carácter de las pacientes. Así pues, los médicos creían que las mujeres contaban con cierta propensión a experimentar cambios emocionales repentinos

dado su constitución psíquica. Por ello, las emociones comenzaron a verse como parte de la enfermedad, en vez de como una reacción a los estímulos del entorno. Pasarán muchos años, hasta que con el surgimiento del Giro afectivo se resignifique el rol que poseían las emociones en relación a la histeria, dado que mediante ellas es que las pacientes se vinculan socialmente.

Así pues, lo planteado en este capítulo, nos permite dar cuenta del cumplimiento del objetivo específico 1, dado que se logra caracterizar el concepto de locura en los estudios de Charcot, lo que nos permite a su vez, comprender mejor su enfoque y tratamiento de la histeria. Además, entre los principales aportes de este capítulo puede mencionarse que se ha proporcionado una visión detallada de cómo la locura ha sido entendida y tratada a lo largo de la historia, lo que permite comprender mejor la construcción de la locura femenina en el contexto de los estudios de Charcot, para lo cual ha sido de gran relevancia apoyarnos en obras como *Historia de la locura en la Época Clásica* y *El poder psiquiátrico* de Foucault. Asimismo, se ha destacado cómo las emociones han sido patologizadas en la comprensión de la locura femenina, lo que ha llevado a la medicalización y control de las mujeres. Finalmente, se ha enfatizado la necesidad de considerar la perspectiva de género en los estudios sobre la locura femenina, lo que permite comprender mejor las implicancias de la construcción de la locura femenina en la experiencia de las mujeres.

En el capítulo 2, se focalizó en el hospital psiquiátrico como institución, caracterizando su evolución desde sus inicios como recinto de reclusión para personas calificadas de “indeseables” hasta su transformación en una institución dedicada a la atención de personas con enfermedades mentales. En esta institución devenida en un espacio de control, vigilancia y producción de saberes en torno a la enfermedad mental, destaca la figura del médico en la construcción de la verdad acerca de la locura.

En razón de lo anterior, arribamos al estudio de *la Salpêtrière* y de su director el neurólogo francés Jean-Martin Charcot, quien centró sus estudios en la histeria, aplicando técnicas del tipo fotográfico, entrevistas y presentaciones públicas de sus casos de estudio. De allí que Agustine, cobre relevancia en nuestra investigación, por ser uno de los casos más emblemáticos estudiados y tratados por Charcot.

Algunos tópicos que se abordan en este capítulo son: la construcción social de la locura, definida en razón de valores y normas sociales; el poder y el control ejercido en

estas instituciones sobre los pacientes; y la producción del saber dada en la institución psiquiátrica y la manera en que se construye la verdad acerca de la locura, cuestiones que se recuperan de Foucault (1976).

En el apartado 2.1 se destaca la importancia del hospital psiquiátrico para poder comprender la locura femenina en la Modernidad. Se enfatiza en que la sintomatología y el tratamiento de la locura no serán del mismo tipo en hombres y mujeres. De allí que se recurra a dar ejemplos de estudios que demuestran que existen diferencias sintomáticas de afecciones como el infarto agudo de miocardio en hombres y mujeres. Asimismo, se analizan los criterios de internación en los hospitales psiquiátricos, los cuales varían también según el género. En el caso de las mujeres existe una constante, siempre son motivos de carácter moral, como embarazos no deseados o ejercicio de la prostitución. Sin duda, todos estos puntos mencionados anteriormente, dan cuenta de las desventajas que presentan las mujeres frente a los hombres por la estructura jerárquica patriarcal detentada en la institución psiquiátrica y en la sociedad en sí misma, donde se las infantiliza y se establece un rol considerado propiamente femenino que deben cumplir.

Por su parte, en el apartado 2.2 se ahonda en cuestiones tales como la disciplina y el control señalando qué instituciones se emplearon para controlar a la población por parte de los Estados Modernos, ellas son: escuelas, prisiones y hospitales psiquiátricos. En las mismas se dará lugar al surgimiento de nuevas subjetividades, caracterizadas por contar con cuerpos dóciles, formados mediante prácticas y tecnologías determinadas. Sin duda, el hospital psiquiátrico resulta una herramienta para el disciplinamiento y ejercicio del poder, en el que se cristaliza el saber médico y se individualiza al paciente.

Todo lo acontecido en el hospital psiquiátrico es documentado como parte del poder disciplinar, para poder controlar de manera minuciosa los procesos y sus resultados. Así pues, esta institución no será únicamente un lugar de reclusión, sino también, un espacio de producción de nuevas subjetividades y, al mismo tiempo, de nuevos discursos, saberes y verdades.

En el siguiente apartado, el 2.3, se focaliza en la historia de la *Salpêtrière*, se da cuenta de su origen en 1656 como almacén de pólvora, que tiempo después devino en un hospital de mujeres y niñas marginadas. También, se ahonda en los posteriores procesos de medicalización de los enfermos mentales y en cómo se introducen técnicas de higiene en la institución para mejorar su salud. De este modo, la *Salpêtrière* cobra relevancia en

la historia de la medicina, principalmente por sus estudios médicos y tratamientos aplicados.

Ya en el apartado 2.4 se reflexiona en torno a los estudios sobre la histeria realizados por Charcot, quien deja atrás la idea de que se trate de un problema uterino, para luego vincularla a una “lesión causa” (traumatismo previo) y, finalmente, a una “lesión en la idea” (dimensión psíquica). Charcot hará uso de la observación, hipnosis y la fotografía en sus estudios de caso y también, hará puestas en escena públicas para dar cuenta de los síntomas de las pacientes y de cómo se desarrollan cada una de las etapas de la convulsión histérica.

En el subapartado 2.4.1 se analiza cómo Charcot identificaba (diagnosticaba) la histeria mediante determinados signos corporales, de allí la relevancia de las entrevistas personales para completar el diagnóstico y conocer cómo se encontraban mentalmente las pacientes, dado que la psiquis era la parte que más se veía afectada en ellas. Ahora bien, sin duda, los diagnósticos contaban con ciertas limitaciones, dado que los síntomas en la mayoría de los casos eran compatibles con otras enfermedades y la evaluación del estado psíquico de una paciente era condicionada por juicios ligados a la moralidad de las acciones e incluso opiniones de las mismas. De este modo, la relación médico-paciente cobra importancia tanto para realizar el diagnóstico, como para el tratamiento de la histeria.

