

# Locos y degenerados

Una genealogía de la psiquiatría ampliada



Sandra Caponi

## SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX  
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones  
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica  
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias  
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud  
Matío Testa, 2020

Adiós, señor presidente  
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI  
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina  
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social  
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad  
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo  
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud  
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento  
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante  
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)  
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva  
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcelos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen  
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico  
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo  
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera  
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales  
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud  
Mario Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente  
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud  
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud  
Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?  
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes  
Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología  
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

## SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina  
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores  
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo  
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China  
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo  
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna  
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo  
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

## SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista  
Mario Hamilton, 2021

## SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología  
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular  
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita  
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica  
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad  
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suelly Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología  
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

## SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014  
Instituto de Salud Colectiva, 2020

# Locos y degenerados

Una genealogía de la psiquiatría ampliada

*Sandra Caponi*



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Caponi, Sandra

Locos y degenerados : una genealogía de la psiquiatría ampliada / Sandra Caponi. - 1a ed revisada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 46)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-8926-63-6

1. Psiquiatría. 2. Historia. 3. Estudios Sociales. I. Título.  
CDD 616.804

Colección *Cuadernos del ISCo*  
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Carina Pérez*

Coordinación editorial de esta obra: *Ignacio Yannone*

Ilustración de tapa e interiores: *Francescoch*

Corrección de estilo: *Florencia Brunelli*

Diagramación: *Juan Vittori*

Título original: *Locos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*

Primera edición en portugués: *Editora Fiocruz, 2012*

Primera edición en español: *Lugar Editorial, 2015*

Agradecemos a la Editora Fiocruz, por la autorización para la publicación de este texto en español.

© 2024, Sandra Caponi

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-63-6

DOI [10.18294/CI.9789878926636](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926636)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

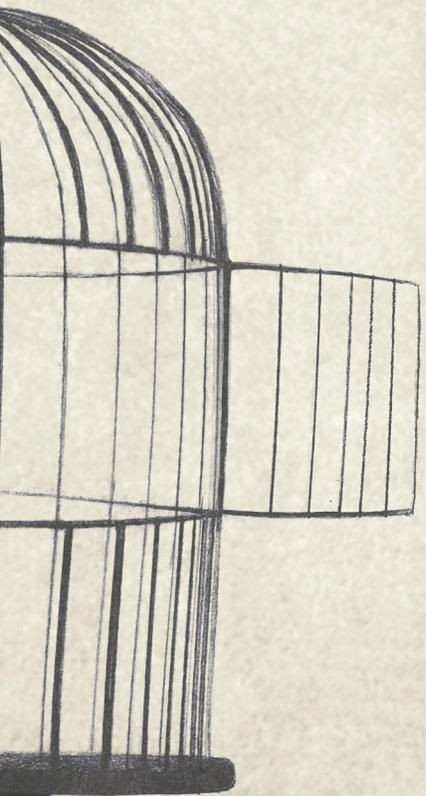
Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



## Sandra Caponi



Es licenciada en Filosofía por la Universidad Nacional de Rosario, en Argentina. Obtuvo su Doctorado en Filosofía por la Universidade Estadual de Campinas de Brasil. Es catedrática del Departamento de Sociología y Ciencia Política en la Universidad Federal de Santa Catarina. Es becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) de Brasil. Ha sido investigadora y docente invitada en diversas instituciones de otros países; destacándose sus estancias en el Collège de France y en la École de Haute Études en Sciences Sociales de París. En 2024, recibió el premio Mujeres en la Ciencia, de la Universidad Federal de Santa Catarina, categoría senior. En la actualidad, habiendo obtenido una beca María Zambrano del gobierno español, Sandra Caponi se desempeña como investigadora en el Centro de Investigaciones en Antropología Médica de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Su labor siempre se ha concentrado en los estudios sociales e histórico-epistemológicos sobre las ciencias biomédicas, en general, y sobre la psiquiatría, en particular. Su producción al respecto es vasta, destacándose los libros: *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica* (Rio de Janeiro, 2001), *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença* (San Pablo, 2019) y *Política, psicofármacos y vida cotidiana* (Barcelona, 2023). En *Salud Colectiva* ha publicado los artículos “[Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral](#)” y “[Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad](#)”, este último en coautoría con Fernanda Martinhago, Nicolás José Lavagnino, Guillermo Folguera.

# Índice

Introducción. Biopolítica de la población y gestión de las anomalías	1
<i>El contexto histórico de emergencia de la psiquiatría ampliada</i>	3
<i>La biopolítica de la población</i>	4
<i>Una medicina de lo no patológico</i>	7
Capítulo 1. Del tratamiento moral a la psiquiatría ampliada	11
<i>De la locura como representación al poder psiquiátrico</i>	12
<i>La psiquiatría clásica y la anatomopatología</i>	16
<i>Pinel y el tratamiento moral</i>	20
<i>Tratamiento moral y poder disciplinar</i>	27
<i>De la disciplina a la biopolítica de las poblaciones</i>	30
<i>Pinel y las pasiones del alma</i>	32
Capítulo 2. Clima, cerebro y degeneración en Cabanis	35
<i>La influencia del clima y los temperamentos adquiridos</i>	38
<i>Entre lo físico y lo moral: La teoría de los humores</i>	42
<i>La anatomopatología como recurso explicativo</i>	46
<i>Clima, cerebro y patologías</i>	50
<i>Degeneración y regeneración</i>	52
Capítulo 3. Benedict August Morel y la emergencia de la teoría de la degeneración	55
<i>La clasificación etiológica de las enfermedades mentales</i>	57
<i>Causas y tipos de degeneración</i>	59
<i>El cerebro: Entre el alma y el cuerpo</i>	61
<i>Estigma y herencia disimilar</i>	63
<i>Degeneración y alienación mental</i>	65
<i>Hacia una psiquiatría ampliada</i>	69
Capítulo 4. La consolidación de un programa de investigación: Magnan y las patologías heredodegenerativas	71
<i>Valentin Magnan y las patologías heredodegenerativas</i>	73
<i>Degeneraciones y desequilibrio cerebral</i>	76
<i>Los síndromes de degeneración en la clasificación de Magnan</i>	80
<i>El desarrollo de un programa de investigación</i>	85
<i>La medicalización de los desvíos</i>	88
Capítulo 5. Emil Kraepelin y la persistencia de la degeneración en la psiquiatría moderna	91
<i>Sobre la degeneración</i>	93
<i>La biologización de los hechos sociales</i>	96
<i>Causas mixtas de degeneración: El ejemplo de la sífilis</i>	100
<i>La herencia en las teorías ambientalistas</i>	103

<i>La legitimación estadística de la degeneración</i>	106
<i>Hacia una psiquiatría ampliada</i>	109
Capítulo 6. Herencia y degeneración: De Kraepelin a los neokraepelinianos	111
<i>La clasificación de patologías mentales de Kraepelin</i>	113
<i>La constitución mórbida y las entrevistas psiquiátricas</i>	117
<i>De Kraepelin a los neokraepelinianos</i>	123
<i>Los avatares de la degeneración</i>	128
<i>Síntomas, herencia y localización cerebral</i>	130
Conclusión. Límites y dificultades de la psiquiatría ampliada	133
<i>Del diagnóstico binario a la multiplicación de diagnósticos</i>	135
<i>Las promesas de la localización cerebral</i>	138
Referencias bibliográficas	143

## Introducción

# Biopolítica de la población y gestión de las anomalías

*Simão Bocamarte estudiaba por todos lados alguna idea nueva y audaz para ampliar las bases de la psiquiatría.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

En la segunda mitad del siglo XIX comienza a articularse un nuevo modo de entender las enfermedades mentales que ya no se restringe exclusivamente a la preocupación por los delirios, las alucinaciones, los actos violentos o las pasiones irrefrenables, hechos que hasta ese momento concentraban el interés de alienistas y psiquiatras. Ese desplazamiento permite clasificar un conjunto cada vez mayor de conductas y comportamientos cotidianos como patologías psíquicas que requieren intervenciones terapéuticas. Emerge así un nuevo campo de saber que posibilita que hechos simples, como la tristeza profunda, la sexualidad en la infancia, el alcoholismo y los más diversos desvíos de comportamiento pasen a ser, poco a poco, objeto de discursos e intervenciones médicas.

Asistimos, así, a la creciente consolidación de ese espacio de saber y de intervención que Michel Foucault (1999) denominó *medicina de lo no patológico*. Se delinean, en ese momento, los contornos de una psiquiatría ampliada que permanece hasta hoy interesada en definir y clasificar *las enfermedades del hombre normal* (Le Blanc, 2007). Actualmente existe una inmensa literatura dedicada a estudiar los límites y las dificultades de esa proliferación de diagnósticos que redefinen casi todos nuestros sufrimientos y conductas en términos médicos (Camargo Jr. & Nogueira; Horwitz, 2002; Moynihan & Cassels, 2006; Conrad, 2007; Martínez Hernández, 2008).

Podrá argumentarse que esas clasificaciones nosológicas encuentran su legitimidad en los recientes avances de las neurociencias, en los nuevos aparatos de diagnóstico por imagen, como los *pet scan*, o en una industria farmacéutica que dedica cada vez más atención a los psicofármacos. No pretendo analizar aquí las controversias ocurridas en el ámbito de las neurociencias o de la psicofarmacología, sino comprender el momento histórico que posibilitó la emergencia de una nueva configuración epistemológica por la cual la psiquiatría se transformó en un saber que es, al mismo tiempo, intra y extraasilar, capaz de referirse tanto a los delirios y alucinaciones como a los sufrimientos propios de la condición humana.

Deberemos indagar, por ejemplo, cómo surge, cómo se valida y cómo se difunde ese saber médico relacionado a lo no patológico. Analizar a partir de qué espacio epistemológico, de qué saberes y de qué estrategias discursivas se consolidó esa psiquiatría ampliada que aparece en la segunda mitad del siglo XIX y que hoy parece haber renacido con fuerza inesperada.

Tomando como punto de partida el análisis que Foucault realiza en su curso del Collège de France de 1974-1975, situamos el origen de la psiquiatría ampliada en el *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana y las causas que producen estas variedades enfermizas) de Morel. A partir de allí serán analizadas las transformaciones sufridas por el concepto de degeneración en diferentes momentos históricos, desde su emergencia en el espacio de la medicina mental hasta sus derivaciones modernas en las ideas de predisposición hereditaria, constitución psíquica o patologías mentales preexistentes.

Se trata, en fin, de comprender el momento histórico de formación y consolidación del concepto de degeneración, así como sus sucesivas transformaciones (Canguilhem, 2002). Analizamos los discursos referidos a la psiquiatría ampliada en relación con la psiquiatría clásica que antecede a Morel representada por Philippe Pinel (1809). También será abordado el concepto de degeneración que Cabanis (1802) introduce en el campo de la medicina y su articulación con las teorías de los naturalistas, principalmente con las teorías de Buffon (1776), con la tradición médica hipocrática y con la naciente anatomopatología cerebral iniciada por Morgagni. Veremos los diferentes puntos de vista que, en el mismo momento histórico, Pinel y Cabanis defendieron en relación con la problemática de la locura, de la localización cerebral y del tratamiento moral.

En la segunda mitad del siglo XIX, específicamente en 1857, fecha de publicación del *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel, surge la idea de psiquiatrización de las anomalías y los desvíos. Esa idea se transformará, más tarde, en un verdadero programa de investigación sobre patologías mentales, conocido como “teoría de la degeneración” (Arnauld, 1896). Los trabajos de Magnan (1893) y de sus seguidores ejercieron gran influencia en los estudios dedicados a las enfermedades psíquicas en la primera mitad del siglo XX. La teoría de la degeneración, particularmente influyente en Francia, tendrá un fuerte impacto en la psiquiatría mundial (Campos et al., 2000) y tendrá significativa influencia en la comunidad científica alemana.

En 1908, Emil Kraepelin publicó un pequeño texto para tratar este tema, que se denomina *On the question of degeneration* (*Sobre la cuestión de la degeneración*). Tomando como punto de partida ese texto de Kraepelin, es posible observar la permanencia de la teoría de la degeneración en las diferentes ediciones de *Clinical psychiatry. A text-book for students and physicians* (*Psiquiatría Clínica. Un manual para estudiantes y médicos*) (1907) y en *Lectures on clinical psychiatry* (*Lecturas sobre psiquiatría clínica*) (1912). La lectura de esos textos de Kraepelin permite una nueva mirada sobre la psiquiatría moderna, pues, si bien es cierto que no todos los investigadores de la

American Psychiatric Association (APA) se reconocen como neokraepelinianos, existe un importante grupo de psiquiatras, cuya participación fue fundamental para la configuración de la psiquiatría actual, que reconoce en la figura de Kraepelin a su teórico más influyente. Por esa razón, intentamos recorrer las marcas dejadas por el discurso de la degeneración en los llamados psiquiatras neokraepelinianos.

Ese grupo, que se identifica como heredero de Kraepelin, ejerció gran influencia en la transformación que el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* sufrió en 1980, volviéndose una referencia obligatoria para la psiquiatría mundial. El manual posibilitó una ampliación de las categorías diagnósticas en el campo de la psiquiatría y permitió su consolidación como un saber capaz de intervenir, terapéutica o preventivamente, sobre el amplio mundo de las anomalías y de los sufrimientos psíquicos.

## El contexto histórico de emergencia de la psiquiatría ampliada

Desde 1857 y a lo largo de los siglos XIX y XX, aparecieron nuevas estrategias de intervención y de gestión de las poblaciones vinculadas a la teoría de la degeneración que fuera inicialmente propuesta por Benedict August Morel (1857, 1859). En ese momento se define un nuevo espacio clasificatorio de enfermedades y anomalías que permitió que, en la segunda mitad del siglo XIX, surjan nuevas enfermedades relacionadas a comportamientos.

Morel pretendía crear una clasificación consistente de patologías mentales que no se apoyara solamente en la diferenciación de síntomas (generalmente muy semejantes unos a otros) o en las manifestaciones corporales exteriores (los llamados “estigmas”, que podrían llevar a clasificaciones equivocadas). Morel pretendía sustituir una clasificación sintomática por una clasificación etiológica de las enfermedades mentales; pensaba que solamente conociendo sus causas podría elaborarse un sistema clasificatorio de patologías psiquiátricas que fuera confiable y que permitiera encontrar terapéuticas eficaces. De ese modo, a partir de la definición de una red causal explicativa ambigua, Morel creaba el principio general de toda su obra: “Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 75).

Foucault dedicó el curso del Collège de France de 1974-1975 a analizar el surgimiento de esa nueva psiquiatría que se construye y se articula en torno de la figura de los “anormales”. Esa matriz explicativa de las enfermedades psiquiátricas se mantuvo hasta inicios del siglo XX no solamente en Francia, sino también en Inglaterra, en Alemania y en América Latina. Analizamos la permanencia de este discurso en las dos principales revistas de psiquiatría francesa (los *Annales d'Hygiene Publique*

*et de Médecine Legal y Annales Médico-Psychologiques*) entre los años 1857 y 1926, pues a partir de ese momento comienza a declinar el número de artículos dedicados a la degeneración, específicamente en el caso concreto de Francia.

Así, en las últimas décadas del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX empieza a consolidarse una verdadera biopolítica de las poblaciones consideradas de riesgo (para sí y para los otros), surgiendo una multiplicidad de nuevas clasificaciones nosológicas de patologías psiquiátricas que dará lugar a nuevas estrategias de intervención, a nuevas terapéuticas y a un discurso higiénico preocupado por prevenir e identificar desvíos patológicos.

## La biopolítica de la población

Recordemos que el concepto de “biopolítica” fue enunciado por primera vez en una conferencia dictada por Foucault en 1974, en la Universidad Estadual de Río de Janeiro. Esa exposición fue publicada en 1977 con el nombre de *El nacimiento de la medicina social* (Foucault, 1989, pp. 79-99). El texto señala un desplazamiento significativo en las estrategias de poder:

...el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en el biológico, en el somático, en el corporal que invistió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad biopolítica. (Foucault, 1989, p. 82)

Sin embargo, es en el quinto capítulo de la *Voluntad de saber* que Foucault aclara y aborda detenidamente el concepto de biopoder en oposición al derecho de muerte que caracterizaría el poder del soberano (Michaud, 2000, p. 16). Ese tema será retomado en diversos cursos que Foucault dicta en el Collège de France. Inicialmente Foucault dedica el curso del año 1976, denominado “En defensa de la sociedad” (Foucault, 1997), a la problemática de la guerra de razas y a sus relaciones con el biopoder, siendo un elemento esencial y articulador de este curso el problema del “riesgo” como elemento estratégico para comprender los dispositivos de seguridad que pretenden anticipar todos los peligros, reales e imaginarios, vinculados al crimen, a la guerra de razas y a la locura. Posteriormente, la biopolítica de las poblaciones será objeto de análisis en los cursos dictados en 1978 y 1979, denominados respectivamente *Seguridad, territorio y población* (Foucault, 2004) y *Nacimiento de la biopolítica* (Foucault, 2005).

Como afirma Didier Fassin (2003), las lecturas contemporáneas del concepto de biopoder se limitaron a utilizar esa referencia en diferentes contextos, sin haber hecho un abordaje teórico o conceptual, a excepción de dos autores provenientes de la tradición filosófica, Agnes Heller (Heller & Fehér, 1994) y Giorgio Agamben (2002): “No deja de ser significativo que las dos obras que más aportaron para repensar ese concepto se inspiraron en el trabajo de Hannah Arendt, que fundó, paralelamente a Foucault, una teoría del gobierno relacionado a la vida” (Fassin, 2003, p. 177).

*La biopolítica de la población*, que comienza en el siglo XVIII, fue la estrategia que posibilitó que, por primera vez en la historia, lo biológico ingrese en el registro de la política (Foucault, 1978). Fue en ese momento que el cuerpo y la vida pasaron a transformarse en objetivo privilegiado de saber y de intervenciones correctivas. El sujeto, como sujeto de derecho, pasó a ocupar un segundo plano en relación con la preocupación política de maximizar el vigor y la salud de las poblaciones. “Deberíamos hablar de biopolítica para designar lo que hace que la vida y sus mecanismos puedan entrar en el dominio de cálculos explícitos, lo que transforma al saber-poder en un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 1978, p. 170). Probablemente los estudios y las estrategias eugénicas sean las que mejor definen a esa biopolítica de la población que, al mismo tiempo en que propone el mejoramiento de la raza y de la especie, parece precisar de la construcción de cuerpos sin derecho que se configuran como simple “vida desnuda”, vida que se mantiene en los márgenes de las relaciones de poder, vida que puede ser sometida y hasta aniquilada.

Una característica del biopoder es la importancia creciente de la norma sobre la ley, la idea de que es necesario definir y redefinir lo normal en relación con su opuesto: la figura de los “anormales”, considerados como “excepción” a la norma. Recordemos que, para Agamben, “la excepción se sitúa en posición simétrica en relación con el ejemplo, con el cual forma sistema. Constituye uno de los modos a través de los cuales un conjunto busca fundamentar y mantener su propia coherencia” (Agamben, 2002, p. 29). La excepción tiene una función estratégica, que es la de auxiliar a la conformación de una identidad de grupo, permitiendo definir las fronteras entre normalidad y desvío. Es en nombre de la salud de todos, de la vitalidad de la especie, del control de las enfermedades y de la anticipación de los peligros que la biopolítica puede multiplicar los espacios médicos de intervención social (Foucault, 2005).

Así, para Foucault, el hecho determinante en la construcción de las sociedades modernas es ese proceso por el cual la vida —esto es, la vida que compartimos con los animales— pasa a ser embestida por cálculos explícitos y por estrategias de poder; el momento en el que lo biológico ingresa como elemento privilegiado en el registro de la política. Es en oposición a la concepción aristotélica de “hombre” que Foucault piensa el ejercicio de la biopolítica: “Por milenios el hombre permaneció siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y, además, capaz de existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está en cuestión su existencia como ser vivo” (Foucault, 1978, p. 184).

La gran novedad que se produce en el mundo moderno, de la cual hablan tanto Foucault cuanto Arendt y Agamben, es la identificación entre lo vital y lo político. En el mismo momento en que el hombre moderno conquista los derechos que se pretenden universales, el dominio de lo vital entra en cuestión. La vida, el cuerpo, la salud, las necesidades, la reproducción, que antes formaban parte de la esfera prepolítica, ingresan en el registro de la política. Por la mediación de las estadísticas, surge un nuevo dominio de saber y de intervención que se refiere exclusivamente al espacio de lo vital y a los fenómenos de natalidad, reproducción y morbilidad.

Ese dominio de intervención se relaciona directa y exclusivamente a un cuerpo que no es el de los individuos, sino el de las poblaciones (Foucault, 1997, 2004).

Hablar de biopolítica de la población implica aceptar un proceso complejo que tiene dos caras. Por un lado, el dominio de lo vital (natalidad, salud, mortalidad y reproducción), que para los griegos era eminentemente privado, ingresará en la esfera de lo social y, consecuentemente, de la política. Los derechos de las mujeres, de los niños, de los trabajadores, el reconocimiento de los derechos básicos a la alimentación y a la asistencia, aunque duramente conquistados, hablan de la positividad de esa biopolítica. Pero existe una cara oscura de ese mismo proceso, representada por las políticas higiénicas, psiquiátricas y eugénicas desarrolladas en el siglo XIX. Políticas que, con el objetivo de mejorar la población y la raza, multiplicaron las conductas y comportamientos, que, clasificados como anormales, pasaron a ser objeto de intervención y gestión médica.

Es necesario observar la funcionalidad estratégica de los biopoderes que, con el objetivo del mejoramiento de los cuerpos, de las poblaciones y de las razas, multiplican los espacios de intervención, reduciendo cada vez más nuestro margen de decisión y de acción política. De ese modo, tanto nuestros sufrimientos individuales y cotidianos como nuestros vínculos sociales o políticos pasan a estar mediados por intervenciones terapéuticas o preventivas, sean médicas o psiquiátricas, que recortan las fronteras de lo que debe ser considerado un comportamiento normal o patológico (Martínez Hernáez, 2008).

Sabemos que el concepto de “normal” es doble: por un lado, remite a medias estadísticas, constantes y tipos; por otro lado, es un concepto valorativo que se refiere a aquello que es considerado deseable en un determinado momento y en una determinada sociedad: define de qué modo “debería ser” una función, un proceso o una conducta (Nordenfeld, 1984, p. 64).

Es por esa razón que el concepto de normalidad, entendido como un valor, no se opone ni a la enfermedad ni a muerte, sino solamente a la anormalidad y a la monstruosidad. La anormalidad es un fenómeno intermediario entre lo médico (pues se define por su distancia con las medias estadísticas y, consecuentemente, con los valores deseables) y lo jurídico (pues se desvía del modo en que un comportamiento o hecho debería a ser). La anomalía está asociada a la diferencia, a la variabilidad de valor negativo, en un sentido que es al mismo tiempo vital y social. Es aquello que una sociedad considera como peligroso o nocivo desde el punto de vista jurídico y médico, aquello que representa al mismo tiempo desvío de la media y amenaza a las normas (Canguilhem, 1990a, p. 204).

El concepto de norma es central para comprender las estrategias biopolíticas surgidas en el siglo XIX, dedicadas al amplio mundo de los “anormales o degenerados”. La idea de degeneración remite a un proceso de degradación patológica del tipo normal y primigenio de la humanidad, que es transmitido hereditariamente, provocando una afección de orden físico, intelectual o moral (Pick, 1996; Cartron, 2000; Christian, 1892). En palabras de Morel, “la degeneración se refiere a todo y cualquier desvío enfermizo [patológico, diríamos hoy] y hereditario del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 15).

La “teoría de la degeneración” es solidaria de esa duplicidad y ambigüedad que caracteriza a los conceptos de “norma” y “normalidad” que Foucault analizará en la tercera conferencia de *Seguridad, territorio y población* (Foucault, 2004), estableciendo una distinción entre las estrategias de *normación*, propias de la sociedad disciplinar, y las estrategias de *normalización*, propias de la biopolítica de las poblaciones. Como veremos, la categoría “degeneración” se refiere a ese doble registro: por un lado, representa un desvío de la media estadística que define la normalidad de las características físicas, tales como altura, peso, formato del rostro, de las orejas, etc., los llamados *estigmas* (Cartron, 2000); por otro, un desvío de las normas o valores que la sociedad europea del siglo XIX consideraba como inviolables y universales. Se encuentra, así, a mitad de camino entre los procesos de normación, por imposición de reglas y normas destinadas a producir sujetos dóciles y productivos, y las estrategias de *normalización* tendientes a anular los desvíos de la media estadística considerada normal.

## Una medicina de lo no patológico

Surge así una medicina de lo no patológico que ya no pretende solamente curar, sino anticipar y prevenir las conductas indeseadas (Foucault, 1997, 1999, 2004). Para ello, serán creadas estrategias referentes al control de la sexualidad y de la reproducción, con el objetivo de intervenir sobre la gran familia de los anormales. La psiquiatría se instituye como defensora del orden social, reclamando para sí un poder aun mayor que el detentado por juristas e higienistas, pues demanda la gestión de la anormalidad. “La psiquiatría se arroga el papel de defensora generalizada de la sociedad, al mismo tiempo que conquista su derecho de injerencia en la sexualidad familiar” (Foucault, 1999, p. 299).

En el momento en que la teoría de la degeneración se consolida como programa de investigación, la psiquiatría puede comenzar a establecer vínculos directos entre un desvío de conducta y un estado anormal (heredado y definitivo) que exige una intervención psiquiátrica. Así, esa larga serie de pequeñas conductas anormales, aberrantes, desviantes, que aparecen en los *Annales Médico-Psichologiques*, se transformará en el eje articulador de la nueva psiquiatría. Para Foucault: “lo que caracteriza a esa nueva psiquiatría es el poder de los médicos sobre lo no patológico” (Foucault, 1999, p. 292).

La teoría de la degeneración permitía desplazar el eje de intervención de la psiquiatría, que pasará de las enfermedades a las conductas, de las patologías a las anomalías, de los síntomas indicativos de lesiones orgánicas a los síndromes de degeneración.

Surge así una larga dinastía de esos “síndromes” de degeneración: inicialmente aparece la agorafobia; luego las claustrofobias; las enfermedades incendiarias surgen en 1867; la cleptomanía es descrita por primera vez en 1879; los exhibicionismos, en 1877; el masoquismo, en 1875; la homosexualidad es enunciada como síndrome

por primera vez en 1870 en los archivos de neurología. Esa suma de desvíos puede ser indefinidamente ampliada, siempre pueden ser agregadas nuevas conductas que exigen intervención psiquiátrica. Así, frente a un hecho social como el surgimiento de las ligas contra la vivisección, Magnan descubrirá lo que denomina “síndrome de antivivisección” (Foucault, 1999, p. 293)

Para comprender la teoría de la degeneración, es necesario hablar de un tipo particular de herencia no definida, donde toda y cualquier anomalía puede surgir y multiplicarse a partir de un sujeto identificado como degenerado o anormal. “El estudio de la herencia, o la localización de la herencia en el origen de las anomalías, constituye esa ‘meta-somatización’ que fue necesaria para construir el edificio de la degeneración” (Foucault, 1999, p. 296). Los anormales no pueden ser considerados portadores de una enfermedad en particular, sino sujetos que anticipan un número ilimitado e indefinido de enfermedades posibles en su descendencia.

Para Morel y sus seguidores, los anormales llevan inscrita en sus cuerpos su propia inviabilidad. “La herencia es el vehículo de transmisión progresiva de toda forma de degeneración adquirida a lo largo de cuatro generaciones, hasta la esterilidad de esta última” (Serpa, 2006). A partir de árboles genealógicos construidos para determinar el carácter hereditario de los degenerados, a partir de una preocupación centrada en las anomalías hereditarias, la psiquiatría delimitará un nuevo campo de acción y construirá nuevas estrategias de poder. “En efecto, desde el momento en que la psiquiatría adquiere la posibilidad de relacionar cualquier desvío, irregularidad, retardo, a un estado de degeneración, de allí en más conquistará una posibilidad de injerencia indefinida sobre los comportamientos humanos” (Foucault, 1999, p. 298).

Esa estrategia biopolítica no tiene el objetivo de curar o de normalizar los desvíos; su objetivo principal es anticipar la emergencia del peligro. Con esa finalidad será construido un instrumento médico-político capaz de controlar a la gran familia de los degenerados y, al mismo tiempo, a las poblaciones y razas consideradas peligrosas. Me refiero al conjunto de estrategias higiénicas y eugénicas que surgen y se consolidan en los siglos XIX y XX, con el objetivo prioritario de controlar a las familias anormales.

Pero la preocupación con la herencia patógena no estaba desvinculada de las intervenciones relacionadas a los espacios o al modo de vida de las clases populares, consideradas potencialmente peligrosas. Aunque la herencia se consideraba la primera causa de degeneración, convivía con otro elemento causal al que se atribuía una importancia fundamental: el medio externo. Este, como afirma Serpa (2006), “mantenía una relación estrecha con la herencia en la serie causal de la degeneración. Eso era posible porque la herencia de los caracteres adquiridos, marca dejada por la teoría de Lamarck en el naturalismo francés de la época, no era cuestionada”. Así, tanto los individuos anormales y sus familias como las clases populares o las diversas razas consideradas como desvío del tipo originario pasaron a ser objeto de estrategias de control más o menos semejantes, reforzándose una “tecnología eugénica para el problema de la herencia, preocupada por la purificación de la raza y la corrección del sistema instintivo de los hombres” (Foucault, 1999, p. 124).

El degenerado era considerado, casi sin excepción, un sujeto incurable. De modo que no será en la terapéutica sino en la prevención que psiquiatras e higienistas concentrarán sus esfuerzos. Por esa razón, la teoría de la degeneración “al mismo tiempo legitimó la eugenesia de Gobineau y de sus herederos racistas y dejó como herencia los test de aptitud para el matrimonio, con la creación del certificado de salud prenupcial” (Cartron, 2000, p. 30).

El objetivo de los estudios dedicados a la degeneración no fue terapéutico, sino administrativo, pues su tarea era la gestión de los cuerpos y de las poblaciones consideradas anormales. Eso creaba un poder casi absoluto de gestión biopolítica: a partir de ese momento la psiquiatría podría abrir, “como dominio de injerencia posible, como dominio de sus valoraciones sintomatológicas, el espacio completo de todas las conductas posibles” (Foucault, 1999, p. 148). De ese modo, Morel consiguió

...transponer el abismo que separaba a los alienistas del resto de la medicina. La aplicación de la teoría de la degeneración para la comprensión de la locura permitió que las intervenciones de los alienistas saliesen de los muros de los asilos, teniendo por misión principal ‘higienizar’ el tejido social y moralizar las masas. (Serpa, 2006, p. 129)

Así, en virtud de la desaparición del privilegio que hasta entonces la psiquiatría concedía a la locura, veremos que “no existirá más nada, finalmente, en la conducta del hombre que no pueda ser, de un modo u otro, cuestionado psiquiátricamente” (Foucault, 1999, p. 148). Dicho de otro modo, fue en virtud del proceso de desalienación de la psiquiatría, posibilitado por la expansión de la teoría de la degeneración, que toda y cualquier conducta pasó a ser pasible de intervención médico-psiquiátrica.

La construcción de una teoría general de la degeneración, que comenzó con Morel y se mantuvo por más de medio siglo, sirvió como marco teórico, al mismo tiempo que sirvió como justificativa social y moral para el surgimiento de un conjunto de técnicas de referencia, clasificación e intervención sobre los anormales (Foucault, 1999, p. 311).

Esa psiquiatría ampliada, esa medicalización de las conductas, de los sufrimientos y de los desvíos aparece inicialmente esbozada en la indisoluble articulación que Cabanis establece entre las condiciones físicas y morales del hombre. Conservando esa duplicidad físico-moral, Morel define las características de la degeneración recurriendo a una concepción metafísica de la normalidad y el desvío. Por esa razón, el concepto de degeneración ingresará a la psiquiatría como un saber legítimo y consolidado, a partir de los estudios de Magnan y sus seguidores. Emil Kraepelin, por su parte, retomará el discurso de los degeneracionistas en diversos textos, permitiendo que muchas de las tesis defendidas por Morel y Magnan reaparezcan, aunque transformadas, en la psiquiatría moderna. En ese momento, el viejo discurso sobre la degeneración perderá todos los elementos metafísicos presentes en Morel y los cuadros bizarros definidos por Magnan, para introducirse como marco legitimador de muchas de las certezas de la psiquiatría moderna.

Poco a poco, el concepto de degeneración será sustituido por referencias a constituciones psíquicas o predisposiciones hereditarias. La psiquiatría moderna, iniciada con Kraepelin, utilizará otros instrumentos analíticos además de la enumeración de patologías mentales presentes en las familias de los alienados, entre ellos las estadísticas psiquiátricas, los estudios comparativos entre territorios distantes, el uso de la farmacopsiquiatría y la psiquiatría preventiva. Más tarde, los discípulos de Kraepelin depositarán sus esperanzas en los estudios genéticos, buscando las pruebas que permitan comprobar el carácter hereditario de las patologías mentales que tanto les preocupara a los degeneracionistas.

Así, la transformación epistemológica, que permitió en la segunda mitad del siglo XIX que la psiquiatría pudiera expandir su campo de intervención para la casi totalidad de los asuntos humanos, parece persistir, aunque profundamente transfigurada, en los actuales esfuerzos para consolidar una psiquiatría ampliada capaz de medicalizar conductas y sufrimientos cotidianos.

## Capítulo 1

# Del tratamiento moral a la psiquiatría ampliada

*La locura objeto de mis estudios, era hasta ahora una isla perdida en el océano de la razón; empiezo a sospechar que es un continente.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

Bajo el título de *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2003), la editorial Gallimard publicó en 2003 la transcripción del curso dictado por Foucault en el Collège de France entre el 7 de noviembre de 1973 y el 6 de febrero de 1974. En ese curso Foucault retoma la problemática de la locura bajo una perspectiva completamente diferente de aquella que, diez años antes, articulara la *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, 1961). Pretendo analizar de qué modo ese texto se vincula, por un lado, con las tesis enunciadas en la *Historia de la locura* y en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 1987) y, por otro, con las tesis enunciadas en *Vigilar y castigar* (Foucault, 1979) y en los textos dedicados a la biopolítica (Foucault, 1978, 1997, 2004).

*El poder psiquiátrico* está en el punto de articulación de las problemáticas arqueológicas abordadas en *Historia de la locura*, *El nacimiento de la clínica* y *Las palabras y las cosas* (Foucault, 1983). Transita por los saberes relacionados con la locura, pero también por la anatomopatología, la clínica y las ciencias humanas. Allí, Foucault analiza de qué modo el estudio del poder psiquiátrico permite dar continuidad y articular las tesis enunciadas en los textos arqueológicos anteriores, fundamentalmente en *Historia de la locura* y *El nacimiento de la clínica*. Pero, al mismo tiempo, ese texto representa una novedad en relación con los estudios anteriores. Como veremos, Foucault ya no habla solamente de saberes, sino también de poderes. Es esa nueva preocupación, propia de los estudios genealógicos, la articulación entre saber, verdad y poder, lo que marcará la distancia entre ese texto y los estudios anteriormente dedicados a la locura y al saber médico.

Deberemos entonces dar un paso más: analizar de qué modo *El poder psiquiátrico* se inscribe en el campo de estudios foucaultianos que se inaugura con *Vigilar y castigar* y con *La voluntad de saber*, para comprender la articulación entre poder psiquiátrico y los biopoderes analizados en el último capítulo de la *Historia de la sexualidad I* y en los cursos *En defensa de la sociedad* (1997) y *Seguridad, territorio y población* (2004). Entonces, será necesario interrogar ese curso bajo dos perspectivas: una primera perspectiva referida a las continuidades y diferencias con el saber médico y otra que

permita repensar las tesis enunciadas en ese curso a partir de los conceptos de riesgo, normalidad, prevención y seguridad, asociados a la biopolítica de la población (Foucault, 1978, 1997, 2004, 2005).

## De la locura como representación al poder psiquiátrico

Parece que la mayor diferencia existente entre *Historia de la locura en la época clásica* y el curso de los años 1973 y 1974 está en sus objetos de estudio. En el primer caso, se trataba de estudiar la representación de la locura como fenómeno histórico y social, analizada desde el punto de vista de las percepciones sociales. Foucault dirá que en aquel momento intentó “estudiar fundamentalmente las imágenes que fueron hechas sobre la locura en el siglo XVII y XVIII” (Foucault, 2003, p. 12). En el segundo caso, ya no se trata de analizar la percepción de la locura, sino los discursos, las ciencias, los juegos de poder y verdad que tomaron por objeto la locura. Mientras en 1961 Foucault insistía sobre la cuestión del encierro asilar y la violencia, en 1974 su preocupación será otra: analizar el modo en que se establecen y circulan las relaciones de poder dentro de ese espacio médico que es el psiquiátrico. Más que analizar “las imágenes construidas en torno de la figura de la locura en los siglos XVII y XVIII, los temores que ellas suscitaron, los saberes que se formaron a partir de los modelos botánicos, naturalistas o médicos” (Foucault, 2003, p. 25), en el curso del Collège de France Foucault busca estudiar los modos en que se articulan saber, verdad y poder con ese fenómeno ambiguo al que llamamos “locura”.

En *El poder psiquiátrico*, Foucault se propone responder a la siguiente pregunta: “¿En qué medida un dispositivo de poder puede ser productor de cierto número de enunciados y de discursos, así como de las formas de representación que puedan surgir de allí?” (Foucault, 2003, p. 14). Entonces, los dispositivos de poder pasan a ser visualizados y analizados como instancias de producción de las prácticas discursivas. La interrogación se desplaza de las representaciones para los dispositivos de poder y para los juegos de verdad que se tejieron en torno a la locura y al saber psiquiátrico.

En el momento en que Foucault ofrece ese curso, también se dedica a la investigación y al desarrollo de un nuevo libro que aparecerá pocos años después: *Vigilar y castigar*. Como se sabe, este texto inaugura un nuevo modo de entender la historia de las ideas. Nuevos temas y problemas empiezan a ser abordados: poder disciplinar, normalización, articulación entre verdad y poder, estrategias y tácticas de control del tiempo y del espacio. En esa etapa genealógica, el interés por las *epistemes* se desplaza hacia un interés cada vez mayor por los “diagramas de poder”.

El curso de 1973 y 1974 pone en evidencia las nuevas preocupaciones de Foucault: la relación entre espacio disciplinar y espacio asilar; el estudio de las diferentes formas que adopta el poder disciplinar en la policía, en el hospital y en la escuela; la disciplina como instancia de normalización; la constitución del individuo por la

tecnología disciplinar; la microfísica del poder asilar; la descripción del panóptico de Bentham. En ese curso es posible reencontrar uno a uno todos los temas que articulan *Vigilar y castigar* (Foucault, 1979), solo que ya no se trata de analizar la institución penal ni, en sentido estricto, la institución psiquiátrica, sino de reproblematicar y dar continuidad a dos antiguas preocupaciones de Foucault: el hospital y la clínica, por un lado; el psiquiátrico y la psiquiatría, por otro.

Así, *El poder psiquiátrico* permite dar continuidad a la *Historia de la locura* y al *Nacimiento de la clínica*, y, al mismo tiempo, posibilita una aproximación y una articulación entre estos dos textos. Muestra la dificultad de desvincular la historia de la psiquiatría de la historia de la medicina. Aunque la medicina y la psiquiatría tengan prácticas, modos de observar y de diagnosticar absolutamente diferentes, es en relación con la primera que la psiquiatría encuentra su legitimidad y su prestigio:

Tendemos a pensar que la psiquiatría aparece por primera vez como una especialidad en el interior del dominio médico [...]. Sin embargo, entre los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que realizan cuando tratan a un paciente no tiene en su morfología o en su disposición general prácticamente nada que ver con aquello que se está transformando en la experiencia, en la actividad diagnóstica y en el proceso terapéutico de la medicina. Sus procedimientos son absolutamente irreductibles a los de la medicina. (Foucault, 2003, pp. 13-14)

Sin embargo, es solo por su relación con el hospital, con la anatomopatología y con *El nacimiento de la clínica* que puede ser comprendido el discurso psiquiátrico: “Es esa heterogeneidad la que va a marcar la historia de la psiquiatría” (Foucault, 2003, pp.13-14).

Foucault analiza ambas disciplinas (psiquiatría y medicina), observando aquello que las aproxima y aquello que las diferencia. Muestra que es necesario detenerse en las divergencias entre la figura del médico y la figura del psiquiatra, entre la institución hospitalaria y el asilo, entre las prácticas propias de la psiquiatría (Amarante, 1998) y aquellas realizadas por un anatomopatologista o un clínico en el mismo momento histórico. Se detiene en las diferentes estrategias terapéuticas y en los diferentes modos de establecer un diagnóstico.