En 2.4.2 se centra la atención ya en el tratamiento a llevar a cabo una vez diagnosticada la histeria, los mismos cambian al igual que la propia definición de histeria (y locura), según la época y lugar en que son analizados. En la época de Charcot, las técnicas empleadas más frecuentemente eran las tinas de agua fría, la hipnosis, la terapia de electroshock y los masajes pélvicos. A excepción de la hipnosis, la mayoría de estos tratamientos han trascendido a lo largo del tiempo como formas equivalentes a tipos de torturas, que afortunadamente pudieron ser reemplazadas en la posterioridad por técnicas más idóneas y humanas. Si bien la hipnosis era considerada menos agresiva a nivel corporal, se la asociaba con cierta forma de sugestión y manipulación, mediante la cual podían influir en las pacientes.

Cabe destacar que la mayoría de estas técnicas, como bien se mencionó a lo largo del apartado, no contaban con fundamentos científicos claros y era, sin duda, cuestionable su efectividad y el proceder que comprendía. En este sentido, lo mismo sucedía con lo

señalado en el apartado 2.4.3, en el que se analiza cómo fueron cuestionadas las demostraciones públicas de Charcot sobre la histeria, principalmente por su carácter teatral y por creerse que Charcot creaba una atmósfera de tipo circense, en la que sus pacientes histéricas entrenadas para ello, ofrecían un espectáculo para él y su público invitado. Sin embargo, hay quienes verán una veta positiva en la teatralización de la enfermedad, dado que la suponen como una forma de expresión y, hasta incluso, resistencia por parte de las pacientes histéricas.

Si bien Blanche Wittman, una de las pacientes de Charcot, intentó defenderlo diciendo que no fingió su enfermedad, su testimonio fue cuestionado, precisamente por su inestabilidad mental.

En este punto recaen dos opiniones en torno a Charcot. Por un lado, se cuestiona su comportamiento hacia sus pacientes, por tratarlas como objetos en el marco de sus estudios. Por el otro, se destaca el hecho de haberle otorgado dignidad nosológica a la histeria y con la forma en que se enfocó el abordaje de la misma, se les dio credibilidad a las pacientes histéricas. .

Finalmente, en el apartado 2.5, se analiza el caso de Augustine, la paciente más destacada en los estudios de Charcot, quien mejor realizaba las performances histéricas, simulando ataques epilépticos y otros síntomas. Asimismo, fue una de las pacientes más jóvenes en ingresar a la *Salpêtrière* y de las que más registros fotográficos de estudio hay sobre ella. Gracias al análisis del caso de Augustine, se señala que es posible que a raíz de ciertas vivencias traumáticas se desencadenen los síntomas de la histeria. También se destaca a partir de este caso la necesidad de que las pacientes sean escuchadas y se tengan en cuenta sus sentimientos y emociones.

El caso de Augustine, pone en evidencia los discursos de poder y cómo estos pueden influir en la experiencia de las mujeres. La huida de Augustine de la *Salpêtrière*, puede entenderse a su vez, no solo como un acto de rebeldía contra Charcot, sino contra el sistema hospitalario en general.

Cabe señalar, que los planteos desarrollados en este capítulo se vinculan directamente con el objetivo específico 2, dado que se analiza la injerencia que tiene el hospital de la *Salpêtrière* en la construcción de las representaciones en torno a la locura femenina y, por ende, de la histeria.

En el capítulo 3, se efectúa un abordaje en torno a las representaciones que se han realizado en el cine acerca de la histeria, señalando que mediante este es posible, como bien señala Deleuze, explorar la condición humana y a la sociedad misma, reflexionando desde nuestra propia experiencia lo que se ve en la pantalla. Para ello, elegimos cuatro películas: *Rebecca* (1940, 2020), *Inocencia interrumpida*, *El cisne negro* y *La chica del tren*, seleccionadas teniendo en cuenta criterios como el aspecto cronológico, el contexto histórico en el que se circunscriben, el género al que pertenecen y el modo en que representan a la histeria.

Las cuatro películas mencionadas presentan personajes femeninos que encarnan diferentes formas de histeria, desde la ansiedad y el nerviosismo hasta la disociación y la conversión física. La representación cinematográfica de la histeria ha evolucionado con el tiempo, reflejando nuevos conocimientos y una comprensión más profunda de esta condición mental, más allá del estigma social que la ha rodeado históricamente, aunque esto no quita que puedan permanecer en las narrativas desarrolladas ciertos prejuicios instalados siglos atrás. Así pues, mediante el análisis de estas representaciones, podemos lograr entonces, identificar prácticas de control y opresión, que nos obligan a pensar y actuar para no seguir repitiendo y perpetuando estas dinámicas a futuros desde otros aspectos.

Sin duda, las representaciones presentadas, dan cuenta de ciertas actitudes y creencias de la sociedad en cada época y, a través del cine, es posible reflexionar sobre tales representaciones y cuestionar las normas y valores imperantes en cada época, que han resultado facilitadores para perpetuar la opresión en las mujeres.

En el apartado 3.2 se analiza otro film acerca de la histeria como enfermedad mental, pero ya situados en el contexto de un hospital psiquiátrico, poniendo de relieve los tratamientos médicos llevados a cabo en el mismo y dando cuenta, a su vez, de cómo estos replican tanto física como mentalmente en las pacientes tratadas con tales métodos. También se focaliza en el hecho de que Eugénie, la paciente histérica sobre la que trata la historia, es ingresada a la *Salpêtrière*, bajo criterios médicos no problematizados ni suficientemente fundados.

La película en cuestión es *El baile de las locas*, la cual fue analizada a partir de cinco elementos: la loca, la enfermera, el médico, los métodos de estudio y los tratamientos, y el baile. Así pues, en el apartado 3.2.1 se desarrolla la historia de la loca

(histérica), es decir, Eugénie, quien se presenta como una joven mujer con una actitud muy libre para la época en que se desarrolla la historia, lo que la lleva a terminar recluida en un hospital psiquiátrico. Ser una joven transgresora y manifestar a su vez que puede comunicarse con los muertos resulta motivo más que suficiente para ser considerada peligrosa para la sociedad. Ya en la *Salpêtrière* comienza a vincularse con sus compañeras y conocer sus historias y concluye que la mayoría no están realmente locas, sino que fueron internadas para ser acalladas por diversos motivos.

Ahora bien, existen dos cuestiones sobre las que Eugénie repara y se opone categóricamente. Por un lado, se manifiesta en contra de las terapias que se les asignan para tratar su enfermedad, las cuales las vivencia como tortuosas. Por el otro, que la medicina se encuentre en cierto modo al servicio de la religión, lo que se pone de manifiesto en el hecho de que su condición sea considerada originada por algún tipo de pecado.

Finalmente, cabe destacar que en la *Salpêtrière* también conoce a Geneviève una enfermera con quien entabla amistad, dado que puede comunicarse con su hermana muerta, y de quien recibe ayuda en varias ocasiones e incluso gracias a ella es que puede escapar de dicha institución.