En la clase correspondiente al día 7 de noviembre, leemos que el curso “se inscribe en el punto de llegada o, en todo caso, de interrupción del trabajo que había sido realizado anteriormente en *Historia de la locura en la época clásica*” (Foucault, 2003, p. 15). Podríamos decir que ese curso se inscribe también en el punto de llegada o, en todo caso, de interrupción del trabajo realizado en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 1978). Es exactamente en ese punto que el discurso médico deja de interrogarse por síntomas y lesiones orgánicas y comienza a preocuparse por un sufrimiento que no puede ser localizado en determinado órgano o tejido, un sufrimiento que toma al hombre en su conjunto, ese sufrimiento que englobamos bajo el nombre confuso de “enfermedad mental” o de “trastorno psiquiátrico”.

No es posible hablar de continuidad en relación con la *Historia de la locura* sin analizar las importantes diferencias señaladas por Foucault, los puntos de discontinuidad y ruptura entre ambos textos. Como ya se dijo, su preocupación en *El poder psiquiátrico* no era la representación o las percepciones de la locura, que remitirían necesariamente a una historia de las mentalidades y del pensamiento, sino los dispositivos de poder. Foucault se distancia de una preocupación excesiva por el problema de la violencia, presente fundamentalmente en el último capítulo de la *Historia de la locura*, donde analizaba el uso que Pinel, Esquirol y otros hacían de la fuerza física. Entiende que esa insistencia en la violencia que remite a la fuerza bruta, desequilibrada, pasional, física e irregular, puede obstruir una comprensión de las relaciones de poder calculadas, racionales y medidas que caracterizan a la psiquiatría. Los poderes, así como la violencia, se refieren al cuerpo, toman el cuerpo como objeto, pero no son reductibles a fuerzas irracionales y confusas.

Foucault también establece cierta distancia crítica en relación con el concepto de “institución” antes utilizado como articulador en la *Historia de la locura*: “Yo no creo que la noción de institución sea satisfactoria. Lo esencial no es la institución con su regularidad, con sus reglas, sino precisamente los desequilibrios de poder” (Foucault, 2003, p. 16). Finalmente, critica las referencias a la familia como modelo para comprender el asilo, diciendo que no es el modelo familiar el que se introduce en el psiquiátrico y que este no puede ser comprendido por referencia a vínculos patriarcales, como había afirmado en la *Historia de la locura*.

En resumen, *El poder psiquiátrico* solo puede ser comprendido como continuación de la *Historia de la locura*, aceptándose la sustitución de ciertos conceptos que dejarán de ser usados como referencia teórica privilegiada en los trabajos de Foucault: “Violencia no es la palabra correcta, la institución tampoco indica el nivel de análisis en el que debemos situarnos y no es necesario tomar como referencia el modelo familiar” (Foucault, 2003, p. 16).

Al contrario, uno de los ejes privilegiados de discusión del poder psiquiátrico será la comparación entre los estudios médicos, anatómicos y neurológicos, y los estudios psiquiátricos, o, dicho de otro modo, la distinción entre el cuerpo anatomopatológico, el cuerpo neurológico y la ausencia de cuerpo que caracteriza a la psiquiatría.

En las últimas décadas del siglo XIX, el cuerpo deja de ser pensado exclusivamente a partir de tejidos y órganos; se comienza a hablar de un cuerpo con potencialidades, con funciones necesarias, con comportamientos deseables. Como veremos en los próximos capítulos, a partir de 1860 se multiplicarán las referencias al “cuerpo neurológico”. Por un lado, es posible afirmar que

...el cuerpo neurológico es aún el cuerpo de la localización de la anatomoclínica, que no existe oposición, sino continuidad entre esos cuerpos [...]. Porque el primero forma parte del segundo, es su deriva y su expansión, y porque ambos comparten el mismo espíritu de localización. (Foucault, 2003, p. 300)

Por otro lado, será necesario observar las diferencias: “los procedimientos para ajustar la localización anatómica y la observación clínica no son los mismos cuando se trata de neurología y cuando se trata de medicina general ordinaria” (Foucault, 2003, p. 299). Se habla de una disposición diferente de los cuerpos, de otro modo de describirlos. Mientras la anatomopatología penetraba en los ínfimos detalles del organismo profundo sin interrogar la superficie corporal, la neurología del siglo XIX se limita a delinear una descripción de superficie. Esta última describe conductas, acciones y reacciones, respuestas a movimientos concretos de sobre o subestimulación a través de la utilización de toda una nueva batería de estímulos-respuesta.

Foucault analiza, a partir de documentos oriundos del Hospital de Salpêtrière, la descripción que un alumno de Charcot realiza de una enfermedad neurológica llamada ptosis. Describe una serie de estímulos-respuesta: se ordena al paciente abrir los ojos y este solo abre uno de ellos; se coloca una luz, se aproxima la luz y luego se la aleja más y más. Paralelamente, la explicación del médico para cada situación concreta se limita a una descripción de superficie del rostro del paciente, una minuciosa descripción de las arrugas, de los movimientos de los párpados, etc. Encontramos allí una descripción absolutamente diferente de aquella que será realizada por la anatomopatología:

En cierto sentido, con una descripción como esta, regresamos a un tipo de mirada de superficie, una mirada impresionista, tal como podríamos encontrar en la medicina del siglo XVIII, en una época donde la piel, su coloración, el rubor del rostro o los ojos inyectados de sangre eran elementos importantes para un diagnóstico clínico. (Foucault, 2003, p. 301)

Pero el cuerpo neurológico y las estrategias descriptivas, tal como habían sido pensadas por Charcot, no permiten dar nuevas explicaciones a las enfermedades mentales. La idea de un conocimiento diferencial de la locura fundado sobre la anatomopatología, la fisiopatología o la neurología, esa “tentativa de inscripción de la locura en el interior de una sintomatología médica general”, terminará por fracasar en el siglo XIX. “El fracaso de esa tentativa de Charcot, el hecho de que el cuerpo neurológico sea impenetrable para el psiquiatra y para la anatomopatología, limitará el saber psiquiátrico a tres instrumentos privilegiados de poder” (Foucault, 2003, p. 303). Con la desaparición de la gran esperanza neurológica, no encontraremos más que tres elementos para validar los diagnósticos psiquiátricos: los interrogatorios, la hipnosis y las drogas. De esos tres elementos, dos permanecen hasta hoy inalterados, ya sea en el espacio asilar o en el espacio extraasilar, como constitutivos del poder y del saber psiquiátrico: los interrogatorios y la prescripción de drogas.

Frente al fracaso de la gran esperanza neurológica, resulta necesario analizar las diferencias y la heterogeneidad existente entre el diagnóstico y la terapéutica psiquiátrica y el diagnóstico y la terapéutica propios de la anatomopatología. Foucault señala dos diferencias fundamentales entre ellos. Por un lado, se refiere a la oposición entre un conocimiento diferencial de la sintomatología de la enfermedad,

propia de la anatomoclínica, frente a la ausencia de diagnóstico diferencial que es propia de la psiquiatría. Por otro lado, se refiere a la oposición entre la inscripción de lesiones en el cuerpo, en los órganos y tejidos, realizada por la clínica, y la ausencia de cuerpo que caracteriza al poder psiquiátrico.

Esas características señaladas por Foucault como inherentes al discurso psiquiátrico pueden ser claramente identificadas si nos detenemos a analizar de qué modo esas cuestiones aparecen en el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental)* de Pinel (1809). Ese texto, que servirá como referencia para los alienistas y psiquiatras del siglo XIX y de parte del siglo XX, establece las bases de aquello que deberá ser considerado como relevante para demarcar el objeto de saber y las estrategias de intervención de la psiquiatría. Este *Tratado* de Pinel se propone delimitar las peculiaridades de la figura del loco y las características de lo que denomina “tratamiento moral”. Considera que las estrategias terapéuticas para la enfermedad mental deben realizarse prioritariamente en el interior del hospicio psiquiátrico (Amarante, 1998; Pessotti, 1996; Ackerknecht, 1982; Nicolas, 2009).

Muchos de los elementos apuntados por Foucault aparecen en la psiquiatría clásica de Pinel y Esquirol. Ambos presentan un modo de entender la alienación mental, diferente de otro modo de definir la locura que comenzará a configurarse cincuenta años más tarde. Como veremos en los capítulos que siguen, en la segunda mitad del siglo XIX surge un nuevo modo de clasificar las enfermedades mentales que ya no se limita a la partición binaria loco-no loco ni a la terapéutica basada en el encierro psiquiátrico que caracteriza a la psiquiatría clásica.

## La psiquiatría clásica y la anatomopatología

Cuando en el siglo XIX se articulan la anatomopatología y la clínica en el interior del hospital, se abre la posibilidad de establecer correlaciones entre una lesión localizada en el interior de un organismo y los síntomas presentados por el enfermo. Entonces, a partir de esa correlación entre síntomas y lesiones se hace posible individualizar diversas enfermedades y clasificar diversos síntomas. Es la atribución orgánica de la lesión lo que posibilita la construcción de diagnósticos diferenciales (Ackerknecht, 1986). Determinadas señales y síntomas corresponden a cierta lesión orgánica, y ese cuadro nos permite diagnosticar una enfermedad diferenciándola de otra: una úlcera es siempre diferente de un cáncer de pulmón.

Como afirma Foucault, “en el espacio de la psiquiatría, la situación es completamente diferente por dos razones” (Foucault, 2003, p. 267).

Primera razón. En el caso de la psiquiatría clásica, aunque existen diagnósticos tales como la melancolía, la manía, la demencia, no importa tanto la precisión nosológica como saber si ese paciente es o no loco. Antes de cualquier clasificación, la verdadera cuestión que resulta fundamental para la psiquiatría clásica es establecer una oposición binaria entre sanidad y locura. Aquí lo que está en cuestión es una decisión institucional, la de saber si ese individuo debe ser internado o no en el asilo psiquiátrico.

Será en ese campo dual que se define el diagnóstico de la locura. No se trata de preguntar, como en la clínica, “¿de qué está enfermo este individuo?”, sino de saber si él está enfermo o no. Por esa razón, Foucault habla de un “diagnóstico absoluto” de la psiquiatría que se opondría al diagnóstico diferencial de la medicina clínica.

Segunda razón. La psiquiatría, tal como surge en el siglo XIX, se opone a la medicina por el papel que el cuerpo desempeña en un caso y en otro. Foucault argumenta que “la psiquiatría es una medicina en la que el cuerpo está ausente” (Foucault, 2003, p. 268). Podemos cuestionar esa afirmación si observamos que desde el inicio la psiquiatría se preocupó por encontrar correlaciones entre enfermedades mentales y lesiones. En algunos casos esa búsqueda se mostró infructífera y en otros casos se mostró promisoria (Foucault se refiere al estudio de Bayle sobre la parálisis general y a las lesiones cerebrales que resultan de secuelas de la sífilis). Sin embargo, esa preocupación por determinar la lesión, propia de la neurología, no será determinante para la psiquiatría de la escuela de Pinel y Esquirol.

Su preocupación no era, inicialmente, saber si tal comportamiento, tal manera de hablar, tal categoría de alucinación se refería a esta o a aquella lesión, el problema era saber si decir determinada cosa, escuchar voces, portarse de determinado modo podían definirse o no como locura. (Foucault, 2003, p. 203)

Lo cierto es que lo que caracteriza a la medicina, la posibilidad de establecer diagnósticos diferenciales localizando las lesiones en el cuerpo, no puede ser realizado en el ámbito de la psiquiatría. Por esa razón, ella deberá limitarse a enunciar diagnósticos absolutos, diferenciándose así de los diagnósticos médicos, que se organizan a partir de la correlación entre síntomas y lesiones. De ese modo, no podremos dejar de preguntarnos por la especificidad del saber psiquiátrico frente al discurso médico, en relación con el cual se reconoce y se valida.

Sin referencias a lesiones en órganos o tejidos, ¿cómo establecer un diagnóstico binario? ¿Cómo saber si esa persona que escucha voces o que se define como lo todopoderoso debe o no ser enviada a una institución psiquiátrica? ¿Cómo probar que determinadas actitudes indican una enfermedad mental?

Será necesario que la psiquiatría pueda establecer mecanismos de prueba capaces de sustituir esa constatación que la medicina clínica realiza a partir de la observación de las lesiones. Será necesario poder hacer explícito aquello que se esconde, aquello que se oculta ya no en el interior del cuerpo, en los tejidos y órganos, sino en el interior de las conductas, de los hábitos, de las acciones, de los antecedentes familiares, de la historia de vida. Eso podrá ser realizado por la mediación de una de las técnicas privilegiadas de intervención, que es el interrogatorio psiquiátrico.

La primera función del interrogatorio es disciplinar. Posibilita una atribución de identidad, una serie de enunciados de reconocimiento del sujeto como alguien que tiene determinado pasado, como alguien a quien le ocurrieron determinadas situaciones en el transcurso de su vida. Para atribuir esa identidad, para construir una prueba de la existencia o no de la locura en ese individuo, el interrogatorio puede realizarse de diferentes maneras. Ya en las décadas de 1820 a 1840, cuando aún no

existían estudios sobre la herencia de patologías, la preocupación por las diferentes enfermedades que afectaban o habían afectado a los ascendientes familiares era uno de los temas esenciales de los interrogatorios psiquiátricos.

La funcionalidad de esas atribuciones no estaba vinculada a las enfermedades hereditarias, simplemente posibilitaba lo que Foucault llamó un “alargamiento del cuerpo”, complementario a la idea de “ausencia de cuerpo” a la que ya nos referimos:

En la medida en que no se puede o no se sabe encontrar en el interior del cuerpo del enfermo un substrato orgánico para su enfermedad, se trata de encontrar en la familia cierto número de eventos patológicos que, aunque sean de otra naturaleza (si su padre era apopléjico o si su madre tenía reumatismo o si tiene o no un primo idiota), se refieren a la existencia de un substrato material patológico. (Foucault, 2003, p. 237)

Esa preocupación con el cuerpo ampliado se verá transformada y reforzada a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, constituyéndose en el eje articulador de las estrategias biopolíticas propias de la teoría de la degeneración. Entonces, podrá afirmarse, con una certeza casi incuestionable, que esa herencia patológica ambigua permite darle un cuerpo a la enfermedad mental (Foucault, 2003, p. 273). Pues, frente a la imposibilidad de situar a la enfermedad en el interior del organismo, se inventa un cuerpo, ese gran cuerpo fantasmático que es el de la familia afectada por una serie de conflictos y patologías. Ese cuerpo ampliado permitirá, como veremos en el caso concreto de la teoría de la degeneración, que la psiquiatría ingrese en ese ámbito de saberes y de estrategias de intervención referidas a las poblaciones que Foucault definió como biopolítica.

El modo en que la psiquiatría clásica, inaugurada por Pinel, se vincula con ese cuerpo fantasmático o ampliado constituido por la familia no es idéntico al modo en que los teóricos de la degeneración utilizarán las historias patológicas de las familias afectadas por enfermedades mentales. La herencia patológica representa para Pinel uno de los múltiples elementos que integran la red causal explicativa de las patologías mentales, tiene tanta relevancia como la educación en la infancia o los conflictos familiares vividos por los alienados. Al contrario, para la teoría de la degeneración, la herencia patológica deja marcas en el cuerpo que se transmiten por generaciones, siendo la causa principal de las patologías mentales. Como veremos, a partir de Morel (1857) y sus seguidores, la herencia aparece como el gran marco explicativo de las patologías mentales y todas las circunstancias externas se limitarán a ser disparadores de una predisposición mórbida que se transmite por generaciones.

Sin embargo, en ambos casos la estrategia para conocer el cuerpo ampliado será la misma: el interrogatorio psiquiátrico. El interrogatorio remite, por un lado, a la familia y, por otro, a los antecedentes individuales de la enfermedad. No obstante, una vez más el modelo de referencia a partir del cual se valida la psiquiatría será la medicina clínica. Ambos se interesan por la sucesión de enfermedades que acometieron a la familia del paciente, aunque de maneras diferentes.

Mientras el lugar ocupado por la anamnesis en la medicina clínica está asociado a la preocupación por determinar episodios que podrían dar indicios para establecer un diagnóstico o pronóstico específico, no ocurre lo mismo en el caso de la psiquiatría. La anamnesis de la medicina clínica permite decidir, en cada caso concreto, si se trata de una enfermedad crónica o degenerativa, posibilitando un diagnóstico específico dentro de un cuadro nosológico que remite a lesiones orgánicas. Al contrario, en el caso de la psiquiatría, la operación de buscar los antecedentes individuales se refiere a otra preocupación. El interrogatorio psiquiátrico pretende encontrar en el relato de las conductas pasadas datos que hablen de comportamientos o reacciones anormales que serían indicativos de la existencia silenciosa de la enfermedad. Ese interrogatorio debe “mostrar que la locura existía antes de la aparición de la enfermedad, mostrar que esos signos son la condición de posibilidad de la locura” (Foucault, 2003, p. 274). Se trata de buscar y encontrar signos anunciadores de la enfermedad en la historia de vida del individuo y de su familia, de encontrar las marcas que hablen de una disposición a la locura.

Por fin, el interrogatorio, técnica privilegiada utilizada por la psiquiatría clásica, se define por otras dos características. La primera es establecer un cruzamiento entre responsabilidad y subjetividad; la otra es su capacidad de hacer que el enfermo reviva la enfermedad en el momento preciso del interrogatorio, delante del saber psiquiátrico. En el primer caso el interrogatorio procede de modo tal que las acciones cometidas, las faltas que llevaron al internamiento, pasan a ser visualizadas como síntomas de la locura.

Se afirma “usted puede ser liberado de toda responsabilidad jurídica o moral cuando reconozca y asuma que esas acciones son síntomas incontrolables de una enfermedad que lo posee y lo domina” (Foucault, 2003, p. 278). Pero el objetivo final del interrogatorio, allí donde este encuentra su razón de ser, donde cumple su función, es en el momento preciso en “que el sujeto interrogado no solo reconoce la existencia de su locura delirante, sino que puede actualizarla, de un modo efectivo, en el momento del interrogatorio” (Foucault, 2003, p. 275).

Cabe al psiquiatra la confirmación final. Debe presenciar la enunciación de la locura bajo la forma del reconocimiento, provocando una confesión: “sí, escucho voces”. O, entonces, debe provocar el desencadenamiento de la enfermedad suscitando las alucinaciones, provocando la crisis histórica. Se trata, resumidamente, de generar el enunciado confirmatorio: “Sí, soy loco”.

Foucault dirá que esa técnica no puede ser entendida sino es dentro de una lógica, que es la de las estrategias y mecánicas de poder: atribución de identidad, diferenciación entre normalidad y anormalidad, establecimiento de faltas y responsabilidades, y, finalmente, atribución de la locura. Y será en el interior de esas estrategias de poder que la psiquiatría encuentra su razón de ser. El interrogatorio posibilita el reconocimiento del enfermo como loco, pero posibilita también el reconocimiento del poder saber psiquiátrico. Como afirma Pinel:

La terapéutica de la locura es el arte de sojuzgar y de dominar, por así decir, al alienado, poniéndolo en estrecha dependencia de un hombre que, por

sus cualidades físicas y morales, está apto para ejercer sobre él un dominio irresistible, alguien capaz de alterar la cadena viciosa de sus ideas. (apud Foucault, 2003, p. 10)

Sin embargo, esa lógica remite también a otro elemento esencial para comprender la psiquiatría de Pinel. Si es posible hablar de terapéutica, de tratamiento moral o aun de reconocimiento de la propia locura, eso solo puede ocurrir porque, para Pinel, en toda locura permanece siempre un resto de razón.

Está claro que, para recobrar la razón perdida, todo y cualquier método está justificado. El interrogatorio contribuye al reconocimiento de la propia locura, pero la terapéutica exige todo tipo de instrumentos de intervención para que, a partir de ese resto de racionalidad que se evidencia en el autorreconocimiento, se recobren los hábitos perdidos y se moderen las pasiones desenfrenadas:

El hospital psiquiátrico del XIX es un lugar de diagnóstico y de clasificación, rectángulo botánico donde las especies de enfermedades son repartidas y dispuestas [...], pero también un campo institucional donde lo que está en cuestión es la victoria y el sometimiento. (Foucault, 2003, p. 345)

En ese espacio, lo que está en juego es la producción y la terapéutica de la enfermedad mental a partir de un conjunto bien delimitado de estrategias de poder.

Todas las técnicas o procedimientos puestos en acción en los asilos del XIX, aislamiento, interrogatorio público o privado, tratamientos punitivos como la ducha, las obligaciones morales, la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones de preferencia entre ciertos médicos y ciertos enfermos, las relaciones de posesión, de subordinación, de vasallaje, de dominación, de servidumbre del enfermo al médico, todo eso tenía por función hacer del personaje médico el “maestro de la locura”: aquel que la hace aparecer en su verdad (que explicita lo que estaba escondido y silencioso), aquel que la domina, la apacigua y la absorbe después de haberla sabiamente desencadenado (Foucault, 2003, p. 345).

## Pinel y el tratamiento moral

Es bien conocida la imagen de Pinel liberando a los locos de sus cadenas, y es en ese gesto simbólico del humanismo moderno que el asilo psiquiátrico encontraba su legitimidad y su razón de ser. El manicomio permitía que se articularan magistralmente dos problemas sociales: la garantía de armonía del orden social (que demandaba protección contra amenazas y desórdenes) y la supuesta eficacia terapéutica del aislamiento.

En ese contexto, Esquirol puede enunciar las cinco razones principales para el aislamiento de los locos: “(1) asegurar la seguridad personal y de la familia; (2) liberarlos de las influencias exteriores; (3) vencer sus resistencias personales; (4) someterlos a un régimen médico; (5) imponer nuevos hábitos intelectuales y morales”

(apud Foucault, 2003, p. 350). Como afirma Foucault, esas razones permiten concluir que lo que legitima el asilo psiquiátrico es una cuestión de poder. Se trata de medir el poder del loco, de neutralizar los poderes exteriores, de “ejercer sobre él un poder terapéutico y de moralización” (Foucault, 2003).

Es importante destacar que cuando Pinel habla de locura se refiere tanto a juicios errados, a delirios y falta de correlación entre enunciados y cosas, como a pasiones incontroladas, a acciones excesivas y a comportamientos inexplicables (Amarante, 1998; Pessotti, 1996; Ackerknecht, 1962, 1982). La locura remite, al mismo tiempo, a un defecto del entendimiento y a una limitación de la voluntad. No se trata, exclusivamente, de falsos juicios, como ocurriera en el caso del Quijote, magistralmente analizado en *Las palabras y las cosas*; la psiquiatría clásica se interesa también por el modo de actuar, de comportarse, de querer, de anhelar, de desear, que traduce pasiones incontroladas, fuerzas excesivas, moralidades desviadas.

La lectura de la segunda edición de 1809 del *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* (2005) de Pinel parece llevar a una conclusión diferente de la explicitada por Foucault. Para él, a partir de Esquirol y Pinel, la locura ya no se inscribe más en el eje “verdad-engaño-conciencia”, sino sobre el eje “pasión-voluntad-libertad”. Sin embargo, analizando el papel que ocupan los delirios, la falta de conexión con la realidad y la irracionalidad del discurso o la idea de restitución de una razón perdida en el *Tratado* de Pinel, es posible afirmar que el problema de la verdad no era una cuestión secundaria. Quizá sea más correcto afirmar que en la psiquiatría clásica, representada por los nombres de Pinel y Esquirol, el eje “verdad-engaño-conciencia” se articula con el eje “pasión-voluntad-libertad”. Recobrar la razón que el alienado perdió no es más que un modo de contener y estabilizar las pasiones desenfrenadas que caracterizan a la figura del loco, legitimando así el internamiento asilar.

El asilo psiquiátrico será ese lugar donde la voluntad perturbada, las conductas indeseadas y las pasiones pervertidas se confrontan con la rectitud moral representada por la figura del alienista. Entre voluntad y terapéutica se establece un proceso de oposición, de lucha, de dominación. Como afirma Esquirol: “es necesario aplicar un método perturbador, es necesario sojuzgar el carácter entero de ciertos enfermos, vencer sus pretensiones, dominar su orgullo” (apud Foucault, 2003, p. 345).

Para poder comprender el lugar estratégico que el asilo psiquiátrico ocupaba en el tratamiento moral, debe ser analizado el marco discursivo que llevó a Pinel y a Esquirol a conceder ese privilegio absoluto al encierro asilar sobre cualquiera otra estrategia terapéutica. Veremos que es posible identificar en el *Tratado médico-filosófico* de Pinel (2005) esa red epistemológica que, para Foucault, define a la psiquiatría clásica, configurada por diagnósticos binarios, por referencias al “cuerpo ampliado” y a la terapéutica asilar.

Sea que se trate de la demencia, de la manía y de la melancolía de Pinel o de las monomanías de Esquirol, la institucionalización asilar exigía una distinción binaria entre normalidad y locura. En ese contexto, las clasificaciones diagnósticas ocupaban un papel absolutamente secundario para la definición de la locura y para el encierro asilar.

Es verdad que Pinel tiene la preocupación de organizar en su *Tratado* una nosografía científica de patologías mentales basada en la clasificación de las plantas y los animales de los naturalistas. Esa clasificación surge de las observaciones realizadas sobre enfermos internados en el asilo psiquiátrico y de una cuidadosa atención dirigida al curso de evolución y de transformación de las patologías. Sin embargo, la distinción entre las cuatro principales formas de manifestación de la alienación mental (manía, melancolía, demencia e idiotismo) no delimita fronteras taxativas, pues, para Pinel, todas las formas patológicas derivan del mismo conjunto de causas físicas y morales, todas presentan síntomas semejantes y en cada caso existen cuadros intermediarios donde los síntomas de uno y otro grupo se confunden.

Así, la manía es un tipo de delirio con agitación, pero el delirio puede no estar ausente de la melancolía; a su vez, manía y melancolía, como muchos autores ya observaron anteriormente, son cuadros patológicos que aparecen frecuentemente asociados, de tal modo que uno puede anunciar la aparición del otro. Se trata, en fin, de manifestaciones de la “alienación mental” que, aun presentando diferencias entre sí, comparten los mismos trazos característicos de toda locura. Estos son: alteración en las funciones intelectuales, que lleva a la construcción de delirios y de afirmaciones sin vínculo con la realidad; “lesiones” de la voluntad, que desencadenan pasiones excesivas y actos inmorales, y la persistencia de un residuo de razón sobre el cual se edifica el tratamiento moral.

Para construir su clasificación, Pinel comienza por excluir todo aquello que la sociedad entiende por delirio, extravagancia o locura, así como todas las caracterizaciones metafísicas acumuladas hasta ese momento. Propone organizar datos y observaciones empíricas a partir de una minuciosa descripción de los comportamientos, ademanes y características presentadas por los enfermos internados en los asilos. Esas observaciones lo llevan a suponer lesiones de la inteligencia o de la voluntad, que, como veremos, nada tienen que ver con lesiones anatómicas o cerebrales. Concluye que, dejando de lado las diferentes variedades de enfermedades intermediarias, es posible diferenciar los siguientes cuadros patológicos:

Un delirio más o menos marcado sobre casi todos los objetos con los cuales se vincula y un estado de agitación y furor constituyen la “manía”. El delirio puede ser exclusivo o estar vinculado a un conjunto particular de objetos, puede estar acompañado de letargo o de afecciones profundas, denominándose “melancolía”. En ciertas ocasiones, una debilidad general alcanza las funciones intelectuales y afectivas, como en la vejez, y se denomina “demencia”. Por fin, una eliminación de la razón con instantes rápidos y automáticos de arrebato se designa “idiotismo”. Esas son las cuatro especies que indican, de modo general, la alienación mental. (Pinel, 1809, p. 88)

Como se ve, Pinel no pretende establecer diagnósticos diferenciales, sino definir los diversos modos por los cuales se manifiesta una misma patología, que es la alienación mental. La partición binaria entre loco y no loco es esencial para componer la estructura de la terapéutica moral. Aunque Pinel reconozca hasta qué

punto puede ser importante el cuidado dedicado por la familia a los enfermos mentales, inmediatamente aclara que debe enunciar una verdad triste, a la cual llega después de minuciosas observaciones: la necesidad absoluta de confiar los alienados a manos extranjeras, separándolos de sus familias, pues la irritabilidad de los enfermos, sus ideas confusas, las amenazas, las escenas de desorden, los tumultos que crean en su entorno, así como sus gritos, exigen “el uso correcto de la represión enérgica y de una vigilancia rigurosa. Demandan un conjunto de medidas adaptadas al carácter particular de cada enfermo, que no pueden ser reunidas en otro espacio que no sea el de los establecimientos creados para eso” (Pinel, 1809, p. 89).

No importa cuáles sean las características específicas que presenta cada alienado, no importa si está afectado de demencia o de manía. Interesa saber si él debe recibir o no el diagnóstico de loco e ingresar en el único espacio capaz de devolverle la razón perdida. La terapéutica asilar supone una lógica binaria que, por un lado, excluye todo aquello que no pueda ser claramente caracterizado como alienación mental y, por otro, exige una organización interna capaz de administrar, dentro del asilo, diferentes estrategias para abordar los diversos modos de alienación.

Surgen allí diversos preceptos sobre la disposición de los locales, la distribución de los alienados, el servicio interior, el régimen moral y físico, de acuerdo con las características de las variedades de alienación, los diversos períodos del estado agudo, de su declinación y de la convalecencia, lo que supone un conocimiento profundo de la marcha de la enfermedad (Pinel, 1809, p. 89).

Esa lógica binaria supone una identidad, más allá de las diferentes manifestaciones de la alienación. Esa identidad no está exclusivamente relacionada con las manifestaciones exteriores de la locura, como los gritos, los temblores, los discursos ilógicos o la voluntad sin control. Se refiere también a la red causal que explica el desencadenamiento de la locura.

Aunque Pinel insista en hablar de lesiones físicas y morales, él no se refiere a lesiones anatómicas. Las lesiones físicas estudiadas remiten a lo que Foucault denominó “una mirada de superficie”, una observación que se detiene en la descripción del color de la piel, del rubor o palidez del rostro, del modo de caminar, de los ademanes, etc. Para Pinel,

...las diversas lesiones del entendimiento y de la voluntad se vinculan a los cambios físicos que les corresponden y que se caracterizan por signos, tales como los movimientos desordenados del cuerpo, la incoherencia y absurdidad en los objetivos, los ademanes bizarros e insólitos. (Pinel, 1809, p. 120)

Cree que es necesario analizar de manera separada esas lesiones del entendimiento y de la voluntad para luego poder componer los cuadros característicos de las diferentes especies de alienación.

Pinel diferencia así las lesiones de la sensibilidad física, entre las cuales destaca la privación de la palabra o la emisión de gritos agudos, el frío constante, el sentimiento de hambre, el apetito voraz, la fuerza muscular excesiva. Por otro lado,

analiza las lesiones en la percepción de objetos exteriores, que puede aparecer de modo diferente en la demencia, en la manía o en el idiotismo; las lesiones del pensamiento y de la memoria; las lesiones en la capacidad de juzgar; los errores en la imaginación; las lesiones en las emociones y en las conductas, y se refiere, por último, a las alteraciones en el carácter moral de los alienados. Un tipo peculiar de demencia estudiada por Pinel, que él denomina *folie raisonnante* y que podemos traducir como “locura con razonamiento”, indica un cuadro patológico “marcado, fundamentalmente, por la coherencia extrema de las ideas y por la corrección de los juicios; el alienado puede leer, escribir y razonar como si su razón fuera saludable, pero es susceptible de realizar actos de la mayor violencia” (Pinel, 1809, p. 134).

Las lesiones del entendimiento y de la voluntad están presentes de modos diferentes en las diversas manifestaciones de la alienación mental. Sin embargo, esas lesiones no indican una causa común para las diferentes patologías psiquiátricas ni pueden reducirse a expresiones externas de causas anatómicas o biológicas más profundas, como muchos autores creían en la época. Pinel retoma esa cuestión en diferentes momentos de su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* y manifiesta una clara oposición a la pretendida localización de la alienación mental en un lugar específico del cerebro. Así, refiriéndose a la manía, afirma:

Pocos objetos de estudio médico son tan fecundos como la manía, que presenta numerosos puntos de contacto y necesarias aproximaciones entre esa ciencia, la filosofía moral y la historia del entendimiento humano. Existen pocas enfermedades, sin embargo, cargadas de tantos prejuicios y errores que deben ser derribados. La alienación del entendimiento es generalmente vista como el producto de una lesión orgánica del cerebro y, por consecuencia, como una enfermedad incurable, hecho que, en un inmenso número de casos, es contrario a las observaciones anatómicas realizadas. (Pinel, 1809, p. 76)

“Nada es más oscuro que la naturaleza de las funciones cerebrales o intelectuales; entonces, ¿los mecanismos de sus diversos desequilibrios no deberían ser igualmente impenetrables?” (Pinel, 1809, p. 340).

Las cirugías cerebrales que describe minuciosamente, y en ciertos casos el uso de medicamentos, deben dar lugar a otro tipo de terapéutica menos preocupada por modificar supuestas lesiones cerebrales desconocidas que por posibilitar intervenciones morales efectivas.

La rutina ciega de un gran número de médicos se mantuvo en el círculo estrecho de la multiplicación de sangrías, baños fríos y duchas fuertes, sin dar casi ninguna atención al tratamiento moral. Fue desconsiderado el punto de vista filosófico de la alienación, el conocimiento de las causas físicas y morales que la producen. (Pinel, 1809, p. 77).

Vemos que, aunque el *Tratado* de Pinel haga referencias permanentes al entendimiento médico de la locura, no comparte con la medicina el mismo objeto de intervención. El cuerpo anatomopatológico, que permite intervenciones clínicas y diagnósticos diferenciales en la medicina, está ausente en el *Tratado* de Pinel. La

psiquiatría de Pinel no pretende descubrir el interior del cuerpo, no está interesada en lesiones de órganos o tejidos. El cuerpo abierto a una mirada médica en profundidad para que puedan encontrarse las verdaderas causas orgánicas de toda patología está ausente en el discurso de Pinel. Para él, importa el cuerpo en la medida en que es objeto de una mirada de superficie que se detiene en los ademanes y movimientos externos más que en lesiones internas.

Las causas de la alienación mental no deben ser buscadas en el interior del cuerpo, sino en un conjunto complejo de circunstancias que se articulan de tal modo que pueden provocar la enfermedad. Entre ese conjunto de causas, se destacan las pasiones.

La alienación tiene muy frecuentemente su origen en pasiones vivas fuertemente contrariadas. [...] Los médicos deben observar la alienación como los antiguos, que en sus especulaciones sobre las afecciones morales las consideraban como enfermedades del alma. Cualquiera que sea la acepción de ese término, es cierto que [las pasiones] son las causas más frecuentes de las enfermedades, y la alienación mental ofrece inúmeros ejemplos de eso. (Pinel, 1809, p. 93)

Aunque las pasiones se destaquen como un elemento explicativo privilegiado, Pinel considera que las causas de la locura son múltiples. Se conjugan en esa multiplicidad de causas situaciones sociales, fisiológicas, hereditarias, emocionales; cada una de ellas puede tener un papel predominante en el desencadenamiento del proceso patológico. Petrella (apud Pessotti, 1996) encuentra allí el gran mérito de Pinel: su capacidad de analizar varios factores causales sin dar prioridad a uno de ellos sobre otros, sin privilegiar ni los factores físicos ni los factores morales.

Pinel admite la posibilidad de un conjunto de factores que deben ser descritos de forma integrada, [...] esa capacidad de soportar un poliformismo etiológico en la psiquiatría, aparece, por lo menos para mí, como decididamente genial, quizá el punto más notable de su contribución. (Petrella apud Pessotti, 1996, p. 93)

Entre esos factores causales, se destacan: la herencia; la educación que recibieron los niños; los vínculos familiares; ciertas irregularidades repetidas en los modos de vida, tales como vicios con alcohol o drogas; las enfermedades como cólera o dolor, seguidas de espasmo; las pasiones debilitantes, como el enojo, el miedo, los celos, la envidia, que, según Pinel, están en el origen de tantos males sociales y que cuando se presentan en un alto nivel de intensidad pueden provocar alienaciones. Destaca también, entre otras causas, el furor religioso; una constitución debilitada; ciertas causas físicas, tales como golpes en la cabeza, consumo de alcohol, hemorragias internas, menopausia, entre muchas otras. Considera que solamente a través de las entrevistas psiquiátricas con los pacientes sería posible reconstruir la trama de causas que estaría provocando, en cada caso concreto, la alienación mental.

Los interrogatorios permiten construir ese cuerpo ampliado constituido por la familia de los pacientes, al que Foucault se refiere en *El poder psiquiátrico*. Su interés al utilizar esa estrategia no es el de determinar patologías heredadas o procesos de degeneración, como ocurrirá más tarde, a partir de 1857, con los teóricos de la degeneración. Lo que le interesa a Pinel es comprender la trama de redes causales que opera en cada caso concreto, para poder determinar la variedad y la especie de alienación y su tratamiento. Así, el interrogatorio podría evidenciar la existencia de elementos que desencadenaron el proceso patológico en el interior de las relaciones familiares. La predisposición hereditaria es uno de los muchos elementos causales que se articulan posibilitando el surgimiento de una enfermedad mental. Pero estamos lejos de la herencia patológica a la cual, como veremos posteriormente, se referirán los teóricos de la degeneración. Como afirma Petrella (Pessotti, 1996), la herencia no tiene mayor peso etiológico en la explicación de Pinel que un dolor profundo, un amor contrariado, la exaltación fanática o el fanatismo religioso. Por otro lado, los factores somáticos, como hemorragias o fiebres, son considerados efectos o síntomas, y no causas de la alienación.

En el *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*, Pinel presenta un cuadro explicativo donde aparece un registro de ingresos en el hospital. Allí se explicitan diferentes especies de alienación, número de curas, causas físicas y morales, identificándose casos de enfermos irrecuperables en un período de cuatro años en el Hospicio de Salpêtrière. La simple observación de ese cuadro indica, según Pinel, que las causas físicas más frecuentes se refieren a una disposición originaria, a la menopausia, al abuso de licor, a un accidente en el parto o a un golpe en la cabeza. El mismo cuadro permite identificar entre las causas morales más frecuentes un sentimiento vivo de terror, un amor contrariado, dificultades económicas, problemas domésticos y una devoción religiosa excesiva. Así, analizando los diversos tipos de alienación, Pinel concluye:

Existe una marcada diferencia en la frecuencia de ciertas causas de acuerdo a las diferentes especies de alienación: los problemas domésticos producen, más frecuentemente, la manía; una devoción muy exaltada determina más frecuentemente la melancolía. Un amor contrariado e infeliz parece ser una fuente fecunda para las dos especies de alienación. Parece también que causas accidentales hacen variar los resultados en los diferentes años, como el aumento de melancólicos por terror religioso en el último semestre del año X. En relación al idiotismo, el cuadro indica que las causas físicas, como un vicio de conformación, pueden estar en el origen de la mayor parte de los casos. (Pinel, 1809, p. 338)

Como puede ser observado en esta cita, la mirada de Pinel no se dirige hacia el interior del cuerpo, como la del anatomista o la del clínico, sino hacia esas pequeñas dificultades cotidianas surgidas en el marco de vínculos sociales o morales, como un amor contrariado, el miedo o la pérdida de fortuna. Claro que él depositará en el asilo psiquiátrico la confianza absoluta para operar la transformación terapéutica

que podría llevar a la cura. Entiende que el *tratamiento moral* dispensado en el asilo auxiliará a restablecer la confianza de cada paciente en sí mismo y a restituir la razón perdida. El aislamiento y el encierro permitirían, en la percepción de Pinel, dominar las pasiones violentas y llevar al paciente a “escuchar la voz de la razón”, pero permitiría también poner cierta distancia a esas situaciones próximas y familiares que causaron la enfermedad.

Para cada especie de alienación existirá un tipo de pronóstico. Así, la melancolía que ocurre por problemas domésticos puede ser revertida en algunos meses por el aislamiento y el auxilio de otros medios simples. Sin embargo, si la alienación es el resultado de terrores recurrentes o de celo sin motivos, el tiempo de tratamiento y de aislamiento deberá ser mayor.

Pinel considera que deberá ser aún mayor el período de clausura de aquel que padece de exaltación religiosa, pues ¿cómo pedirle que obedezcan la voz de la razón a esos sujetos que obedecen exclusivamente los mandatos sobrenaturales? En ese caso, la figura de la mesura y de la racionalidad representada por el alienista no será obedecida y se cubrirá de sospechas, pasando a ser vista como “profana y persecutoria” (Pinel, 1809, p. 348).