En el apartado 3.2.2 se centra la atención en el rol de la enfermera Geneviève. Esta se constituye como una figura compleja en la trama de la película, que va evolucionando a lo largo de la historia. En principio, se muestra como una profesional totalmente escéptica y muy rigurosa, pero dado el trato con Eugénie y con la capacidad de esta de comunicarse con espíritus, comienza a dudar y cuestionar sus creencias científicas. Esto la lleva a colaborar con la huida de la misma del hospital, lo que implica no solo desafiar a la autoridad médica, sino también, reivindicarse ella misma mediante esta acción. Su decisión de ayudar a Eugénie tiene un costo muy alto, a nivel personal, dado que pierde no solo su trabajo sino que pasa a ser una paciente más de la institución.

Ya en el apartado 3.2.3 el análisis se centra en la figura del médico, es decir, de Charcot, quien resulta un ejemplo paradigmático de la patologización y medicalización de las mujeres de esa época. La obsesión de este por ser reconocido por la comunidad médica lo conduce a priorizar sus propios intereses por sobre el bienestar de sus pacientes, sometiénolas a tratamientos y exhibiciones públicas que les provocan tanto daño físico como psicológico y emocional. El vínculo entre Charcot y sus pacientes, especialmente

con Eugénie, da cuenta de las dinámicas de poder y control que se ejercían en la *Salpêtrière* y de la inflexibilidad y dogmatismo de Charcot en sus métodos.

Lo anterior, nos conduce a pensar en la necesaria importancia de cuestionar la autoridad médica y de considerar el sentir y las experiencias de las mujeres cuando reciben atención médica como en estos casos. Podría decirse que la transformación que se da en Geneviève, de enfermera a cómplice/colaboradora de Eugénie, resulta un ejemplo de comprensión y empatía, que permite cambiar el modo en que se aborda el bienestar y la salud de las mujeres. Por ello, podemos decir que el film nos invita a reflexionar, sin duda, acerca de la importancia de priorizar la dignidad y calidad de vida de las pacientes en el marco de la atención médica y, también, acerca de la necesidad de cuestionar las estructuras de poder que perpetúan el sufrimiento y la opresión.

En lo que respecta a los métodos de estudios y tratamientos empleados en la *Salpêtrière* abordados en el apartado 3.2.4, constituyen un claro ejemplo de la medicalización y patologización de las mujeres en la época en que se desarrolla la película. Sin duda, el trato que se les propina a las pacientes histéricas es preocupante. Asimismo, los tratamientos crueles y degradantes aplicados en las pacientes resulta un reflejo de la sociedad misógina y patriarcal imperante en la época. Así pues, esto resulta relevante, dado que nos interpela tras destacar la importancia de priorizar tratos adecuados y compasivos hacia quienes se trata médicamente.

El último elemento, el baile, abordado en el apartado 3.2.5, da cuenta de un evento que revela la compleja dinámica de control y poder que se ejerce en el hospital sobre las pacientes. Si bien este evento se muestra como una oportunidad para que las pacientes se diviertan y socialicen, en realidad su verdadera finalidad es exhibir los avances de la investigación médica realizada por Charcot y sus colaboradores. Aunque también, en este evento tanto los médicos como los demás hombres asistentes en calidad de público general, se aprovechaban de la vulnerabilidad en que se encontraban las pacientes.

En *El baile de las locas* se muestra cómo las mujeres en la sociedad de la época, regida por una lógica patriarcal, eran objeto de explotación y diversos abusos. Además, se pone de relieve cómo la institución médica constituía un espacio de control y opresión. Así pues, el film nos invita a reflexionar entonces, sobre la importancia de cuestionar las estructuras de poder y bregar por los derechos y dignidad de las pacientes que sin duda, en estos contextos se hallan vulnerables.

Dejando de lado ya *El baile de las locas* en particular, y pensando en todos los films analizados a lo largo del capítulo, podemos decir que existe una constante en ellos y alude a la representación de la paciente histérica como víctima de sus emociones, cuestión que se aborda en el apartado 3.3. Queda claro que, la etiqueta o señalamiento de “histérica” empleado en la sociedad del siglo XVIII tuvo por finalidad fungir como una herramienta de control social para desacreditar a aquellas mujeres que no se ajustaban a las normas establecidas. Las emociones eran entendidas como algo negativo y se creía que las mujeres que las experimentaban de modo intenso solían ser más débiles y se volvían esclavas de las mismas. Esta visión acerca de las emociones, ignoraba la posibilidad de que estas fueran una exteriorización de la rebeldía y determinación que las mujeres desarrollaban frente a una sociedad opresiva.

La historia de las pacientes histéricas da cuenta de la manera en que la sociedad ha intentado históricamente marginar y silenciar a las mujeres que no se ajustaban a las normas sociales establecidas, lo que ha impactado profundamente en la autonomía y bienestar de las pacientes.

Finalmente, en el apartado 3.4., se focaliza en el hecho de que se considere a las emociones como un elemento patologizador, es decir, como un proceso en el que se ha empleado a las emociones con el fin de oprimir y controlar a las mujeres. Incluso se ha señalado que la capacidad de ser emocionales es un rasgo característico propio de las mujeres, de allí que por ello se las defina como enfermas por detentar tal rasgo. Esto, sin duda, refleja una visión sesgada de la experiencia humana, que ignora la importancia de las emociones en el desarrollo no solo emocional, sino también, intelectual de las personas. La historia de la histeria y el modo en que se ha tratado a las mujeres en el área de la salud mental, da cuenta de la patologización de las emociones que se ha efectuado con el único fin de justificar la exclusión, opresión y subsunción de las mujeres por parte de los varones en el marco de una sociedad patriarcal.

Cabe destacar, en última instancia, que las emociones resultan una parte necesaria y natural de la experiencia humana, y que, bajo ningún aspecto deberían ser empleadas como excusa para calificar de patológicas/ enfermas o siquiera para controlar a las personas. Si al contrario, se pone atención en aceptar y entender la complejidad que implican las emociones, solo de esa manera se podrá trabajar en una mayor comprensión y empatía hacia las pacientes, y, de este modo, promover una sociedad más equitativa y justa para todos.

El análisis realizado en este capítulo en torno a la representación de la locura femenina en el cine, en su tipo particular histeria y su relación con las emociones, permite profundizar en el rol que tienen las mismas en las afecciones mentales como la histeria, cumpliendo de este modo con el objetivo específico 4.