El *Tratado* de Pinel se refiere fundamentalmente a las pasiones, a sus transformaciones, a sus diferencias, combinaciones y manifestaciones violentas. El tratamiento moral deberá valerse de todo y cualquier medio para someter las pasiones sin control a la voz de la razón, que está concentrada en la figura del alienista. Este deberá construir un espacio represivo y controlado dentro del asilo, mantener una vigilancia permanente y paternal, saber utilizar los medios para dominar el carácter y las pasiones sin control. Se trata de ejercer, en fin, ese poder disciplinar que, a semejanza del presidio, permite que los alienados interioricen las normas y escojan las conductas socialmente deseadas.

## Tratamiento moral y poder disciplinar

Iniciamos este capítulo haciendo referencia al contexto en que surge *El poder psiquiátrico*. Ese curso de Foucault se dedica a analizar las relaciones de poder instauradas en el asilo psiquiátrico y será justamente esa la temática de los últimos capítulos de la segunda edición del *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* de Pinel (2005), particularmente de los capítulos IV y V.

En el Capítulo V se discuten las antiguas estrategias de tratamiento aplicadas en los asilos. Pinel considera obsoleto e innecesario utilizar técnicas como la inmersión en agua helada, los golpes, las torturas o las sangrías. Dedicó especial atención a la necesidad de liberar a los enfermos de sus cadenas, exponiendo los estudios empíricos por él realizados en Salpêtrière, que evidencian la eficacia de cortar las cadenas en ciertos casos. El Capítulo IV trata de lo que Pinel denomina “policía interior y reglas a seguir en el establecimiento”. Define allí el plan general que debe ser seguido para la distribución de los espacios en el interior del asilo. Luego analiza detalladamente

los medios de represión admitidos y los diversos modos de restablecer reglas de orden cuando ellas no son respetadas. Explica los modos de distribuir y disponer los alimentos con una vigilancia paternal, así como la forma de desarrollar ejercicios corporales y trabajos mecánicos. Por último, describe los preceptos que deben ser seguidos para garantizar el tratamiento moral.

Dicho tratamiento exige una reorganización interna del espacio asilar, una distribución minuciosa de las diferentes especies de enfermos, situando a los melancólicos más cerca del patio central y distribuyendo el resto de los pacientes en función de su peligrosidad. Así como existe una minuciosa descripción y distribución del espacio, algo semejante ocurre con el control del tiempo. Las actividades realizadas en el asilo tienen tiempos establecidos, así como los tratamientos para cada tipo de enfermedad. No serán iguales los tiempos destinados para la recuperación de la manía y de la demencia. Las reglas son preestablecidas y claramente fijadas, siendo que cada estrategia disciplinar tiende a contraponer la locura con la racionalidad y la medida, representadas por el saber médico. De ese modo, se define un modelo que deberá ser interiorizado por los pacientes a través de esa ortopedia moral que rige en los asilos.

El asilo es, sin duda, como muestra Foucault en *El poder psiquiátrico*, un espacio disciplinar con una organización casi idéntica a la de los presidios. Las mismas tecnologías de organización de tiempo y espacio, las mismas reglas dirigidas al cuerpo, el uso de ejercicios, la imposición de normas, la repetición de tareas, en fin: una serie de técnicas ortopédicas dirigidas al mismo tiempo al cuerpo y al alma.

Sin embargo, Pinel considera indispensable estar atento a los pequeños momentos de lucidez que aparecen en toda locura, pues esa será la hora de intervenir. Debe prestarse la debida atención a ese resto de razón que existe en toda locura para poder iniciar, a partir de allí, la tarea terapéutica. Así, poco a poco y con la aplicación de los instrumentos más variados, desde las duchas a las ironías, pasando por los desafíos verbales y los interrogatorios, podrá ser restablecida la razón perdida. Como afirma Pessotti: “El tratamiento moral, en el caso del delirio, se basa en la confianza de que una nueva experiencia, emotivamente intensa y opuesta a la idea delirante, estimulará en el paciente una elaboración racional que suplantará sus pensamientos delirantes” (Pessotti, 1996, p. 132). Vemos que el tratamiento moral forma parte, como el presidio, de los grandes sueños iluministas. En ambos casos, si los criminales y los locos pueden ser recuperados es porque ellos no perdieron enteramente la razón. La psiquiatría de Pinel se refiere a seres racionales que están en contradicción con ellos mismos, pues, como afirma Hegel:

El verdadero tratamiento psíquico mantiene firme el punto de vista de que la alienación no es la pérdida absoluta de razón, ni en relación a la inteligencia ni en relación a la voluntad y a la capacidad de deliberar, ella es apenas alienación, apenas una contradicción de la razón, una razón que aún existe. Tal tratamiento presupone que el enfermo es un ser racional. (apud Pessotti, 1996, p. 133)

Restablecer ese orden perdido exige, para Pinel, “un centro general de autoridad que decide, sin negociación, ya sea el modo de organización del servicio, ya sea la justa represión que debe ejercerse contra los alienados revoltosos” (Pinel, 1809, p. 243). Del mismo modo que en el panóptico de Bentham (1980), ese centro general no debe ser necesariamente ocupado por el alienista —puede ser un guardia, un administrador o un médico—, lo importante es que sea capaz de imponer la disciplina y de restablecer el orden tanto en el espacio asilar como en la mente de cada alienado. Sin embargo, todos deberán remitirse, en última instancia, a una autoridad mayor, una figura que representa el orden y que legitima la existencia del asilo: el psiquiatra.

Como uno de los muchos ejemplos de tratamiento moral exitoso, Pinel relata el caso de un paciente que creía ser rey. Un día ese alienado escribe una carta a su mujer, llena de insultos y amenazas, culpándola por haber perdido su libertad. Antes de enviar la carta, se la lee a otro alienado, que, de manera amistosa, lo acusa de poder estar llevando a su mujer a la desesperación. El paciente vuelve a redactar la carta, pero esta vez con afecto y cuidado. El vigilante del hospicio observa esa situación y cree que ese breve momento de lucidez es apropiado para intervenir. Aunque esa intervención pueda parecer inexplicable e irracional a nuestros ojos, es relatada por Pinel como ejemplo de tratamiento exitoso, como una verdadera revolución moral. Ese tratamiento ocurre en un período de quince días. En el primer día, el vigilante llega a la celda y conversa de manera amigable con el paciente; le dice: “Si usted es un soberano, un rey, ¿cómo no es posible que usted mismo evite su detención en el asilo? ¿Por qué culpa a su esposa por estar aquí? ¿Por qué razón usted permanece con otros alienados de toda especie?” (Pinel, 1809, p. 217). A cada día esa misma pregunta se repite de modo diferente, siempre amistoso, haciendo que poco a poco el paciente comience a sentirse ridículo por sus pretensiones excesivas, hasta que, después de algún tiempo, “ese padre respetable podrá volver a su familia” (Pinel, 1809, p. 217).

Ese breve relato pone en evidencia qué es lo que Pinel entiende por “tratamiento moral”: crear estrategias para dominar las pasiones y recobrar la razón. Esto es, restituir la normalidad perdida para poder llegar a ser libre. Es en ese contexto disciplinar que el encierro asilar encuentra en Pinel su justificación y su razón de ser.

Sin embargo, es necesario que nos interroguemos por la especificidad de ese poder disciplinar que no se refiere exclusivamente a los cuerpos. Como fue dicho aquí, esa ausencia de cuerpo impide la existencia de diagnósticos diferenciales. Más que imponer clasificaciones nosológicas, la psiquiatría de Pinel se limita a distribuir binariamente locura y normalidad, aquellos que deben ingresar en el asilo y aquellos que quedarán fuera de sus muros. Sin embargo, el señor de la locura, aquel que la apacigua y domina, continuará siendo la figura del médico. Toda la estructura disciplinar del asilo psiquiátrico supone esa figura capaz de imponer por sí misma la disciplina y normalizar los comportamientos.

## De la disciplina a la biopolítica de las poblaciones

Como se intentó mostrar por referencia al *Tratado* de Pinel, para dominar la locura era necesario disciplinar los cuerpos, someterlos a una vigilancia continua que solamente podría ocurrir en el interior del asilo. Allí se podrán restablecer las pasiones en su justa medida, controlar la voluntad, normalizar los comportamientos, disciplinar la razón. La función del asilo era, como afirma Esquirol en 1816, conseguir “el retorno a las afecciones morales en su justo límite, el deseo de rever a sus amigos, a sus hijos, las lágrimas de sensibilidad, la necesidad de abrir su corazón, de reencontrarse en su medio familiar, de retomar sus hábitos” (apud Foucault, 2003, p. 344).

Ese proceso terapéutico no estaba relacionado con el cuerpo como objeto de saber médico, no era el cuerpo de la anatomoclínica ni las lesiones cerebrales lo que exigía la intervención de la psiquiatría. Las estrategias disciplinares que aparecen en el asilo, tales como las duchas, la cárcel, el aislamiento, el uso de camisa de fuerza, pretendían normalizar a los enfermos y ejercer una acción ortopédica sobre ellos. Las condiciones físicas y morales están de tal modo articuladas que, tanto para Pinel como para Cabanis, las intervenciones sobre el cuerpo constituyen el modo privilegiado de normalizar los comportamientos y las pasiones.

La ausencia de cuerpo de la anatomopatología, el diagnóstico binario, la descripción impresionista (de superficie) de los síntomas, la clasificación de enfermedades cuyo modelo parece ser más próximo de la clasificación botánica de Lineo que de la nosología patológica de la medicina clínica, el proceso de cura directamente vinculado a la restitución de conductas y valores morales, aliados a una serie de ejercicios corporales, definen el marco peculiar por el cual el poder psiquiátrico ingresa en la sociedad disciplinar.

La anatomopolítica del cuerpo, cuando se trata de alienación mental, parece prescindir de los elementos que definían y articulaban el saber médico de la época. Con una especie de duda metódica, semejante a la tarea emprendida por Descartes (Pessotti, 1996), Pinel parece dudar de todo aquello que el saber médico defendía en ese momento como conquista. Ni la búsqueda de explicaciones etiológicas ni la localización de lesiones en el interior del cuerpo serán consideradas decisivas; ni las terapéuticas, como la trepanación o las sangrías, serán aceptadas ni los procedimientos utilizados por los alienistas anteriores (inmersión en agua helada o el uso de corrientes) serán valorados. Se trata de una iniciativa iluminista cuyo objetivo principal era recobrar la razón y moderar las pasiones por el ejercicio paciente de un poder que exigía una vigilancia permanente aliada al aislamiento y a los castigos.

En los próximos capítulos será analizado un desplazamiento significativo en las estrategias de poder que ocurre en la psiquiatría moderna. Como intentaremos mostrar, esa tecnología de poder disciplinar, que constituye uno de los dos ejes a través de los cuales se manifiesta el biopoder en la modernidad (Foucault, 1978), será sustituida, por lo menos para ese grupo de psiquiatras que comparten los principios de la teoría de la degeneración, por otro discurso, que ya no se refiere a individuos sino a grupos humanos, al que Foucault denominó “biopolítica de las poblaciones”.

En el quinto capítulo de *La voluntad de saber* Foucault explicita el concepto de biopoder, definiéndolo por oposición al derecho de muerte que caracterizaría el poder del soberano (Michaud, 2000, p. 16). Distingue estrategias referidas al cuerpo, al poder disciplinar o a la anatomopolítica del cuerpo humano, y estrategias referidas a las poblaciones, al cuerpo-especie, a la *vida desnuda* que nos identifica con el dominio de lo biológico (Fassin, 2003; Agamben, 2002).

Como intentaremos mostrar, los teóricos de la degeneración parecen reproducir y multiplicar estrategias biopolíticas que ya no se refieren a individuos, sino a poblaciones. A partir del momento en que se privilegia una causa de las enfermedades mentales, que es la herencia mórbida, se hará posible pensar en intervenciones que van más allá del individuo afectado, construyéndose estrategias de gestión médica dirigidas a las familias y a los grupos (Fassin, 2003; Agamben, 2002).

El discurso de la herencia permite exceder los límites de la sociedad disciplinar para ingresar en el registro poblacional, a partir del momento en que toma como su referencia principal la existencia de agrupamientos patológicos que se repiten por generaciones. En ese contexto podrán surgir nuevas preocupaciones, tales como la constitución de una raza saludable y libre de patologías mentales, la distinción entre razas y pueblos que deben ser protegidos y otros cuya reproducción debe ser controlada por representar una amenaza médica. Así, la herencia alcanza un estatuto prioritario como elemento explicativo, porque se refiere directamente a una dimensión biológica de la enfermedad mental que permite vincular a la psiquiatría con el saber médico y con los estudios estadísticos poblacionales.

La anatomopatología cerebral será la gran esperanza de la psiquiatría que se consolida en las últimas décadas del siglo XIX. La posibilidad de encontrar en el cerebro lesiones que se repitan de generación en generación permitiría restituir un lugar al cuerpo que permanecía ausente en el discurso psiquiátrico. Ese cuerpo que Pinel parecía obstinadamente desconsiderar, aun reconociendo los méritos de los estudios que Morgagni dedicara a las funciones cerebrales. Pinel creía que

...en muchos cerebros de los alienados no se encontraba ninguna alteración física, ninguna alteración en la estructura orgánica de sus partes, y que esas lesiones aparecen en enfermedades que no pueden ser consideradas como alienación mental, tales como las epilepsias, las convulsiones o las fiebres. (Pinel, 1809, p. 368)

Ese será su punto de partida y de llegada, será lo que le permitirá integrar ese conjunto de causas explicativas de las patologías mentales que incluye funciones orgánicas, pasiones, herencia, educación y una multiplicidad de situaciones particulares que afectan la vida de los pacientes.

## Pinel y las pasiones del alma

Se analizó aquí de qué modo el discurso de Pinel se vincula con el saber médico y el poder disciplinar. Utilizando como referencia el texto de Foucault denominado *El poder psiquiátrico*, fueron cuestionados los fundamentos teóricos que posibilitaron el surgimiento del tratamiento moral y las razones de la aceptación de la institución psiquiátrica como instancia terapéutica privilegiada. Existe una distancia considerable entre el discurso de Pinel y las preocupaciones, ya presentes en la medicina de la época, por localizar las lesiones en el cerebro como forma principal de explicación de la alienación. Esa distancia, aliada a la terapéutica asilar, llevó a Pinel a centrar sus esfuerzos en una definición amplia de alienación mental, relacionada con lo que él denominó “lesiones” (para referirse a disturbios) del intelecto y de la voluntad. Pinel había creado una clasificación de variedades de alienación muy simple, que se resumía a cuatro especies, aunque en realidad se trata de una clasificación binaria, en la medida en que los cuatro tipos mórbidos presentaban síntomas, causas y manifestaciones semejantes. El eje de la psiquiatría de Pinel continúa siendo la oposición binaria loco-no loco, oposición que era suficiente para definir quién debía y quién no debía ingresar al asilo. Esa concepción se opone a la perspectiva que será adoptada más tarde por los teóricos de la degeneración, preocupados por establecer clasificaciones taxativas entre diferentes clases de locura consideradas como patologías independientes. Una situación que, como el propio Pinel ya lo afirmaba, podía llevar a multiplicar las variedades patológicas al infinito (Pinel, 1809, p. 62).

Esa será una de las mayores diferencias entre la psiquiatría clásica de Pinel y Esquirol y la psiquiatría que desde 1857 se edificará en torno a la idea de degeneración. Mientras Pinel estaba interesado en diferenciar variedades o especies de alienación mental, limitando las infinitas variaciones posibles a un número reducido (Pinel 1809, p. 74), veremos que los teóricos de la degeneración se obstinan en crear nuevas formas patológicas, multiplicando los comportamientos que poco a poco pasarán a ser clasificados como enfermedades psiquiátricas.

Destacamos, por otro lado, lo que consideramos la gran contribución de Pinel al estudio etiológico de las patologías mentales. Como intentamos mostrar, la distancia que él establece en relación con la anatomoclínica le permite postular un conjunto diverso de causas para explicar el surgimiento de la alienación mental. Entre esas causas, las lesiones cerebrales ocupan un lugar secundario y reciben particular destaque las pasiones desencadenadas por circunstancias como el enojo, el amor o la envidia. En ese contexto explicativo, un amor no correspondido o una promesa no cumplida pasan a tener mayor relevancia que la localización de lesiones anatómicas o la búsqueda de antecedentes familiares patológicos.

La herencia mórbida forma parte del conjunto de causas que deben considerarse para explicar la alienación mental. Sin embargo, para Pinel no sería posible afirmar que esa causa sea la más relevante. A diferencia de la posición adoptada por los teóricos de la degeneración, la herencia mórbida no es la causa principal que debe ser considerada, aunque en muchos casos resulte innegable que existen patologías que se repiten de generación en generación. Son las pasiones vivas y fuertemente

contrariadas, sus variadas combinaciones, su explosión violenta, consideradas bajo un punto de vista ajeno a la moralidad, como hechos simples de la vida humana, las que deberán ser privilegiadas en el momento de explicar una enfermedad, más que la herencia mórbida (Pinel, 1809, p. 13).

La familia ingresa en la psiquiatría de Pinel con la educación infantil, el esposo violento, el amor contrariado, los problemas económicos, y no como un hecho biológico que se restringe a la repetición de patologías hereditarias. Otra de las causas de alienación mental que merece ser destacada se denomina “irregularidades extremas en la manera de vivir que pueden producir alienación” (Pinel, 1809, p. 26). En ese ítem, Pinel considera un conjunto de circunstancias (uso repetido de licores fuertes, salidas nocturnas, fiestas o exceso de trabajo) como hechos que pueden anunciar la aparición de alienación mental. Como observa Pessotti (1996, p. 95), estamos delante de una observación diagnóstica que luego será sustituida. Lo que aquí es considerado como preludeo de una enfermedad que podrá o no surgir, será considerado más tarde como un indicador claro de patologías ya existentes. Como veremos, el alcoholismo, las obsesiones, sea por trabajo o por fiestas, podrán fácilmente ser clasificadas como patologías 50 años más tarde.

Como se dijo, el cuerpo de la anatomopatología no ocupa un lugar central en la psiquiatría de Pinel. Él se demora en observaciones sobre los ojos, la forma de los rostros, el modo de caminar, los movimientos de la cabeza, etc. Su interés está centrado en trazos particulares de individuos particulares, y no en trazos físicos hereditarios que se repiten por generaciones, como serán los estigmas físicos, que tanto preocuparán a los degeneracionistas.

Así, mientras Pinel puede confiar en estrategias ortopédicas que eduquen el modo de caminar, dirijan la mirada, ejerciten el cuerpo, para los degeneracionistas, lo que estará en juego serán las familias o las poblaciones condenadas a repetir los mismos desvíos mórbidos. La psiquiatría pasará, en los 50 años que separan a Pinel de Morel, del privilegio concedido al poder disciplinar en el interior del asilo a una biopolítica psiquiátrica de las poblaciones consideradas peligrosas. Entonces, la gestión del tiempo y del espacio, los ejercicios, las normas y las prescripciones que rigen la institución psiquiátrica pasarán a convivir con nuevos discursos referentes a poblaciones consideradas médicamente peligrosas. Serán estudiadas lesiones orgánicas que se transmiten por generaciones y serán definidos nuevos riesgos a ser anticipados. Otras estrategias de intervención deberán ser creadas, destinadas a la prevención y anticipación de desvíos mentales, ampliándose el espacio de injerencia de la psiquiatría (Castiel & Álvarez-Dardet, 2007). La mirada vigilante ya no se limitará al interior de la institución, sino que se dirigirá a la sociedad en su conjunto.

Digamos, por último, que la lectura del *Tratado médico-filosófico* de Pinel nos lleva a cuestionar algunas de las afirmaciones realizadas por Foucault en *El poder psiquiátrico*. Si la lectura aquí presentada es correcta, deberemos concluir que no es la desconsideración de lesiones anatomopatológicas, como afirma Foucault, lo que llevó a la psiquiatría a postular el cuerpo ampliado constituido por la familia, cargada de patologías. Al contrario, cuando en la segunda mitad del siglo XIX la herencia mórbida se transforma en el eje articulador de la psiquiatría, el discurso

de la localización de patologías mentales en el cuerpo —particularmente en el cerebro— se transforma en hegemónico. Eso significa que herencia y localización cerebral no son necesariamente excluyentes; al contrario, una se legitima a partir de la otra. Es por esa razón que la causa última de la repetición de patologías mentales hereditarias deberá ser buscada, para Morel, Magnan y sus sucesores, en el interior del cerebro. Aun cuando esa búsqueda se mantenga en el plano de una promesa que todavía no ha podido ser realizada.

A partir de ese momento, la perspectiva médica y la perspectiva poblacional podrán ingresar juntas al campo de la psiquiatría, aliadas a los discursos referidos a la regeneración de la especie, a la higiene de masas y a los controles eugenésicos de la raza. El cuerpo ampliado constituido por la herencia mórbida nunca dejará de buscar su explicación y su razón de ser en el interior del cuerpo. Será preciso postular (aunque no sean encontradas) las bases biológicas, anatómicas, funcionales y, más tarde, genéticas, que permitan explicar la repetición de conductas desviadas en determinadas familias, ya sea que se trate de crimen, locura, melancolía u obsesión.

Se multiplican así, aunque con poco éxito, los estudios dedicados a localizar lesiones en el cerebro capaces de explicar la recurrencia de patologías hereditarias, de modo que el cuerpo ampliado del enfermo psiquiátrico, constituido por la familia afectada por patologías diversas, no estará necesariamente referido, como afirma Foucault, a la ausencia de cuerpo, sino a una incansable búsqueda de explicaciones médicas. Inicialmente esas explicaciones serán buscadas en el ámbito de la anatomopatología cerebral y posteriormente en posibles determinantes genéticos para los comportamientos. Y será a ese cuerpo, al mismo tiempo biológico y ampliado, referido tanto al individuo como a la familia, tanto al cerebro como a la herencia, al que se remitirán incansablemente los teóricos de la degeneración.

## Capítulo 2

# Clima, cerebro y degeneración en Cabanis

*Su concepto de insana abarcaba una vasta superficie de cerebros.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

En el año 1802, Jean Pierre George Cabanis, perteneciente, junto a Destutt de Tracy, al grupo de los ideólogos franceses, publica uno de los textos que mayor influencia tendrá en el posterior desarrollo de investigaciones médicas interesadas en desvendar el comportamiento humano. *Su Rapports du physique et du moral de l'homme (Relaciones de lo físico y moral del hombre)*, considerada su obra fundamental, persigue un objetivo preciso: fundamentar a partir de bases científicas y no metafísicas la ciencia del hombre.

Los estudios de Cabanis tendrán gran influencia en el pensamiento de Pinel, particularmente en la definición del tratamiento moral y en el modo en que este último articula las condiciones físicas y morales del hombre. Cuando Cabanis y Pinel se refieren a la “moralidad”, no aluden necesariamente a hechos correctos o incorrectos ni a cuestiones éticas. Para ambos significa, simplemente, el opuesto complementario de lo físico, aquello que se desarrolla en el dominio de los comportamientos, de la voluntad y de las pasiones. Pero, aunque ambos comparten un mismo entendimiento sobre moralidad, existen importantes diferencias en el modo en que ellos se aproximan al saber médico, más específicamente a los estudios sobre el cerebro y el pensamiento.

Cabanis, refiriéndose al *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* de Pinel, dirá: “Se trata de un escrito elaborado por un verdadero genio de la medicina”. Sin embargo, cuando se refiere a la depresión notable que observa en el cráneo de los alienados, el discurso de Pinel parece ser menos genial de lo que Cabanis anhela (Garrabé & Weiner, 2005, p. 12). Ese será el punto que intentaremos explorar aquí. Nos detendremos menos en las teorizaciones sobre la indisoluble articulación entre lo físico y lo moral que ambos comparten para analizar sus diferencias en lo que se refiere al origen físico de las aficiones morales. En ese punto, Cabanis y Pinel se distancian. Mientras Cabanis entiende que el pensamiento es enteramente reducible a funciones cerebrales, en el caso de Pinel, la sección de su *Tratado* denominada “Investigaciones anatómicas sobre los vicios de conformación del cráneo de los alienados” parece estar destinada a mostrar, por el contrario, que esas investigaciones

carecen de toda utilidad. Para Pinel, el pensamiento y la locura son irreductibles a funciones o disfunciones del cerebro.

La psiquiatría que se inicia con los teóricos de la degeneración en la segunda mitad del siglo XIX mantendrá y profundizará las ideas localizacionistas enunciadas por Cabanis, distanciándose de las críticas que Pinel dirigía a ese modelo explicativo de enfermedades mentales. Como afirma Canguilhem en *El cerebro y el pensamiento* (1993), Cabanis anticipa los estudios de frenología iniciados en 1910 con Gall. Permite también articular el saber médico y las preocupaciones sociales que tanto interesaron a los teóricos de la degeneración, así como iniciar un proceso por el cual las explicaciones para las enfermedades mentales estarán relacionadas, de manera casi exclusiva, con las funciones y las lesiones cerebrales.

En su estudio dedicado al desarrollo de los órganos, los sentimientos y las pasiones humanas, Cabanis afirma: “De este informe resulta claramente que la fisiología (medicina), el estudio de las ideas (del pensamiento) y de la moral son tres ramas indisolublemente unidas de una misma ciencia que puede llamarse, a justo título, la ciencia del hombre” (Cabanis, 1802, p. 47). De ese modo, la medicina, más específicamente los recientes desarrollos de la patología, reclama su derecho a ingresar como explicación privilegiada de las conductas humanas, que hasta entonces estaban reservadas a los estudios morales (Saad, 2006). Para Cabanis, si la medicina puede explicar los más diversos fenómenos y comportamientos humanos, es porque, de acuerdo con el punto de partida adoptado en su obra *Relaciones de lo físico y moral del hombre*, existe una indisoluble identidad entre lo físico y lo moral del hombre.

Esta simple afirmación tuvo enormes consecuencias no solo para el pensamiento médico, sino también para el modo en que fueron pensadas por siglos las conductas humanas, en términos de normalidad o desvío patológico. En este escrito serán analizados los argumentos defendidos por Cabanis en el texto ya mencionado, tomando como punto de partida las *Memorias Octava y Novena*, pero sin limitarnos a ellas. Estas *Memorias*, dedicadas a analizar las influencias del régimen y del clima sobre las características físicas y sobre los hábitos morales de individuos y razas, permiten una nueva lectura de los argumentos utilizados por Cabanis para explicar las alteraciones orgánicas indeseadas y su relación con la moralidad. De ese modo, será posible tener una comprensión más clara de dos cuestiones abordadas en el texto de Cabanis que tendrán gran influencia en las explicaciones médicas de comportamientos humanos: el papel atribuido al cerebro y al sistema nervioso en la determinación de la moralidad, y el surgimiento de la problemática de la degeneración como tema médico.

En relación con la primera cuestión, analizamos la importancia concedida al estudio de la estructura y desarrollo del cerebro, que representa para Cabanis el órgano principal que permite la producción de pensamientos y decisiones morales. Algunos años más tarde se desarrollarán estudios cerebrales más precisos, específicamente a partir de la publicación del estudio de Franz Gall *Anatomía y patología del sistema nervioso*, publicado en 1810. Sin embargo, será Cabanis, retomando algunas tesis de Buffon y de las teorías presentes en el *Corpus hippocraticum*, quien intentará dar respuesta a la vieja oposición alma-cuerpo a partir de una perspectiva

libre de toda deuda con explicaciones metafísicas (Lantéri-Laura, 1999 p. 97). Como veremos, las referencias a las explicaciones cerebrales son centrales en el pensamiento de Cabanis y determinan el materialismo radical con que el autor abordará los problemas morales en ese período. Para él:

...existe en el hombre otro hombre interior, dotado de las mismas facultades, de las mismas afecciones, susceptible de determinaciones análogas a las manifestaciones exteriores. Más aún, los hechos de la vida no hacen más que manifestar en el exterior sus disposiciones secretas. Ese hombre interior es el órgano cerebral. (Cabanis, 1802, p. 184)

Pero, como intentaremos mostrar, la centralidad atribuida al cerebro en la explicación de conductas morales no puede dissociarse de la temática de la generación, la degeneración y la herencia. El texto de Cabanis puede auxiliarnos a comprender el problema de la degeneración, que se consolidará más tarde como un programa de investigación al que se dedicaron médicos, alienistas e higienistas durante más de 50 años. El estudio de la degeneración, que se formulará de manera clara y explícita con la publicación en 1857 del texto de Benedict August Morel *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana*, debe ser situado en un contexto histórico mayor. Particularmente relevante resulta analizar la articulación entre los estudios sobre la degeneración de los animales realizados por los naturalistas del siglo XVIII, fundamentalmente por Buffon, y los estudios patológicos de la naciente medicina moderna. Será Cabanis quien intentará articular el discurso médico naciente con los estudios sobre generación y degeneración referidos fundamentalmente a las influencias climáticas.

Nos interesa aquí comprender de qué modo en *Relaciones de lo físico y moral del hombre (1802)* Cabanis articula esas dos temáticas, la centralidad del cerebro y la temática de la degeneración, con la finalidad de explicar la relación entre las dimensiones física y moral del hombre.

Dejamos de lado cualquier referencia a la famosa *Carta a Fauriel sobre las causas primeras* (Cabanis, 1844), obra póstuma publicada en 1824 donde el autor modifica sus ideas materialistas iniciales para declararse partidario del espiritualismo. Analizamos de qué modo, en su etapa materialista inicial cuando afirma que “el cerebro digiere las impresiones y secreta el pensamiento así como el estómago digiere los alimentos y secreta la bilis” (Cabanis, 1802, p. 138), las ideas de Cabanis referidas a los “temperamentos originarios y adquiridos” pueden resultar un auxilio indispensable para comprender las transformaciones sufridas por la temática de la degeneración en la transición del siglo XVIII al siglo XIX.

Si es posible afirmar que en el siglo XVIII esas discusiones tenían como referencia privilegiada el texto *De la generation des animaux* de Buffon (1776) y que en el siglo XIX la referencia obligada era el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Benedict August Morel (1857), podemos decir que Cabanis se encuentra a mitad de camino entre ambos. Retoma las ideas de Buffon sobre degeneración, pero las altera profundamente, abriendo las puertas

para la creación de ese “programa de investigación” (Foucault, 1999; Hacking, 2006; Dally, 1881) que surgirá a mitad del siglo XIX en torno a las tesis de Morel.

Para que ese programa de investigación pudiera consolidarse era necesario que se realizara una transformación en el modo de comprender los organismos; su relación con modificaciones externas producidas como efecto de la alimentación o el clima; el papel del cerebro en la moralidad y sus alteraciones; la problemática de la herencia y de la degeneración. En ese horizonte, el texto de Cabanis puede ser leído como un marco que nos permite entender ese complejo proceso por el cual la temática de la degeneración abandona el espacio de la historia natural para ingresar poco a poco hasta transformarse en una obsesión, en el dominio discursivo del saber médico.

## La influencia del clima y los temperamentos adquiridos

Cabanis se refiere a Buffon en diferentes momentos del texto. Ambos se aproximan particularmente por la atención que dedican a los efectos que los diferentes climas ejercerían sobre los organismos. Cabanis parte de las afirmaciones de Buffon para analizar las modificaciones producidas en los cuerpos y en las conductas como efecto del calor y la humedad. Dirá que las alteraciones climáticas no solo producen nuevas enfermedades, sino también variaciones externas en los cuerpos y que tienen una influencia directa tanto en las condiciones físicas como en las condiciones morales de individuos y poblaciones. Esas referencias de Cabanis al clima como causa principal de los temperamentos adquiridos nos permiten situarlo en el interior de esa tradición representada en el siglo XVIII por Buffon, pero que encuentra sus raíces históricas más lejanas en los tratados del *Corpus Hippocraticum*.

Para Cabanis, las temperaturas extremas producen efectos nocivos para los cuerpos de los individuos, producen alteraciones indeseables tanto físicas como morales. En esas condiciones climáticas, las personas que consiguen escapar de las enfermedades fatales, como lepra o fiebres intermitentes, están moralmente condenadas a una existencia marcada por una vida que languidece tímidamente, que aminora las facultades y que disminuye las fuerzas dedicadas al trabajo (Cabanis, 1802, p. 355). Esos países estarán destinados, para Cabanis tanto como para Montesquieu o Hipócrates, a gobiernos despóticos y a conflictos signados por la avaricia, pues semejantes circunstancias físicas exteriores “producen necesariamente en la moral la más desagradable degradación” (Cabanis, 1802, p. 357).

Siempre que Cabanis habla de constitución moral y de alteraciones que las conductas sufren en los diferentes climas, su referencia privilegiada es el *Tableaux des caracteres propres aux diverses températures* de Buffon (1776). Así, en la *Octava Memoria* sobre la influencia del régimen y la alimentación, Cabanis dice tomar a Buffon como punto de partida para analizar las consecuencias que el clima húmedo produce en las conductas

de los individuos. Para Buffon, todos los seres vivos, desde un insecto hasta el hombre, están directamente afectados por las temperaturas extremas y por la humedad:

Cuando estas condiciones coinciden, la potencia de la reproducción, así como la inclinación a los placeres del amor, son particularmente débiles: Buffon concluye, con razón, que esa alteración profunda de un deseo sobre el cual reposan los sentimientos expansivos de la naturaleza, es suficiente para alterar el orden de las relaciones sociales, para detener el progreso de la civilización, para impedir el desarrollo de las facultades individuales, en otras palabras, para mantener a los pueblos en una especie de infancia. (Cabanis, 1802, p. 357)

Siguiendo las teorías de Buffon, existe para Cabanis un proceso progresivo de degradación, no solo de las diversas especies de animales, sino también de los individuos y de las sociedades humanas cuando están sometidos a condiciones físicas adversas. Esas condiciones externas imprimen diversos trazos significativos en los grupos humanos, modificando sensiblemente los cuerpos de los sujetos que habitan en diferentes locales geográficos y creando las características propias de determinados grupos a los que por convención llamamos “de razas”. Para Cabanis, reconocer la existencia de diferentes grupos humanos, caracterizados por tener determinados rasgos externos como color de piel o tipo de cabello, no significa afirmar, como lo hacen algunos autores, que esas variaciones respondan a la existencia de diferentes especies humanas. En oposición a los defensores de lo que más tarde se llamará poligenismo, Cabanis dirá: “Yo no comparto esa opinión. La posición de Buffon que observa las variedades que los hombres presentan en los diferentes climas como siendo accidentales, como obra de esas propias condiciones climáticas me parece mucho más apropiada” (Cabanis, 1802, p. 424).

Sin embargo, tanto Cabanis como Buffon coinciden en afirmar que existen ciertos grupos humanos de piel más clara que habitan regiones templadas, que deben ser considerados como el tipo humano originario en relación al cual los otros grupos representarían formas degradadas o degeneradas (Roger, 1983).

Pero, si es posible afirmar que existen variaciones de una única especie “hombre” debidas a cuestiones accidentales como el clima o los alimentos, entonces parece inevitable que surjan algunas preguntas: ¿Qué motivos autorizan a Cabanis a considerar que ciertas variaciones poseen valor negativo y otras no? ¿Qué premisas le permiten concluir que esa diversidad de colores de piel, tipos de cabello, diferencias de altura y constitución física están directamente vinculadas con ciertos tipos de temperamento y de comportamiento? Por último, ¿cuáles son los argumentos utilizados por Cabanis para diferenciar entre esas variaciones físicas y mentales aquellas que considera como formas normales y aquellas que considera como formas malogradas o degradadas?

Para responder a estas cuestiones debemos recordar que, para Buffon (referencia utilizada por Cabanis para hablar de la asociación entre condiciones físicas y climáticas), el hombre es, a diferencia de otras especies animales, una especie noble.

Así, aunque puedan existir variaciones como resultado de alteraciones en el medio externo, como el clima o los alimentos, en el esquema explicativo de Buffon no es posible hablar de degeneración de la especie “hombre” del mismo modo que hablamos de degeneración de otras especies menos nobles, como los caballos o los lobos. Mientras estos últimos han dado lugar a formas derivadas que pueden ser consideradas como otras especies (el burro en el caso del caballo y el perro en el caso del lobo), en el caso del hombre estas formas derivadas (las diferentes razas) no pueden nunca ser consideradas especies diferentes. Para Buffon “cada animal tiene su país, su patria natural en la cual cada uno es retenido por necesidades físicas, cada uno es hijo de la tierra que habita, y en ese sentido se debe decir que tal o cual animal es originario de tal o cual clima” (Buffon, 1761, p. 2). En el caso del hombre la patria de origen debe estar en los países templados del viejo continente porque, dirá Buffon: “es allí donde se encuentran los ejemplares más bellos de la especie” (Buffon, 1756, p. 702). Los hombres que encontramos en regiones calientes o frías son formas más o menos degeneradas de ese tipo originario más perfecto que es el hombre blanco (Buffon, 1749, p. 528). Dicho de otro modo, “todo se modera en el clima templado y todo es exceso en un clima excesivo” (Buffon, 1756, p. 705).

Cabanis parte de ese mismo esquema explicativo, pero para dar un paso más. Como veremos, reserva el concepto de degeneración para referirse a órganos, tejidos, sistema linfático, sistema nervioso, etc. A diferencia de Buffon, prefiere hablar de *degradación* para indicar los efectos del calor o del frío excesivo sobre los organismos. Ocurre que para Cabanis, heredero de la tradición hipocrática, lector de Montesquieu (1767) y Buffon, existiría un tipo ideal de hombre: el habitante de regiones templadas. Él es quien más se aproxima al tipo ideal considerado como el ejemplar general de la *naturaleza humana* (Cabanis, 1802, p. 295), que se caracteriza por el perfecto equilibrio de los órganos y los temperamentos. Es en relación con este ser humano ejemplar que las diversas razas y facultades morales se definen como formas normales o degradadas, y es ese tipo ideal el que debe ser perseguido por las estrategias higiénicas de *regeneración* (Cabanis, 1802, p. 298).

De acuerdo con las tesis defendidas por la tradición hipocrática: “el temperamento, caracterizado por la facilidad y la libertad de todas las funciones, por la ternura dichosa de todos los deseos y de todas las ideas, raramente se desarrolla, o se desarrolla mal, en los países muy fríos o muy calientes” (Cabanis, 1802, p. 433). Por el contrario, es en los climas templados con terrenos mejor delimitados, regados por agua pura, cubiertos de viñas y árboles frutales, de suelo fértil, naturalmente verde y sombreado, donde se desarrollan los individuos y razas de temperamentos felices. Un país como ese estará siempre habitado por hombres de gustos y pasiones delicadas, “más altos y no muy diferentes unos de los otros, de espíritu calmo y con dulces sentimientos” (Cabanis, 1802, p. 434).

En ese contexto, las preguntas antes formuladas adquieren un significado preciso. Tanto para Buffon como para Cabanis existen formas físicas y temperamentos que deben ser considerados ejemplares y otros que aparecen como formas degradadas o degeneradas de esa forma primitiva.

Es fácil determinar cuál es el mejor temperamento: aquel que podemos observar como siendo el tipo o el ejemplar general de la naturaleza humana. Es evidente que allí todas las fuerzas, todos los órganos, todas las funciones se deben encontrar en perfecto equilibrio. (Cabanis, 1802, p. 295)

Cabanis considera que no es fácil encontrar ese equilibrio perfecto entre los seres vivos porque, aun cuando la naturaleza haya podido crear individuos con ese temperamento, los *malos hábitos* de la vida tenderán a degradarlo. Así, el temperamento perfecto será el que más se aproxime a ese ideal de justa proporción entre los órganos. Esto es, una organización donde ningún órgano o sistema de órganos predomine sobre otro. Este “hombre”, dirá:

...ha recibido el temperamento que ofrece al cuerpo y al alma la máxima sabiduría y felicidad [...] Y si él traslada esta misma proporción al empleo de sus facultades, si sabe balancear los hábitos unos con otros, sin exceder la fuerza de ninguno de los órganos y sin dejar ninguno librado a la inercia... (Cabanis, 1802, p. 296)

tendrá una vida no solo más saludable, sino también perfectamente feliz. Por el contrario, cuanto más se aleja el hombre de esa organización primitiva ideal, más clara será la tendencia a adoptar temperamentos extremos, porque “un temperamento extremo es siempre una verdadera enfermedad” (Cabanis, 1802, p. 299).

En relación con los grupos humanos, el razonamiento es análogo. Existen razas que están más próximas al temperamento ejemplar y otras que se distancian de ese modelo ideal. Como efecto del clima, la alimentación en sentido amplio y las enfermedades a las que están sometidas, estas razas presentan desequilibrios entre los órganos y sus temperamentos muestran signos de degradación. Siguiendo los *Tratados hipocráticos* (Hipócrates, 2001), Cabanis concluye que tanto el calor excesivo como el exceso de oscuridad producen ciertos tipos de temperamentos y conductas, muchas veces asociados a enfermedades, que caracterizan a los grupos humanos. Esto se debe fundamentalmente a dos razones: la estabilidad de las condiciones climáticas que se mantiene a lo largo del tiempo (Cabanis, 1802, p. 427) y el relativo aislamiento de las diversas razas que permiten que las condiciones físicas y morales se perpetúen de generación en generación reproduciendo históricamente las mismas características. Así, Cabanis concluye que los hábitos de pereza e indolencia pertenecen a los pueblos o razas que habitan en países cálidos, pues el clima lo determina casi imperiosamente, mientras que los hábitos de actividad y constancia en el trabajo son característicos de las razas que habitan en los países templados (Cabanis, 1802, p. 456). Algo semejante ocurre, como veremos, con ciertas enfermedades, como la melancolía, que están directamente relacionadas al clima (Cabanis, 1802, p. 436).

## Entre lo físico y lo moral: La teoría de los humores

Para Cabanis, así como para Buffon, no existen dudas sobre la existencia de una fuerte asociación entre características climáticas, tipos de alimento, características físicas, comportamientos y temperamentos. Pero Cabanis se propone construir un argumento científico, fundado en los recientes desarrollos de la medicina y la patología, que le permita explicar las diversas relaciones existentes entre características físicas y facultades mentales o morales propias de los diferentes climas. Para eso será necesario dar un paso más, deberá distanciarse de las observaciones de la *Historia natural del Hombre* de Buffon para poder explicar cómo y de qué modo, en cada circunstancia concreta, puede afirmarse que: “lo físico y lo moral se confunden en su inicio o, para mejor decirlo, que la moral no es más que lo físico considerado sobre cierto punto de vista particular” (Cabanis, 1802, p. 78).

Será necesario encontrar en la historia de la medicina otros modos de abordar esas relaciones. Esa articulación entre clima, raza, características físicas y morales que los naturalistas del XVIII observaron y describieron ya había sido analizada por la tradición médica iniciada en los *Tratados hipocráticos*. Y es allí donde Cabanis encontrará el punto de partida para comprender cómo se articulan esas características aparentemente diversas.

En *Sobre los aires, las aguas y los lugares* (2001) Hipócrates pretendía explicar la relación entre lo físico y lo moral recurriendo a la teoría de los humores y los temperamentos. Tanto para la medicina hipocrática como para Buffon, la diversidad de formas externas que presentan los hombres en las diferentes regiones de la tierra, tales como el tipo de cabello, color de piel, altura, etc., estaba directamente relacionada con ciertos temperamentos a los que se les atribuía un valor moral. Este primer tratado de climatología médica que conocemos no se limita a analizar el impacto de las condiciones del medio sobre el clima, sino que se refiere a una red de factores que incluyen la inteligencia, la moral, el pensamiento. Un cuerpo saludable será aquel que está sometido a circunstancias externas equilibradas y moderadas; la moderación que tradicionalmente estaba vinculada a comportamientos deseables se ha trasladado al medio externo.

Como afirma Jacques Jouanna (1997), al trasladar el análisis médico al estudio de las poblaciones, la medicina se transforma en un tipo de etnografía. Pero, al extender a los pueblos sanos el método de análisis de los hombres enfermos, construye un modelo de análisis más explicativo que descriptivo, de tal modo que, para poder comprender la diversidad de pueblos y culturas, se recurrirá a un principio de explicación privilegiado: el poder transformador del clima. En los textos hipocráticos, “los pueblos son la imagen del clima en el que habitan y las diferencias tanto físicas como morales entre los pueblos de Europa y de Asia se deben principalmente al clima” (Jouanna, 1997, p. 42). El coraje que en el texto hipocrático caracteriza a los europeos y la ausencia de coraje que caracteriza a los asiáticos tienen directa relación con el clima, así como el tipo de gobierno que uno y otro escogen.

Cabanis comienza analizando con mucha cautela esta cuestión en la *Novena Memoria*. Allí se propone dirimir entre dos posiciones en conflicto que fueron

calurosamente debatidas en la mitad del siglo XVIII. Por un lado, se encuentra la tesis defendida por los seguidores de la medicina hipocrática. Ellos consideraban que “Hipócrates ya había establecido en su tiempo la doctrina de la influencia de los climas sobre los hábitos morales de los diferentes pueblos” (Cabanis, 1802, p. 413). Por otro lado, estaban los seguidores de Helvétius, que sostenían, a partir de sólidos argumentos, que la influencia del clima sobre la moral se reducía simplemente a una quimera y rechazaban las ideas derivadas de la doctrina hipocrática.

Para Cabanis, al menos en principio, ambas posiciones presentan argumentos convincentes. Eso significa que, hasta aquel momento, esa era una de las tantas cuestiones consideradas como enigmas sin solución, uno de los tantos problemas que aguardaban una respuesta. Así, partiendo de esas dos posiciones contrarias, Cabanis se propone dirimir este conflicto, y para ello será necesario esclarecer desde un principio los conceptos que están en discusión.

Inicia su explicación refiriéndose al alcance del concepto de clima en la teoría hipocrática, más específicamente demostrando que la definición hipocrática de clima incluye mucho más que temperatura y humedad del aire, ya que él se extiende también a las características del suelo, a la naturaleza y a los alimentos, entre muchas otras cosas que constituyen el conjunto de objetos propios de ese espacio geográfico: “el clima no está limitado a circunstancias particulares de latitud, frío o calor, él se refiere de una manera absolutamente general al conjunto de circunstancias físicas vinculadas a cada local” (Cabanis, 1802, p. 415).

Por último, se propone aclarar qué es lo que entiende por hábitos morales. Dirá que autores como Hipócrates y Montesquieu generalmente han asociado los hábitos morales a los comportamientos característicos de diferentes pueblos y grupos. Considera imprescindible destacar que, aunque podamos identificar ciertas semejanzas en los hábitos de los pueblos, es preciso recordar que cuando hablamos de comportamientos siempre hablamos de individuos en singular. Los temperamentos de los pueblos no son nada más que la suma de los hábitos morales de los individuos que componen esos grupos. Pero, para poder referirse a las facultades morales de los diversos individuos que componen las poblaciones, será necesario analizar de qué modo las impresiones externas (frío-calor-humedad) operan sobre la sensibilidad y, consecuentemente, qué alteraciones producen en los organismos. Ocurre que, para Cabanis, “los seres humanos son modelados por agentes complejos, tanto internos como externos, que se unen entre sí y que actúan sobre la sensibilidad” (Williams, 1994, p. 104).

Esas alteraciones en los organismos individuales que resultan de las impresiones externas llevarán a producir determinados rasgos de carácter. Recordemos que Cabanis es fundamentalmente un sensualista que se inscribe en la tradición de Locke. Entiende que son las impresiones que nuestros sentidos reciben las que determinan nuestra identidad. Como afirma Ackerknecht, “toda su fisiología es la fisiología de las impresiones que afectan los sentidos” (1986, p. 17). Esas impresiones definen el carácter de los individuos, y, si ese carácter es compartido por los grupos, esto se debe a que esos organismos están sometidos a las mismas impresiones externas que producirán las mismas alteraciones en los organismos. Como consecuencia, tanto en la *Memoria Novena* como en la *Memoria Octava*, Cabanis defiende la existencia de una

estrecha correlación entre clima y moralidad. Si, como vimos en la *Memoria Octava*, esa correlación se estableció por referencia a Buffon, en la *Memoria Novena* es Hipócrates quien será la referencia privilegiada.

Cabanis analiza una a una las influencias externas sobre los temperamentos y pensamientos, así como las relaciones de interdependencia que existen entre ellas. A partir de esas investigaciones y tomando como referencia la idea de clima en sentido amplio propuesta por Hipócrates, concluye que:

...el clima, de acuerdo a la exacta definición de la palabra, influye sobre la formación de los hábitos morales. Porque estos no son más que el conjunto de ideas y opiniones, de voluntades instintivas o razonadas, y de actos que resultan de esas ideas y voluntades en la vida de cada individuo. (Cabanis, 1802, p. 417)

Siguiendo los argumentos hipocráticos, concluye que el clima tiene una influencia directa sobre los organismos, especialmente sobre el pensamiento y la voluntad. Sin embargo, el modo en que los *Tratados hipocráticos* articulaban clima y organismo suponía la aceptación de la teoría de los cuatro humores, su articulación con las estaciones del año y con la teoría de los cuatro elementos. Diversos autores, entre ellos Helvétius (1803), ya habían desarrollado críticas a este modelo argumentando que la teoría de los humores no podía ser aceptada sin discusión a la luz de los nuevos avances de la medicina. De tal modo que, para defender la tesis de los temperamentos adquiridos —esto es, la indisoluble relación entre el medio externo, lo físico y lo moral—, Cabanis precisaba construir argumentos que le permitieran recuperar, pero también actualizar, la clásica doctrina hipocrática que vinculaba clima, humores, organismos y temperamentos.

Recordemos que, aunque la teoría de los humores precede a los textos hipocráticos, reaparece en uno de los textos de ese corpus que se transformó en referencia privilegiada para comprender la distinción griega entre salud y enfermedad. El texto se denomina *La naturaleza del hombre* y, aunque forma parte del corpus hipocrático, se lo atribuye a Polibio (Tamayo, 1998). En ese texto se afirma que salud y enfermedad deben ser comprendidas a partir del equilibrio y desequilibrio de los humores. Estos humores corresponden a los cuatro fluidos esenciales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y cada uno de estos fluidos estaba directamente vinculado con diferentes elementos (aire, agua, fuego, tierra) y con cuatro tipos de clima (caliente, seco, húmedo y frío).

La preponderancia de cada uno de los humores en el cuerpo estaba asociada a ciertas características físicas y a determinados temperamentos, eso que más tarde será denominado *personalidades o características psíquicas o morales*. La preponderancia de la sangre, fuente de vitalidad, se asociaba a características físicas tales como la piel rosada, un cuerpo fuerte y robusto, que correspondería con el temperamento sanguíneo caracterizado por el optimismo y la alegría, pero con una fuerte tendencia a ser impulsivo e impetuoso. La preponderancia de la bilis amarilla (llamada también “de cólera”) correspondía a un temperamento colérico propio de personas exageradamente delgadas, irritables y tendientes a hablar mal de los otros. En caso de existir

preponderancia de flema, las características físicas que se destacaban eran la palidez y la debilidad, asociadas a un temperamento flemático, signado por la pereza, la inercia y la frialdad. Por fin, la preponderancia de la bilis negra estaba vinculada a personas de piel más oscura, desconfiadas y propensas a ver el lado negativo de la vida y de las cosas. El equilibrio entre estos humores, aun cuando siempre existiera uno predominante, definía los temperamentos normales característicos de los diferentes grupos humanos, pero el exceso de uno en comparación a otros indicaba la existencia de una enfermedad; así, el exceso de sangre provocaba estados febriles o el exceso de bilis negra estados de profunda melancolía (Edler, 2011; Tamayo, 1998; Porter, 2004; Jouanna, 1997).

Como afirma Porter, la medicina hipocrática tenía sus puntos flacos: “Poco sabían de anatomía o fisiología, ya que la disección humana era contraria al respeto que los griegos tenían por los seres humanos, además de no disponer de tratamientos eficaces” (Porter, 2004, p. 49). Y es allí donde debe buscarse la distancia que separa a la medicina hipocrática de la asociación entre lo físico y lo moral enunciada por Cabanis, aun cuando este utilice las explicaciones humorales y la teoría de los temperamentos. Esa distancia está marcada, como veremos, por un nuevo modo de observar el cuerpo y las patologías, por el surgimiento de una nueva mirada médica que aparece con la anatomía patológica de Morgagni y de Bichat (Foucault, 1987).

Para Cabanis, no es en los fluidos sino en los órganos y en los tejidos donde debemos buscar la clave de comprensión de los diferentes temperamentos que, para él, ya no pueden reducirse a cuatro como en la medicina hipocrática.

Diferencia seis tipos de temperamento, que surgen de su actualización de la medicina hipocrático-galénica:

- El primero representa el temperamento sanguíneo de los antiguos, caracterizándose por una amplia capacidad torácica, por la energía de los órganos de la generación y por la exacta proporción de los humores.
- El segundo suma a las características físicas anteriores una mayor actividad del hígado y la rigidez de las partes sólidas del cuerpo, correspondiendo al temperamento bilioso de los antiguos.
- El tercero es aquel en que los órganos de la generación conservan energía, el tórax es estrecho y las partes sólidas son de una extrema rigidez; el hígado y el sistema gástrico se encuentra en estado de constricción. Corresponde al temperamento melancólico.
- El cuarto corresponde al temperamento flemático y se caracteriza por el debilitamiento del sistema genital y el hígado, por una cantidad de fluidos considerable y por la degeneración de la mucosa común a todos los órganos.
- El quinto y el sexto no están correlacionados con los temperamentos hipocráticos. El quinto temperamento se caracteriza por el predominio del sistema nervioso o sensitivo sobre el sistema muscular o motor, y es propio de los sujetos con alta capacidad intelectual que dirigen su vida por el pensamiento y la razón.

- El sexto es el inverso, en este caso predomina el sistema motor sobre el sensitivo o nervioso, propio de los espíritus deportivos y fuertes. (Cabanis, 1802, pp. 294-295)

Esta clasificación indica que no es en los fluidos donde deben buscarse las diferencias entre salud y enfermedad, como creían los herederos de la medicina hipocrática, sino en los órganos y tejidos. Es la preeminencia de determinado órgano sobre otro y el desequilibrio que eso produce en el organismo, lo que define y delimita las características físicas y morales de los individuos (Ackerknecht, 1986).

Como vemos, Cabanis no limita sus argumentos a aquellos defendidos por Buffon: no es ni necesario ni suficiente hacer referencia a la teoría de la degeneración de los animales para hablar de las condiciones físicas y morales de pueblos, razas o individuos. Tampoco es posible retornar a la asociación entre características físicas y temperamentos del modo en que fue elaborada por la tradición griega. No será en la historia natural ni en la medicina clásica, sino en los recientes estudios de anatomía y patología realizados por Morgagni y Bichat, que Cabanis encontrará las evidencias que considera necesarias para revitalizar la vieja doctrina hipocrática de los humores. De ese modo, los clásicos argumentos referidos a las analogías entre las estaciones, los climas, los humores y los temperamentos vuelven a ser discutidos y reconstruidos a partir de una nueva estructura discursiva que habla de lesiones, órganos, funciones y cadáveres.

## La anatomopatología como recurso explicativo

Esta mirada médica introduce una diferencia radical con los estudios anteriormente realizados por los naturalistas y por la medicina hipocrática. Cuando comparamos a los hombres con los animales, así como cuando comparamos a los hombres entre sí, observamos que existe una enorme diversidad de formas externas:

Las diferencias que se destacan primero se refieren a la altura y al peso. El color de los cabellos, los ojos, la piel, son otras diferencias que deben relacionarse a las formas exteriores. [...] Pero estudiando al hombre percibimos que el conocimiento de las formas exteriores significa poca cosa. Los movimientos más importantes, las operaciones más delicadas tienen lugar en su interior. (Cabanis, 1802, p. 263)

Es solamente observando el interior de los cuerpos, las variaciones y diferencias que ocurren en los órganos y tejidos que podremos comprender de qué modo se vinculan realmente las características físicas y las facultades morales y mentales.

La mirada de superficie de la medicina griega, preocupada por la piel rosada de los temperamentos sanguíneos o la tez oscura de los coléricos, aparece como poco significativa e insuficiente en el momento en que la medicina moderna

comienza a estructurarse a partir de una minuciosa observación de las lesiones que aparecen al abrir los cadáveres. Al contrario de lo que ocurre en la medicina griega, “cuya doctrina de los temperamentos fue su fruto principal. Esos grandes observadores no demorarían hoy en percibir que la acción de los cuerpos exteriores solo modifica hasta cierto punto las disposiciones orgánicas” (Cabanis, 1802, p. 261).

Para Cabanis, es necesario comprender las operaciones que ocurren en el interior de los cuerpos, operaciones que la anatomía y la patología de fines del siglo XVIII parecían haber finalmente conseguido, comprender y explicar.

Considera que uno de los hechos que la anatomía establece como incontestables es la necesaria proporción entre los órganos y los fluidos corporales. Los estudios anatómicos y patológicos han mostrado, a partir de la observación de cadáveres, las causas de las enfermedades y su efecto en la desproporción de los órganos y en la incapacidad de ejercer la función que les es propia. En palabras de Cabanis: “Esa justa relación entre el volumen de los órganos y su respectiva energía constituye la excelencia del organismo y produce sentimientos de profundo bienestar” (Cabanis, 1802, p. 275).

Encontrar en la naturaleza este perfecto estado de equilibrio no es una tarea simple. Al contrario, es un objetivo a ser conquistado a través de un régimen apropiado y de la aplicación de las ideas de los higienistas. Esta justa proporción no está fijada de una vez para todos, “ella fluctúa entre ciertos límites, que está prohibido franquear, y el término medio que, según nuestro modo de ver, es considerado como siendo más conveniente es, sin embargo, raramente alcanzado” (Cabanis, 1802, p. 276). Existe así una proporción media ideal que no es fija sino circunscrita dentro de ciertos límites infranqueables: cuando la desproporción de uno de nuestros órganos sobre los otros o de determinados fluidos sobre otros inhibe el correcto desenvolvimiento del organismo, en ese momento salimos del estado de normalidad y nuestro organismo cae en estado de enfermedad.

Cada tipo de desproporción produce una determinada patología y el exceso de uno u otro órgano se hace sentir también en la definición de los temperamentos. Esto es, en la personalidad de un determinado individuo. Cuando la desproporción entre los órganos se mantiene dentro de los límites de normalidad, podemos reconocer los tipos de temperamento definidos por Hipócrates. Por el contrario, cuando los órganos degeneran, los temperamentos se tornan extremos y constituyen, según Cabanis, una verdadera enfermedad. Y así como el clima tiene una influencia directa sobre la constitución de los temperamentos, del mismo modo las enfermedades alteran nuestros comportamientos. A veces ellas son causadas por influencias externas (clima o alimentos), otras veces ellas resultan de una desproporción interna del organismo que se transmite de generación en generación. Entonces hablamos de enfermedades hereditarias, enfermedades que dependen de circunstancias que *preceden al embrión* (Cabanis, 1802, p. 297).

La relación entre salud y moralidad puede observarse cuando nos detenemos en los cambios de comportamiento producidos por algunas enfermedades, como inflamaciones del cerebro, indisposiciones del estómago o afecciones del diafragma.

Cada una produce, según Cabanis, alteraciones que varían entre el frenesí, el delirio pasajero o la locura duradera. Estos temperamentos extremos pueden ser alterados, en algunos casos, con el uso de medicamentos. En otros casos, no es simple restituir la normalidad y el equilibrio de un órgano o sistema de órganos cuando estos degeneran. Pensemos en una enfermedad a la que Cabanis se refiere con insistencia, “la ninfomanía”.

Esta enfermedad asombra por la simplicidad de su causa, que se debe, comúnmente, a la inflamación de los ovarios y de la matriz. Se trata de una enfermedad degradante (desde un punto de vista moral) por sus efectos, capaces de transformar a la joven más tímida en una mujer desesperada y al pudor en una audacia furiosa, hasta llegar a aproximarse a la frontera de la prostitución. (Cabanis, 1802, p. 305)

Todos los órganos afectados por esa desproporción influyen de uno u otro modo en el sistema nervioso y en el cerebro, considerado como el órgano principal a partir del cual se determinan no solo los pensamientos, sino también la voluntad y, consecuentemente, los comportamientos y temperamentos. El esquema explicativo de Cabanis diferencia un foco principal de sensibilidad y tres focos secundarios. Entiende que las afecciones morales se forman a partir de las impresiones externas (clima, alimentación, etc.) o internas que reciben los órganos sensoriales y que se vinculan directamente con focos internos de sensibilidad (Ackernecht, 1986). Entre ellos es necesario diferenciar un foco principal que está situado en el cerebro y la médula espinal, lo que denomina también sistema nervioso o sensitivo, y tres focos secundarios, la región que corresponde al estómago y al hígado; la que corresponde al sistema abdominal; y la tercera, que corresponde a los órganos de la generación (Cabanis, 1802, p. 306).

Los tres focos secundarios ejercen una influencia directa sobre el cerebro, pero son las afecciones llamadas *del alma*, como la locura o los delirios, más que aquellas que nos remiten a las partes orgánicas, las que muestran de manera más evidente, para Cabanis, las relaciones inmediatas entre lo físico y lo moral. Aunque sea difícil y aún imposible determinar los hilos complejos que articulan esa relación, existe para Cabanis una clara convicción de que es en el cerebro donde debemos buscar las respuestas a esas preguntas, pues es en el cerebro donde se producen los pensamientos y donde se determina la voluntad. Es verdad que, para Cabanis,

...la íntima organización de la pulpa cerebral aún es mal conocida, y no parece que los instrumentos actuales nos puedan auxiliar en nuevos descubrimientos. Hemos agotado el uso del microscopio y el arte de las inyecciones. Si queremos ir más lejos en la anatomía humana en general y en la anatomía del sistema nervioso en particular, deberemos imaginar otros métodos y otros instrumentos. Sabemos que la observación de enfermedades y la abertura de cadáveres han permitido algunas consideraciones útiles que se vinculan a los fenómenos de la sensibilidad. (Cabanis, 1802, p. 157)

Las referencias de Cabanis a los estudios de anatomía del sistema nervioso no son claras. Se refiere a estudios realizados con cadáveres que indicarían diferencias en el color, tamaño y consistencia de los cerebros, y a su comparación con los hombres afectados de diferentes enfermedades, sin especificar cuáles son estos estudios. Sin embargo, para Cabanis, las dificultades asociadas al estudio del cerebro no llevan a dudar del papel central que tiene este órgano en la elaboración del pensamiento, pues del mismo modo que aún permanecen desconocidos los mecanismos exactos que llevan a que el alimento sea digerido por el estómago, también se desconocen los mecanismos exactos por los cuales el cerebro capta las impresiones y, a partir de ellas, produce los pensamientos y los transforma en ideas, gestos o símbolos. Lo cierto es que para Cabanis no será posible hablar de pensamiento en ausencia de cerebro, del mismo modo que no será posible hablar de digestión cuando falta el sistema digestivo (Cabanis, 1802, pp. 138-140).

Como vemos, el cerebro no ocupa una función secundaria sino un lugar central en la creación y elaboración del pensamiento, de la voluntad y, claro, de aquello que los griegos llamaban *temperamento*. Es así que la explicación de los seis temperamentos enumerados por Cabanis (tras haber agregado dos a los cuatro temperamentos de la medicina de base hipocrático-galénica) se transformará cuando integre las referencias a los estudios de anatomía patológica que comparan cadáveres de sujetos que padecieron ciertas afecciones morales. Si podemos concluir que los temperamentos no son solo el resultado del hábito, sino también de la voluntad y del pensamiento, entonces será necesario afirmar que existe un temperamento principal (correspondiente al quinto en la clasificación de Cabanis) y otros secundarios de acuerdo con el tipo de órgano predominante.

Si observamos la influencia y el predominio de los órganos, unos sobre otros desde el punto de vista de un sistema general, veremos que todos ellos se subordinan al órgano cerebral, pues ningún otro órgano ejerce una acción más constante, más enérgica y general.

No podemos sentirnos incomodados por tener que afirmar que el verdadero sentido de la expresión “influencia de lo moral sobre lo físico” designa fundamentalmente la influencia del sistema cerebral como órgano de la voluntad y del pensamiento sobre los otros órganos, cuya acción es capaz de excitar, de suspender y aún de anular en cada una de sus funciones (Cabanis, 1802, p. 596).

Cabanis inicia su estudio refiriéndose a la preeminencia del cerebro y del sistema nervioso. Ya en las primeras *Memorias de Relaciones de lo físico y moral del hombre*, afirma que el mejor modo de esclarecer esa relación es a partir de las patologías localizadas en el cerebro. Esto no impide que dedique varias *Memorias* posteriores a analizar la relación entre humores y temperamentos en la medicina hipocrática o a estudiar las articulaciones entre clima y degeneración. Ocurre que, aunque los estudios de anatomopatología le permitieran justificar su argumento del vínculo indisoluble entre características físicas y moralidad, no era suficiente con abrir cadáveres y compararlos para explicar esa relación. Era necesario realizar una mediación con la historia natural y con la medicina hipocrática: articular la mirada médica, la mirada del moralista (hoy diríamos del etnógrafo) y la mirada del naturalista.

## Clima, cerebro y patologías

De lo dicho hasta aquí podemos concluir que Cabanis, a diferencia de Buffon, no está interesado en la degeneración de grupos humanos, especies o razas; su problema es analizar los organismos individuales, independientemente de que esas características físicas y morales se repitan en los miembros de un grupo. La semejanza entre varios individuos es el resultado de la constancia de factores externos tales como el clima, los alimentos o las enfermedades, junto con el aislamiento relativo de las diferentes razas. Ellas tienden a perpetuar los hábitos adquiridos, que son transmitidos de generación en generación, del mismo modo que se transmiten las enfermedades hereditarias. Así, aun cuando muchas premisas de Buffon referidas a la problemática de la degeneración de los animales y grupos humanos sean aceptadas por Cabanis, particularmente el cuadro de correlación entre las características de las especies y las diferentes temperaturas, aun cuando Cabanis acepta el argumento de Buffon de un tipo originario “normal” de la especie humana de piel blanca que habita en regiones templadas, las diferencias entre ambas posiciones son profundas y significativas.

El análisis de Cabanis sobre los efectos del clima en los organismos recurre a explicaciones médicas para esas observaciones que comparte con Buffon. Para ambos, existen grupos humanos originarios con ciertas características físicas y morales deseables y más “nobles”, y existen grupos humanos que representan una degeneración (dirá Buffon) o una degradación (dirá Cabanis) de ese tipo humano ejemplar y originario.

Para construir esa explicación no son suficientes, pero sí son necesarias, las referencias a la tradición médica hipocrático-galénica basada en humores y temperamentos. Cabanis actualiza esos argumentos a partir de los recientes desarrollos de la anatomía y de la patología. Ya no hablará de cuatro humores sino de seis, ya no privilegiará la proporción de fluidos corporales o el equilibrio entre ellos, sino la simetría entre los órganos. Mostrará, por referencia a la comparación de cadáveres, que la desproporción entre los órganos produce desequilibrios no solo físicos sino también morales. El tamaño de los ovarios o la matriz, el tamaño del tórax o las características físicas del hígado o del sistema digestivo, todos y cada uno de esos datos pasan a ser significativos para comprender las diferencias entre los temperamentos que pueden ser considerados normales, extremos o enfermos.

Ya no importan los fluidos sino los órganos, los tejidos y los sistemas de órganos, y entre ellos uno que se destaca: el cerebro y el sistema nervioso. Como los estudios de anatomía del sistema nervioso y los estudios de patología creían haber demostrado en tiempos de Cabanis, el cerebro tendría un papel central en la determinación de las características morales en la medida que nuestras acciones morales suponen la aplicación del pensamiento y la voluntad. Y es en los estudios referidos a las características del cerebro, su rigidez o flexibilidad, su volumen y su color, que comenzaban entonces a ser modestamente realizados a partir de la comparación entre cadáveres y pacientes, que Cabanis cree encontrar el mejor modo para entender la relación entre los organismos y los temperamentos deseables o degradados.

De ese modo, aunque Cabanis retoma los argumentos y las descripciones de Buffon sobre los efectos que el clima produce en los cuerpos y en los hábitos morales de individuos y grupos, aunque reitera las tesis defendidas por la tradición hipocrático-galénica, particularmente la correlación entre características físicas y temperamentos, abandona las referencias a las características externas de los cuerpos, color de piel, tipo de cabello, altura, volumen corporal para interrogarse por aquello que ocurre en el interior del organismo.

Ya no se predica la degeneración de grupos humanos o de individuos; los que degeneran no son los sujetos sino los órganos, los sistemas de órganos, los tejidos y también los fluidos corporales. Es a través de la degeneración de los órganos que puede ser comprendida la degradación de las facultades mentales y morales. Así, cuando se produce la degeneración de la sustancia del hígado ocurren alteraciones en todo el organismo que terminan por debilitar la inteligencia y las determinaciones de la voluntad (Cabanis, 1802, p. 331). Si degeneran los ovarios, como en la ninfomanía, se producirá un desequilibrio que invariablemente alterará los hábitos morales. Pero si la degeneración se produce en el foco principal de captación de las impresiones —el cerebro—, el individuo sufrirá las más graves alteraciones de comportamiento, desde el delirio momentáneo hasta la locura irreversible.

El cerebro considerado como centro de la inteligencia y de la voluntad es “él mismo un órgano, eso implica que las ideas y los sentimientos poseen las mismas características que las facultades físicas” (Saad, 2006, p. 325). Como afirma Ackerknecht (1986), tanto el cerebro como el sistema nervioso constituyen, para los sensualistas en general y para Cabanis en particular, el locus principal de toda reflexión moral. Es allí donde se localizan los temperamentos y es por esa razón que podemos decir que “la influencia de la moral sobre lo físico es, en definitiva, la influencia del sistema cerebral. Es por esa razón que la medicina debe considerarse la base de la ciencia del hombre y, consecuentemente, una ciencia moral” (Ackerknecht, 1986, p. 18).

En este punto, Cabanis se opone a Pinel (1809) y se aproxima a las observaciones de Morgagni: un número considerable de cadáveres disecados de pacientes muertos en estado de demencia revelaron la existencia de diferentes degeneraciones en la sustancia misma del cerebro; esas observaciones evidenciaron alteraciones en el color, consistencia y apariencia de ese órgano vital. Aunque “Pinel afirma no haber descubierto nada en los cadáveres que él ha estudiado [...] Morgagni y muchos otros han reconocido en el cadáver de los locos diferentes degeneraciones” (Cabanis, 1802, p. 558). Ocurre que, mientras Pinel aún continúa utilizando el clásico lenguaje cartesiano que diferencia alma y cuerpo, Cabanis abandona esa denominación para utilizar un discurso más moderno y más fuertemente anclado en los desarrollos de la anatomopatología (Rey, 1997; Pigeaud, 2004, p. 924).

Esto no significa que Cabanis identifique todas las afecciones morales con enfermedades, significa que el estudio de la enfermedad le permite esclarecer la relación entre lo físico y lo moral en cada circunstancia de vida de un individuo. Recordemos que, para él, el crimen, igual que la locura, es una enfermedad y que restablecer la salud es también restituir la moralidad perdida. Vemos aparecer así esa correlación entre moralidad y salud que aún hoy permanece. Como afirma Ortega: “El

conocimiento del interior del cuerpo y el conocimiento de sí coexisten en nuestra cultura. Lo que se confirma por la historia de la disección anatómica de cadáveres” (Ortega, 2008, p. 83).

## Degeneración y regeneración

Esta concepción médica de la moralidad posibilita un discurso plenamente optimista sobre las ilimitadas posibilidades de perfeccionamiento para el género humano. Así, aun cuando Cabanis reserve el concepto de *degeneración* para los órganos y tejidos, utiliza frecuentemente el concepto de *regeneración* para referirse al mejoramiento de las condiciones físicas y morales de individuos y grupos. Él es un férreo defensor de la higiene pública y considera que la sabia aplicación de medidas higiénicas puede alterar los efectos nocivos del clima (Edler, 2002) y producir individuos de excelencia, competentes e idóneos tanto física como moralmente.

Sobre esta cuestión Cabanis se mantiene como un fiel heredero del pensamiento cartesiano. Si bien se cuida de establecer una cautelosa distancia de lo que denomina los “errores de Descartes”, tales como la distinción alma-cuerpo o su certeza en haber encontrado la localización física del alma, acepta una de sus tesis centrales: “Si la especie humana puede ser perfeccionada, es en la medicina donde deben ser buscados los medios” (Cabanis, 1802, p. 76). Reitera así la conocida aserción que Descartes enuncia en el *Discurso del Método*: “El espíritu depende de tal modo del temperamento y de la disposición de los órganos del cuerpo que, si es posible tornar al hombre más sabio y más sagaz de lo que ha sido hasta ahora, yo creo que es la medicina la que nos dará los medios para lograrlo” (Descartes, 1927, p. 139).

Es posible y necesario, para Cabanis, mejorar la naturaleza de cada individuo en particular y perfeccionar la naturaleza humana en general mediante la ejecución de un plan constante y bien planificado. Esos estímulos constantes, esas modificaciones, pueden transmitirse y fijarse por vía hereditaria (López Beltrán, 2004), posibilitando la defensa de una visión optimista de mejoramiento de los seres humanos.

A ese objeto, digno de atención de moralistas y filántropos, deben dedicarse todas las investigaciones del fisiólogo y del médico observador. Pero, si podemos modificar cada temperamento individual, podemos influir de una manera más extensa y profunda sobre la especie misma, actuando con un mismo sistema uniforme en las generaciones sucesivas. La higiene debe tratar las reglas aplicables a cada hombre y arriesgarse más, debe pensar a la especie humana como un individuo cuya educación le es confiada, al cual la duración indefinida de su existencia permite mejorar sin cesar, más y más, aproximándolo a un tipo humano perfecto. (Cabanis, 1802, p. 298)

A esa tarea deberá abocarse no solo la medicina, sino también la higiene. A ella le compete descubrir y fijar las leyes que actúan sobre un órgano (prioritariamente el

cerebro) o sobre un conjunto de órganos, posibilitando que ocurra un cierto tipo de desorden intelectual. Solo entonces se podrá determinar cuál es el mejor modo de proceder para revertir o curar ese desorden. Para Cabanis, después de haber conseguido el perfeccionamiento de razas de animales, tales como los caballos y perros, después de haber mejorado las plantas que son útiles y agradables, como las frutas o las flores, debemos dedicar el mismo empeño en mejorar las razas humanas a fin de construir sujetos sanos y vigorosos, ciudadanos sabios y buenos, del mismo modo que hemos conseguido producir duraznos perfumados y deliciosos. “Es tiempo de seguir un sistema más digno para esta época de *regeneración*, es tiempo de hacer con nosotros lo que hemos hecho con nuestros compañeros de existencia, osar revisar y corregir la obra de la naturaleza” (Cabanis, 1802, p. 298).

Cabanis inaugura, de ese modo, una serie de reflexiones y de estrategias de intervención sobre los cuerpos, que atravesaron los siglos. Como figura destacada entre los ideólogos, insistirá en la importancia de pensar al ser humano como un ser integral donde se articulan las dimensiones física, moral e intelectual. En ese contexto defenderá a la higiene como estrategia privilegiada para la educación y regeneración de las clases populares. Pero ella no estará destinada solo a los individuos, sino también, en función de sus ideas sobre herencia, a las poblaciones y grupos humanos. Es allí donde podemos encontrar el punto de partida de lo que más tarde serán los programas eugénicos destinados a la purificación de las razas. Por otra parte, el materialismo radical explicitado por Cabanis (1802) y su insistencia en afirmar que es posible construir explicaciones médicas y biológicas para nuestras conductas, nuestros sufrimientos y nuestra moralidad, no han dejado de reaparecer desde entonces, adoptando las formas más diversas.

Así, retomando elementos provenientes de tradiciones explicativas que pertenecen a diferentes momentos históricos, como la teoría de los humores, las influencias climáticas o las disecciones de cadáveres realizadas por la anatomopatología, Cabanis da inicio a ese modo de pensar que abriga sueños aparentemente contradictorios. Por un lado, imagina poder encontrar en el mal funcionamiento de nuestro organismo, particularmente de nuestro cerebro, la explicación precisa para cada uno de nuestros actos. Por otro lado, sueña con la regeneración moral de individuos, pueblos y razas por la mediación de principios higiénicos aplicados al medio externo. Dos modelos explicativos que de uno u otro modo permanecen y que permiten mantener, aún hoy, la confianza ingenua de Cabanis en un saber médico entendido como referencia privilegiada para la resolución de nuestros conflictos morales.



## Capítulo 3

# Benedict August Morel y la emergencia de la teoría de la degeneración

*En cuanto a la idea de ampliar el territorio de la locura,  
el boticario la encontró estrafalaria.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

La segunda mitad del siglo XIX parece haber estado marcada por el aumento creciente de alienados internados en asilos y por un sentimiento de fracaso en relación con las promesas terapéuticas de la psiquiatría clásica (Pinell, 2006; Huertas, 1992; Pick, 1996). El tratamiento moral de Pinel y Esquirol (Ackerknecht, 1962, 1982) parecía insuficiente para resolver los problemas de esa población, designada como alienada, que no dejaba de multiplicarse.

Por otra parte, existían grandes dificultades para llegar a un consenso sobre el mejor modo de establecer parámetros de clasificación para las patologías mentales que fueran tan confiables como las clasificaciones de patologías orgánicas construidas a partir de la localización de lesiones en el cuerpo. La clasificación propuesta por Pinel partía de la idea de unicidad de la enfermedad mental, afirmando que esta podía manifestarse de modos diferentes, dando lugar a cuatro clases fundamentales de alienación: la manía, la melancolía, el idiotismo y la demencia. Siguiendo esa misma concepción de enfermedad mental, Esquirol amplió el cuadro nosológico de alienaciones, diferenciando manía, lipemania, monomanía, idiotismo y demencia. Aunque esas eran las clasificaciones más utilizadas, en realidad se trataba de diferentes modos de aparición de una misma patología, que era la alienación mental. En consecuencia, todas esas manifestaciones podían ser tratadas del mismo modo. Ante una misma enfermedad se imponía una misma terapéutica: el tratamiento moral (Lantéri-Laura, 1999, p. 103).

La teoría de la degeneración de Morel surge como una tentativa de dar respuesta a esas dificultades con las que la naciente psiquiatría debía enfrentarse. Fundamentalmente, el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel propone crear una clasificación creíble y consistente de las patologías mentales que no esté basada solamente en la diferenciación de síntomas (generalmente muy similares unos a otros) o de manifestaciones corporales exteriores (los estigmas que pueden llevar a clasificaciones erradas). Morel pretendía sustituir

una clasificación sintomática por una clasificación etiológica de las enfermedades mentales. Pues, como afirma una y otra vez en su *Tratado sobre las degeneraciones*, solo cuando estén claramente determinadas las causas se podrá crear una red clasificatoria de nosologías y una terapéutica o profilaxis apropiada para cada patología. Y es a partir de esa red causal explicativa que Morel crea el principio general de toda su obra: “Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 75).

La preocupación por la degeneración de los organismos, por el desvío del tipo originario de la especie, está presente en el discurso de naturalistas como Buffon o Lamarck. Esa concepción de la degeneración de las especies, propia de la historia natural, fue transformada a fin del siglo XVIII, cuando Cabanis (1802) comenzó a asociarla con una nueva mirada médica. A partir de ese momento, la degeneración pasará a ser aplicada a modificaciones indeseadas en los tejidos y órganos, articulándose, de ese modo, el discurso de la anatomopatología con las teorías clásicas de los naturalistas.

En la historia natural del siglo XVIII la idea de degeneración remitía casi exclusivamente a la problemática de las razas y se vinculaba fundamentalmente con la cuestión climática. Esta idea se mantendrá durante gran parte del siglo XIX, como lo muestran los trabajos de geografía médica de Boudin (1857). Hasta allí la problemática de la degeneración o de la variabilidad de las especies y las razas parecía encontrar en el medio externo, particularmente en las consecuencias derivadas de un clima extremo, una explicación casi exclusiva de las causas de la degeneración tanto de los animales como de las razas. La idea de “pesimismo climático”, directamente asociada a las empresas colonialistas, se mantendrá inalterada por décadas reproduciendo una y otra vez la idea difundida por Boudin de una causa privilegiada de las patologías mentales y orgánicas difundidas en las regiones tropicales colonizadas por los europeos blancos. Esa idea permanecerá más o menos inalterada en el discurso de muchos médicos pasteurianos enviados para las colonias de ultramar aún a inicios del siglo XX.

En todos estos casos, a excepción de Cabanis, la causa de la degeneración debía ser buscada en el medio externo, particularmente en los efectos nocivos que el clima tórrido producía en los cuerpos de los individuos: ya sea por la creación de razas degeneradas o porque producía estados patológicos (mentales o físicos) en los europeos blancos que no lograban aclimatarse a un clima diferente de aquel donde habían nacido. Las consecuencias malsanas del clima tórrido estaban vinculadas con una serie de elementos asociados a las altas temperaturas: el mefitismo del aire, los efluvios palúdicos, las intoxicaciones, la fatiga crónica. Las degeneraciones se manifestaban en el cuerpo por marcas exteriores como el color de piel, la altura, el tipo de cabello y por marcas comportamentales como la pereza, la indolencia y las alienaciones mentales, que se agravaban con el tiempo de permanencia en los trópicos. En la medida en que se definía una causa privilegiada para las degeneraciones, la terapéutica podía limitarse simplemente a la restitución al clima de origen, a la disminución del tiempo de permanencia de soldados y colonos en las colonias de

clima tórrido, al control de las bebidas alcohólicas y la alimentación. En los casos en los cuales la degeneración de la raza había llegado a extremos irrecuperables, solo restaba intentar rescatar a los descendientes, si aún no habían sido seriamente afectados. La degeneración se transmitía de generación en generación mientras las condiciones climáticas se mantuvieran adversas. Una vez cambiadas esas condiciones, el organismo recuperaba su estado natural.