Finalmente, en el capítulo 4, se ahondó en la cuestión del *Giro Afectivo* temática con la que se vincula la locura, tópico analizado a lo largo de los capítulos previamente señalados. Así pues, en el apartado 4.1 se indica en torno al *Giro Afectivo*, que este se presenta como un enfoque teórico que pone de relieve la importancia de las emociones en la construcción de la subjetividad, la identidad y la experiencia social. Según esta perspectiva, las emociones no constituyen meras reacciones fisiológicas, sino que conforman un modo de comprender la realidad y se hallan estrechamente vinculadas al poder y la política. Esto se debe a que, las emociones pueden ser empleadas como una herramienta política para influir en la opinión pública y moldear las identidades sociales. En razón de ello, puede decirse que la locura no constituye solamente una cuestión médica, sino que también se halla influenciada por factores emocionales. Así pues, el Giro afectivo permite comprender mejor la experiencia de la locura, destacando la importancia de las emociones y los afectos en la interacción entre el individuo y su entorno.

En ese sentido, tres autoras que resultó clave recuperar en este campo fueron Sara Ahmed, Leonor Arfuch y Lauren Berlant, quienes destacan en sus estudios sobre el *Giro afectivo* y han enfatizado en la importancia de considerar las emociones en la teoría política y social. Ahmed ha señalado que las emociones pueden ser utilizadas para mantener las estructuras de poder existentes e introdujo en relación a ello el concepto de “economía emocional” para dar cuenta de la circulación y el intercambio de emociones que se dan en la sociedad. Mientras que Arfuch pone de manifiesto la complejidad existente del nexo entre emoción y razón, y cómo las emociones pueden influir en el modo en que se construye la subjetividad y se ejerce el poder en la sociedad. Con ello resalta a su vez, la importancia que poseen las emociones en la construcción de la realidad social. Por su parte, Berlant acuña el concepto de “cruel optimismo”, mediante el cual pone de manifiesto cómo las personas se aferran a ideales de felicidad y seguridad que pueden resultar contraproducentes para sus propias vidas.

De lo anterior puede derivarse que el *Giro afectivo* nos conduce a reflexionar acerca del modo en que las emociones se vinculan con la política y la sociedad, así como

también, cómo a través de las mismas pueden moldearse nuestras experiencias e identidades. Así pues, entendiendo a las emociones como una forma de comprender la realidad, es posible comprender más profundamente la complejidad que se da en las interacciones humanas y el modo en que el poder se ejerce en la sociedad.

Por otra parte, en el apartado 4.2 se pone de relieve el cambio de paradigma suscitado en las Ciencias Sociales debido al *Giro Afectivo*, lo que ha generado un impacto significativo en el modo en que se recuperan y estudian las emociones y los afectos. Estos al ser considerados fundamentales en la experiencia humana, destacan la importancia que posee la subjetividad y la experiencia en los estudios vinculados a las ciencias sociales. Asimismo, pone el énfasis en la comprensión de los vínculos establecidos entre el individuo y la sociedad, y el modo en que las emociones establecen un nexo entre ambos. Esto se relaciona a su vez, con cómo se dio la construcción de la locura como una enfermedad mental vinculada a la exclusión y control de ciertos grupos sociales, incluyendo a las mujeres. Sin duda, la patologización de las emociones y la locura como tal, ha sido empleada como una herramienta de control social, particularmente en el caso de las mujeres. Por ello, la reconsideración del rol de las emociones ha permitido profundizar más en torno a los abordajes realizados acerca de la locura y su tratamiento.

Otro aspecto que se destaca en este cambio de paradigma es la relevancia que posee la corporalidad en la experiencia afectiva. Con este nuevo hallazgo se producen cambios en las investigaciones vinculadas a los afectos y emociones. Asimismo, comienza a relacionarse a los afectos con la pedagogía y la performatividad, para poder entender cómo se producen y transforman las relaciones e identidades sociales. El poder comprender mejor el modo en que influyen en la experiencia humana los afectos y emociones, permite desarrollar estrategias más adecuadas para promover el aprendizaje y el bienestar en diversos contextos.

Ya en el apartado 4.3 se analizó la reinterpretación que se ha dado en torno al rol de las emociones en el contexto de la locura y la histeria, poniendo de relieve cómo la construcción social de la feminidad condujo a la asociación de la mujer con las emociones como una característica de debilidad. Lo anterior, permitió comprender la manipulación que se ha efectuado respecto a las emociones para lograr ejercer el dominio sobre las mujeres y mantener el poder instaurado al respecto.

Se enfatizó además, en la relevancia que tiene el hecho de considerar las emociones en la comprensión de la experiencia humana, lo que permite al mismo tiempo contar con una visión más profunda de la locura y la histeria. Asimismo, se destaca la necesidad de contar con una perspectiva de género en el análisis que se haga en torno a la locura, dado que da cuenta del trato recibido por las mujeres al momento de ser tomadas como objeto de estudio, poniendo de manifiesto a su vez, el modo en que sus experiencias han sido interpretadas y representadas por la medicina y la psiquiatría a lo largo del tiempo. Esto da cumplimiento a lo planteado en el objetivo 5, lo cual refuerza a su vez lo señalado previamente en el apartado 4.1.

Por otro lado, en el apartado 4.4, se destaca otra cuestión de gran relevancia y es la relación que tienen las emociones con la interacción social, lo que ejerce una injerencia directa en la configuración de los vínculos entre los individuos y la sociedad. Asimismo, se pone de relieve el modo en que el lenguaje y el discurso construyen la realidad emocional.

Finalmente, en el apartado 4.5, se focaliza en el hecho de que el concepto de locura ha atravesado por diversos cambios a lo largo del tiempo y que su significado varía según la cultura en que es analizado. Se destaca además, el carácter negativo con el que siempre ha sido asociado el término, en especial, el tipo de locura experimentado por las mujeres.

En este apartado se pone de relieve también, las críticas que se han realizado en torno a la patologización de las mujeres y la opresión a las que estaban sumidas en las instituciones mentales. Así pues, Phylis Chesler, señala que el género y la cultura resultan variables condicionantes a la hora de definir y tratar la locura. Recordemos que el *Giro afectivo* facilitó el cambio de paradigma en la comprensión de la locura, centrándose ya en la experiencia subjetiva y en la naturaleza y características de los síntomas.

La crítica a la psiquiatría tradicional junto con el proceso de desmanicomialización ha derivado en un cambio en el enfoque de estudio. Así pues, autores como Basaglia, Deleuze y Guattari, fervientes críticos de la psiquiatría tradicional, propondrán nuevos abordajes centrados en la experiencia del paciente, no únicamente en la patología como tal. A ello puede sumarse los postulados de Didi-Huberman en torno a cómo se ha construido y representado la histeria en la historia de la medicina, lo que puede entenderse, a su vez, como una crítica a la psiquiatría tradicional.

Por lo tanto, este apartado focaliza en la relevancia de considerar a la locura, su estudio y tratamiento, desde una perspectiva de género y también cultural. Además, se pone de relieve la necesidad de adoptar una postura más desprejuiciada en relación al paciente y la enfermedad.

Cabe destacar, que el análisis realizado en este capítulo sobre el *Giro afectivo* y su influencia en la comprensión de las emociones y de la histeria, permite destacar las principales características del *Giro afectivo* en la construcción de las representaciones de la histeria, cumpliendo así con los objetivos 3 y 4 respectivamente.

Ahora bien, respecto a los interrogantes que se plantearon al comienzo de esta investigación en lo atinente al primero de ellos, ¿No son acaso los cuerpos y las emociones que en él se ponen de manifiesto parte de los sujetos y aquello que los vincula socialmente?, podemos decir según todo lo planteado a lo largo del presente trabajo, que la respuesta es sí. Tanto los cuerpos como las emociones son parte integral de los sujetos y, por ello, poseen un rol fundamental en el modo en que se vinculan socialmente. Sin duda, las emociones constituyen una forma de expresión y comunicación que facilita que los sujetos interactúen con otros y puedan establecer relaciones sociales. Esto se debe a que con las emociones pueden expresar sus necesidades, deseos y sentimientos, y a raíz de ello, recibir una retroalimentación de los demás. De ello se deriva, que las emociones resulten un componente crucial a la hora de interactuar socialmente, así como también, en la propia construcción de la realidad social.

Respecto al segundo interrogante, ¿Por qué se relaciona estrechamente a las emociones como generadoras de enfermedades mentales en las mujeres? Debemos decir que históricamente, las emociones han sido relacionadas con la feminidad y en razón de ello se ha considerado a las mujeres más sensibles y emocionales en relación a los hombres. A raíz de esta visión establecida en torno a las mujeres, se las patologizó por dar cuenta de emociones muy intensas o simplemente por no ceñirse a los estereotipos de género. Cabe señalar, además, que la psiquiatría tradicional se ha enfocado en la enfermedad como una cuestión individual, sin tener en cuenta el contexto en que se desarrolla, es decir, el plano social y cultural. Esto provocó que se le atribuyera a las emociones un carácter causal de la enfermedad mental, en vez de entenderlas como parte de la propia experiencia humana.

Ahora bien, en lo atinente al tercer interrogante, ¿Cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina y su relación con las emociones? Debemos decir que, las representaciones en torno a la locura femenina, en su caso particular histeria, se han construido mediante diferentes discursos y prácticas a lo largo de la historia. Como bien señalamos anteriormente, encontramos que en la Edad Media la locura era asociada al pecado o brujería; mientras que en la Modernidad se busca un origen de carácter científico (psíquico-biológico), por lo que se busca un tratamiento médico para alcanzar su cura. Aunque esta visión implica un cambio de paradigma en la forma de abordar los estudios en torno a la histeria, continúa influenciada por prejuicios y estereotipos de género señalando cierta propensión a la locura por parte de las mujeres dada su supuesta naturaleza emocional y sensible.

En lo que respecta al último interrogante: ¿Qué particularidades posee la locura femenina respecto a la masculina? Podemos decir que la locura femenina en su caso particular histeria, se ha construido a lo largo de la historia de modo diferente a la locura masculina. Y esto se debe a los tipos de asociaciones realizados que se han efectuado. En el caso de los hombres la razón y la intelectualidad se creía que eran características que le eran propias, mientras que la emoción y la sensibilidad se consideraba que eran rasgos característicos de las mujeres y que por el desbalance de alguno de ellos surgía la locura. Cabe señalar, que las mujeres han sido objeto de mayor control social y medicalización en lo atinente a su salud mental, lo que ha conducido a diagnósticos y tratos desiguales en relación a los hombres. Esto se refleja también en otros aspectos de la salud femenina, como la ginecología, donde los enfoques y controles difieren notoriamente respecto a la salud reproductiva masculina. Sin embargo, algo que sí debe tenerse en cuenta, es el hecho de que se ha detectado que los síntomas de enfermedad mental entre hombres y mujeres presentan ciertas diferencias y particularidades, por lo que se hace necesario efectuar abordajes distintos, lo que no implica bajo ningún aspecto un trato preferencial o contrariamente un detrato, ya sea para hombre o mujeres respectivamente.

Para finalizar, debemos decir que la presente investigación ha cumplido con lo propuesto en el objetivo general que atraviesa toda la investigación y que consiste en analizar cómo se han construido las representaciones en torno a la locura femenina en los estudios de Jean-Martin Charcot durante los años 1870-1893 y su relación con las emociones. A raíz de ello, se ha demostrado que la locura femenina, en particular su tipo la histeria, ha sido construida y representada de distintos modos respecto a la locura

masculina, reflejando y reproduciendo determinados estereotipos de género como así también, prejuicios sociales. Comprender la compleja relación existente entre la locura, emociones y la construcción social de la realidad resulta fundamental a la hora de desarrollar abordajes más efectivos sobre el tema en cuestión. En este sentido, se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan a establecer una mirada reflexiva en torno a los tratamientos que se le ha dado a la histeria en el siglo XIX y poder entender de este modo, que las emociones son una variable necesaria a tener en cuenta en los estudios realizados, no como algo negativo, un elemento patologizador, como se lo hizo durante tanto tiempo; sino como una forma de expresión y de vinculación social.

Bibliografía

- Abeijón, M. (2019). El cuerpo histérico en las experiencias clínicas de la Salpêtrière. Un análisis performativo. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, pp. 206-222.
<http://www.teocripsi.com/ojs/>
- Abse, D. W. (2015). *Hysteria and Related Mental Disorders: An Approach to Psychological Medicine*. Butterworth-Heinemann.
- Ahmed, S. (2004). *Deshacer el género*. Paidós.
- Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Duke University Press
<https://doi.org/10.2307/j.ctv125jkj2>
- Ahmed, S. (2012). *On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life*. Duke University Press.
- Ahmed, S. (2014). *Wilful Subjects*. Duke University Press.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv1131d51>
- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. UNAM.
- Alconero Camarero, A. R. (2011). *Sintomatología y tiempos de demora en los pacientes con infarto agudo de miocardio diferencias por sexos* (Tesis doctoral, Universidad de Cantabria, España). Recuperada de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=176444>
- Álvarez, J. M. (2012). Histeria y depresión. Confluencias. *Temas de psicoanálisis*, núm.4, 1-11. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/PDF-ALVAREZ.pdf>
- Andrada-Zurita, C. (2020). *La metáfora médica en los escritos políticos de Mªaquíavelo: la conceptualización del conflicto político*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Sur. Departamento de Humanidades, Bahía Blanca, Argentina. Recuperado de: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/4919>
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica.
- Arfuch, L. (2016). El “giro afectivo”. Emociones, subjetividad y política. *deSignis*, vol.4, enero-junio, pp. 245-254. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/6060/606066848013.pdf>