## La clasificación etiológica de las enfermedades mentales

En ese contexto surge el *Tratado sobre las degeneraciones* de Morel, quien defiende una posición contraria tanto a las ideas de los naturalistas que afirmaban una causa climática única de los procesos de degeneración como a la psiquiatría de Pinel y Esquirol, quienes diferenciaban los tipos de locura por referencia a la sintomatología y no a la etiología (Ackerknecht, 1982).

Para Morel, que postula la existencia de una pluralidad de causas de la degeneración, era preciso clasificar las patologías en familias y grupos nosológicos de acuerdo con la causa predominante. Entonces se podría proponer una terapéutica adecuada, en el caso de tratarse de degeneraciones reversibles, y se podría anticipar, por vía de acciones de profilaxis y de higiene, la ocurrencia de padecimientos irreversibles.

De igual modo, y aproximándose en este punto a Cabanis (que no es mencionado en el *Tratado*), Morel no comparte con los naturalistas la idea de que los signos exteriores que establecen diferencias entre las razas puedan ser considerados como indicadores de degeneración de la especie. El color de piel, el tipo de cabello o la altura no indican más que variaciones del tipo normal que no tienen por qué ser consideradas patológicas. Las variaciones entre razas humanas son diferentes de las variaciones degenerativas: mientras las razas pueden procrearse (esto es, son fértiles), los individuos o familias que degeneraron están condenados a la esterilidad después de cuatro generaciones.

Así, aunque el clima pueda producir alteraciones en los organismos, estas alteraciones no son necesariamente patológicas. Esto es, no deben ser necesariamente consideradas como formas degeneradas. El clima y los fenómenos asociados, ya sea el aire mefítico o las emanaciones palúdicas, no representan más que algunas de las causas delimitadas por Morel. Si recordamos la distinción de la higiene clásica establecida por Hallé entre “circunfusa” e “ingesta” (Jorland, 2006; Cartron, 2000, p. 13), veremos que Morel no se limita a los elementos que clásicamente forman parte de la “circunfusa”: temperatura, suelo pantanoso, aire mefítico, espacios mal ventilados. Al contrario, da cierta preeminencia a los elementos clásicamente referidos a la ingesta —esto es, intoxicaciones por plomo, alimentos ingeridos, efectos nocivos de las drogas como el hachís o el opio—, de acuerdo con lo que indicaban los informes dejados por los misionarios que habitaron en China.

Pero, entre todas esas causas intoxicantes, existía una que representaba una fuerte amenaza y que provocaba las formas de degeneración más graves y radicales: la ingestión desmedida de alcohol, cuyas consecuencias son analizadas en el *Tratado sobre las degeneraciones*. Morel se refiere tanto a las alteraciones que ocurren en el cuerpo de los individuos alcohólicos como a las alteraciones que surgirán en las generaciones sucesivas de familias afectadas por ese mal, para detenerse, por último, en las sociedades y pueblos condenados a la degeneración por abuso de alcohol. Destaca, en este último caso, las consecuencias irreversibles de lo que considera un pueblo sin futuro, por estar condenado a la más absoluta degeneración: los habitantes de Suecia.

Como vemos con el ejemplo del pueblo sueco, no es en función de las características físicas de las diferentes razas que pueden designarse grados de degeneración. Por el contrario, para Morel: “Entre el estado intelectual de un bosquimano salvaje y el del europeo más avanzado de su civilización, hay menos diferencia que la que existe entre el estado intelectual de ese mismo europeo y el de un ser degenerado” (Morel, 1857, p. 46). El bosquimano es susceptible de modificación y sus descendientes podrán inclusive llegar a transformarse en el “tipo perfecto”. Por el contrario, en un ser degenerado las influencias hereditarias fatales tendrán efectos nocivos sobre los descendientes. Las generaciones futuras se mantendrán toda su vida como lo que en realidad son: “un espécimen de degeneración de la especie humana, un ejemplo de desvío malsano del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 47).

Digamos algunas pocas palabras sobre ese “tipo normal de la humanidad”. En realidad, ese ser efectivamente inexistente no es otra cosa que un postulado metafísico. Se trata del sujeto primitivo creado por Dios para perpetuar la especie humana de manera siempre idéntica. Morel es heredero de ese pensamiento religioso que recupera los mitos del Génesis y del pecado original, y son esas ideas las que le permiten defender la tesis de un tipo primitivo que se constituye como *obra maestra y resumen de la creación*. Todo desvío de esa obra maestra representará inevitablemente una degradación no solo física sino también moral de la humanidad.

Este espíritu religioso se encuentra lado a lado con una mirada que pretende ser científica y organicista, una mirada médica impregnada de los desarrollos de la anatomopatología de su tiempo. Y si esta complementariedad es posible se debe a que, según afirma Patrice Pinell (2006, p. 310), aun los presupuestos que le permitieron construir una aproximación organicista a la enfermedad mental eran de orden metafísico. El mismo punto de vista religioso que lo llevó a pensar la locura como la caída después del pecado original lo condujo, por referencia a la idea de consustancialidad entre alma y cuerpo, a tratar del mismo modo todas las causas de la degeneración, sean ellas físicas o morales, sea que afecten al cuerpo o al alma<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Para un análisis de la relación de Morel con la religiosidad ver Huertas (1987, 1992).

## Causas y tipos de degeneración

Para Morel, los procesos de degeneración siempre son resultado de influencias mórbidas de orden físico o moral que responden a características generales y a características específicas determinadas. La causa general que aparece necesariamente y en todos los casos, sea como elemento predisponente sea como efecto de causas exteriores, es la transmisión hereditaria. La idea de herencia de Morel se diferencia, como veremos más tarde, de las teorías clásicas existentes hasta el momento que suponían una repetición en los descendientes de las mismas conductas y de los mismos delirios que aparecían en sus ancestrales. También se diferencia de las teorías de los alienistas que imaginaban una herencia difusa en la cual la existencia de cualquier hecho patológico podía llevar a los descendientes al delirio o a la locura, como lo ejemplifica Foucault (2003) con la idea de “cuerpo ampliado”. La herencia es una de las causas de degeneración, sin duda la más importante, aunque en la enumeración de los procesos causales ella aparezca mencionada en último lugar.

Morel distingue las siguientes causas. 1) Degeneraciones por intoxicación: incluye en este grupo la mayor parte de las causas climáticas destacadas por los naturalistas, como el suelo pantanoso, las epidemias, los miasmas palúdicos, el aire viciado y, entre todos esos factores, se destaca el abuso de alcohol. 2) Degeneraciones resultantes del medio social, como las producidas por actividades industriales, la miseria y las profesiones insalubres. Morel se refiere aquí específicamente al conjunto de circunstancias complejas que tiende a modificar desfavorablemente a las clases pobres; claramente se refiere a la asociación que ha marcado todo el siglo XIX: aquella entre clases pobres y clases peligrosas. 3) Degeneraciones que resultan de una afección mórbida anterior o de un temperamento malsano. El conjunto de degeneraciones producidas por esta causa da lugar a todo ese grupo de enfermos que habita en los hospitales psiquiátricos: los que tienen delirios epilépticos, las histéricas, los hipochondríacos, aquellos que poseen ideas delirantes, los maníacos, los melancólicos, los que sufren de parálisis general, los que padecen idiotismo e imbecilidad. En todos estos casos es preciso hablar de una predisposición hereditaria para que estas enfermedades puedan aparecer.

Esta confusa enumeración de redes causales que se superponen continúa con las 4) degeneraciones derivadas de la inmoralidad. Tomando como punto de partida la indisoluble relación entre lo físico y lo moral, esta red causal se refiere específicamente a las degeneraciones físicas que derivan de males morales. La vinculación estrecha entre alma y cuerpo impide que se puedan estudiar de modo abstracto e independiente las influencias morales e intelectuales, sin especificar las consecuencias y transformaciones que esos hechos pudieran tener en los organismos afectados. Para Morel necesariamente existirán ciertas marcas en los cuerpos, ciertos estigmas que son, por así decir, los trazos biológicos de la inmoralidad. En quinto lugar, Morel analiza las 5) degeneraciones que provienen de enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia: estas causas provocan padecimientos que aparecen en la infancia como consecuencia de un desarrollo

deficitario del sistema nervioso que se manifiesta a edad temprana, como en el caso de los retardos mentales y del idiotismo congénito. Esto puede ocurrir por un defecto del cerebro, constitutivo o provocado por ingestión de sustancias tóxicas del seno de la madre o como consecuencia de enfermedades como la tuberculosis o las convulsiones. En este grupo Morel sitúa también a los ciegos y sordomudos, porque la privación de un sentido físico puede tener consecuencias fatales para el desarrollo moral.

Por último, se referirá a las 6) degeneraciones que están en relación con las influencias hereditarias. Considera que esta es la causa más general y universal, pues está presente, de algún modo, en todas las formas de degeneración. En relación con las enfermedades mentales, Morel sostiene que después de varias generaciones de alienados la degeneración se transforma en incurable. Por esa razón, el tratamiento moral dedicado a la alienación mental ha llevado a tantos y tantos fracasos. En palabras de Morel:

...las condiciones de degeneración en las cuales se encuentran los herederos de ciertas disposiciones orgánicas viciosas no solo se revelan por características exteriores fáciles de descubrir, como la baja estatura, la conformación defectuosa de la cabeza, el predominio de un temperamento malsano, las deformidades, las anomalías orgánicas y la imposibilidad de reproducirse, sino y aún más profundamente en las más extrañas aberraciones en el ejercicio de las facultades intelectuales y de los sentimientos morales. (Morel, 1857, p. 62)

Estas causas pueden afectar a los individuos, familias y poblaciones de manera más o menos profunda. Las degeneraciones pueden ser pasajeras o crónicas dependiendo de si las causas que las provocaron son efímeras o permanentes; pueden ser congénitas o adquiridas; completas o incompletas; susceptibles de cura o incurables. El cretinismo es considerado como la degeneración por excelencia, los cretinos forman una familia que se caracteriza por tener las mismas aptitudes intelectuales, las mismas tendencias instintivas y las mismas características físicas exteriores.

Esta intrincada red causal, confusa y plagada de reiteraciones fue, sin embargo, la estructura explicativa básica que permitió que la teoría de la degeneración se mantuviera con algunas variaciones por más de 50 años. En esos años muchas de las causas identificadas por Morel, así como muchas categorías o familias de degenerados fueron sustituidas y abandonadas. Sin embargo, muchas de esas explicaciones permanecieron y se profundizaron con los trabajos posteriores de Magnan (1893). Los teóricos de la degeneración que sucedieron a Morel aceptaron el postulado de Cabanis de la indisoluble relación entre lo físico y lo moral, se mantuvieron fieles a la teoría de la herencia y buscaron en la anatomopatología cerebral explicaciones cada vez más precisas para la intuición de Morel sobre el papel central que ejerce el sistema nervioso y el cerebro en la degeneración hereditaria. Por último, las referencias a los estigmas y al *cachet typique*, que podemos traducir como “marca típica de los degenerados”, se mantuvieron casi inalteradas durante todo el siglo XIX y parte del siglo XX.

## El cerebro: Entre el alma y el cuerpo

No es posible analizar las causas de degeneración sin observar el papel desempeñado por el cerebro y por el sistema nervioso en esa articulación compleja que para Morel existe entre la dimensión física y la dimensión moral o intelectual del hombre (Lantéri-Laura, 1999).

El cerebro ocupa en esa estructura explicativa un papel articulador. Es al mismo tiempo un elemento metafísico que permite vincular cuerpo y alma, y un elemento orgánico cuyas lesiones pueden ser observadas en los cadáveres de los alienados siguiendo rigurosos métodos de anatomía y patología comparada. Ocupa, digámoslo resumidamente, el mismo lugar que la glándula pineal ocupaba en Descartes, una bisagra entre dos mundos, uno extenso y otro pensante. Solo que aquí la articulación se dará entre dos órdenes del ser: el intelectual o moral y el físico u orgánico. No se trata, ni en el caso de Descartes ni en el de Morel, de un alma que con el auxilio de la glándula pineal o del cerebro se transformaría en una guía para el cuerpo. Al contrario, para Morel, el sistema nervioso y las lesiones cerebrales son aquello que permite tejer una unidad indisoluble y absoluta entre nuestros pensamientos o decisiones morales y nuestro organismo. Esto es, entre nuestra alma y nuestro cuerpo.

Por esa razón, dará un mayor destaque a lo que denomina “causas mixtas” (Morel, 1857, p. 55), causas que son al mismo tiempo físicas y morales. Esto significa que es posible identificar tanto causas físicas, que tienen como efecto afecciones morales, como inversamente, factores intelectuales y morales que afectan determinados órganos y tejidos que tienen impacto directo en la creación de diferentes clases de degeneración. En este último caso, se trataría de “degeneraciones físicas que provienen de un mal moral” (Morel, 1857, p. 54). Afirma que un gran número de observaciones rigurosas lo han llevado a concluir que “no solo es difícil, sino imposible estudiar separadamente las causas exclusivamente morales y físicas” (Morel, 1857, p. 56).

Uno de los ejemplos privilegiados es el de los efectos nocivos que producen la miseria y las degradantes condiciones de vida de la sociedad industrial, que alteran profundamente los temperamentos y los organismos.

Si observamos la influencia desmoralizadora que ejerce la miseria, la falta de instrucción, el abuso de alcohol, el exceso de enfermedades, la falta de alimento, tendremos una idea de las circunstancias complejas que tienden a modificar de una manera desfavorable los temperamentos de la clase pobre. (Morel, 1857, p. 51)

Sin embargo, Morel no acepta las teorías de los economistas entonces difundidas que bregaban por resolver los problemas derivados de la miseria por la modificación de las condiciones materiales de existencia. Su perspectiva de estudio, como insiste en afirmar, es la del médico y no la del economista. Defiende una concepción política ingenua que, del mismo modo que Cabanis, supone un saber médico capaz de dar respuesta a los problemas sociales, económicos, morales, intelectuales y humanos,

por referencia a explicaciones fundadas en lesiones orgánicas o en prácticas médicas regeneradoras basadas en intervenciones higiénicas y moralizantes.

Los hechos sociales, los efectos de miasmas palúdicos o la ingestión de elementos tóxicos importan en la medida que dejan sus marcas en los organismos, produciendo las más variadas degeneraciones. Si en relación con las alienaciones mentales los estudios clínicos de sus pacientes ya lo habían llevado a concluir que los delirios epilépticos, las manías, la histeria, las ideas delirantes, la melancolía y las parálisis generales coincidían, en cada caso, con un mismo déficit funcional del organismo, ahora podrá ampliar esa misma reflexión para los temperamentos y los comportamientos moralmente indeseados. Estos temperamentos extremos pueden aparecer como resultado de un déficit funcional orgánico o como causa (indicada en tercer lugar) de un tipo de degeneración donde existen disfunciones orgánicas derivadas de un temperamento malsano.

Recordemos que cuando Morel analiza las degeneraciones derivadas de la inmoralidad, enumerada como la cuarta causa, no duda en afirmar que “el cerebro es el órgano del alma” (Morel, 1857, p. 56). Es por eso que las degeneraciones, sean ellas causadas por hechos morales o físicos, siempre tendrán como referencia alguna alteración en el sistema nervioso o algún desorden cerebral. Aún en el interior de un discurso fuertemente religioso, Morel encuentra un límite orgánico para las posibilidades espirituales:

Toda fuerza, aun la espiritual, está limitada por este órgano (el cerebro), nada puede ser hecho, nada puede ser producido fuera de las posibilidades delimitadas por este instrumento. El alma puede tener conciencia de los límites impuestos por el cerebro, pero no podrá sobrepasarlos. (Morel, 1857, p. 57)

El cerebro predispone a los individuos para determinadas actividades, pensamientos o actos. Aunque no podamos realizarlos plenamente por dificultades del medio, nunca podremos superar los límites impuestos. En ciertos casos esos límites se evidencian en la infancia, cuando al nacer los niños poseen un cerebro incapaz de cumplir su función, sea por estar atrofiado en su estructura íntima o porque la estructura ósea del cráneo es demasiado pequeña para posibilitar su desenvolvimiento posterior (Morel, 1857, p. 58). Esto limitará no solo el desenvolvimiento intelectual, sino también el desenvolvimiento moral y físico. En otras oportunidades las lesiones cerebrales no resultan evidentes en la infancia y aparecen en la vida adulta como efecto de predisposiciones hereditarias o de factores externos.

Así, para Morel, como para Cabanis, existe una relación directa entre los temperamentos y las lesiones cerebrales. Para la tradición médica heredera de Hipócrates, un temperamento solo puede considerarse enfermo cuando es excesivo, como es el caso del temperamento melancólico, que puede transformarse en una patología. En el caso de Morel lo que determina si un temperamento debe ser considerado como patología o degeneración es la persistencia de la causa. Si esta última es efímera, producirá patologías pasajeras y curables. Si es permanente, la patología será crónica e incurable.

Un temperamento es un conjunto de propiedades fisiológicas y de aptitudes morales vinculadas directamente con el funcionamiento de los órganos. Existe una relación íntima y necesaria entre ciertos tipos de degeneración y ciertas lesiones del sistema nervioso que están, a su vez, vinculadas a cierto tipo de temperamento patológico. Estos temperamentos se repiten en determinadas familias creando degeneraciones que se suceden en los descendientes de modo que “tal temperamento, tal actitud intelectual y moral, tal cualidad o defecto físico son característicos de ciertas familias y aun de ciertas razas” (Morel, 1857, p. 65). Lo que demuestra al mismo tiempo el carácter anatómico, cerebral, de los temperamentos y su carácter hereditario.

## Estigma y herencia disimilar

Para Patrice Pinell (2006), “el punto fuerte de la teoría de Morel expuesta en el *Tratado* de 1857, en todo caso el punto de mayor interés para sus contemporáneos, es el tipo de vínculo que establece entre desorden cerebral y transmisión hereditaria” (p. 311). A diferencia de Esquirol y Pinel, interesados en la herencia de patologías semejantes, la preocupación de Morel estará en la “herencia disimilar” (Cartron, 2000, p. 13). Para explicar la herencia como causa de degeneración, utiliza tres nociones fundamentales: la predisposición, las causas predisponentes y las causas determinantes. El proceso se inicia, como explica Pinell, con las *causas predisponentes*. Esto es, con hechos morales o físicos que pueden provocar padecimientos mentales que, aun siendo poco graves, necesariamente serán transmitidos a los descendientes. Ellos tendrán mayor *predisposición* para que se desencadene una enfermedad nerviosa ante la presencia de una *causa determinante*, que puede ser interna o externa, física, social o moral. En presencia de esa causa, necesariamente se producirá una enfermedad mental severa que será, a su vez, transmitida a los descendientes como una *predisposición* hereditaria. Este proceso de degeneración se manifestará de maneras diferentes, aunque con gravedad creciente, en las sucesivas generaciones.

Esta concepción no es idéntica a las teorías clásicas de herencia por semejanza, porque lo que se repite no es la misma enfermedad, sino ciclos de predisposición y manifestaciones patológicas más o menos previsibles, pero siempre cambiantes.

El ejemplo que reaparece como tipo paradigmático, como caso ejemplar de la degeneración en la obra de Morel, es el alcoholismo. La parte primera del *Tratado sobre las degeneraciones* está dedicada al análisis de los efectos que el alcohol produce en los individuos, familias y pueblos. El autor dirá que el alcoholismo crónico es una enfermedad que permite observar el desarrollo de diversas lesiones en el sistema nervioso, desde aquellas que se manifiestan como un simple temblor hasta las que producen parálisis general. El alcoholismo puede producir el grado más extremo de degradación al que el hombre puede llegar, en la medida que lleva a la abolición completa de todos los sentimientos morales. Diferentes estudios anatómicos y patológicos demostraron la influencia nefasta de la intoxicación por alcohol en el sistema nervioso. Así, las lesiones cerebrales evidenciadas por la abertura de cadáveres de

alcohólicos indican la gravedad de esa situación y el fin prematuro al que están condenados estos enfermos (Morel, 1857, p. 80).

Tanto con relación al alcohol como al opio se puede concluir que: “Las causas más activas de degeneración de la especie humana son aquellas que atacan directamente el cerebro, produciendo estados especiales y llevando periódicamente a quien hace uso de estos agentes tóxicos a la condición de locura momentánea” (Morel, 1857, p. 334).

La transmisión hereditaria de padecimientos del sistema nervioso y de lesiones cerebrales provoca alteraciones en el encéfalo de los descendientes, produciendo enfermedades que se suceden con tal regularidad que parecen cumplir el ciclo fatal de grados diferentes de degeneración (Morel, 1857, p. 335). Para Morel, el descendiente de un alcohólico no será necesariamente un alcohólico ni se repetirán las mismas lesiones cerebrales. Puede ocurrir, por el contrario, como muestran las observaciones clínicas de Morel, que la descendencia sea abstemia y que las lesiones en el sistema nervioso sean de un tipo diferente. “Los desvíos del tipo normal de la humanidad que aparecen en las generaciones sucesivas se revelan por signos interiores y exteriores mucho más alarmantes, con un debilitamiento aun mayor de las facultades mentales y morales” (Morel, 1857, p. 324). Se inicia así un ciclo creciente de patologías que se suceden. Uno de los casos analizados muestra que la primera generación de alcohólicos, caracterizada por excesos, depravación e inmoralidad, fue seguida por una segunda generación que padecía de ebriedad hereditaria, accesos maniacos y parálisis general; la tercera generación, aunque se caracterizaba por la sobriedad, poseía ideas persecutorias y homicidas; la cuarta llevaba las marcas del idiotismo, la estupidez y la falta de inteligencia, estando condenada por su esterilidad a ser el último representante de esa familia (Morel, 1857, p. 125).

Estas historias patológicas, propias de las familias de degenerados, llevan a Morel a concluir que, para comprender los procesos de alienación y degeneración, no es posible limitar la observación a las lesiones en los cadáveres. Entiende que será necesario ampliar los estudios anatomopatológicos con consideraciones sobre la predisposición hereditaria y las transformaciones cíclicas que afectan a las diferentes generaciones. Para poner en evidencia la llamada herencia disimilar, se deberá estudiar la historia de vida o la historia patológica de cada una de las generaciones que pertenecen a las diferentes familias de degenerados. Solo así será posible identificar clases y categorías de degeneración, para luego poder establecer una clasificación confiable, etiológica y no sintomática de las patologías mentales.

Pero al mismo tiempo que las explicaciones etiológicas permiten establecer clases de degeneración de acuerdo con lesiones internas y predisposiciones hereditarias, ellas permiten crear categorías de individuos cuyas semejanzas externas pueden servir como indicadores de diferentes tipos de degeneración. Morel llama a esas características *cachet typique* o *stigmata*. Son marcas o signos de degeneración que caracterizan a las diferentes familias y grupos de degenerados. Los teóricos de la degeneración que sucedieron a Morel, como Magnan o Broca (1867), reforzaron aún más la importancia de los estigmas. En el *Tratado sobre las degeneraciones* de 1857,

aunque la referencia a indicadores externos es casi una constante, se expresa que es preciso no identificar esas marcas con las verdaderas causas. Morel afirma:

Yo insisto sobre ese punto, porque la observación rigurosa de los hechos me ha llevado a concluir que el desvío del tipo normal no consiste exclusivamente en las diferencias exteriores que son en apariencia tan importantes. [...] Los elementos distintivos no descansan solamente en las diferencias exteriores, sino en los desvíos interiores que provienen del grado menor o mayor de perfección del sistema nervioso y de los aparatos sensitivos. (Morel, 1857, pp. 37-71)

Muchas veces, los signos exteriores pueden crear confusiones para el método clasificatorio. En ciertos casos las diferencias físicas pueden llevar a agrupar en clases diferentes individuos que poseen las mismas lesiones cerebrales y, en consecuencia, el mismo tipo de afección. En otros casos la semejanza de estigmas físicos puede llevar a agrupar en una misma categoría sujetos que padecen enfermedades diferentes. Resumidamente: “existen caracteres generales que pertenecen a diferentes categorías de seres degenerados, pero también existen caracteres exteriores especiales que permiten distinguir una variedad de degeneración de otra” (Morel, 1857, p. 71).

En los casos extremos las marcas exteriores resultan más evidentes, como ocurre con el cretinismo. Esa forma extrema de degeneración posee características propias que se manifiestan en la forma de la cabeza, la altura que no puede sobrepasar un cierto límite, un tipo particular de rostro, pero también se manifiesta en las mismas aptitudes intelectuales y en las mismas tendencias instintivas que son características de esa *familia de degenerados*.

## Degeneración y alienación mental

Resta establecer de qué modo Morel articulaba el territorio de las alienaciones mentales y de los delirios con ese espacio, extendido y de fronteras difusas, que es el de las familias afectadas por algún tipo de degeneración. Para comprender esta relación es necesario recordar una afirmación que se repite una y otra vez en el *Tratado*: la alienación mental no es otra cosa que un estado avanzado de degeneración (Morel, 1857). Morel se pregunta:

¿Qué son los asilos de alienados sino la concentración de las principales degeneraciones de la especie humana? A partir del momento que un enfermo es colocado en ese lugar con un certificado de maniaco, de lipemaniaco, de epiléptico, de demente con parálisis, de idiota o de imbecil, encontramos en la mayor parte de los casos, sino en todos, el producto de una de las causas de degeneración que aquí nos ocupan. (Morel, 1857, p. 77)

Allí es posible apreciar los efectos devastadores que el exceso de alcohol, la miseria, las privaciones, las profesiones insalubres y las condiciones morales degradadas dejan en los cuerpos de los individuos y en su descendencia. Según Morel, solo es posible comprender la existencia de esta “masa enorme de seres incurables confinados en los asilos” (Morel, 1857, p. 78) si se entiende que ellos son el último eslabón, el más degradado de la cadena de degeneraciones que ha marcado a una familia.

La alienación es el punto final, muchas veces irreversible, de la sucesión de degeneraciones heredadas por familias afectadas de las más diversas patologías. Para cada uno de los habitantes de los asilos es posible rastrear las causas predisponentes (por ejemplo, un padre alcohólico) y las causas determinantes (miseria, degradación moral); observar lesiones cerebrales (por necropsias) y relacionarlas con dificultades intelectuales o morales; clasificar a los enfermos de acuerdo al conjunto de causas que provocaron las diferentes patologías; identificar marcas o estigmas físicos semejantes para cada clase; pero aun así difícilmente será posible hablar de cura o recuperación. Los asilos albergan sujetos condenados.

Nunca, desde el origen de esa institución médica, fueron tantos los esfuerzos destinados a recuperar a los desdichados alienados. ¿Cómo explicar ese estado de cosas, cuando el número de curas obtenidas está lejos de responder a las legítimas esperanzas de los sabios y al progreso del sistema hospitalario? (Morel, 1857, p. 344).

Para Morel, los alienistas se han negado a aceptar que la enfermedad mental es incurable en la generalidad de los casos, en la medida que representa el punto final al que se llega después de generaciones afectadas por degeneraciones físicas y mentales. Para él no se trata de permanecer en la trampa del asilo y la locura, se trata de encontrar signos anunciadores de una locura por venir, de anticipar los delirios en los desvíos de comportamiento de aquellos que hoy presentan pequeñas anomalías que sí pueden ser tratadas.

De ese modo, las estrategias terapéuticas propuestas por Morel deberán diferenciarse de las defendidas por los alienistas, cuyas intervenciones se limitaban al momento de la crisis maníaca, delirante o melancólica que provocó el internamiento psiquiátrico. En palabras de Morel:

Desde que intenté, ya hace algunos años, salir del círculo estrecho creado por la alienación mental, desde que procuré una vía nueva en los estudios de las causas que producen la degeneración de la especie, incluida allí la alienación, no han dejado de estar estos esfuerzos sometidos a críticas y objeciones. (Morel, 1857, p. 357)

Salir del estrecho círculo de la alienación significaba inscribir la crisis de demencia en un cuadro mayor que tiene su inicio no solo en el momento del nacimiento, sino también en la genealogía de las familias afectadas por las más variadas anomalías. Se inaugura así la psiquiatrización de las anomalías y los desvíos de

comportamiento. Aquí el *Tratado sobre las degeneraciones* de Morel adquiere una asombrosa actualidad. Esa nueva psiquiatría propone la ampliación de las categorías nosológicas que deberían pasar a formar parte de los asilos psiquiátricos. Al mismo tiempo, da inicio a una psiquiatrización preventiva (llamada higiene moral) que se propone controlar las más variadas conductas cotidianas.

Morel distingue dos tipos de alienados confinados en los hospicios: aquellos que padecen de degeneración congénita —esto es, los idiotas, imbeciles y los que tienen demencia con parálisis— y aquellos que son el resultado de una degeneración consecutiva o adquirida, esto es, los que padecen de manía, melancolía, idiotismo, lipemanía o demencia. Aunque los alienistas aceptaban el encerramiento psiquiátrico de los primeros simplemente para protegerlos del abandono, no identifican estos casos con alienación mental. Morel entiende que esta distinción es innecesaria y artificial. Aunque los individuos que sufren de degeneración congénita no padezcan de delirios y no escuchen voces, representan, igual que los alienados, formas extremas de degeneración. Los retardados o idiotas deben ser clasificados como enfermos mentales junto con aquellos que sufren de manía o lipomanía. En consecuencia, el internamiento asilar de estos enfermos debe considerarse la mejor terapéutica.

Morel incluye también otras patologías en el conjunto de enfermedades mentales que deben llevar al internamiento psiquiátrico:

En la medida que la palabra “degeneración” posee una acepción amplia, extendiéndose a todos los que por una u otra causa se alejan más o menos del tipo normal de la humanidad, de igual modo quiero aplicar a un mayor número de variedades de enfermedad los beneficios de esas instituciones hospitalares. Yo no encuentro ningún inconveniente para que los sordomudos y ciegos de nacimiento, cuyas enfermedades congénitas están asociadas a causas degeneradoras de la especie y cuyo estado intelectual, físico y moral presenta anomalías especiales (asociadas a esa deficiencia), sean admitidos en los mismos establecimientos que los alienados. Allí esos desdichados se transformarán en miembros útiles para la sociedad. (Morel, 1857, p. 695)

A todas esas figuras les estaba destinada la terapéutica aplicada en los hospicios llamada *profilaxis*. La profilaxis se refiere a los casos extremos de degeneración, aquellos enfermos que deben ser internados en asilos. Aunque la eficacia de esta institución se mostró extremadamente limitada como espacio de cura, tiene una utilidad terapéutica para el entorno social del enfermo, permitiendo la realización de una *profilaxis defensiva* (Morel, 1857, p. 690). La internación de individuos peligrosos o nocivos para los otros, que, a diferencia de los delincuentes, padecen una enfermedad, permite evitar daños a la familia y a la sociedad. Pero los hospicios permiten también la realización de una *profilaxis preventiva*.

Pueden modificar las condiciones intelectuales, físicas y morales de aquellos que, por motivos diversos, fueron separados del resto de los hombres. Antes de reenviarlos a su medio social, la institución debe armarlos, por así decir,

contra ellos mismos con la finalidad de atenuar las reincidencias. (Morel, 1857, p. 691)

Además de la profilaxis hospitalaria, Morel identifica otras estrategias terapéuticas, cada una de las cuales se destina a una variedad o tipo de degeneración. Estas estrategias son el tratamiento del estado agudo y el tratamiento moral.

El *tratamiento del estado agudo* no es otra cosa que la intervención médica destinada a resolver enfermedades físicas derivadas de causas sociales o morales. La intoxicación alcohólica, el abuso de narcóticos, los alojamientos insalubres, el aire mefítico modifican, como dijimos, el temperamento y se asocian a enfermedades agudas que precisan ser médicamente tratadas. Aun cuando estos individuos no presenten signos de alienación mental, las enfermedades que padecen pueden afectar a las generaciones futuras produciendo degeneraciones en sus descendientes si no son debidamente asistidos.

Entre las tres estrategias terapéuticas definidas por Morel, la que parece ser más relevante es el tratamiento moral, y es justamente aquí que aparecen las mayores diferencias con las intervenciones de los alienistas, restringidas al espacio asilar. Aunque utiliza el mismo concepto empleado por la psiquiatría clásica de Pinel y Esquirol, aquí se trata de intervenciones absolutamente diferentes. Morel afirma: “La palabra ‘tratamiento moral’ que empleamos en nuestros asilos para definir la acción que el médico ejerce sobre una fracción de degenerados me parece una designación feliz” (Morel, 1857, p. 685). Se trata de la aplicación de una serie de reglas de higiene moral destinadas no solo a los alienados, sino a las poblaciones en general; es lo que denomina *moralización de las masas*.

Entiende por “tratamiento moral” la aplicación y propagación de los deberes impuestos por una ley moral que es divina, fija e inmutable. Afirma que “la propagación de esa ley, su práctica, su aplicación a los individuos de acuerdo con su edad y grado de inteligencia no es una función exclusivamente reservada para algunos hombres” (Morel, 1857, p. 686). No deberían ser solamente los alienistas, los moralistas, los magistrados, sino también los padres de familia y cada uno de los miembros de la comunidad los que deberían difundir esa ley. Sin embargo, para que eso pueda realmente ocurrir, sería necesario que cada uno de ellos tuviera un profundo conocimiento no solamente “del corazón humano, sino también un claro entendimiento de todas las anomalías que, bajo la influencia de causas degeneradoras, se producen en las condiciones orgánicas e intelectuales del hombre” (Morel, 1857, p. 687).

Aunque la ley moral acompaña a la humanidad desde su creación, el conocimiento metódico de aquella solo podrá ser hecho a partir de una perspectiva médica. Es a partir de la mirada del anatomista y el patólogo, juntamente con las observaciones de los alienistas, que se podrá precisar en qué sentido el organismo del hombre y las aptitudes fisiológicas de las generaciones futuras pueden modificarse por la aplicación de higiene moral. El tratamiento moral implica una ampliación absoluta y casi indefinida de la injerencia de la psiquiatría. Ya no se trata, como en el tratamiento del estado agudo, de la cura de enfermedades derivadas de intoxicaciones ni de moralizar a los alienados que se encuentran en el asilo, como en la

profilaxis preventiva. Este tratamiento moral lleva a una profilaxis preventiva universal referida a todo y cualquier sujeto que pueda representar un desvío, por menor que este sea, del tipo primitivo de la humanidad.

## Hacia una psiquiatría ampliada

La teoría de la degeneración inaugura un nuevo modo de observar y de analizar todo ese conjunto de fenómenos físicos y morales considerados como desvíos en relación con el tipo primitivo. Entre ellos, las enfermedades mentales. Esta teoría tiene como objetivo prioritario redefinir las clasificaciones nosológicas de las patologías mentales sin restringirlas al ámbito exclusivo de las alienaciones o los delirios. Considera que las clasificaciones de Pinel y Esquirol son insuficientes para dar cuenta de la amplitud del fenómeno de las patologías morales y mentales. Sin embargo, aun distanciándose de la psiquiatría clásica:

...la teoría de la degeneración ha salvado a los alienistas que estaban buscando un fundamento organicista capaz de asegurarles una legitimidad científica y social para ejercer su trabajo. El proyecto del asilo había fracasado. Las órdenes religiosas que se habían ocupado anteriormente de los hospitales cuestionaban la gestión de los médicos y la competencia teórica de los alienistas sobre la locura. (Serpa, 2006, p. 129)

La teoría de la degeneración ofrece para los alienistas un fundamento organicista que se refiere a lesiones cerebrales y a predisposiciones hereditarias. Permite también extender los dominios de la psiquiatría más allá de las fronteras del asilo. La identificación de redes causales y la clasificación etiológica de las degeneraciones, incluidas las alienaciones mentales, abren la posibilidad de detectar e interrumpir la sucesión de patologías, actuando directamente sobre los procesos causales de las alienaciones mentales. De tal modo, como afirma Serpa, Morel consiguió transponer el abismo que separaba a los alienistas del resto de la medicina y llevar las intervenciones de los alienistas fuera de los muros del asilo (Serpa, 2006, p. 129).

Esa fue la estrategia discursiva que permitió que las más variadas conductas y hechos pudieran ingresar al ámbito de la psiquiatría. Podemos decir que, a partir de ese momento, comenzó a construirse ese suelo epistemológico que permitió la creación y la posterior consolidación de una psiquiatría ampliada que aún hoy parece obcecada en clasificar y patologizar los más variados comportamientos.

Si la teoría de la degeneración pudo mantenerse como referencia privilegiada del discurso psiquiátrico hasta inicios del siglo XX (Foucault, 1999), fue porque ella permitió definir los argumentos básicos que dieron soporte teórico a la psiquiatría ampliada. La teoría de la degeneración crea un marco explicativo extenso de la enfermedad mental en cuyo interior desaparecen las barreras taxativas entre la alienación y las degeneraciones menores (desvíos físicos o morales del tipo primitivo). Cada

caso de degeneración, del más leve al más grave, pasará a ser visto como resultado de causas físicas (lesiones cerebrales), intelectuales, sociales y morales interrelacionadas, siendo que la causa principal de las enfermedades mentales será la predisposición degenerativa (mórbida) vinculada a la herencia patológica. En ese marco teórico el éxito de la psiquiatría estará dado por la prevención y la anticipación de la locura, y su espacio de intervención privilegiado estará fuera de los muros del asilo, donde habitan los casos irreversibles.

Aunque muchas de esas premisas fueron abandonadas, aún hoy persiste la idea recurrente de que nuestros comportamientos y juicios morales, el modo como nos vinculamos con los otros y con nosotros mismos, está indisolublemente vinculado a lesiones o deficiencias que pueden ser localizadas en nuestro organismo, particularmente en nuestro cerebro, confiriéndose así una clara primacía al saber médico-psiquiátrico sobre cualquier otro modo de gestionar la salud de las poblaciones.

## Capítulo 4

# La consolidación de un programa de investigación: Magnan y las patologías heredodegenerativas

*El Alienista explicó que el caso de Doña Evarista era de “manía suntuaria”, no incurable, pero en todo caso digna de estudio.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

La muerte de Morel en 1873 marca el inicio de una profunda disputa en el ámbito de la psiquiatría. Los debates se multiplicaron en torno al problema de la clasificación de las enfermedades mentales, particularmente en torno a una de las categorías propuestas por Morel, las llamadas “locuras de degeneración”.

En 1885 surge la idea de crear una clasificación de enfermedades mentales que pueda ser universalmente aceptada por la psiquiatría mundial. Inicialmente esa propuesta fue presentada por la Sociedad Belga de Psiquiatría, que sometió a la apreciación de la comunidad internacional su clasificación de enfermedades (Ritti, 1889). Con la finalidad de evaluar esa propuesta o de crear una clasificación propia, la Sociedad Médico-Psicológica Francesa nombró una comisión que tendría la tarea de unificar en un mismo sistema clasificatorio los diferentes abordajes sobre normalidad y locura defendidos por los psiquiatras franceses. En 1887 esta Sociedad designa una comisión compuesta por tres miembros: Paul Garnier (1848-1909), Valentín Magnan y Jules Christian (1840-1907) (Voxvrie, 2010). Entre ellos, se destaca la figura de Magnan, entonces presidente de esa Sociedad. Esa comisión presenta una clasificación de patologías que es casi idéntica a la defendida por Magnan en sus clases, textos y artículos.

Esa clasificación fue sometida a crítica por parte de sus colegas en 1888. El eje central del debate continuaba siendo la vieja teoría de la degeneración de Morel, firmemente defendida por Magnan, su discípulo más destacado, en todos los foros de psiquiatría, tanto francesa cuanto mundial. Sin embargo, la clasificación propuesta por esa comisión fue rechazada y duramente criticada por los miembros de esa Sociedad. Eso significaba que Francia parecía incapaz de establecer un consenso que permitiera articular las diversas posiciones defendidas por los psiquiatras en una clasificación única de patologías mentales. Sin embargo, aunque la propuesta de la comisión no fue aceptada en su totalidad, muchos psiquiatras abrazaron la idea

de las patologías heredodegenerativas y aceptaron las premisas fundamentales de la teoría de la degeneración.

Algunos destacaron la necesidad de integrar las enfermedades adquiridas en la primera infancia; otros sumaron las enfermedades adquiridas en los meses de embarazo; otros, aquellas enfermedades que surgen en el momento del parto. Pero la mayor parte de los psiquiatras parecía aceptar ese grupo patológico denominado “locuras hereditarias” (sinónimo, para Magnan, de “locuras de degeneración”). Se trataba de una clase que incluía gran parte de los desórdenes mentales que no encontraban su lugar en las clasificaciones psiquiátricas clásicas.