- Arias Gómez, M. (2022). De Delfos hasta el córtex prefrontal: un viaje histórico y por las teorías de la histeria. *Neurosciences and History*, 10(4), pp. 167-177. Recuperado de: https://nah.sen.es/vmfiles/vol10/NAHV10N42022167_177ES.pdf
- Ariosto, L. (2019). *Orlando furioso*. Epublibre.
- Ariza, M. (2020). *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Arnaud, S. (2009). Citation and Distortion: Pierre Pomme, Voltaire and the Crafting of a Medical Reputation. *Gesnerus*, 66/2, 218–236. Recuperado de: https://www.schwabeonline.ch/schwabe-xaveropp/elibrary/media/6500C098510369A5C01BCD1CD62131FF/10_24894_Gesn-en_2009_66014_4563.pdf
- Arocena Badillos, M. C. & Larrauri, I. (2019). *Rebeca. (Rebecca). Alfred Hitchcock (1940)*. Nau Llibres
- Avril, J. (2019). *Mes mémoires*. La Gibecière à Mots.
- Babinski, J. (1984 [1901]). Definición de la histeria. En: *Las histerias*. Ed. Nueva Visión, pp. 159-168.
- Basaglia, F. (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral editores.
- Bedoya-Dorado, C., & Molina-Valencia, N. (2021). El estudio de las emociones desde el giro afectivo a las prácticas y atmósferas afectivas. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 928-948. <https://doi.org/10.21501/22161201.3516>
- Bega Martínez, R. (2020). La locura de las mujeres: prisión y subterfugio. *Ambigua, Revista de Investigaciones sobre Género y Estudios Culturales*, n.º 7, pp. 115-130.
- Bella, M.A. (2022). Superficies del dolor: Imágenes y afectos sobre la locura para politizar las violencias sobre nuestros cuerpos. *Polémicas Feministas*, 6, 1-17. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/polemicasfeminista/article/view/39413>
- Belli, S., & Íñiguez-Rueda, L. (2008). El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Psico*, 39(2), 139-151
- Berlant, L. (2000). *Intimacy*. University of Chicago Press Journals.

- Berlant, L. (2008a). Thinking about feeling historical. *Emotion, Space and Society*, Volume 1, Issue 1, Pages 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2008.08.006>
- Berlant, L. (2008b). *The Female Complaint: The Unfinished Business of Sentimentality in American Culture*. Duke University Press
<https://doi.org/10.1215/9780822389163>
- Berlant, L. (2011). *Cruel Optimism*. Duke University Press.
<https://doi.org/10.1215/9780822394716>
- Berman, M. (2004). “Brindis por la modernidad”, en Casullo, Nicolás (Ed.). *El debate modernidad – posmodernidad*. Retórica Ediciones.
- Bernheim, H. (1911). *De la suggestion*. Hachette Livre Bnf.
- Bird, A. (2012). La filosofía de la historia de la ciencia de Thomas Kuhn. *Discusiones Filosóficas*. Año 13, No. 21, pp. 167–185. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v13n21/v13n21a10.pdf>
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis.
- Bogousslavsky, J. (2014). Los misterios de la histeria. *Neurosciences and History*, 2(2), 54-73.
- Bouchara, C., Mazet, P. & Cohen, D. (2010). Jean Martin Charcot, 1825-1893: Did he anticipate Freud’s first typology? *American Journal of Psychiatry*, Vol.167, Num. 4. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.0911168>
- Bourneville, P. & Régnard, P. (1879-1880). *Iconographie photographie de la Salpêtrière*. Aux Bureaux du Progrès médical.
- Briggs, L. (2000). The Race of Hysteria: “Overcivilization” and the “Savage” Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology. *American Quarterly*, Vol. 52, No. 2, pp. 246-273. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/30041838>
- Breuer, J., & Freud, S. (2022). *Estudios sobre la histeria*. Siglo XXI editores.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Rautledge.
- Butler, J. (2004). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.

- Butler, J. (2010). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Buzzatti, G. & Salvo, A. (1999). *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Cátedras.
- Buzzi, A. E. (2017). La lección clínica de Charcot en La Salpêtrière. *ALMA Cultura y Medicina* - Edición Especial: Psico-Neurociencias, Vol 2, Num 3, pp. 6-20. Recuperado de: <https://www.fuerzas-armadas.mil.ar/Laboratorio-farmaceutico-conjunto/files/Cultura-y-Salud/Alma/La%20leccion%20clinica%20de%20Charcot%20en%20La%20Salp-etriere.pdf>
- Cabral, M. & Suess, A. (2016). *Despatologización Trans. Preguntas frecuentes... y de las otras también. Guía introductoria al proceso de revisión y reforma de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en el contexto de la lucha por la Despatologización Trans*. Recuperado de: <https://genero.udp.cl/wp/wp-content/uploads/2022/03/Despatologizacio%CC%81n-Trans-Preguntas-Frecuentes-2.pdf>
- Cabrera Macías, Y., López González, E. J., Ramos Rangel, Y., González Brito, M., Valladares González, A. M., López Angulo, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. *MediSur*, vol. 11, núm. 5, pp. 534-541. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180028774008>
- Cagigas, A. (2003). *La histeria de Charcot*. Ediciones del Lunar.
- Calasso, R. (2004). *La locura que viene de las ninfas y otros ensayos*. Sexto piso.
- Cardona Quitián, H. E. (2012). El tratamiento de la histeria a finales del siglo xix y el agujero de la ciencia médica. *Desde el Jardín de Freud*, n.º 12, Enero - Diciembre, pp. 293-310. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635406>
- Ceballos, N. (2016). Te explicamos por qué 'La chica del tren' está siendo un fenómeno tan descomunal. *Revista GQ*. Recuperado de: <https://www.revistagq.com/noticias/cultura/articulos/todo-lo-que-necesitas-saber-la-chica-del-tren/23769>

- Charcot, J. M. (1877–1880). *Iconographie photographique de la Salpêtrière: service de M. Charcot (Vols. 1–3)*. Bureaux du Progrès médical.
- Charcot, J. M. (1882). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à La Salpêtrière*. Delahaye.
- Chesler, P. (2005). *Women and madness*. Palgrave Macmillan.
- Cruces Rivera, D. (2019). Charcot y la histeria: indicios de un paradigma. *Ciencias*, 133, pp.65-69. Recuperado de: <https://www.revistacienciasunam.com/images/stories/Articles/133/pdf133/133A06.pdf>
- Cisneros Ramírez, M. (2019). Enfermedades mentales. Breve historia de la locura. *Academia de ciencias de Morelos*, pp.28-29. Recuperado de: <https://acmor.org/storage/pdf/tH4p02JoDfNDODyxoVQBbjfhIwdBBCInn9wSIWe1.pdf>
- Coleclough, E. M. (2012). “Foucault y el análisis de la constitución del saber psiquiátrico en relación a los dispositivos de poder (fines del Siglo XVIII y principios del Siglo XIX)”. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Editorial Andrés Bello.
- Daros, W. (2007). Los condicionamientos sociales en los paradigmas científicos: Popper y Kuhn. *Invenio*, vol. 10, núm. 18, junio, pp. 47-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87701805>
- De Beauvoir, S. (2018). *El Segundo sexo*. Lumen.
- Deleuze, G. (1983). *La imagen-movimiento: estudios sobre cine I*. Paidós.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1985). *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- Didi-Huberman, G. (2022). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Ediciones Cátedra y Calambur.

- Dix, D. L. (1843). *Memorial to the Legislature of Massachusetts 1843*. Roche Laboratories Nutley.
- Edwards, D. (1999). Emotion Discourse. *Culture & Psychology*, 5(3), 271-291.
<https://doi.org/10.1177/1354067X9953001>
- Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. The penguin press.
- Falret, J.P. (2015). *Las enfermedades mentales y los asilos para alienados*. Polemos.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press.
- Ferraris, M. (2005). *Historia de la hermenéutica*. Alianza.
- Fischer, H. (2007). *Conceptos fundamentales de psicopatología IV*. Centro Editor Argentino.
- Fleury, L. (1866). *Traité Therapeutique et Clinique D'hydrotherapie: L'application de l'hydrotherapie au Traitement des Maladies Chroniques: Dans les Etablissements Publics et au Domicilile des Malades*. Libraire de la Faculté Médecine.
Recuperado de: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77320j/f7>.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995). “Crítica y Aufklärung” en: *Revista de Filosofía-ULA*, 8, pp. 1-18.
- Foucault, M. (1990). “Cap.8: Incorporación del hospital a la tecnología moderna”. En: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad III. La inquietud de sí*. Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). *La gran extranjera: para pensar la literatura*. Siglo XXI.

- Freud, S. (1981a). Algunas lecciones elementales de psicoanálisis. En: *Obras completas* (4 ed.) Editorial Biblioteca Nueva. Tomo III. pp. 3419 - 3423.
- Freud, S. (1981b). Inhibición, síntoma y angustia. En: *Obras completas* (4 ed.) Editorial Biblioteca Nueva. Tomo III. pp. 2833 - 2883.
- Freud, S. (1981c). Tres ensayos para una teoría sexual. En: *Obras completas* (4 ed.) Editorial Biblioteca Nueva. Tomo II. pp. 1169 - 1237.
- Freud, S. (1886). Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico. En *Obras Completas*, Vol. I. Amorrortu Editores, pp. 23-34.
- Freud, S. (2012). *La Histeria*. Alianza Editorial.
- García, L. I. (2021). Estética de la diferencia sexual. Kant, el “bello sexo” y la reflexión estética. *AISTHESIS*, N° 69, pp. 381-401. <https://doi.org/10.7764/69.18>
- Gauchet, M & Swain, G. (2000). *El verdadero Charcot: Los caminos imprevistos del inconsciente*. Nueva Visión.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Gómez Palomar, C. & Gómez Palomar, M. J. (2018). Evaluación de las diferencias de género en la presentación de la crisis coronaria. *Enfermería en Cardiología*, Año XXV (74), pp. 51-56.
- Gontijo, R. (2022). A histeria nos homens: um percurso com Freud e Lacan. *Analytica. Revista de psicanálise*. Vol.11, n.20, 1-18. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972022000100003
- Good, B. (1994). “How medicine constructs its objects”. En: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Grossberg, L. (2012). *Estudios Culturales en tiempo futuro*. Siglo XXI. <https://comunicacionlvm.files.wordpress.com/2015/09/lawrence-grossberg-estudios-culturales-en-tiempo-futuro-2012.pdf>
- Guattari, F. (2013). *Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles*. Cactus.
- Harvey, D. (2008). “Introducción. La modernidad como ruptura”, en: *París capital de la Modernidad*. Akal.

- Heers, J. (1988). *Carnavales y fiestas de locos*. Ediciones Península.
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- Ibáñez, T. (1992). ¿Cómo se puede no ser constructorista hoy en día? *Revista de Psicoterapia*. Vol. III No. 12, 245-257.
- Ingenieros, J. (1919). *Histeria y sugestión*. Rosso Cía.
- Irigaray, L. (2007). *Espéculo de la otra mujer*. Ediciones Akal.
- Israël, L. (2021). *El goce de la histérica*. Editorial Argonauta.
- Janet, P. (1893). *Etat mental des hystériques: Les stigmates mentaux*. Rueff.
- Janet, P. (2007). *L'etat mental des hystériques (Volume I). Les stigmates mentaux*. L'Harmattan.
- Janet, P. (2009). *De l'angoisse à l'extase. Etudes sur les croyances et les sentiments (1926). Volume I*. L'Harmattan.
- Kant, I. (2004). *Observaciones sobre el sentimiento de lo bello y lo sublime*, edición bilingüe alemán-español. Fondo de Cultura Económica.
- Kant, I. (2014). *Antropología en sentido pragmático*. Fondo de Cultura Económica.
- Kelly, G.A. (2001). *The psychology of personal constructs*. Routledge.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Paidós.
- Koselleck, R. (2012). *Historia de conceptos. Estudios sobre semántica y pragmática del lenguaje político y social*. Trotta.
- Kosofsky Sedgwick, E. (2003). *Touching feeling: Affect, pedagogy, performativity*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11smq37>
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Lacan, J. (1966-1967). *La lógica del fantasma, seminario 14*. Inédito. Disponible en: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.6.10%20CLASE%20-10%20%20S14.pdf>
- Lacan, J. (2006). *El Seminario 10. La angustia (1962-3)*. Paidós.

- Lacan, J. (2013). *Consideraciones sobre la histeria*. Universidad de Granada.
- Laguna, H. G., Cocho, G. & Miramonetes, P. (2016). La revolución filosófica de Kuhn. *Discusiones Filosóficas*. Año 17, N° 28, enero – junio, pp. 47 – 66.
<https://doi.org/10.17151/difil.2016.17.28.4>
- Lamas Aguilar, R. M., Colín Piana, R. & González Aguilar, A. (2020). Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(6), 20-30. DOI:
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.03>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra.
- Lerner, G. (1986). *La creación del patriarcado*. Oxford University Press.
- López Cassà, E. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 19, núm. 3, pp. 153-167.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927009.pdf>
- Loyden, H. (2007). La histeria en el cine. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (8), 107–116. Recuperado a partir de
<https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/150>
- Maines, R. P. (2001). *The Technology of Orgasm: "Hysteria," the Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction*. Johns Hopkins University Press.
- Maíz, C. (2020). El “giro afectivo” en las humanidades y ciencias sociales. Una discusión desde una perspectiva latinoamericana. *Cuadernos de CILHA*, n.33, p. 11-14.
- Marchant, M. (2000). Apuntes sobre la histeria. *Revista de psicología*. Vol. IX, núm.1, 1-12. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26409109.pdf>
- Martínez, P. D. (2016). La influencia de Charcot sobre Freud en la concepción del trauma. (1885-1896). *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*, núm. 20. Recuperado de:
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=470:la-influencia-de-charcot-sobre-freud-en-la-concepcion-del-trauma-1885-1896&catid=11:alumnos&Itemid=1