Para comprender ese debate que ocurre después de la muerte de Morel, será necesario analizar de qué modo esa nueva configuración patológica de las degeneraciones hereditarias ingresa en las clasificaciones psiquiátricas. En los *Annales Médico-Psichologiques* fueron publicados diversos artículos dedicados al problema de la degeneración, que en las últimas décadas del siglo XIX se transformó en un fructífero programa de investigación que congregó a médicos, neurólogos y psiquiatras. Nuevos síndromes de degeneración ocuparon las páginas de los *Annales* y una variedad de cuadros patológicos desconocidos aparece entre los años 1870 y 1890. Como afirma Coffin (2003), ese fenómeno persistió hasta las primeras décadas del siglo XX:

La noción de degeneración se transformó en el nuevo paradigma de análisis social. Todos los fenómenos con los que la sociedad debía enfrentarse eran cuestionados desde esa perspectiva sombría. ¿La natalidad baja? Es la confirmación de la degradación biológica de la raza francesa. ¿El número de alcohólicos aumenta? Representa una Francia que degenerará en el futuro. ¿Los escritores ya no saben escribir? Su estado mental los hace ineficientes para la producción artística. Los ejemplos podían multiplicarse al infinito. (Coffin, 2003, p. 191)

Serán analizadas aquí las figuras de Morel y Magnan y la persistencia de la problemática de la degeneración en los *Annales Médico-Psichologiques*. Sin embargo, es preciso recordar que el interés por ese programa de investigación no fue exclusivo de la psiquiatría francesa. Algo semejante ocurrió en Alemania con Max Nardou (1849-1923), en Italia con Lombroso (1835-1909) y en América Latina (por ejemplo, en Brasil) con Nina Rodrigues (1862-1906).

El éxito de ese programa de investigación se debió a su operatividad para explorar patologías no incluidas en las clasificaciones clásicas y definir anomalías físicas, mentales y morales (Huertas, 1987, 1992). Al mismo tiempo, este programa permitía que la psiquiatría pudiera circular entre el espacio estrictamente médico y las intervenciones sociales. El programa de investigación dedicado al problema de la degeneración incluye cuestiones referentes a la purificación de las razas, al mestizaje, a los programas eugenésicos, así como a cuestiones relacionadas a la higiene pública y a la medicina social. Pero en este estudio deberé limitarme a analizar el impacto que la problemática de la degeneración tuvo específicamente en el campo de la psiquiatría y en el modo de clasificar las patologías mentales.

La teoría de la degeneración se presentaba como un fundamento científico sólido para legitimar las intervenciones médicas sobre conductas de individuos y grupos. Ese programa reforzaba la creencia de neurólogos y psiquiatras de que, más temprano o más tarde, sería posible encontrar en el cuerpo, particularmente en el cerebro y en las conexiones neuronales, la explicación para los más variados desvíos de conducta.

En este capítulo se analiza de qué modo se inscribe la teoría de la degeneración en las nuevas clasificaciones de patologías mentales que surgen en las últimas décadas del siglo XIX como respuesta a las clasificaciones psiquiátricas de Pinel y Esquirol, centradas en la teoría de las monomanías. Tanto Morel cuanto Magnan, por razones diversas y con argumentos diferentes, destacaron la insuficiencia de las clasificaciones sintomáticas de la psiquiatría clásica que multiplicaban monomanías a partir de un síntoma que se destacaba entre otros (manía de persecución, manía de duda, megalomanía, etc.). Ambos consideraban urgente la tarea de sustituir esa clasificación por otra capaz de definir y agrupar las patologías en función de sus causas y no de sus síntomas, destacando la relevancia de la herencia mórbida como eje articulador de la cadena causal de patologías psiquiátricas.

Analizamos, a continuación, la clasificación psiquiátrica propuesta por Magnan y el lugar reservado a las locuras heredodegenerativas. Deberemos detenernos también en la lectura de los *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal y de los Annales Médico-Psychologiques*, ya que ambos dedican una considerable cantidad de artículos al problema de la degeneración, evidenciando que se trataba de una temática que suscitó interés en la psiquiatría francesa, por lo menos hasta finales de 1920. Se analiza, por último, la relevancia teórica y epistemológica de la teoría de la degeneración y de sus derivaciones en el nacimiento de la psiquiatría moderna.

## Valentin Magnan y las patologías heredodegenerativas

Aunque Magnan (1835-1916) fue considerado el mayor discípulo de Morel, su interés por la problemática de la degeneración comenzó tardíamente. Sus trabajos inicialmente publicados en los *Annales MédicoPsychologiques* estaban dedicados al estudio de la parálisis general y a la problemática del alcoholismo. A partir de esas temáticas privilegiadas de investigación, Magnan se enfrenta con las dificultades y límites de las clasificaciones de patologías mentales existentes, siendo particularmente crítico en relación con la clasificación sintomática de monomanías propuesta por Esquirol.

Las investigaciones dedicadas a la parálisis general habían llevado a Magnan a interesarse cada vez más por el estudio del cerebro, por su anatomía, sus funciones y los efectos de las lesiones cerebrales. Esos estudios evidenciaban la necesidad de establecer un diálogo entre medicina mental y neurología. La psiquiatría comenzaba a tener un creciente interés por los estudios de localización cerebral que, desde Gall y Broca, parecían presentar un nuevo universo de estudio y nuevas posibilidades para explicar las patologías mentales y físicas. De ese optimismo habla Magnan en la presentación de uno de sus cursos:

Señores, estamos en deuda con la anatomía patológica por una de las más bellas conquistas que hoy tenemos en psiquiatría. Hablo de la parálisis general [...] Lo que podemos afirmar sin temor es que las investigaciones atentas de las lesiones anatómicas y también la investigación, lamentablemente desconsiderada, de las modificaciones químicas que ocurren en la intimidad de los tejidos cerebrales podrán conducirnos a determinar esas formas mentales tan distintas y tan claramente definidas que caracterizan a la parálisis general. (apud Coffin, 2003, p. 124)

Sin embargo, esa confianza en la eficacia de las explicaciones localizacionistas, que parecía completa cuando se hablaba de parálisis general, parecía resquebrajarse y permanecer en el plano del misterio cuando se trataba de patologías mentales en general. Como veremos, el optimismo inicial sobre las infinitas posibilidades de los estudios de localización cerebral, propio de las primeras décadas del siglo XIX, empezaba a ser poco a poco cuestionado. Ya no resultaba tan simple imaginar que en el futuro se hallaría una lesión cerebral específica para cada patología mental, a diferencia de lo que había ocurrido en el caso de la parálisis general. Sin embargo, será a partir de los estudios sobre la parálisis general que Magnan ingresará en el territorio de la psiquiatría. En ese momento enuncia lo que serán sus desafíos teóricos: llevar la medicina mental al territorio de la psiquiatría experimental y fundamentar las explicaciones etiológicas de enfermedades mentales en el campo de la patología cerebral.

Si la relación entre lesión cerebral y parálisis general podía parecer prometedora y fructífera, Magnan inmediatamente descubrirá las dificultades de reproducir ese mismo modelo en las investigaciones sobre lo que será su gran tema de interés: el alcoholismo. Sus estudios sobre alcoholismo fueron reconocidos con dos premios, uno de la Academia de Medicina y otro de la Academia de Ciencias, ambos en 1872. Y será a partir de ese momento que ese miembro destacado de la Sociedad Médico-Psicológica, de la cual será presidente en 1887, inicia las investigaciones sobre la relación entre alcoholismo y degeneración. Recordemos que también fue con estudios sobre el alcoholismo que Morel inició sus reflexiones sobre la degeneración.

Magnan analiza las consecuencias mentales del abuso de alcohol, los delirios provocados por el consumo excesivo, y presenta estudios estadísticos de los alienados internos en los asilos, indicando la cantidad de alcohólicos que se encuentran en esas instituciones. Tanto para Magnan como para Morel, el alcoholismo debía ser entendido como una patología eminentemente hereditaria. Para ambos era necesario estudiar las alteraciones cerebrales que provocaban delirios, aunque fuera simple encontrar, como en el caso de la parálisis general, una lesión cerebral específica para la enfermedad.

Las preocupaciones de Magnan con el alcoholismo pueden resumirse en tres ítems: determinar su carácter hereditario; estudiar la asociación de ese comportamiento con los delirios y la alienación mental; y definir las alteraciones cerebrales que presentan esos enfermos. Por esa razón, su texto principal, denominado *Recherches sur les centres nerveux*, publicado en 1893 como síntesis de sus trabajos

anteriores, lleva como subtítulo “Alcoholismo, locuras de los heredodegenerados, parálisis general y medicina legal”.

La primera parte de esa obra está enteramente dedicada al tema del alcoholismo, considerado como el problema social más importante al que debería dedicarse la medicina mental. Afirma que el alcoholismo no es un hecho individual con consecuencias limitadas al sujeto que bebe; por el contrario, se trata de una enfermedad que afecta profundamente a los descendentes y a las sucesivas generaciones, llevando consigo la degradación de la raza (Magnan, 1893, p. 9). Por esa razón, como muestran los estudios estadísticos, más del 35% de los enfermos internados en asilos psiquiátricos están allí por los delirios provocados por el alcohol. Magnan presenta características psíquicas y físicas de los individuos afectados, divididos en cuatro categorías de acuerdo con el tiempo de permanencia en el asilo, los delirios recurrentes, las afecciones físicas y la existencia o no de parálisis general o demencia. Esa intoxicación provoca serias alteraciones en el sistema nervioso central, derivadas, para Magnan, de la falta de equilibrio de las funciones cerebrales que indican “una implacable marcha clínica hacia la demencia” (Magnan, 1893, p. 93).

Los estudios de anatomía patológica realizados sobre cadáveres de alcohólicos evidencian a simple vista que en todos los órganos (hígado, riñón, corazón, cerebro) existen alteraciones específicas, mientras que “en ninguna otra intoxicación o en ninguna otra afección se encuentran asociados de ese modo todos los órganos con la aparición de tejidos esclerosados” (Magnan, 1893, p. 96).

A diferencia de Morel, el interés de Magnan no era teórico o especulativo, sino descriptivo. No pretendía crear un sistema explicativo general o un fundamento metafísico para la psiquiatría. En los casi treinta años que separan a Magnan de Morel, la medicina orgánica y la clínica habían conquistado cada vez más prestigio. Las especulaciones metafísicas de Morel parecían ser en muchos puntos contrarias a la clínica, considerada por Magnan como el único territorio donde las opiniones diversas podían verdaderamente confrontarse (Magnan, 1887, p. 149).

Magnan ya no podía compartir con su maestro la idea de un tipo originario, normal, de la humanidad que se habría degradado, provocando una multiplicidad de patologías o locuras de degeneración. Su trabajo, empírico y clínico, estaba dirigido a responder tres problemas centrales: fundamentar la teoría de la degeneración en la anatomía patológica, cuestionar el lugar que el degenerado debía ocupar en la sociedad y crear una clasificación unificada y confiable de las patologías mentales capaz de integrar las locuras hereditarias o degenerativas (para él, sinónimos), superando los límites de las clasificaciones existentes.

Aunque su estudio sobre las degeneraciones se iniciara con el alcoholismo, su ingreso definitivo en ese territorio temático ocurrió a partir de la investigación de otro cuadro patológico que parecía concentrar todos los estigmas de la degeneración: el idiotismo. Ese cuadro representaba, tanto para Magnan cuanto para Morel, el grado más avanzado y grave de las degeneraciones. Y será con ese estudio que Magnan ingresa en un nuevo campo de interés que denomina, siguiendo a Morel, de “locuras morales”.

## Degeneraciones y desequilibrio cerebral

Magnan dedica la segunda parte del libro *Recherches sur les centres nerveux* al problema de los degenerados y considera que esta es la cuestión más delicada a la que deben dedicarse psiquiatras e higienistas. Las articulaciones entre degeneración y alcoholismo son innúmeras por las consecuencias que esta patología provoca en la salud mental de los pacientes tales como delirios, síndromes, alucinaciones, excitación maniáca, etc. Por otra parte, Magnan considera que el alcoholismo es hereditario y que existe un agravamiento del estado patológico de los individuos afectados en las sucesivas generaciones, provocando en los descendientes innúmeras degeneraciones, tanto físicas cuanto morales.

Aunque los alcohólicos pertenezcan al grupo de los degenerados hereditarios, el primer grado de la degeneración corresponde al idiota. De hecho, el primer grupo de esa categoría inmensa y heterogénea de los degenerados hereditarios está compuesto por tres figuras: el idiota, el imbécil y el débil mental. Ya el último grupo en una escala de gravedad decreciente de degeneraciones está compuesto por los llamados “locos morales”. Integran ese grupo sujetos con manías de persecución, hipochondría, delirios de grandeza y aquellos que padecen tanto de manías de excitación como de depresión melancólica.

Los grupos que componen la gran categoría de locuras heredodegenerativas están ordenados de acuerdo con una lógica de gravedad decreciente. En el tope de la degeneración está el grupo que se caracteriza por concentrar todos los estigmas físicos, mentales y morales. Para construir ese cuadro, Magnan hace un estudio comparativo entre el idiota y otras figuras patológicas, como el demente y el sujeto que padece de parálisis cerebral. Afirma que:

En el grado más profundo de idiotismo, el sujeto está privado de toda relación con el exterior. Sus ojos vagos miran, pero no pueden ver; la mucosa olfativa y la lengua parecen normales, pero no sienten ni el perfume ni el gusto. No es sordo, pero el ruido lo deja indiferente. Utiliza inútilmente su fuerza muscular en movimientos de vaivén monótonos y reiterativos. No habla, emite gritos o pronuncia solamente monosílabos. (Magnan, 1893, p. 408)

Según Magnan, lo que caracteriza a ese grupo es que todos sus aparatos sensoriales externos tienen una perfecta conformación. Sin embargo, están vinculados a la dirección de un sistema nervioso central que es defectuoso. En el caso de los idiotas, Magnan afirma que existen lesiones en el córtex cerebral que son adquiridas por herencia o por enfermedades ocurridas en la primera infancia. Magnan diferencia ese cuadro patológico de la demencia, que se caracteriza por una debilidad en la memoria y por una limitada capacidad de juzgar asociada a instintos pervertidos.

Dice que los individuos primitivamente inteligentes que a causa de una lesión cerebral se transforman en dementes son diferentes clínicamente a aquellos que padecen de debilidad intelectual congénita y no adquirida, como es el caso de los idiotas.

Relata casos de personas diagnosticadas como idiotas que, sin embargo, presentan ciertas habilidades. Por ejemplo, es posible encontrar individuos con esa patología que se destacan como pintores, escultores, músicos, etc. Si eso es posible es porque, según Magnan, esos sujetos conservan intactos los centros periféricos del oído, del tacto o de la visión. Así, los cuadros de idiotismo pueden presentar características diversas. A la pregunta de por qué razón no existe el idiotismo o la imbecilidad con caracteres esencialmente constantes, como ocurre con la parálisis general, Magnan responde:

Ocurre que en la parálisis general la lesión es única e idéntica, una encefalitis crónica intersticial de marcha progresiva. No existe una lesión orgánica única capaz de producir todas las degeneraciones (entre ellas el idiotismo). Ellas derivan de diferentes fuentes sin que exista ninguna regla sistemática. (Magnan, 1893, p. 412)

De tal modo que en las degeneraciones una región del encéfalo puede estar afectada y otra puede ser completamente normal, como es el caso del idiota pintor o del idiota músico.

Si lo que unifica esa amplia categoría de los degenerados no es una lesión orgánica, cabe que nos interroguemos por el fundamento científico de esa agrupación patológica. Magnan no estaba dispuesto a prescindir de las explicaciones médicas ni de la anatomía patológica. Para él solo una cosa parecía estar fuera de toda duda, su carácter hereditario: “lo que no puede dejar de ser dicho es que las degeneraciones mentales son, de un modo u otro, patologías hereditarias” (Magnan, 1893, p. 412). El carácter hereditario de las degeneraciones abre la posibilidad de prever la inexorable marcha de la enfermedad: “el degenerado hereditario está en un perpetuo estado de inminencia mórbida” (1893, p. 3). Eso significaba que todo degenerado debía ser considerado un enfermo en potencia, representaba una amenaza que debía ser anticipada y evitada, aunque los estigmas físicos o psíquicos aún no se hubieran manifestado.

La inmensa agrupación mórbida de los degenerados o de los locos hereditarios incluye entre los extremos que van del idiota al deprimido una amplia gama de sujetos y una inmensa variedad sintomática. Lo que unifica esa variedad es un conjunto de trazos sociales y comportamentales, amplios y vagos, tales como un juicio poco sólido, un sentido moral imperfecto que puede llevarlo a ingresar en la vía del crimen, un escaso sentido de responsabilidad. Sin embargo, Magnan considera que existe un trazo común que se destaca: la “irresistibilidad”. Esto es, la incapacidad para resistir a sus impulsos. Una limitación de la libertad de acción, que puede ocurrir aun existiendo conciencia de esa limitación.

Así, el impulsivo homicida, el cleptómano, el incendiario, el exhibicionista, los anormales sexuales, los idiotas, etc., tuvieran o no estigmas físicos, podían agruparse dentro de la clase de los heredodegenerados. Observando cualquiera de esos casos:

...ya no puede sorprendernos el lenguaje del cleptómano, del piromaniaco, del impulsivo homicida o sexual, del exhibicionista o del desgraciado obcecado por la idea de morder la piel de una joven mujer, cuando ellos declaran que, a pesar de todos sus esfuerzos, de su ardiente deseo de resistir, terminaron por sucumbir a sus impulsos. (Magnan, 1893, p. 5)

Todos comparten un mismo impulso irresistible de cometer ciertos actos independientemente de su voluntad, de comportarse de un modo que, muchas veces, ellos mismos rechazan conscientemente pero que se les impone como una íntima obligación. Como es posible observar aquí, el tipo normal de la humanidad al que se refería Morel no desapareció completamente. Ya no se trata de un modelo creado por Dios, sino de un modelo que corresponde a lo socialmente deseado: ese individuo (normal) capaz de actuar de acuerdo con normas sociales establecidas, sin someterse a impulsos ni a deseos involuntarios.

Como ya fue dicho, las características comportamentales de los degenerados debían ser pensadas bajo el marco de la anatomopatología. Por esa razón, cada uno de los relatos clínicos de Magnan debería seguir la misma secuencia lógica. Se inician con la descripción de los comportamientos bizarros que caracterizan a un individuo y luego a los miembros de su familia, se relatan los síntomas clínicos para inmediatamente referirse a los estudios de anatomopatología cerebral realizados en los cadáveres de sujetos afectados por los mismos males. Un elemento permite unificar todos esos cuadros patológicos en una misma clasificación. La anatomopatología permite evidenciar la existencia de un centro cerebral sobreestimulado que demanda satisfacción inmediata. Así, lo que define el cuadro patológico de las degeneraciones no es la localización de una lesión cerebral común (como en el caso de la parálisis general), sino una nueva idea que será introducida por Magnan: el equilibrio o desequilibrio, también enunciada como armonía o desarmonía cerebral.

Los degenerados hereditarios constituyen una gran familia patológica claramente definida que tiene características propias que la distinguen de cualquiera otra especie mórbida. [...] En el caso de los degenerados, todos los síntomas reposan sobre un fondo especial común: el desequilibrio mental. Los degenerados son los únicos alienados en los cuales se hace evidente ese desequilibrio mental. (Magnan, 1893, p. 136)

Para comprender de qué modo se unifican síndromes diversos (como la cleptomanía, el síndrome de la duda o la ninfomanía) en la categoría clasificatoria de los degenerados hereditarios, debemos entender el lugar que ocupa ese concepto de desarmonía cerebral en el pensamiento de Magnan. Para él, todo degenerado es un desequilibrado. Esto es, un sujeto cuyas funciones cerebrales se encuentran desvinculadas entre sí o están desvinculadas de las funciones del sistema nervioso central.

Las características sintomáticas de la degeneración se dividen en tres grupos: los estigmas físicos, los estigmas psíquicos y los delirios. Puede ocurrir que los estigmas físicos no sean evidentes, a veces se trata de algunas señales poco visibles,

como la forma de las orejas, cierto estrabismo, algún vicio de conformación del cráneo. Otras veces esos estigmas son extremadamente evidentes, como en el grupo de los llamados idiotas. De igual modo, los delirios pueden aparecer en algunas ocasiones de modo evidente y en otras de modo sutil. Sin embargo, lo que siempre existirá, de acuerdo con Magnan, son los estigmas psíquicos que aparecen bajo la forma de comportamientos bizarros, pero que, en realidad, no son más que el modo por el cual se manifiestan las patologías cerebrales. Magnan considera que la incapacidad de respetar normas sociales es indicativa de un síndrome psíquico, pero la última palabra será dada por la fisiología o patología cerebral al poder identificar la existencia de un desequilibrio o una desarmonía en las funciones del cerebro.

La neurofisiología de la degeneración considera que cada territorio cerebral tiene una función específica y que el correcto funcionamiento del cerebro resulta de la perfecta articulación entre ellas. La actividad normal supone una vinculación armónica entre los diferentes centros cerebrales y la médula espinal, que asegura el equilibrio general. Si una de esas funciones está perturbada, ocurrirá una desarmonía cerebral. Eso implica que los diferentes sistemas que constituyen el conjunto de la conexión cerebro-espinal no están articulados del modo correcto. Así, para Magnan, lo que unifica a todos los degenerados es que comparten ciertos estigmas psíquicos que evidencian una conexión deficiente entre las diferentes partes del cerebro. Por esa razón, es posible encontrar en un mismo sujeto afectado por patologías heredodegenerativas la coexistencia de ciertos momentos de lucidez y otros de delirio. Momentos en los cuales las conexiones neuronales ocurren de modo correcto y otros momentos donde existe desequilibrio entre ellas.

Esa representación cerebral se inscribe en la misma lógica de otros estudios de la época, donde poco a poco la esperanza por encontrar para cada patología una lesión cerebral se desvanece. La desarmonía o el desequilibrio sustituyen la búsqueda por lesiones específicas. Todos los casos relatados por Magnan tienen el objetivo de mostrar que, por detrás de la herencia patológica y de los estigmas psíquicos, se encuentra un mismo fundamento anatomopatológico que es el desequilibrio cerebral. A partir de esa constatación, los conceptos de loco hereditario, degenerado o desequilibrado pueden pasar a ser utilizados como sinónimos intercambiables (Coffin, 2003).

El desequilibrio permite entender la diversidad sintomática de las degeneraciones en función de la parte del cerebro afectada; permite entender el tipo de empuje o de obsesión que mueve la acción del individuo en una u otra dirección. También explica por qué razón pueden convivir diversos síntomas en un mismo sujeto y por qué aparecen cuadros patológicos sucesivos en un mismo individuo a lo largo de su vida. El desequilibrio tiene formas múltiples de manifestarse, configurando diversos cuadros sintomáticos a los cuales Magnan da el nombre de “síndromes”. En función de esos síndromes, como veremos, será construida la clasificación de patologías mentales de Magnan.

## Los síndromes de degeneración en la clasificación de Magnan

Está fuera del objetivo de este estudio hacer un análisis minucioso de las clasificaciones psiquiátricas que se desarrollaron en los siglos XIX y XX, tarea que exigiría un estudio específico. El objetivo aquí es menos ambicioso. Se trata de comprender el lugar que ocupaban las degeneraciones en la clasificación psiquiátrica de Magnan. Él divide las patologías psiquiátricas en tres grandes grupos: las locuras hereditarias o degeneraciones, las locuras intermitentes y el delirio crónico o psicosis (Coffin, 2003, p. 144). Aunque esa clasificación sufra modificaciones a lo largo de los años, existen temas que permanecen constantes.

Una de esas constantes es el interés en sustituir la clasificación de las monomanías de Esquirol, que era entonces la clasificación hegemónica; otra idea que permanece es que todas las patologías mentales son hereditarias y que la herencia de caracteres similares es más evidente en los degenerados; por último, la suposición de que existe una clara distinción entre degeneraciones hereditarias (o locuras hereditarias o desequilibrios), por un lado, y delirios crónicos o psicóticos, por otro, se mantendrá inalterada. Magnan reconoce que no es simple diferenciar un grupo de otro, exclusivamente por el carácter hereditario de la patología. Es verdad que:

...quien habla de psicosis habla de enfermedad hereditaria, sin embargo, en el caso de la degeneración, la herencia actúa en un grado mucho más considerable. [...] Se evidencia la herencia similar, fundamentalmente de los fenómenos bizarros y de los síndromes episódicos, que son los estigmas psíquicos. (Magnan, 1893, p. 138)

Afirma que las mismas compulsiones que caracterizan a los pacientes, como el miedo de tocar el terciopelo o el pánico de alfileres, por ejemplo, se repiten en la madre o en la hermana más vieja. Lo mismo ocurre con las compulsiones sexuales o criminales.

Ese cuadro sintomático que se repite de generación en generación, a veces de modo idéntico, a veces asociado a otros síntomas, permite crear esas agrupaciones patológicas denominadas “síndromes”. Debemos destacar que esos conjuntos de síntomas llamados “estigmas psíquicos”, como robar, tener miedo de salir de la casa, limpiarse obsesivamente las manos, consumir abusivamente alcohol u otros tóxicos (como cocaína o ajeno), no constituyen patologías definidas, son simplemente cuadros sintomáticos o síndromes. Esos síndromes poseen dos características principales: son evolutivos y son irreversibles. Así, aunque existan ciertas estrategias para atenuarlos o disminuir su gravedad en algunos momentos, como las duchas o el aislamiento utilizados en los asilos, es casi imposible detener su evolución. La evolución ocurre de dos formas. Puede ocurrir que el síndrome se agrave de generación en generación o que surjan síndromes de gravedad creciente a lo largo de la vida del mismo individuo, “en un escalonamiento patológico indefinido” (Magnan, 1893, p. 138).

Desde 1882 Magnan se dedicará al estudio de las perversiones sexuales, cuadro sindrómico variado que forma parte del grupo de las degeneraciones hereditarias. Va a trabajar directamente con neurólogos reconocidos, como Charcot (Magnan & Charcot, 1892), con quien escribe varios artículos en los *Annales Médico-Psychologiques*. La ambición de Magnan era articular psiquiatría y neurología, teniendo como objeto las patologías sexuales, y, al mismo tiempo, definir para cada comportamiento sexual una forma clínica (Coffin, 2003, p. 128). Surge así una serie de síndromes bizarros, como el onanismo, la pederastia, la sodomía, el fetichismo, la necrofilia, la gerontofilia, entre otros. Cada uno de esos comportamientos no define una patología específica, esos síndromes son formas por las cuales se manifiesta una enfermedad profunda, que es la locura de los degenerados. Es verdad que siempre existieron vínculos entre locura y sexualidad. Sin embargo, los comportamientos sexuales nunca habían sido tan minuciosamente clasificados en categorías patológicas como ocurrió en ese momento. Como afirma Coffin, “con ese gesto se produce la incontestable patologización de los comportamientos cotidianos” (Coffin, 2003, p. 131).

En esa misma lógica explicativa, surgen otros síndromes, como por ejemplo la locura de los antiviviseccionistas (Magnan, 1893, p. 150). Ese cuadro patológico tan particular aparece como una respuesta, considerada extrema o exagerada, a un sentimiento respetable que las sociedades modernas empezaban a tener en relación con las brutalidades cometidas contra los animales. Con ese objetivo fueron creadas diversas sociedades de protección a los animales que, en principio, perseguían fines legítimos. Sin embargo, Magnan creía que “en esa corriente de ideas que los cautiva, seres extremadamente sensibles, con un cerebro mal equilibrado, los degenerados encuentran temas de preocupación y los exageran hasta transformarlos en verdaderos delirios” (Magnan, 1893, p. 269). Magnan dirá que no podemos hablar de un cuadro patológico específico, sino que se trata de un síndrome que agrupa un conjunto mayor de síntomas.

Inicialmente deberemos decir que no se trata de una especie patológica nueva, es simplemente un síndrome episódico, una de las manifestaciones variadas por las cuales se traduce una locura hereditaria o, si ustedes prefieren, uno de los estigmas psíquicos de la locura hereditaria. (Magnan, 1893, p. 270)

No duda en crear, al lado de ese cuadro patológico, como siendo de la misma naturaleza y respondiendo a la misma lógica, otro síndrome episódico que denomina “locura de los vegetarianos”. Es el caso de ciertos tipos peculiares de vegetarianos, sujetos que optaban por comer solamente vegetales para evitar el sacrificio inútil de los animales, radicalizando las premisas de las sociedades protectoras.

Si esos síndromes pueden parecer hoy absurdos, no es menos extraño otro cuadro patológico creado por Magnan, al cual le dedicará varios artículos y un capítulo de su libro. Se trata de la onomatomanía. Es una preocupación con las palabras que llega a provocar angustia. Eso ocurre, según Magnan, en situaciones específicas, tales como: 1) la búsqueda angustiante por una palabra o un nombre; 2) un impulso irresistible a repetir ciertas palabras; 3) el uso de palabras inadecuadas (obscenas) en una

conversación. Como en el caso del síndrome de antivivisección, la onomatomanía no debe ser considerada una especie patológica nueva, sino un grupo de síntomas que se articulan, en este caso específico, en torno de los nombres o palabras. Del mismo modo que en los otros casos, aquí se trata de un síndrome que indica un cuadro patológico mayor que es la degeneración.

Por onomatomanía no queremos designar una patología nueva, queremos destacar un grupo de síntomas en los cuales la palabra, el nombre, cumple un papel preponderante. Eso se observa en sujetos elevados en la escala de las degeneraciones mentales (los desequilibrados) y constituye un síndrome episódico de la locura hereditaria. (Magnan, 1893, p. 279)

Esos síndromes, como el de duda, las anomalías sexuales, la locura del raciocinio o la locura de antivivisección, solamente pueden desarrollarse en sujetos con una predisposición mórbida. Son diferentes estigmas psíquicos que traducen una degeneración hereditaria.

El prestigio de Magnan como presidente de la Sociedad Médico-Psicológica permitió que sus ideas se transformaran en un verdadero programa de investigación para psiquiatras, médicos, neurólogos y juristas. Sin embargo, ese prestigio no fue suficiente para impedir que detractores y críticos levantaran sólidos argumentos contra su teoría. En 1885 se realizó en la Sociedad Médico-Psicológica de París un debate sobre el tema de la degeneración. Entre las conferencias presentadas por diversos médicos y psiquiatras, se destaca la de Jules Falret (1864), quien presentó un resumen de las divergencias que algunos miembros de la Sociedad tenían en relación con las teorías defendidas por Morel y Magnan. En su texto *Recherches sur les centres nerveux*, Magnan retoma esa discusión y contesta las críticas de Falret.

Podemos diferenciar tres grandes problemas en torno a los cuales se articula ese debate. La primera objeción de Falret se refiere a la extensión, casi ilimitada, de las agrupaciones patológicas que entran en la categoría psiquiátrica de locuras de degeneración. Para él sería necesario excluir algunos sujetos cuyo “único pecado” era tener algunas características físicas o del carácter que pudieran parecer extrañas, pero que no configuraban una verdadera forma de alienación mental. Nada justificaría la internación de esos sujetos en asilos de tratamiento psiquiátrico.

Magnan responde a esa objeción con un ejemplo. Imaginemos un sujeto que trabaja, cumple sus obligaciones, tiene una familia, es reconocido por los colegas, pero que, sin embargo, posee una irresistible tentación de pronunciar ciertas palabras obscenas o de gritar sin más ni más. ¿Qué diferenciaría a ese sujeto de otro que no siente la misma voluntad de gritar o de pronunciar ciertas palabras, pero sí siente una voluntad irresistible de pegarles a las personas que pasan a su lado? Para Magnan, no existen diferencias entre ambos: tanto uno como el otro padecen un síndrome de degeneración, la onomatomanía en el primer caso y la compulsión a la violencia en el segundo. “Esos dos sujetos, el que pronuncia una palabra a pesar de su voluntad y el que les pega a los otros a pesar de su voluntad, pertenecen al mismo grupo. La naturaleza del fenómeno es la misma, aunque las consecuencias sean

diferentes” (Magnan, 1893, p. 121). En los dos casos existe un esfuerzo irreprimible por realizar una acción vinculada a un centro nervioso que está súper estimulado. Con ese argumento, Magnan rechaza la petición de Falret de excluir a aquellos sujetos con predisposiciones mórbidas leves de la clasificación de los degenerados hereditarios y, consecuentemente, del mundo de los alienados mentales.

La segunda crítica de Falret se refiere a la innecesaria inclusión de algunas patologías que ya fueron bien definidas y que son conocidas por la psiquiatría clásica como parte del grupo de las degeneraciones. Un caso es la “enfermedad de la duda”, que, según Falret, debía ser definida como una patología independiente. Aunque esa enfermedad tenga algunas peculiaridades que la diferencian de otras degeneraciones, Magnan considera que se debe mantener como un síndrome episódico dentro del grupo de las degeneraciones. Dirá que, frecuentemente, la enfermedad de la duda está asociada al miedo de tocar objetos o personas y a delirios relacionados a ese miedo. Afirma que esa patología no se presenta de manera aislada, que es común que surja asociada a otros cuadros sintomáticos que aparecen sucesiva o concomitantemente en un mismo individuo. La crítica de Falret permite que Magnan retome su objetivo privilegiado de ataque, las monomanías de Esquirol:

La principal ventaja del estudio de los degenerados hereditarios es reunir en un mismo cuadro síndromes que tienen manifestaciones diferentes, pero que surgen de un fondo común. [...] Porque el eje cerebroespinal se encuentra en desequilibrio, ocurren esos fenómenos extraños que son los síndromes episódicos, que adoptan la forma de la obsesión o el impulso. Esos síndromes se desarrollan únicamente en los degenerados y deben ser considerados como estigmas psíquicos de la degeneración. [...] Si las observaciones antiguas son insuficientes en ese punto es porque se hacían de las monomanías, de las enfermedades distintas, verdaderas abstracciones que no dejaban lugar para identificar el fondo común que es el trazo de unión entre esas manifestaciones tan variadas. (Magnan, 1893, p. 192)

Como afirma Déricq (1885, p. 311), en la apertura del curso de Magnan de 1885 publicada en los *Annales Médico-Psychologiques*, existen dos métodos para estudiar las patologías mentales. Uno se refiere al gran complejo sintomático por el cual ellas se manifiestan. En ese caso, se aísla el síntoma que más se destaca en un cuadro patológico y se lo eleva a la categoría de entidad mórbida. Así ocurre con la agorafobia, la cleptomanía, la piromanía. Puede ocurrir también que las patologías sean separadas por una multiplicidad de causas simples, como es el caso de la locura uterina. Ese método de separar las patologías por los síntomas o por el origen biológico tiene como resultado un conjunto confuso de enfermedades, a las cuales llamamos “monomanías”. El otro método es el modelo seguido por Magnan, que permite constituir una especie patológica articulando todos los elementos que poseen cierta relevancia. “Cada fenómeno es visualizado en el tiempo, transformándose no en una entidad mórbida, sino en una forma por la que se manifiesta una enfermedad

mayor” (Dercq, 1885, p. 311). Así, la respuesta a la segunda crítica de Falret se transforma, de hecho, en la defensa de un modelo clasificatorio de las patologías que se opone al modelo hegemónico de clasificación por monomanías.

Por último, la tercera crítica de Falret, probablemente la más difícil de responder, se refiere a la debilidad y precariedad de los estudios de anatomía patológica existentes. Falret insiste sobre las dificultades para definir la localización cerebral de las degeneraciones hereditarias. Magnan reconoce que aún existen muchas dudas sobre cómo localizar en el cerebro las degeneraciones o desequilibrios. Sin embargo, considera que se han realizado algunas grandes conquistas, como es el descubrimiento de la localización cerebral de la capacidad de hablar o la localización de los centros psicomotores, y destaca los avances posibilitados por el estudio de la afasia y de otras patologías cerebrales. Concluye su exposición afirmando que sus respuestas tienen como objetivo hacer desaparecer las disidencias —por otro lado, secundarias— que existen entre él y Falret.

Aunque Magnan considere esas diferencias poco significativas, Falret apunta los tres mayores problemas de la teoría de la degeneración. Estas tres grandes dificultades teóricas acompañarán, más tarde, a la moderna psiquiatría ampliada. Ni la teoría de la degeneración ni la psiquiatría de los comportamientos actualmente existente podrán dar respuesta a esas cuestiones señaladas por Falret: la dificultad para definir los límites, poco claros y difusos, que separan los pequeños desvíos cotidianos de los sufrimientos psíquicos profundos; la insistencia en pensar las patologías mentales como una sucesión de entidades mórbidas que se manifiestan en un mismo individuo a lo largo de su vida (transformando cada pequeño desvío en el anuncio de una grave patología por venir); y, por último, la búsqueda, reiteradamente frustrada, de la localización cerebral de una multiplicidad de síndromes poco claros e indefinidos. Los mismos problemas reaparecen en la psiquiatría de Kraepelin y en la psiquiatría contemporánea. Las dificultades señaladas por Falret permanecerán y continuarán siendo desconsideradas por la psiquiatría en los próximos 150 años.

Para concluir, analizamos el modo en que Magnan clasifica las locuras de degeneración en su *Tableau synoptique des dégénérescences mentales*, publicado en *Recherches sur les centres nerveux* (Cuadro 1).

Como ya fue dicho, es un esquema que presenta los cuadros patológicos en gravedad decreciente. Síndromes y delirios no son fácilmente diferenciables, pues, como afirma Magnan, muchos síndromes se presentan juntamente con delirios o manías. De igual modo, la palabra “desequilibrados” se utiliza tanto para el subgrupo así definido como para caracterizar una peculiaridad de las locuras de degeneración en su totalidad. Los degenerados siempre presentan, para Magnan, algún tipo de desequilibrio mental y por esa razón, poco a poco, el término “desequilibrado” sustituirá a “degenerado”. Ese esquema explicativo de las patologías psíquicas será retomado por alumnos y discípulos de Magnan, transformándose en el eje articulador del programa de investigación sobre degeneraciones ya iniciado por Morel en 1857, como se pone en evidencia cuando observamos la multiplicidad de textos sobre esa temática publicados en los *Anales de higiene y medicina legal* y en los *Anales médico-psicológicos*.

Cuadro sinóptico de las degeneraciones mentales. Los heredodegenerados (*Tableau synoptique des dégénérescences mentales*)

I. Idiotismo, imbecilidad y debilidad mental.
II. (Desequilibrados) Anomalías cerebrales: defecto en el equilibrio de las facultades morales e intelectuales.
III. Síndromes episódicos hereditarios.
(1) Locura de la duda.
(2) Temor a tocar: acmofobia.
(3) Onomatomanía: 1) busca angustiada de una palabra; 2) empuje irresistible de repetir una palabra; 3) miedo de usar palabras comprometedoras, etc.
(4) Aritmetomanía.
(5) Ecolalia, coprolalia, con falta de coordinación motora (Gilles de La Tourette).
(6) Amor exagerado por los animales: locuras de los antiviviseccionistas.
(7) Dipsomanía, sitiomanía (alimentos).
(8) Cleptomanía, oniomanía (manía de compra).
(9) Manía de jugar.
(10) Piromanía y pirofobia.
(11) Empujes homicidas y suicidas.
(12) Aberraciones sexuales: a.) médula espinal (reflejo simple; centro genitoespinal de Büdige); b) cerebro-espinal posterior (reflejo cortical posterior); c) cerebro-espinal anterior (reflejo cortical anterior); d) cerebrales anteriores (erotomanía).
(13) Agorafobia, claustrofobia, topofobia.
(14) Abulia.
IV. (a) Manía de raciocinio, locura moral (perseguidos-perseguidores).
(b) Delirios múltiples: delirio ambicioso, religioso, de persecución, hipocondríaco.
(c) Delirio sistemático único, fijo, sin tendencias evolutivas. Ideas obsesivas.
(d) Excitación maníaca, depresión melancólica.

Fuente: Magnan, 1893, p. 150.

## El desarrollo de un programa de investigación

Ese esquema sufrirá alteraciones en los años posteriores a su publicación, nuevos síndromes serán definidos, existirán nuevas agrupaciones patológicas, el espectro de las enfermedades mentales continuará ampliándose. Aparecerán nuevos datos empíricos tendientes a confirmar las clasificaciones de Morel y Magnan. Independientemente

de las muchas críticas dirigidas a la teoría de la degeneración, podemos afirmar que, inicialmente con la publicación del *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel (1857) y desde 1870 con los trabajos de Magnan, se configura un nuevo modo de pensar las enfermedades mentales que incluye, junto con los delirios y las alucinaciones, un conjunto poco claro e indefinido de comportamientos considerados síndromes de degeneración.