- Massumi, B. (1995). The autonomy of affect. *Cultural Critique*, 31, 83-109.
<https://doi.org/10.2307/1354446>
- Micale, M. S. (2019). *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations*. Princeton University Press.
- Mulvey, L. (1975). Visual pleasure and narrative cinema. *Screen*, 16 (3), 6-18.
<https://doi.org/10.1093/screen/16.3.6>
- Murillo, S. (2017). Cuerpo y biopoder en los trabajos de Michel Foucault. *Consecuencias. Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*. Núm. 19. Recuperado de:
<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/019/template.php?file=arts/Alcances/Cuerpo-y-biopoder-en-los-trabajos-de-Michel-Foucault.html>
- Nader, A. (2019). *Disociación: la visión de Pierre Janet: Desde Síntomas Neurológicos Funcionales y Amnesia*. Editorial Académica Española.
- Nader, A. (2022). Trauma y Amnesia Disociativa: La visión de Pierre Janet. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(1), 92-101. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000100092>
- Palou, S. (2004). *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. Graó.
- Parrondo Coppel, E. (2007). La mujer en el cine gótico: Rebeca (Rebecca, Alfred Hitchcock, 1940). *Revista de historia del cine*. Núm. 25, pp. 79-92. Recuperado de:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3934/27408_25.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Anthropos.
- Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. (Trad.) L. Guarnerio y Allavena. Imprenta Real
- Peñalta Catalán, R. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de Filología Románica*, Vol. 25, pp. 127-138. Recuperado de:
<https://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/RFRM0808110127A/9548>
- Perkins Gilman, C. (2022). *El papel pintado de amarillo*. Avenauta.

- Plumed Domingo, J.J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio*, Vol. LVII (2), 223-253. Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/65-Texto%20del%20art%C3%ADculo%20\(necesario\)-68-1-10-20070528.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/65-Texto%20del%20art%C3%ADculo%20(necesario)-68-1-10-20070528.pdf)
- Pomme, P. (1782). *Traité des affections vaporeuses des deux sexes: ou Maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerf*. De l'Imprimerie Royale.
- Popper, K. (1980). *La lógica de la investigación científica*. Tecnos.
- Prado Ordóñez Fernández, M. (2010). ¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol.3 no.1, 39-45. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/especial1.pdf>
- Rancaño-Puertas, P. (2011). “L’Hôpital Pitie-Salpêtrière en Paris”. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 33(1): 25-27. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-X2013524611210723>
- Reddy, W. (2001). *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotion*. Cambridge University Press.
- Reguillo, R. (2004). “Los estudios culturales. El mapa incómodo de un relato inconcluso” en: *Portal de la Comunicación*, Incom: UAB.
- Richard, N. (ed.) (2010). *En torno a los estudios culturales. Localidades, trayectorias y disputas*. ARCIS/CLACSO.
- Rizo García, M. (2004). Reseña de “El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea” de Leonor Arfuch. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. XLVI, núm. 190, enero-abril, 2004, pp. 232-238. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/421/42119014.pdf>
- Romero, C. A. (2018). Análisis psicológico de la película “El cisne negro”. *Cátedra Psicopatología I*. Universidad Argentina John F. Kennedy. Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Analisis_psicologico_de_la_pelicula_El_c%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Analisis_psicologico_de_la_pelicula_El_c%20(1).pdf)
- Ruíz Somavilla, M. J. & Jiménez Lucena, I. (2003). “Tendencias, género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”. *Frenia*, III (1), pp. 7-29.

- Sandoval, C. (1991). U.S. Third World Feminism: The Theory and Method of Oppositional Consciousness in the Postmodern World. *Genders*, 10, 1-24. Recuperado de: <https://www.dialogoglobal.com/barcelona/texts/sandoval/Sandoval%20US%20Third%20World%20Feminism.pdf>
- Sanfelippo, L. (2011). Razones de un silencio. Sexualidad e histeria entre 1885 y 1896. *Anuario de Investigaciones*, vol. XVIII, 2011, pp. 207-216
- Showalter, E. (1985). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. Virago.
- Skinner, Q. (2007). “Significado y comprensión en la historia de las ideas”, en: Bocardo Crespo, E. (Ed.) *El giro contextual cinco ensayos de Quentin Skinner, y seis comentarios*. Tecnos.
- Spinoza, B. (2000). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Editorial Trotta.
- Szasz, T. (1994). *El Mito de la Enfermedad Mental*. Amorrortu.
- Szasz, T. (2006). *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Editorial Kairós.
- Teixidó Vilar, A. (2013). *El Orlando furioso en su contexto filosófico y literario. Pasión, locura e ironía*. Universitat Pompeu Fabra. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/130826>
- Thompson, S. (2018). Notas sobre la histeria masculina. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-122/557.pdf>
- Tolchinsky Pinkus, L. (2004). *Augustine: La loca de Charcot*. Ediciones Simurg.
- Torralba Suárez, C. (2021). Cuando ser mujer “casi” constituía una enfermedad. *Master de Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.easp.es/blogmsp/2021/10/21/mujer-enfermedad-histeria/>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.

Wetherell, M. (2013). Affect and Discourse – What’s the Problem? From Affect as Excess to Affective/discursive Practice. *Subjectivity*, 6(4), 349-368.
<https://doi.org/10.1057/sub.2013.13>

Williams, R. (2000). *Marxismo y literatura*. Ediciones Península.

Zanón Cuenca, M.J. & Santa María Blasco, M. L. (2016). Iconografías de la histeria. Representaciones de género y cuerpos histericós en las fotografías de Paul Richer y en las celdas del deseo de Louise Bourgeois. *Revista Bellas Artes*, 13, pp. 137-160.
Recuperado de:
https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6438/BA_13_%282015-16%29_07.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Recursos filmicos

Aronofsky, D. (Director). (2010). *El cisne negro* [Película]. Fox Searchlight Pictures.

Hitchcock, A. (Director). (1940). *Rebecca* [Película]. United Artists.

Laurent, M. (Directora). (2021). *El baile de las locas* [Película]. Amazon Studios.

Mangold, J. (Director). (1999). *Inocencia interrumpida* [Película]. Columbia Pictures.

Taylor, T. (Director). (2016). *La chica del tren* [Película]. Universal Pictures.

Wheatley, B. (Director). (2020). *Rebecca* [Película]. Netflix.