En las últimas décadas del siglo XIX, la psiquiatría estará fuertemente influenciada por esa nueva representación de las patologías que habla de las degeneraciones hereditarias. Surge una inmensa diversidad de estudios preocupados en aclarar y descubrir nuevos síndromes y estigmas físicos y psíquicos. Ian Hacking (2000) dirá que en ese momento se inicia un verdadero “programa de investigación” muy fructífero y capaz de concentrar los esfuerzos de todos aquellos que compartían una misma preocupación: la de ampliar el alcance y los límites de la medicina mental. Foucault entiende que “la degeneración es la pieza teórica mayor que permitió la medicalización del anormal. El degenerado es el anormal míticamente —o, si ustedes prefieren, científicamente— medicalizado” (Foucault, 1999, p. 298).

Podemos verificar el alcance de ese programa de investigación en Francia observando el amplio espectro de síndromes que, como vemos, se incluyen en esa clasificación: no solamente las manías de persecución, las aberraciones sexuales, las anomalías de comportamiento y una inmensa variedad de miedos y temores, sino también las características bizarras de la onomatomanía, del vegetarianismo, la compulsión al robo o el alcoholismo.

Analizando los trabajos publicados en los *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal* y en los *Annales Médico-Psychologiques*, podemos observar la relevancia de esa problemática para la medicina mental y legal, y su permanencia aún en las primeras décadas del siglo XX. Verificamos una repetición casi obsesiva de artículos dedicados a la degeneración que, con temáticas semejantes, fueron publicados desde 1858 hasta 1924.

Así, en los *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, periódico publicado entre 1829 y 1922, el primer texto dedicado a esa temática es un extenso comentario bibliográfico al libro de Morel, que aparece en la edición número 9 de 1858 (Andral, 1858, p. 490). En los números siguientes veremos reaparecer innumerables referencias a esa temática. Desde 1860 surgen diversos textos dedicados a temas vinculados con la degeneración. Destacamos aquí algunas de esas publicaciones: en la edición número 22 de 1864 aparece un artículo dedicado a la pretendida degeneración de la población francesa, donde el autor establece comparaciones con otros países de Europa (Legoyt, 1864); las referencias a la degeneración social y el alcoholismo son recurrentes, siendo particularmente significativo un artículo referente a la degeneración hereditaria de los alcohólicos (Legrain, 1895). La preocupación con la degeneración y la herencia reaparece en relación con diversas enfermedades físicas, como es el caso de la sífilis (Brouardel, 1899) o de la epilepsia (Beaussart, 1912). Otros autores multiplican las asociaciones entre la degeneración y los más variados desvíos, tales como las ideas persecutorias, la depresión melancólica, la debilidad mental congénita y el idiotismo.

En el caso específico de los *Annales Médico-Psychologiques*, publicados en Francia entre 1843 y 1953, la preocupación con la temática de la degeneración comienza con un texto del propio Morel, donde presenta un informe sobre la cuestión. Ese texto es un breve resumen de las principales ideas defendidas en su libro (Morel, 1857). En este caso los textos que hacen referencia a la temática de la degeneración se repiten con mayor frecuencia (llegando a ser registradas más de 350 ocurrencias). Esa sucesión de textos permanece hasta 1926.

Las asociaciones son extremadamente variadas, desde estudios dedicados a la relación alcoholismo-degeneración hasta las más diferentes asociaciones imaginables entre comportamientos y degeneraciones.

Entre ellas podemos destacar: distrofia sexual (Kirm, 1870); criminalidad (Feré, 1890); prostitución (Laurent, 1899); neurosis, psicosis, delirio de autoacusación (Oudant, 1901); amnesia (Cowles, 1904); actos inconscientes, fugas y delirio de persecución (Fillassier, 1909); locura maniáco-depresiva (Hamel, 1911); suicidio (Claveria, 1912); síndrome obsesivo-compulsivo, donde el autor relata el caso de un hombre obcecado por la limpieza; hasta la publicación de una historia de la idea de degeneración en medicina mental (Genil-Perrin, 1914).

En los *Annales Médico-Psychologiques* no aparecen solamente relatos de individuos y familias de degenerados: diversos escritos están relacionados a la degeneración de los pueblos y razas. Particularmente se destacan algunos textos dedicados a analizar la degeneración intelectual del pueblo francés, presentada como una contribución a la salud mental de los pueblos (Starck, 1871), utilizando como referencia el texto de Paul Broca, *Sur la prétendu dégénérescence de la population française* (Broca, 1867).

Aunque aparezcan algunas críticas puntuales, la mayor parte de los textos relata casos y tipos diversos de lo que se denominaba “locura de degeneración”. Recordemos que la teoría de la degeneración está vinculada a los conceptos de norma y normalidad. La categoría “degeneración” se refiere a un doble desvío: por un lado, desvío de la frecuencia estadística que define parámetros de normalidad —los llamados estigmas físicos— y, por otro lado, el desvío de las normas o valores socialmente establecidos —los estigmas psíquicos—, como la inclinación a la criminalidad, las aberraciones sexuales, el delirio de duda, las onomatomanías. Como ya lo observamos al analizar el texto de Cabanis, la teoría de la degeneración postulaba complejas relaciones entre características físicas y hechos morales. Esas relaciones, que eran más evidentes en el discurso de Morel, están lejos de desaparecer en la teoría de Magnan. Para él, la inexistencia de estigmas físicos no debía ser considerada como un dato relevante si aparecían estigmas psíquicos como la inclinación al robo. Sin embargo, la existencia de estigmas físicos siempre era indicativa de un proceso de degeneración.

En los *Annales Médico-Psychologiques* existen diversos textos dedicados a analizar esa relación. Entre ellos, el estudio de Knecht sobre degeneración y criminalidad publicado en 1885, que presenta datos estadísticos sobre la relación entre degeneración física y moral:

Las observaciones se refieren a 1.214 hombres, entre quienes aparece todo lo que es anormalidad de altura, conformación exterior del cuerpo, del cráneo, del rostro, de los órganos genitales, de los dedos, de las orejas, etc. 579 individuos, o sea 48% del conjunto de los criminales, presentan desvíos del tipo normal. A partir de esos datos y considerando la falta de autopsias, se puede concluir, por inducción, que existen también numerosos desvíos en los órganos internos. (Knecht, 1885, p. 513)

Para Magnan, existen tres características sintomáticas de la degeneración. Además de los estigmas físicos y de los estigmas psíquicos ya analizados, existe un tercer elemento que completa el cuadro patológico: los delirios. El delirio cumple una función peculiar en la teoría de las degeneraciones hereditarias. De hecho, él puede existir o no. Es posible imaginar un síndrome (de duda, por ejemplo) donde no existan delirios o alucinaciones. Sin embargo, por tratarse de un proceso mórbido evolutivo, el delirio siempre estará presente aun cuando sea en el ámbito de las posibilidades. Los delirios aparecen en el último grupo de las degeneraciones hereditarias y permiten vincular a la degeneración con la psicosis. Esto es, con el cuadro de los llamados delirios crónicos. Así, sería posible que un síndrome de duda, después de algún tiempo, se asocie al delirio de volar o a los delirios sexuales. Como las alucinaciones que acompañan la psicosis, los delirios constituyen un puente entre los cuadros patológicos de la psiquiatría clásica y las nuevas configuraciones patológicas que se manifiestan como locuras de degeneración. Y es justamente esa posibilidad futura, esa amenaza, lo que demanda, legítima y justifica la intervención psiquiátrica y el internamiento asilar.

Lo que aparece como relevante desde ese momento no es saber si estamos o no frente a un delirio, sino “el desvío que una conducta representa en relación a las reglas de orden, de conformidad, definidas bajo un fondo de regularidad administrativa, de obligaciones familiares o de normativas políticas y sociales” (Foucault, 1999, p. 147).

## La medicalización de los desvíos

Analizamos aquí la construcción del programa de investigación sobre la degeneración tal como apareció en Francia en la segunda mitad del siglo XIX (Huertas, 1987; Pick, 1996). Sin embargo, debemos destacar que existieron seguidores de esas teorías en el mundo entero. Podemos observar la permanencia de debates semejantes no solo en Italia, Inglaterra o Alemania, sino también en Brasil, Argentina, México y Colombia. Las temáticas abordadas también se diferenciaron. El problema de la degeneración y su vinculación con la cuestión racial fue el objeto privilegiado de preocupación de Nina Rodrigues en Brasil, mientras que la criminalidad y la locura fueron la mayor preocupación de José Ingenieros en Argentina. Por su parte, el estudio que Ricardo Campos, Rafael Huertas y José Martínez (2000) dedican a analizar la problemática de la degeneración en España pone en evidencia sus peculiaridades,

destacando el gran impacto que la teoría de la degeneración dejó en la criminología, el alienismo y la higiene social de España en el período de la restauración.

Como ya fue dicho, escapa de las posibilidades de este estudio analizar la multiplicidad de cuestiones abordadas bajo la temática de la degeneración. El objetivo que perseguimos es explicitar las bases teóricas y epistemológicas que posibilitaron que los comportamientos cotidianos, los pequeños desvíos, las locuras menores ingresaran en el campo de saber y de intervención psiquiátrica.

Como vemos, los degeneracionistas permitieron que la psiquiatría se edificara sobre nuevas bases. Poco a poco serán dejados de lado los problemas que eran centrales para la psiquiatría clásica. Saber si un paciente tenía alucinaciones, escuchaba voces, imaginaba ser una persona que no era, confundía realidad y fantasía, y llevar al paciente a reconocer su propia locura habían dejado de ser las cuestiones articuladoras del saber y del poder psiquiátrico. La teoría de la degeneración permite, como intentamos mostrar, que los pequeños desvíos de conducta, los estigmas físicos o psíquicos y, en menor medida, los delirios insignificantes se transformen en signos anunciadores de alienación mental. El tratamiento imaginado por Magnan era siempre la internación psiquiátrica. Para él no existían diferencias entre aquel individuo que conseguía llevar una vida familiar y de trabajo, aunque no pudiera dominar su compulsión a enunciar ciertas palabras, y aquella mujer que elegía alimentarse exclusivamente de comida vegetariana para evitar la violencia contra los animales o aquel individuo que sufría alucinaciones y que para la psiquiatría clásica caracterizaría un cuadro psicótico.

Sobre esa identificación entre conductas cotidianas y patología psiquiátrica fueron construyéndose las bases epistemológicas de la psiquiatría moderna, que, siguiendo a Foucault, denominamos aquí de psiquiatría ampliada.

Se dirá que el discurso de la degeneración desaparece del ámbito de la psiquiatría en las primeras décadas del siglo XX. Y ciertamente es posible afirmar que existe una radical ruptura entre el discurso metafísico de Morel, las clasificaciones sindrómicas de Magnan y las agrupaciones patológicas de la psiquiatría actual. No se trata aquí de desconsiderar las diferencias entre esos discursos. Sin embargo, es posible afirmar con Coffin (2003, p. 256) que la degeneración no desaparece simplemente del ámbito de la psiquiatría. Sufre transformaciones, adopta nuevos nombres, impulsa nuevas estrategias de acción, pero deja marcas indelebles en la historia de la medicina mental.

Ya sea por el uso de designaciones tales como desequilibrios, predisposiciones hereditarias o configuraciones patológicas, la psiquiatría continuará interesada en desvendar los mismos secretos que estimularon el programa de investigación de las degeneraciones. Esto es: la relación entre patologías psiquiátricas y herencia mórbida; la construcción de una psiquiatría preventiva atenta al carácter evolutivo de las patologías; y la búsqueda por la localización cerebral de sufrimientos psíquicos. Una vez realizadas las críticas a Magnan por la ilimitada expansión de patologías psiquiátricas que realiza, nuevos nombres sustituirán el cuadro patológico de las enfermedades heredodegenerativas. La teoría de la degeneración, más que rechazada, será poco a poco sustituida. Como afirma Coffin, la palabra “degeneración” retrocede frente a

otros términos como “predisposición hereditaria” o “psicosis constitucional”, este último propuesto por Ballet (Coffin, 2003, p. 235).

Además de las críticas de Falret ya analizadas, la teoría de la degeneración fue objeto de diversas controversias que destacaban la abusiva extensión de las alienaciones que ella posibilitaba. En esa línea argumentativa, en 1885 Charpentier advertía sobre las serias consecuencias a las que podría llevar la aceptación, sin cuestionamientos, de una clasificación de enfermedades mentales que incluyera las enfermedades heredodegenerativas:

Tengamos cuidado con esa inclinación [de la psiquiatría], o entonces las pequeñas locuras de la infancia, las de la adolescencia, los problemas mentales causados por ciertos hábitos repetidos, los tics, todas las perturbaciones más o menos conocidas de la voluntad, de la conciencia, de los estados emocionales; todos los defectos de equilibrio, independientemente de sus causas, muchas veces ignoradas o escondidas; todas las perturbaciones podrán alcanzar el estatuto de enfermedades hereditarias. De ese modo [la clase de las locuras de degeneración], puede volverse un verdadero *caput mortuum* destinado a incluir todo aquello que no puede entrar adecuadamente en los capítulos conocidos de la medicina mental. (Charpentier apud Magnan, 1893, p. 130)

Para Charpentier, la teoría de la degeneración permitiría una extensión abusiva del dominio de la psiquiatría, permitiría crear un grupo indefinido de “locuras disparatadas”. En esa lógica clasificatoria, cada conducta, gesto, tic, pasará a ser indicativo de un síndrome, resultando imposible diferenciar a un adolescente melancólico, por la influencia de la lectura de romances, de las aberraciones sexuales monstruosas cometidas por un psicótico (Charpentier apud Magnan, 1983, p. 131). La teoría de la degeneración permite y legitima la existencia de fronteras difusas entre el normal y el patológico, posibilita la intromisión del saber médico en los pequeños miedos y angustias cotidianos, en los estados de tristeza, en las situaciones de duda, en fin, en los pequeños desequilibrios y anomalías.

Como intentaremos mostrar, esas preocupaciones persisten en la psiquiatría ampliada y en el discurso de aquel que es hasta hoy considerado el fundador de la psiquiatría moderna, Emil Kraepelin (1908). En ambos casos es posible observar la permanencia de una preocupación por la herencia mórbida, que refuerza el interés por las familias patológicas y por el control de la infancia. La psiquiatría, a partir de la teoría de la degeneración, piensa las patologías mentales desde una perspectiva temporal y evolutiva. Esto es, preventiva. Eso significa que los pequeños gestos y desvíos de conducta pasarán a ser vistos como signos anunciadores de alienación mental. Al mismo tiempo, la preocupación de Morel y Magnan por la anatomía patológica permanecerá inalterada, ya sea por la observación de lesiones cerebrales o, más tarde, por identificación de desequilibrios en los neurotransmisores.

Analizamos en los próximos capítulos de qué modo esos problemas, ya discutidos por los críticos de la teoría de la degeneración a fines del siglo XIX, persisten en el nacimiento de la psiquiatría moderna.

## Capítulo 5

# Emil Kraepelin y la persistencia de la degeneración en la psiquiatría moderna

*El terror se acentuó. No se sabía ya quién estaba sano y quién estaba loco.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

El concepto de degeneración que obcecó las mentes de psiquiatras, alienistas e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX reaparece en los textos de quien aún hoy se considera el fundador de la psiquiatría moderna. Emil Kraepelin, al mismo tiempo que estableció las bases de lo que hoy entendemos por psiquiatría, mantuvo viva e intacta la ambición de los higienistas del siglo XIX de pensar los problemas existenciales y sociales con categorías médicas y orgánicas.

La psiquiatría actual se reconoce como heredera directa de esa tradición cuando acepta el *DSM IV* (APA, 1994), que se identifica como neokraepeliniano, como referencia fundamental para las clasificaciones diagnósticas. Esa actualidad del discurso de Kraepelin nos lleva a problematizar la estructura teórico-metodológica por él inaugurada a fines del siglo XIX. Para eso, será necesario comprender cuáles fueron las condiciones históricas y discursivas, cuál fue el suelo epistemológico que hizo posible la emergencia de un nuevo modo de clasificar y tratar las patologías mentales que difiere enteramente de aquél propuesto por los alienistas clásicos como Pinel y Esquirol.

Los textos de Kraepelin dan origen a diversas líneas de investigación que se mantienen más o menos inalteradas hasta nuestros días. Su abordaje de los trastornos mentales incluye un nuevo modo de clasificar las patologías psiquiátricas; un interés en profundizar los estudios de anatomopatología cerebral; la multiplicación de datos estadísticos comparativos entre diferentes poblaciones y regiones, tarea que denomina la “psiquiatría comparativa” (Pereira, 2009, p. 162); y, por fin, estudios dedicados a la herencia de las más variadas perturbaciones del carácter. En este texto intentamos analizar las deudas que esta nueva metodología de investigación mantiene con la teoría de la degeneración iniciada en 1857 por Morel.

“Desde hace tiempo se afirma que existe una fuerte afinidad entre la perspectiva de Kraepelin y la teoría de la degeneración de Morel en sus derivaciones más seculares” (Engstrom, 2007, p. 329). Diversos estudios ya se han referido a esa proximidad

(Engstrom, 2007; Hoff, 2008; Roelke, 1997; Shepherd, 1995). Nos detendremos aquí a analizar las semejanzas epistemológicas<sup>2</sup> existentes entre estos dos modos de explicar los fenómenos patológicos. Será analizada la preocupación que ambos comparten por establecer una clasificación de patologías mentales que pueda fundarse en bases tan firmes como aquellas que permiten las clasificaciones de patologías biológicas. Ambos intentan crear una clasificación confiable de comportamientos considerados desviados, ya sea por la identificación de elementos que indican una herencia mórbida; por la localización anatomopatológica de lesiones cerebrales o por el uso de estudios estadísticos comparativos.

La temática de la degeneración es tratada en diferentes momentos de la obra de Kraepelin, particularmente en un texto publicado en 1908 después de su estadía en la colonia alemana de Java, donde permaneció desde el año 1903 al año 1904. Pero existen referencias a Morel (1857) y a Magnan (1893) en diferentes textos de Kraepelin, como por ejemplo en *Psiquiatría clínica* (1907), también conocido como *Manual de psiquiatría clínica*, elaborado para la formación de médicos y alumnos de medicina. La degeneración no es una temática marginal, sino que se trata de una preocupación permanente en el discurso de Kraepelin que muchas veces opera como un verdadero eje articulador de su teoría sobre las enfermedades mentales.

Los clásicos problemas que preocuparon a Morel, a Magnan y a los teóricos de la degeneración reaparecen en el discurso de Kraepelin: la degeneración hereditaria; la herencia mórbida; los estigmas de degeneración; las lesiones cerebrales consideradas al mismo tiempo como efecto y causa de comportamientos desviados; la transmisión hereditaria de desvíos tales como el alcoholismo o el crimen; el alcoholismo como causa de degeneración y enfermedad mental; los desvíos morales o físicos como indicadores de patologías psiquiátricas.

Todas estas cuestiones están presentes en las diversas ediciones de sus *Lecturas sobre psiquiatría clínica* (1912), en su ensayo sobre historia de la psiquiatría *One hundred years of psychiatry (Cien años de psiquiatría)*, publicado en 1917, y constituye el tema central del texto ya mencionado, que fue publicado por Kraepelin en 1908 con el nombre de *Sobre la cuestión de la degeneración*. Este último nos permitirá entender las deudas de Kraepelin con la psiquiatría ampliada propiciada por Morel.

Aún cuando determinados comportamientos, desvíos de conducta, características físicas y morales pasaron a ser pensados como patológicas a partir de la publicación del *Tratado sobre las degeneraciones* de Morel de 1857, será solamente a partir de los estudios de Kraepelin que esas conductas serán integradas a un cuadro nosológico aceptado por la comunidad científica. Esta nosología será considerada como sólidamente fundada en bases empíricas y libre de los postulados religiosos y metafísicos de Morel.

Para intentar comprender qué estrategias discursivas permitieron la sustitución de un discurso considerado metafísico por otro que se afirma como científico, aun

---

<sup>2</sup>Entiendo que esas semejanzas epistemológicas se ponen en evidencia cuando observamos la permanencia de ciertos conceptos, la afinidad entre las estrategias argumentativas y una cierta continuidad en las estructuras explicativas delineadas.

conservando las premisas de degeneración hereditaria, estigmas y conductas desviadas, deberemos analizar el texto que Kraepelin dedica al problema de la degeneración.

## Sobre la degeneración

En el mes de septiembre del año 2007 la revista *History of Psychiatry* dedica un número especial al estudio histórico del legado dejado por Kraepelin a la psiquiatría. En este volumen, los editores se proponen la tarea de compilar diversos abordajes referidos a los textos de Kraepelin, incluyendo desde perspectivas más críticas hasta aquellas que defienden su actualidad y permanencia, específicamente a partir de la recuperación que los neokraepelinianos hicieron de sus tesis principales. Este volumen incluye un texto dedicado a analizar las diferencias entre Kraepelin y Freud (Martin, 2007); otro dedicado a analizar la cuestión de la demencia precoz como efecto de autointoxicación (Noll, 2007); un texto dedicado a la posición adoptada por Kraepelin frente a la homosexualidad masculina, a la que consideraba una enfermedad psiquiátrica (Mildenberger, 2007); y otros que exploran la actualidad de las tesis de Kraepelin y su impacto en la psiquiatría moderna (Decker, 2007; Jablensky, 2007).

Así, este número especial de *History of Psychiatry* nos sitúa delante de una problemática que es al mismo tiempo histórica y actual. Los textos elaborados por Kraepelin entre 1890 y 1920, así como las sucesivas ediciones de su libro *Psiquiatría clínica* (1907), no han dejado de tener una extrema actualidad.

Este número incluye también el texto de Kraepelin *Sobre la cuestión de la degeneración* (2007), que está precedido de un ensayo de Eric Engstrom, editor de este número. Ese texto nos permite entender las deudas que Kraepelin mantenía con una teoría que estaba condenada al olvido, fundamentada en principios metafísicos y en posiciones políticamente conservadoras, pero que, aun así, pudo ser recuperada e integrada sin dificultad a la psiquiatría moderna.

El lugar central que la teoría de la degeneración ocupa en el discurso del llamado “padre de la psiquiatría” nos confronta con los límites de su actualidad, nos obliga a preguntarnos por los fundamentos teóricos que permitieron la construcción de ese nuevo espacio discursivo referido a la enfermedad mental, que incluye una nueva nosología y nuevas metodologías de investigación referidas a los enfermos, sus familias y sus descendientes.

En *Sobre la cuestión de la degeneración* no existe ninguna referencia explícita a Morel o a Magnan. Podría sospecharse, entonces, que Kraepelin está abordando la temática de la degeneración desde una nueva perspectiva que difiere de las premisas sostenidas por sus creadores. Sin embargo, tal como intentaremos mostrar, existe una perfecta coincidencia entre las tesis defendidas por Morel y muchos de los argumentos utilizados por Kraepelin.

En primer lugar, el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel se inicia con una constatación empírica. Afirma que el número de alienados en las instituciones psiquiátricas no ha dejado de crecer. En

1857, las teorías de Pinel y Esquirol del tratamiento moral realizado en el interior del asilo psiquiátrico parecían ser ineficientes e insuficientes. Nunca, dirá Morel, fueron tantos los esfuerzos destinados a la recuperación de los alienados, y sin embargo esto no parece haber sido suficiente para reducir el número de enfermos, que no ha dejado de aumentar (Morel, 1857). Cincuenta años más tarde, en 1908, Kraepelin iniciará su texto sobre la degeneración exactamente del mismo modo: “Uno de los fenómenos más perturbadores de nuestra vida cultural es el rápido y continuo aumento de enfermos mentales que requieren cuidado institucional” (Kraepelin, 2007, p. 399). Explicará inmediatamente que el número de alienados ha crecido en Inglaterra, Holanda y Prusia presentando las siguientes estadísticas:

En Inglaterra en el período de 1869 a 1903 el número de enfermos internados en asilos aumentó de 24,0 a 34,1 por 10.000 habitantes, en Holanda entre 1850 y 1899 aumentó de 5,16 a 14,12, en Prusia entre 1875 y 1900 de 5,7 a 16,9, y los números en Bavaria son similares. (Kraepelin, 2007, p. 399)

Desde el inicio del texto dedicado a la degeneración, Kraepelin utiliza argumentos comparativos. Dirá que las estadísticas han puesto en evidencia cierta desigualdad frente a la enfermedad mental. Mientras que en los centros urbanos los enfermos institucionalizados en asilos no han dejado de multiplicarse, no se han registrado casos de enfermedad mental entre los pueblos nativos de las colonias. Para Hoff (2008), Kraepelin inaugura, de ese modo, lo que hoy denominaríamos psiquiatría comparada. Sin embargo, su interés no era analizar los diversos modos que adoptan las enfermedades mentales en diferentes regiones, sino validar a partir de datos estadísticos sus clasificaciones nosológicas. Las comparaciones permitirían verificar si determinado cuadro patológico (la parálisis, por ejemplo) existe en todas las regiones del globo o si se trata de un fenómeno limitado a ciertas regiones, como, por ejemplo, los centros urbanos. Con ese objetivo, Kraepelin adoptará una estrategia analítica que ya está presente en la teoría de la degeneración de Morel: los estudios estadísticos comparativos de enfermedades mentales.

Para Morel era imprescindible realizar estudios estadísticos que permitieran poner en evidencia la relación existente entre los diferentes pueblos y las manifestaciones de la degeneración. Analiza datos estadísticos provenientes de China, Suecia, México, América del Norte y de diferentes regiones de Europa como Holanda, Inglaterra, Portugal y España. Analiza también datos de pueblos autóctonos, a los que denomina “pueblos infantiles”, y se refiere a los procesos de colonización y a los efectos que la llegada de la civilización europea dejó en esas poblaciones (Morel, 1857).

Del mismo modo, Kraepelin considera necesario establecer, a partir de datos y estadísticas comparativas, claras diferencias entre los pueblos donde no se registran enfermedades mentales, aquellos que viven en contacto directo con la naturaleza y que están obligados a desenvolver estrategias de lucha por la vida, y los pueblos donde las enfermedades mentales no han dejado de crecer (es decir, los habitantes de los grandes centros urbanos de las regiones civilizadas de Europa y América). Afirma que la amenaza de degeneración es mayor para los pueblos civilizados, si se

los analiza en comparación a sus observaciones realizadas en la colonia alemana de Java, donde residió en 1903 y 1904.

Se referirá también a los datos aportados por sus colegas desde diferentes regiones del mundo. Tal es el caso de Hoch (Kraepelin, 2007), mencionado en *Sobre la cuestión de la degeneración*, quien en una correspondencia personal relata que la frecuencia de enfermedades mentales entre los negros que habitan en América del Norte se triplicó en los últimos 40 años, del mismo modo que ocurrió con los árabes que habitan en Europa, según lo demuestran las estadísticas francesas (Kraepelin, 2007, p. 402). Hoch repite aquí lo que fue una temática recurrente tanto en la geografía médica, particularmente en el *Traité de Géographie et de Statistique Médicale* de Boudin (1857), como en el discurso de los higienistas de mediados del siglo XIX. Ambos obcecados por multiplicar datos estadísticos referidos a la correlación entre cambios climáticos, razas y enfermedades mentales (Caponi, 2007).

Para Kraepelin “no existen dudas de que las grandes ciudades son, antes que nada, productoras de parálisis y alcoholismo” (Kraepelin, 2007, p. 400). A partir de esta certeza Kraepelin construirá su argumento a favor de la degeneración de individuos y razas en los centros urbanos. La correlación que pretende defender es la siguiente: las condiciones de la vida moderna producen una serie de factores que debilitan las reacciones naturales de autopreservación necesarias para que los individuos puedan fortalecerse en la lucha por la vida. Inicialmente, podríamos imaginar que existe en Kraepelin una preocupación por destacar la importancia de los hechos sociales en los fenómenos patológicos. Podríamos suponer que las condiciones de vida, tales como la pobreza, la falta de educación, el hacinamiento urbano, las exigencias culturales, todos estos factores considerados por Kraepelin en *Sobre la cuestión de la degeneración*, tendrían un peso fundamental en la construcción de patologías mentales. Sin embargo, se trata, justamente de lo contrario: su objetivo principal es entender las alteraciones biológicas que causan las patologías psiquiátricas. En la medida que no es posible aún identificar causas precisas, como ocurre con las enfermedades infecciosas, solo restará analizar el contexto social en que ocurren esos desvíos mórbidos. Será necesario establecer patrones de ocurrencia para cada enfermedad, algo semejante a la búsqueda de causas mixtas, internas y externas, a partir de las cuales Morel clasificaba las patologías mentales.

Así, *Sobre la cuestión de la degeneración* es un intento por explicar las complejas relaciones existentes entre hechos sociales y transformaciones biológicas a partir de las cuales se producen las enfermedades, se debilitan los cuerpos y degeneran las familias y razas. Esta preocupación, sin duda, no es inaugurada por Kraepelin. Por el contrario, integra la agenda de los médicos y alienistas desde inicios del siglo XIX, más específicamente a partir de la publicación de *Relaciones de lo físico y moral del hombre* de Cabanis (1802).

Recordemos que para Cabanis, los hechos físicos y sociales (desde el clima hasta la organización urbana) tienen un impacto directo sobre nuestros cuerpos. Generan impresiones que afectan nuestro sistema nervioso y nuestro cerebro produciendo determinados tipos de comportamientos, pensamientos y valoraciones morales. Las relaciones complejas entre lo físico y lo moral también permiten explicar, para

Cabanis, alteraciones biológicas, específicamente cerebrales, resultado de nuestros comportamientos y actitudes sociales. De ese modo, para Cabanis, la degeneración de los órganos (particularmente el cerebro) puede ocurrir tanto como efecto del impacto de los fenómenos externos, como también puede resultar de nuestras actitudes y comportamientos (Cabanis, 1802). Ese proceso de degeneración se transmitirá a los descendientes siempre que las condiciones físicas se mantengan inalteradas. Solo es posible entender la teoría de la degeneración de Morel dentro de esa matriz explicativa que supone una compleja red de causas y efectos al mismo tiempo biológicos y sociales, orgánicos y físicos.

En el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* (1857), Morel intentará construir una clasificación nosológica de patologías mentales tan bien fundamentada como la clasificación de patologías orgánicas utilizada por la medicina clínica. Eso exigirá abandonar la clasificación por síntomas o signos exteriores e intentar crear una clasificación etiológica de las enfermedades mentales. Morel organiza así una red causal explicativa extremadamente compleja y ambigua, donde se superponen causas biológicas y sociales, causas internas y externas. En esa red causal predomina, sin embargo, una forma de explicación sobre todas las otras: la herencia mórbida, punto de partida de la teoría de la degeneración (Pereira, 2008, p. 493).

Este pequeño desvío por Cabanis y Morel nos permite entender en qué horizonte epistemológico surgen las reflexiones de Kraepelin sobre la degeneración y su interés por determinar la pluralidad de causas de patologías degenerativas. Esa red abarca desde los procesos sociales de domesticación al consumo de alcohol y la sífilis, incluyendo la prostitución, los procesos educativos, la herencia mórbida y las tentaciones morales. Kraepelin, igual que Morel, se referirá tanto a la degeneración de individuos y linajes familiares como a la degeneración de pueblos y de razas. Estas semejanzas indican que aún en 1908 la matriz explicativa de las enfermedades mentales continuaba siendo deudora de los conceptos vagos y de las premisas ideológicas que permitieron la construcción de la teoría de la degeneración.

## La biologización de los hechos sociales

El principal argumento enunciado de manera inequívoca en *Sobre la cuestión de la degeneración* es el efecto nocivo que la vida urbana moderna produce en la salud mental de los habitantes de las grandes ciudades industriales. Para construir este argumento Kraepelin utiliza datos provenientes de sus observaciones personales realizadas en diferentes países, datos enviados por colegas de diferentes lugares del mundo. Fundamentalmente, un conjunto de estadísticas comparativas que evidencian datos significativos para los teóricos de la degeneración: la disminución de las tasas de natalidad; la disminución del número de matrimonios; el aumento de suicidios; la creciente mortalidad infantil; y el crecimiento alarmante de enfermedades mentales provocadas por el alcohol y la sífilis.

Los estudios estadísticos le permitían establecer correlaciones simples entre patologías psiquiátricas y factores tales como raza, edad, sexo y posición social. A partir de esas estadísticas Kraepelin vinculará a las enfermedades mentales con fenómenos sociales amplios y diferenciados de acuerdo con los contextos en que ocurren. Se referirá así a fenómenos patológicos vinculados al consumo abusivo de alcohol, derivados de lo que denomina un fenómeno de “proletarización”. Analiza también otras patologías que ocurrirían como consecuencia de procesos de “domesticación”; se trata de enfermedades generadas por demandas sociales excesivas y por las exigencias educativas a las que están sometidas las camadas cultas y ricas de las grandes ciudades (Kraepelin, 2007).

La preocupación por establecer correlaciones entre enfermedad mental y factores sociales está lejos de ser una preocupación exclusiva de Kraepelin. Tal como lo afirma Roelke (1997), la preocupación por insertar los procesos patológicos en contextos sociales amplios se inicia hacia 1890, con la divulgación y el reconocimiento mundial del estudio *American Nervousness: its Causes and Consequences* (1881), publicado por el psiquiatra americano George Miller Beard. En este estudio se analizan las causas sociales directamente vinculadas con la emergencia de lo que denominará “neurosis”. Otros psiquiatras retomaron las tesis de Beard, siendo quizás el más relevante de estos estudios el trabajo de Freud *La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna*, publicado en 1908, exactamente el mismo año en que Kraepelin publica *Sobre la cuestión de la degeneración*.

En ese texto Freud (1986) analizará la misma tesis que le preocupaba a Kraepelin (2007), la relación entre la vida moderna y las patologías mentales. Pero lo hará desde una perspectiva completamente diferente. Freud retoma algunos de los postulados de Beard y se distancia de otros. A diferencia de Beard, Freud consideraba que la neurastenia no era un fenómeno masculino sino predominantemente femenino. Aunque coincidía con la afirmación de que su etiología estaba directamente vinculada a fenómenos sociales, culturales y morales propios de la sociedad industrial de inicios del siglo XX, privilegiaba el análisis de la sociedad victoriana como un espacio de represión de la sexualidad, fundamentalmente de la sexualidad femenina. Citando a Binswanger, Freud afirma:

Se indica especialmente la neurastenia como una enfermedad por completo moderna, y Beard, a quien debemos su primera descripción detallada, creía haber descubierto una nueva enfermedad nerviosa nacida en suelo americano. Esta hipótesis era, naturalmente, errónea; pero el hecho de haber sido un médico americano quien primeramente pudiese aprehender y retener, como resultado de una amplia experiencia clínica, los singulares rasgos de esta enfermedad, demuestra la íntima conexión de la misma con la vida moderna, con la fiebre de dinero y con los enormes progresos técnicos que han echado por tierra todos los obstáculos de tiempo y espacio opuestos antes a la vida de relación. (Binswanger, 1896 *apud* Freud, 1986)

Podemos observar que, aunque la vinculación entre hechos sociales y enfermedad mental estaba presente en las mentes de los médicos y psiquiatras de inicios del siglo XX, esta cuestión reaparece en el discurso de Kraepelin de una manera completamente diferente. Las relaciones establecidas por Kraepelin entre hechos sociales y patologías mentales parecen estar más cerca de los estudios de los teóricos de la degeneración del siglo XIX que de los estudios realizados sobre esta cuestión por sus contemporáneos, específicamente aquellos que Beard y sus seguidores dedicaron a la etiología de la Neurosis. Es que, para Kraepelin, los hechos sociales no pueden ser considerados causa de enfermedades psiquiátricas. Así, en un texto tardío publicado en 1917 denominado *Cien años de psiquiatría* podemos leer: “Las así llamadas causas psíquicas, un amor infeliz, negocios fracasados, exceso de trabajo son el producto y no la causa de la enfermedad, son la mera manifestación de una condición preexistente y sus efectos dependen de la constitución biológica del sujeto (Kraepelin, 1917, p. 131).

La teoría de las enfermedades psiquiátricas de Kraepelin supone lo que podemos denominar junto con Roelke (1997) una verdadera biologización de los hechos sociales, y el instrumento que le permitió operar esa biologización de lo social no es otro que la vieja teoría de la degeneración de Morel y Magnan. Es en ese contexto que podemos entender afirmaciones como esta:

El aumento de las demandas [sociales] sobre ciertos límites personales debe necesariamente producir sentimientos de incapacidad que, a su vez, dan lugar a una cierta inercia o a una sobreexigencia de la voluntad. [...] lo que indica una gran cantidad de condiciones mórbidas que atribuimos a las psicosis de degeneración. (Kraepelin, 1908, p. 401)

Las exigencias sociales acumulativas y la falta de capacidad para completar las tareas exigidas pueden constituir el punto de partida para el surgimiento de determinadas “locuras de degeneración”, pero para que esto ocurra será necesario que ellas actúen sobre una constitución biológica deficitaria o debilitada. Así, si existe una relación entre patología y hechos sociales, ella debe estar mediatizada por fenómenos biológicos, análogos a los identificados por Morel al hablar de causas mixtas. Para ambos resulta necesario postular un sustrato orgánico patológico, una “causa predisponente” con un fuerte componente hereditario. “Para la determinación de la etiología de la enfermedad es frecuentemente decisivo analizar el papel de las predisposiciones naturales, especialmente aquellas definidas por herencia” (Kraepelin, 1917, p. 133). Dirá también que aún no existen datos conclusivos sobre el verdadero rol de la herencia en las diferentes enfermedades mentales, pero que, sin duda, los esfuerzos de Morel y Magnan han iluminado los vínculos existentes entre ciertos tipos de insanidad y las predisposiciones hereditarias, aunque hasta el momento no se pudo establecer la diferencia entre patologías hereditarias y no hereditarias (Kraepelin, 1917, p. 133).

Sin embargo, fue el vínculo entre patología mental y herencia mórbida lo que le había permitido a Kraepelin algunos años antes referirse al mismo tiempo a la degeneración de individuos, familias y razas. Su ejemplo para ilustrar la degeneración de

la raza no será otro que “el pueblo judío” (Kraepelin, 2007, p. 403). Será inevitable recordar aquí sus afirmaciones cargadas de prejuicios y ajenas a la objetividad científica que tanto declamaba: “El conocido ejemplo de los judíos, con su fuerte disposición para enfermedades nerviosas y mentales, nos enseña que la domesticación, muy avanzada en ese caso, ciertamente deja su marca característica sobre la raza” (Kraepelin, 2007, p. 403).

En este punto radica la única verdadera diferencia entre Kraepelin y Morel. Morel parte de una serie de principios para fundamentar su teoría de la degeneración, entre los cuales figura uno que se mantiene inalterado en todos sus trabajos: la degeneración, que se transmite hereditariamente de padres a hijos, aumenta en gravedad y se expande de manera progresiva de generación en generación, llevando en la cuarta generación a la impotencia e imposibilidad de reproducción (Serpa, 2006). Esto significa que el proceso de degeneración es, para Morel, autolimitado. Existirían límites naturales que los organismos imponen para la reproducción de patologías de degeneración y por esa razón los linajes degenerados no pueden perpetuarse. Eso no impide que Morel postule medidas higiénicas e intervenciones eugénicas para limitar aún más la multiplicación de degenerados.

Este postulado es negado por Kraepelin. Para él no existe una correlación necesaria o directa, como la imaginada por Morel, entre el aumento de la degeneración y la disminución de la fertilidad. Morel justifica esta correlación a partir de las estadísticas que indican la disminución de la tasa de nacimientos en Francia en la década de 1850. Kraepelin también se refiere a esta misma correlación en 1908, concluyendo que es una clara indicación de la degeneración del pueblo francés:

El debilitamiento del instinto de autopreservación es sorprendentemente evidente en la caída continua de la tasa de natalidad del pueblo francés, a un paso de su completa extinción, así como en la prevalencia y tolerancia a toda suerte de aberraciones sexuales antinaturales. (Kraepelin, 2007, p. 402)

Sin embargo, aunque ambos aceptan este mismo hecho, Kraepelin no deduce de allí que exista necesariamente una correlación inversa entre degeneración y fecundidad. Para Kraepelin no existen suficientes evidencias empíricas ni suficientes datos estadísticos que permitan comprobar esa afirmación. Para él, las patologías de degeneración o las psicosis de degeneración a las que se refiere en su obra principal, *Psiquiatría clínica*, no están necesariamente vinculadas a la disminución de la fertilidad. Y esa será una diferencia clara entre Kraepelin y la teoría de la degeneración desacralizada por los seguidores de Morel.

Tomando como punto de partida estudios estadísticos referidos a la transmisión hereditaria de patologías mentales publicados en ese período, afirmará algunos años más tarde que “estas observaciones desacreditan la teoría de Morel, quien describió la transmisión de desórdenes de degeneración a un número creciente de individuos en las generaciones sucesivas” (Kraepelin, 1917, p. 133).

Este número creciente de individuos afectados por patologías de degeneración tendería para Morel a autolimitarse. A partir del momento en que las degeneraciones alcanzan un estado muy avanzado, producen alienación mental e idiotismo y la fecundidad tiende a decrecer. Para Kraepelin, aun cuando sea posible hablar de disminución de la fertilidad, difícilmente se podrá hablar de desaparición de razas o linajes familiares, pues ciertamente una de las fuerzas compensatorias más importantes es el enorme capital de la tenacidad natural que hemos adquirido a través de incontables generaciones. La riqueza de esa tenacidad no puede agotarse permanentemente por una descendencia debilitada en el curso de algunas pocas generaciones (Kraepelin, 2007, p. 403).

## Causas mixtas de degeneración: El ejemplo de la sífilis

Ciertamente entre Kraepelin y Morel existen diferentes concepciones sobre las patologías mentales y sobre el saber psiquiátrico. En los 50 años de distancia que existe entre ellos, la psiquiatría fue adquiriendo cada vez mayor poder explicativo. Algunas ideas que Morel solamente había señalado como promisorias (como, por ejemplo, la importancia concedida a las explicaciones orgánicas, fundamentalmente aquellas centradas en lesiones cerebrales) se transformaron en incuestionables para la comunidad científica en tiempos de Kraepelin. Por otra parte, los avances de la clínica, la observación empírica, la acumulación de casos estudiados, la exigencia de establecer clasificaciones nosológicas confiables y el uso de las estadísticas psiquiátricas ya no dejaban ningún espacio para las explicaciones metafísicas enunciadas por Morel. Sin pretender olvidar que el contexto histórico de la psiquiatría alemana de inicios del siglo XX era muy diferente del contexto en el que se había desarrollado la psiquiatría francesa de 1857, es posible identificar la permanencia de ciertos problemas y argumentos que se reiteran en el discurso de Morel y en los estudios de Kraepelin.

Ambos estaban interesados en determinar de qué modo el consumo de tóxicos, particularmente el consumo de alcohol, afectaba la sobrevivencia de los descendientes y la propagación de degeneraciones físicas y psíquicas en las poblaciones. Sin embargo, para Kraepelin, tan alarmante como los efectos del alcohol eran los efectos de la sífilis. El nuevo método serológico para el diagnóstico de la infección por sífilis que surge en 1906 con la teoría de Wassermann, parecía confirmar las hipótesis que Kraepelin ya enunciara en las primeras ediciones de su *Manual de psiquiatría clínica*.

En *Sobre la cuestión de la degeneración*, Kraepelin se refiere a ese método serológico, afirmando que crecen las evidencias de correlación entre sífilis y enfermedad mental, tanto en los que padecen esa enfermedad como en sus hijos. Así, la microbiología permitiría concluir que muchas enfermedades mentales podrían ser el resultado de una "sífilis congénita" (Kraepelin, 2007, p. 400). La referencia a la sífilis congénita difiere de lo que actualmente se entiende por ese concepto. Aunque hoy sepamos que es posible la transmisión de la enfermedad de una madre con sífilis secundaria o terciaria a su hijo que está aún en el útero, no es posible afirmar que la sífilis o el

alcoholismo sean enfermedades hereditarias que, como afirma Kraepelin, “causan un daño irreversible en las células germinales que resulta en la degeneración de linajes enteros de descendientes” (Kraepelin, 2007, p. 400).

Más tarde, en su historia de la psiquiatría, retomará y ampliará las referencias al *test* de Wassermann, considerando que este descubrimiento es una de las dos contribuciones más importantes de la época para determinar el origen biológico de las enfermedades mentales. El descubrimiento del bacilo (espiroqueta) representa para Kraepelin un paso fundamental en el entendimiento de la etiología de las enfermedades mentales. La reacción de Wasserman en sangre y el descubrimiento del microorganismo en el cerebro le ofrecen una prueba convincente de que las enfermedades mentales tienen su origen en la acción de agentes que pueden ser aislados e identificados. Esos agentes etiológicos no solo dejan marcas en la piel, sino también en el sistema nervioso y en los complejos mecanismos cerebrales. Como podemos observar en la siguiente cita de Kraepelin, la reacción de Wassermann posibilitaba un nuevo modo de entender no solo la sífilis, sino todas las enfermedades psiquiátricas, particularmente las llamadas “enfermedades de degeneración”:

Las recientes investigaciones sobre sífilis, especialmente el descubrimiento de la reacción de Wasserman, han permitido esclarecer las mayores preocupaciones de la psiquiatría. Podemos esperar que esta luz ilumine otras esferas de nuestra ciencia. Investigaciones metódicas en el terreno de las debilidades mentales, congénitas o adquiridas pueden complementarse con lo que hoy se sabe sobre la influencia de la sífilis. Lo mismo puede decirse de los defectos congénitos, especialmente los que se refieren a enfermedades de degeneración. (Kraepelin, 1917, p. 130)

Como podemos observar, la sífilis, como el alcohol, aparecían en el discurso de Kraepelin como indisolublemente vinculados a los procesos de degeneración. En su texto de 1917 destaca otro descubrimiento que considera de capital importancia para entender la etiología de las enfermedades mentales. Se refiere a los estudios que demuestran la influencia directa de fenómenos hormonales en la salud mental y física. Los descubrimientos realizados sobre el papel desempeñado por la glándula tiroides (hipotiroidismo) permitían postular una causa biológica para un grupo algo indefinido de enfermedades psiquiátricas, que incluía desde el cretinismo hasta la parálisis, pasando por la epilepsia, la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (Kraepelin, 1917, p. 132).

Estas redes causales explicativas de hechos psiquiátricos nos permiten poner en duda la afirmación de Engstrom (2007), para quien los argumentos de Kraepelin en *Sobre la cuestión de la degeneración* serían decididamente “socio y psicogénicos, pues él estaría interesado principalmente en las amenazas que la cultura y la civilización representaban para los organismos” (Engstrom, 2007, p. 395). Para Engstrom, la importancia de este texto no estaría tanto en la enunciación de los peligros que los factores genéticos o las toxinas químicas representan para al

plasma germinal, sino en su referencia al impacto de los fenómenos sociales en las patologías psíquicas. Es verdad que el texto de Kraepelin de 1908 se inicia con un análisis de la vinculación directa entre las exigencias de la sociedad moderna y el surgimiento de las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, esa estrategia explicativa es la misma que fue utilizada por los teóricos de la degeneración y por todo el pensamiento higienista del siglo XIX. Los hechos sociales enfatizados en el inicio del texto serán rápidamente sustituidos por explicaciones etiológicas referidas a la herencia mórbida, a las células germinales o a las alteraciones cerebrales. En palabras de Kraepelin:

Si examinamos la larga lista de influencias culturales dañinas —y apenas podemos negar que la cultura civilizada tiene un papel a jugar en la producción de ciertas formas de locura degenerativa—, entonces debemos determinar en qué medida esos peligros afectan no solo a los individuos, sino también a nuestra raza. Dado los hechos de la herencia, debemos asumir que esas experiencias influyen la vida del cuerpo como un todo [*Gesamtleben des Körpers*], ellas no dejan a las células germinales inalteradas, sino que pueden afectar de alguna manera las propiedades que gobiernan la vida de las futuras generaciones. (Kraepelin, 2007, p. 403)

Así, es el efecto de las toxinas liberadas por el alcohol en el cerebro y la alteración que producen en la célula germinal (Kraepelin, 2007, p. 403) lo que configura la verdadera causa de las locuras de degeneración que afectan a individuos y razas. La sociedad industrial y los vicios que ella carga pueden explicar el aumento de la sífilis, pero es el bacilo encontrado en el cerebro y en la sangre de los enfermos y de sus descendientes lo que, para Kraepelin, permitirá identificar la etiología de determinadas formas de degeneración o idiotismo.

Se reiteran, de ese modo, los clásicos postulados de la teoría de la degeneración que han podido persistir por más de 50 años. Si esto es posible es porque el discurso de Kraepelin consigue articular esos postulados con un nuevo modo de entender la herencia mórbida que se fundamenta en las teorías neolamarckianas, fortalecidas a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX.

Ocurre que a inicios del siglo XX los debates sobre enfermedad mental y sobre las locuras de degeneración, aunque muchas veces se valían de una retórica darwiniana referida a la lucha por la vida o a la sobrevivencia de los más aptos, pertenecía a una tradición neolamarckiana que hablaba de caracteres cultural, moral o socialmente adquiridos que tenían la capacidad de ser transmitidos a los descendientes por generaciones. Esta teoría le permitió a los degeneracionistas de inicios de siglo XX continuar la búsqueda de “estigmas” físicos que se transmitían de padres e hijos, revelando la permanencia y el agravamiento de las patologías de degeneración. La idea de herencia de Kraepelin, como afirma Engstrom (2007), pertenece a esta tradición neolamarckiana y no se puede identificarse ni con la herencia mendeliana, a la que Kraepelin hará explícita referencia, ni con la teoría darwiniana de selección

natural, cuya retórica de instintos y lucha por la sobrevivencia aparece en *Sobre la cuestión de la degeneración*.

## La herencia en las teorías ambientalistas

Fue retomada y discutida aquí la tesis de Roelcke (1997) sobre la biologización de los hechos sociales operada por Kraepelin en su texto de 1908. Es preciso aceptar con Roelcke que “para Kraepelin las variables sociales no tienen lugar ni en la etiología ni en la nosología psiquiátrica, sino que, al contrario, estos hechos sociales son vistos cada vez más como determinados por procesos biológicos” (Roelcke, 1997, p. 391). En ese contexto las peculiaridades de la cultura indígena serán reducidas a características raciales, la degradación de las ciudades industriales a la expansión de locuras de degeneración y del suicidio no será más que el colapso de nuestros instintos naturales de autopreservación. Del mismo modo, nuestros pequeños fracasos cotidianos y las dificultades impuestas por la vida moderna no serán más que manifestaciones de estados psicóticos o mórbidos. Así, para Kraepelin, “como es sabido, la incapacidad para iniciar o terminar una tarea es un signo que indica un gran número de condiciones mórbidas que deben ser atribuidas a psicosis de degeneración, que incluye fobias y ansiedad, por un lado, y dudas obsesivas, por el otro” (Kraepelin, 2007, p. 401).

Sin embargo, para Roelcke (1997), lo que posibilita esta biologización de los hechos sociales es la interpretación de la vida social en términos darwinianos. Según afirma:

En Alemania, a inicios de siglo, las ideas del darwinismo social fueron principalmente propagadas por biólogos, representantes del higienismo, economistas y políticos. En la profesión psiquiátrica, Kraepelin estaba entre los primeros en utilizar estos instrumentos aplicando bases biológicas a las patologías psiquiátricas, no solo a los individuos sino también a los grupos sociales. (Roelcke, 1997, p. 346)

Una lectura más atenta del texto de Kraepelin pone en evidencia que solo existen algunas vagas referencias a esa retórica darwiniana que habla de instintos de sobrevivencia, de procreación y de lucha por la vida, y que, al contrario, lo que define las etiologías descritas por Kraepelin no son ni los obstáculos externos a ser enfrentados en la lucha por la sobrevivencia ni el instinto de autopreservación, sino las marcas que los hechos sociales dejan en los cuerpos. Los hechos sociales más variados, desde la ingestión de tóxicos a la educación burguesa, afectan de uno u otro modo el sistema nervioso y la célula germinal posibilitando la herencia de caracteres adquiridos en determinados contextos sociales. Es ese discurso el que permite construir explicaciones ambientalistas para las patologías psiquiátricas de degeneración.

Recordemos que el neolamarckismo, a diferencia de las teorías evolutivas aceptadas por los darwinianos a inicios del siglo XX, integraba la posibilidad de

permanencia y herencia de fenómenos considerados *no adaptativos*. Las explicaciones referidas a los efectos perversos que la organización industrial, los grandes centros urbanos o la inmoralidad —asociados al alcohol y la prostitución— tenían en los cuerpos de los individuos y en su descendencia no respondían a las explicaciones del evolucionismo darwiniano, preocupado fundamentalmente por la persistencia de formas adaptativas y la eliminación de formas no adaptativas.

El término neolamarckismo fue acuñado en 1885 por un científico americano llamado Packard, que fue el primer traductor de los textos de Lamarck al idioma inglés (Bowler, 1985, p. 73). A inicios del siglo XX, estas teorías comenzaban ya a ser cuestionadas por los darwinistas y por los defensores de la herencia mendeliana. Por esa razón, los nuevos defensores del lamarckismo abocaron sus esfuerzos en la construcción de esquemas explicativos de la transmisión hereditaria, tanto de rasgos adaptativos como de rasgos no adaptativos. Estos últimos, referidos a enfermedades que pudieran reproducirse en laboratorio. Los neolamarckistas experimentales intentaron elaborar explicaciones creíbles y bien fundadas de los fenómenos hereditarios que permitieran integrar los hechos sociales y las teorías sobre herencia, entonces aceptadas por la comunidad científica. Ellos buscaban pruebas para constatar empíricamente su hipótesis principal que afirmaba que una parte importante de los caracteres adquiridos se convertirían en hereditarios en el plazo de algunas generaciones (Corsi et al., 2006).

Los caracteres adquiridos considerados adaptativos parecían ser más difíciles de explicar y reproducir experimentalmente, mientras que los no adaptativos —entre ellos, la mutilación— podrían transferirse al laboratorio. La profesión médica parecía ser una fuente permanente de testimonios:

...estaba muy extendida la idea de que las enfermedades o al menos sus consecuencias debilitadoras podían heredarse. En muchos casos, la posibilidad de que el efecto pudiera transmitirse por la contaminación del feto en el útero y no genéticamente no se consideraba que invalidara la conclusión lamarckiana. (Bowler, 1985, p. 80)

Las pruebas experimentales más repetidas eran las pruebas de la epilepsia hereditaria provocadas en laboratorio a cobayos, donde las lesiones cerebrales se repetían de modo idéntico en los descendientes.

La noción de Weismann del plasma germinal, aunque inicialmente contraria a la idea de herencia de caracteres adquiridos (Maurel, 1999), fue adoptada por los neolamarckianos para construir una explicación científica de la herencia. Para Weismann, la auténtica fuente de un nuevo carácter radicaba en el interior del plasma germinal y se transmitía de generación a generación. Sin embargo, dejaba abierta la posibilidad de pensar que el origen de las variaciones de las células germinales ocurriera por influencias externas: “Yo creo —afirma Weismann— que, en último análisis, las variaciones se pueden atribuir a las influencias exteriores a las que el germen está expuesto antes del inicio del desarrollo embrionario” (Weismann, 1990, p. 211).

Los neolamarckistas utilizaron esta idea de un modo particular para argumentar que los cambios, fueran adaptativos o no, ocurrían inicialmente en el cuerpo de un individuo adulto y luego eran transferidos al plasma germinal, siendo, de ese modo, reproducidos por los descendientes. Para que se produjera un cambio en la constitución del plasma germinal era necesario postular la influencia externa del medio.

La auténtica posición lamarckista se basa en la afirmación de que el cuerpo, cuando se ve expuesto a condiciones nuevas, puede adquirir un carácter para el cual no existe, en principio, elemento alguno dentro del plasma germinal. [...] La única esperanza de formular una teoría auténticamente ambientalista pasaba por el rechazo del concepto de que existe una sustancia hereditaria en la que se halla codificada de forma permanente toda la información necesaria para producir un organismo nuevo. (Bowler, 1985, p. 91)

Esta pequeña digresión por el neolamarckismo nos permite entender hasta qué punto estos postulados ambientalistas estaban presentes en la teoría de la degeneración de Kraepelin. Como vimos, son permanentes las referencias tanto a las alteraciones que los fenómenos ambientales producen en los cuerpos como a los efectos que estos cambios producen en el *germen*, garantizando la repetición de esos caracteres en los linajes subsiguientes. Es así que, aún sin ninguna mención explícita, los postulados aceptados a inicios de siglo por los neolamarckistas se hacen presentes en el texto que Kraepelin dedica a la degeneración.

Del mismo modo, 50 años antes Morel había construido la teoría de la degeneración aceptando la hipótesis difundida de la transmisión hereditaria de caracteres adquiridos a partir de la acción del medio externo. Como afirma Bowler: “La creencia en la herencia de los caracteres adquiridos durante la vida del progenitor se hallaba muy extendida antes de 1859, aunque pocos aceptaban la afirmación de Lamarck de que era una fuerza lo suficientemente poderosa para hacer cambiar la especie” (Bowler, 1985, p. 72).

Esa era exactamente la posición de Morel, para quien los cambios del medio podían producir la degeneración de individuos, familias y razas, pudiendo llevar, eventualmente, a la degeneración de la especie.

Cuando Kraepelin retoma 50 años más tarde los argumentos ambientalistas propios de la teoría de la degeneración, será necesario ampliar los argumentos integrando referencias a las teorías de la herencia entonces aceptadas por la comunidad científica. Tomando como punto de partida los descubrimientos sobre herencia, afirmará que “toda experiencia de la vida influye en la vida del cuerpo como un todo y no deja a las células germinales del organismo inmunes, sino que, por la mediación de ellas, gobierna la vida de las futuras generaciones” (Kraepelin, 2007, p. 403).

En 1908 la teoría de la degeneración no podía ser el único marco explicativo para la comprensión de la herencia patológica. Sería necesario articular ese discurso con las teorías entonces aceptadas sobre los procesos hereditarios. Es así que algunos años más tarde en *Cien años de psiquiatría* (1917) Kraepelin deberá hacer una referencia explícita a las leyes de Mendel y a la transformación que este descubrimiento

implica para la investigación psiquiátrica, exactamente en el mismo apartado que dedica a Morel y a la teoría de la degeneración. Para Kraepelin:

Las investigaciones pioneras de Mendel han planteado nuevas cuestiones a la ciencia de la herencia. Es nuestra tarea identificar las leyes específicas que rigen la transmisión de los diversos rasgos asociados con la demencia y, siempre que sea posible, iluminar las condiciones en las que aparece por primera vez el germen de una enfermedad que puede transmitirse de padres a hijos. Podemos estar seguros de que las respuestas a nuestras preguntas serán reveladas a través de un estudio metódico y paciente de los linajes de descendencia.

Un día serán cosechados los frutos de la investigación ahora iniciada. (Kraepelin, 1917, p. 134)

Como vemos, para referirse a las condiciones en las que aparece por primera vez el germen de la demencia, Kraepelin debe aludir al impacto de los hechos sociales externos en los organismos individuales. Estos hechos (el alcoholismo, por ejemplo) afectarían a la sustancia germinal que se transmitiría a los descendientes, iniciando un proceso de herencia patológica. Afirma que “solo el futuro distante nos revelará el proceso a través del cual interactúan circunstancias externas y características innatas para producir tal diversidad de síntomas” (Kraepelin, 1917, p. 135).

Así, aunque las leyes de Mendel sean mencionadas como un fructífero programa de investigación para futuros estudios de psiquiatría, Kraepelin, como Morel, aún acepta una idea de herencia que es compatible con la transmisión de caracteres adquiridos. Las tesis defendidas por Kraepelin lo sitúan en el mismo horizonte discursivo defendido por los neolamarckistas, independientemente de la retórica darwiniana de la lucha por la vida e independientemente de sus referencias a los trabajos de Mendel.

## La legitimación estadística de la degeneración

Lo cierto es que ni el recurso a las leyes de Mendel ni las referencias a la sustancia germinal de Weismann le permitirán a Kraepelin legitimar científicamente sus principios neolamarckistas y ambientalistas, que no habían podido validarse en los muchos y fracasados intentos de reproducir experimentalmente la herencia de caracteres adquiridos en laboratorio. Sin embargo, aquello que los científicos experimentales no habían logrado aún podía encontrar otra vía de fundamentación científica: ya no la vía cerrada del laboratorio, sino el camino abierto por las estadísticas.

Engstrom (2007) dirá que la agenda de investigación inaugurada por Kraepelin, con sus estudios estadísticos longitudinales de gran escala realizados en diferentes partes del mundo, es la contribución más significativa a *Sobre la cuestión de la degeneración*. También podemos leer estos estudios estadísticos como una estrategia argumentativa construida por Kraepelin para conferir validez científica a su posición

teórica y política en defensa de las teorías ambientalistas y degeneracionistas. Ante el permanente cuestionamiento de falta de rigor científico al que estaban sometidos los principios neolamarckistas supuestos por la teoría de la degeneración, era necesario dar un paso más en dirección a la construcción de una fundamentación científica creíble para esas teorías. Los estudios epidemiológicos serán la estrategia de validación científica encontrada por Kraepelin para, en 1908, defender la teoría de la degeneración y sus postulados ambientalistas a partir de una base empírica que parecía ser científicamente inobjetable.

Con el doble objetivo de determinar hacia qué dirección se dirige la humanidad —esto es, si triunfarán “las fuerzas de la degeneración o a las del desarrollo progresivo” — y de establecer estrategias para enfrentar “los peligros reales del presente” (Kraepelin, 2007, p. 403), Kraepelin realiza estudios cuantitativos y comparativos en gran escala, incluyendo las grandes ciudades y los distritos rurales. Estos estudios deberán ser realizados de manera sistemática, con la mayor precisión y con el objetivo de mostrar no solo lo que efectivamente ocurre, sino también los cambios que pueden ocurrir en el futuro. Deberán ser realizados por comisiones mixtas, de médicos y estadísticos debidamente entrenados, cuya atención estará dirigida a un único problema: “investigar la cuestión de la degeneración”.

Más allá del número y de la fertilidad de los matrimonios, de los índices de enfermedad y de mortalidad, de la expectativa de vida y de la aptitud militar, deben ser consideradas también las tasas de crimen, de prostitución, de embriaguez y de sífilis, así como las manifestaciones de enfermedad mental, de idiotez, de psicopatía, de epilepsia y la transmisión de estos desórdenes a los descendientes. Todo este conocimiento nos dará la fundamentación científica esencial que permitirá aclarar la cuestión de la degeneración, evaluar la naturaleza y el tamaño del peligro, para después determinar las medidas preventivas que deben ser tomadas. (Kraepelin, 2007, p. 404)

Los números permitirán crear un gran laboratorio para explicar, entender y definir los límites de ese fenómeno denominado degeneración, directamente vinculado a la herencia mórbida de caracteres adquiridos por un ambiente insano. Esos números permitirán, al mismo tiempo, programar estrategias higiénicas de intervención, como el control del consumo de alcohol o el control de la prostitución. Esto es, mostrar los “camino que deben ser tomados para la recuperación de la raza” (Kraepelin, 2007, p. 404).

Este proyecto epidemiológico, como lo denomina Engstrom, ya había sido esbozado y planificado en 1904 en su viaje a Java, donde se había propuesto la tarea de documentar casos de parálisis y demencia precoz. En 1905 inicia un viaje de investigación que incluye estudios comparados de casos en los Balcanes, Grecia y Turquía; allí visita asilos, examina pacientes y colecta datos. En otras ocasiones, en las cuales él no está directamente observando casos, acumula informaciones enviadas por psiquiatras de diferentes partes del mundo. En 1910 propone la creación de una red internacional de psiquiatras y estadísticos para reunir datos en gran escala sobre desórdenes psiquiátricos que permita comparar síntomas clínicos e identificar

diferentes factores etiológicos. Paralelamente, Kraepelin desarrolló estrategias para coleccionar, analizar y comparar datos que no estuvieran directamente referidos a la enfermedad mental. Analiza datos de pacientes internados en asilos de diferentes regiones, pero también colecciona y compara informaciones de detenidos, de alumnos en edad escolar, de ejércitos, de prostitutas, de alcohólicos, entre otros.

Con ese proyecto de investigación epidemiológico a gran escala Kraepelin pretendía dar una respuesta al desafío dejado por el espectro de la degeneración (Engstrom, 2007, p. 395). Como veremos, los números le permitirán ampliar el alcance de las tecnologías clínicas desarrolladas para documentar casos de enfermedad mental por referencia a la sociedad en su conjunto. De este modo, los estudios estadísticos parecen tener una doble funcionalidad: por un lado, permiten la ampliación de las estrategias psiquiátricas a todo el espectro social y, por otro, permiten crear un marco pretendidamente científico y objetivo para fundamentar el problema de las patologías mentales y la cuestión de la degeneración. Las estadísticas permitirán construir una estrategia epistemológica capaz de validar científicamente ese espectro de la degeneración, al que se propone exorcizar con intervenciones políticas e higiénicas.

¿Cómo validar las ideas de herencia mórbida, de degeneración de individuos y razas una vez desmoronados los postulados clásicos, religiosos en el caso de Morel y ambientalistas en los posteriores teóricos de la degeneración? ¿Cómo validar científicamente la herencia de caracteres no adaptativos, la “progresiva degeneración hereditaria como un componente etiológico importante de la enfermedad mental” (Kraepelin, 2007, p. 404), sin estudios de laboratorio creíbles? Esta legitimación será realizada por Kraepelin a partir de la creación de una red de datos cuantitativos, estudios estadísticos, colecciones de casos que, como él mismo afirma, constituyen esa “fundamentación científica necesaria para clarificar la cuestión de la degeneración” (Kraepelin, 2007, p. 403).

Para construir esa red de datos cuantitativos, Kraepelin creará un instrumento de análisis denominado *Zählkarten*: se trataba de cartas compuestas por una serie de preguntas que indicaban padrones de comportamientos y de desvío. Estas fichas (cartas) eran un auxilio para acumular la mayor cantidad de datos de la enfermedad de un paciente, permitiendo comparaciones entre los diferentes cuadros patológicos y sus posibles etiologías. Estas cartas se sumaban a una colección que incluía informes de guerra, grabaciones de entrevistas a pacientes, listas de diagnósticos y fichas de investigación (Engstrom, 2007, p. 392). Esto constituía lo que Engstrom denominó una “economía de informaciones clínicas”, cuyo objetivo central era construir un fundamento objetivo y científico para agrupar y clasificar las enfermedades mentales. Las *Zählkarten* estaban organizadas a partir de un cuestionario semiestructurado que facilitaba la compilación de informaciones, incluía datos relativos a síntomas, historia familiar, curso e historia de la enfermedad, así como un conjunto de causas posibles.

Roelcke y Shepherd objetan la pretendida objetividad científica de ese instrumento para coleccionar datos. Para ellos, estas cartas estaban organizadas a partir de cuestionarios con preguntas preformuladas que necesariamente dirigían la atención del investigador hacia una dirección determinada. Por ejemplo, al referirse a

posibles causas, aparecían solamente dos subdivisiones: herencia y otras causas. Por otra parte, no existía en esas cartas ningún espacio para la narrativa de la historia de vida, de la biografía o del contexto familiar específico del entrevistado (Roelcke, 1997), lo que excluía de antemano una serie de causas posibles. Estos datos debían ser descartados para permitir la posterior cuantificación, que constituía el objetivo principal de las cartas, pues los números posibilitarían la creación de agrupamientos para definir nosologías comunes.

Así, frente a la dificultad existente para determinar la etiología de las enfermedades mentales y establecer clasificaciones de acuerdo con causas, Kraepelin inicia la construcción de una inmensa base de datos cuantitativos y comparativos. De ese modo, será posible organizar cuadros patológicos, aun en ausencia de una lesión cerebral debidamente comprobada o de una etiología identificada, a partir de la sistematización de informaciones cuantitativas, demográficas y clínicas contenidas en las *Zählkarten* (Shepherd, 1995). En palabras de Kraepelin:

Yo busco, a través de las cartas, constatar las diferentes formas de patología a las que me he referido. Las cartas contienen un resumen condensado de todas las informaciones de cada caso. Excluidas las que parecen incompletas o cuestionables, se agrupan las restantes bajo diferentes aspectos. De ese modo, el comportamiento hereditario, las causas externas probadas, la distribución de la edad, el sexo y la profesión fueron constatados. Además, el desarrollo genético, los síntomas físicos y mentales individuales, el curso y los efectos de la enfermedad fueron considerados. Examinando los números, llegué a un criterio para decidir si el agrupamiento inicial puede ser justificado o debe ser modificado. (Kraepelin apud Shepherd, 1995, p. 176)

Se inaugura así una metodología cuantitativa para la investigación de enfermedades mentales que no está libre de cuestionamientos, pues su objetividad será conferida por una estrategia para agrupar patologías cuya formulación ya parte de una organización preestablecida de categorías nosológicas.

## Hacia una psiquiatría ampliada

El texto de Kraepelin de 1908 aquí analizado nos permite entender las deudas existentes entre las premisas teóricas que dieron origen a la psiquiatría y las tesis defendidas por la teoría de la degeneración. Muchos argumentos y estrategias de análisis de los desvíos y fenómenos patológicos se mantuvieron en los 50 años que separan a Kraepelin de Morel: la vinculación de lesiones cerebrales con las patologías psiquiátricas y las psicosis de degeneración; la preocupación por explicar la transmisión hereditaria de patologías, comportamientos y hechos sociales; la búsqueda de una clasificación nosológica precisa que Kraepelin continuará hasta su muerte (Pereira, 2009); la referencia a los estudios estadísticos y de psiquiatría comparada

entre países y regiones; y el uso de las *Zählkarten* como estrategia para fundamentar de manera objetiva las clasificaciones nosológicas y las locuras de degeneración. Como intentamos mostrar, cada una de estas estrategias explicativas, a excepción de las *Zählkarten*, ya estaban presentes de otro modo en el *Tratado sobre las degeneraciones* de Morel.

Pero ni Kraepelin ni Morel utilizan esas estrategias analíticas exclusivamente con la finalidad de clasificar enfermedades psiquiátricas o de establecer una nosología cada vez más precisa. Ambos pretendían crear intervenciones concretas en el espacio social capaces de anticipar y prevenir desvíos de comportamientos y patologías mentales; es lo que Kraepelin denomina “psiquiatría preventiva” (Kraepelin, 2007). Las intervenciones propuestas no serán idénticas. En el caso de Morel, se trata de recuperar las aspiraciones de los higienistas clásicos centradas en la regeneración y “moralización de las masas” (Morel, 1857, p. 687). Esas intervenciones deberían ser preventivas para anticipar patologías psiquiátricas graves consideradas incurables. En el caso de Kraepelin, la psiquiatría preventiva se encuentra con una dificultad que él define como inherente a los programas de asistencia y que en 1908 será explicitada de este modo:

En todo caso es imposible saber cuántos imbéciles, epilépticos, psicópatas, criminales, prostitutas y vagabundos son hijos de padres alcohólicos o sifilíticos y han heredado la inferioridad de sus padres. Por supuesto, el daño en parte será compensado por su menor capacidad para sobrevivir. Pero, desafortunadamente, nuestra extensión de los programas de asistencia social tiene el efecto de impedir la autopurificación natural de nuestro pueblo. Tenemos poca razón para imaginar que, a largo plazo, nuestra capacidad de regeneración pueda ser suficientemente fuerte como para poder neutralizar los peligros cada vez mayores que amenazan a nuestras células germinales. (Kraepelin, 2007, p. 400)

Así, los programas de asistencia social dejan de ser aliados para convertirse en obstáculos para la psiquiatría preventiva idealizada por Kraepelin. De ese modo, el fantasma de la herencia mórbida y de la degeneración deja nuevas marcas en esa *ciencia de la salud mental pública*. Ya no se trata de defender un proceso de regeneración de las masas por influencia de medidas higiénicas, como postulaba Morel, sino de legitimar intervenciones psiquiátricas en el tejido social que permitan anticipar desvíos y patologías.

## Capítulo 6

# Herencia y degeneración: De Kraepelin a los neokraepelinianos

*La reclusión de cuatro quintos de la población lo llevará a examinar los fundamentos de su teoría sobre las molestias cerebrales, teoría que excluía del dominio de la razón todos los casos en que el equilibrio de las facultades no fuese perfecto y absoluto.*

Machado de Assis, *El Alienista*.

El capítulo anterior se centró en la lectura de un texto de Kraepelin de 1908 dedicado a la temática de la degeneración. Ese texto nos permite entender de qué modo Kraepelin integraba a su discurso la problemática de la herencia mórbida y de qué modo sus tesis sobre degeneración hereditaria se articularon con la psiquiatría francesa, con los estudios estadísticos y comparativos entre pueblos y razas y con la teoría lamarckiana de la herencia.

Pero el tema de la degeneración no estaba circunscripto a un determinado texto o período; por el contrario, la problemática de la herencia mórbida se mantuvo constante en las ocho ediciones de su libro fundamental, *Psiquiatría clínica* (1907), también conocido como *Manual de psiquiatría clínica*. Se trata de un tema recurrente que está presente también en *Lecturas de psiquiatría clínica* (1912) y en un texto de madurez de Kraepelin, denominado *The manifestation types of insanity (Las formas de manifestación de la insania)* (2009), publicado en 1920. La problemática de la degeneración forma parte de cada una de las diferentes clasificaciones de enfermedades mentales que aparecen en las ediciones del *Manual de psiquiatría clínica*, siendo el eje articulador de una agrupación patológica denominada “estados psicopáticos constitucionales o insanias de degeneración”. Esa agrupación incluye diversas enfermedades que ya estaban presentes en los teóricos de la degeneración, tales como la cleptomanía, la onomatomanía, la locura de duda, entre otras.

La preocupación con la herencia mórbida abrirá horizontes ilimitados para una intervención psiquiátrica precoz. Como vemos, Kraepelin habla de una psiquiatría preventiva capaz de anticipar futuros cuadros patológicos graves, como la esquizofrenia, llamada “demencia precoz”. Es por referencia al marco teórico inaugurado por la teoría de la degeneración que esos pequeños desvíos de conducta, esos estados de humor alterados, esos sufrimientos psíquicos leves pueden pasar a ser diagnosticados como síndromes o trastornos mentales. Esos síndromes serán

considerados, al mismo tiempo, como indicadores de futuras alienaciones mentales y como patologías leves que deben ser diagnosticadas y tratadas. Para Kraepelin, como para Magnan, existen dos peculiaridades de la enfermedad mental: el carácter hereditario de ciertas patologías mentales (no de todas ellas) y el carácter evolutivo de los sufrimientos psíquicos. Por eso es necesario que la psiquiatría, además de observar los síntomas del paciente, preste atención a la historia patológica familiar (al cuerpo ampliado al que se refiere Foucault) y a las pequeñas señales anunciadoras que aparecen en la infancia. Sin embargo, esa mirada atenta ya no quedará, como en el caso de Pinel y Esquirol, librada al tratamiento moral; ya no existirá lugar para la “empatía” presente en los viejos alienistas, se trata ahora de construir una mirada científicamente armada, semejante a la mirada del médico clínico. Los estudios de anatomopatología, de neurología, de localización cerebral, deberán aliarse a los estudios estadísticos comparativos y, posteriormente, a los estudios genéticos para determinar la herencia patológica.

Se inaugura así un abordaje estrictamente médico de la psiquiatría moderna, donde se reduce y limita el espacio destinado a escuchar los relatos de las angustias y sufrimientos de los pacientes. “Tratar” pasó a ser sinónimo de “diagnosticar”, y para que el diagnóstico sea lo más objetivo posible resultaba necesario construir una clasificación unificada y convincente de patologías psiquiátricas. Esa será, sin duda, la mayor conquista de Kraepelin. Él define dos grupos patológicos en los cuales pueden inscribirse todas las enfermedades psiquiátricas: la locura maníaco-depresiva y la demencia precoz. Esa distinción acompañará a toda la psiquiatría moderna hasta nuestros días. Aunque existen innumerables objeciones sobre la operatividad de esa clasificación, ya enunciadas por el propio Kraepelin cuando se refiere a la dificultad de diferenciar esos grupos patológicos a partir de criterios científicos y objetivos, continuará siendo una referencia obligatoria para el campo de la psiquiatría.

El legado de Kraepelin no se limita a la distinción de esas categorías, su influencia marcó considerablemente la psiquiatría de las primeras décadas del siglo XX, no solamente en Europa y en los Estados Unidos, sino también en Brasil (Venâncio, 2010, p. 327; Birman, 2010, p. 345) y en el resto de América Latina. Después de su muerte, ocurrida en 1926, sus ideas tuvieron un fuerte impacto en la psiquiatría, que se extendió hasta fines de la Segunda Guerra Mundial.

Años más tarde, muchas de las tesis defendidas por Kraepelin fueron retomadas y recuperadas por la psiquiatría moderna, específicamente en la segunda mitad de la década de 1970, por un grupo de psiquiatras americanos pertenecientes a la Universidad de Washington. Resulta significativo analizar esa recuperación que la psiquiatría contemporánea hará de las tesis de Kraepelin, casi 50 años después de su muerte, ya no en Alemania sino en los Estados Unidos. Debemos observar el contexto histórico y social que posibilitó ese retorno a un radicalismo médico que parecía excluir toda posibilidad de diálogo simétrico, tanto con los pacientes como con otros saberes no médicos como la psicología, la sociología y el psicoanálisis.

La recuperación de las tesis de Kraepelin posibilitó un cambio radical en la clasificación de patologías psiquiátricas y consecuentemente en el modo de definir diagnóstico y terapéutica, teniendo una influencia directa en la reformulación de

la clasificación de diagnósticos elaborada por la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA), que ya contaba con dos ediciones. La primera edición fue elaborada en 1952, momento en que surge el *Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Psiquiátricas (DSM)*, más tarde conocido como *DSM I*. En 1968, con algunas leves alteraciones, surge la segunda edición, conocida como *DSM II* (1968). Pero será en 1980 que se producirá el cambio radical al que nos referimos.

La transformación que entonces sufre el *Manual de psiquiatría clínica* será operada por un grupo de psiquiatras americanos convencidos de la importancia de los nuevos avances del conocimiento científico médico. Ellos confiaban en el poder transformador de los estudios estadísticos poblacionales, en los bancos de datos cuantitativos, en los hallazgos de la neurología y de la anatomopatología cerebral y, desde luego, en las promesas de la genética. Ese grupo de psiquiatras, que recibirán el nombre de neokraepelinianos, participarán activamente de la elaboración del *DSM III* (1980) y de sus reformulaciones posteriores, el *DSM III-R*, *DSM IV* (1994) y *DSM-5* (2013).

La transformación ocurrida en los años 1980 con el surgimiento del *DSM III* provocó un fuerte impacto en el modo como hoy son pensados, diagnosticados y tratados los sufrimientos psíquicos. A cada nueva edición del *DSM* el número de trastornos o síndromes se multiplicaba. Debemos analizar aquí el contexto en el que reaparecen las clásicas tesis de Kraepelin, ahora como bandera de los psiquiatras de la APA, pues serán ellos quienes delimitarán el modo en que la psiquiatría mundial pasará a definir, de allí en adelante, las fronteras y los límites que separan la normalidad de la patología psíquica.

Como ya señalamos, existen ciertas deudas entre Kraepelin y los teóricos de la degeneración. Pretendo profundizar aquí las articulaciones teóricas y conceptuales que existen entre: (a) la teoría de la degeneración y los criterios utilizados por Kraepelin para clasificar las enfermedades mentales, (b) los estudios dedicados a la herencia mórbida en el contexto histórico de surgimiento de la psiquiatría neokraepeliniana, para destacar, por último, (c) las continuidades y diferencias existentes entre la proliferación de síndromes resultante de la teoría de la degeneración y la actual multiplicación de diagnósticos psiquiátricos.

## La clasificación de patologías mentales de Kraepelin

La lectura de los principales textos de Kraepelin permite comprender de qué modo el concepto de degeneración desarrollado por Morel reaparece en el inicio de la psiquiatría moderna. El *Manual de psiquiatría clínica* y las *Lecturas sobre psiquiatría clínica* son considerados textos indispensables para la formación de los psiquiatras del mundo entero y son considerados una referencia teórica fundamental para la psiquiatría actual. En las sucesivas ediciones del *Manual de psiquiatría clínica*, desde la primera edición de 1883 hasta la octava y última de 1915, Kraepelin dedicó sus esfuerzos a elaborar una clasificación de patologías psiquiátricas que pudiese servir

como referencia para la formación de los profesionales. Su objetivo era unificar los diagnósticos psiquiátricos existentes y para eso era necesario contar con un criterio objetivo de clasificación.

Cada nueva edición del *Manual* significaba un nuevo ajuste, nuevas agrupaciones patológicas, nuevas precisiones diagnósticas que tendían a construir una clasificación más objetiva y actualizada, integrando los últimos hallazgos científicos realizados en el campo de la neurología, de la patología cerebral, de la estadística médica y de los estudios sobre herencia.

En cada una de esas clasificaciones, la temática de la degeneración está presente de un modo diferente. A partir de la segunda edición del *Manual de psiquiatría clínica* publicada en 1887, el criterio esencial para determinar las diferencias entre clases patológicas será la evolución de la enfermedad. Reconocer el pronóstico, el curso de la enfermedad, se transforma en el objetivo preponderante, pues de ese modo se podrá establecer la distinción entre enfermedades que tienen posibilidad de cura, como la melancolía, los delirios, las manías, que forman parte del grupo de las locuras maniaco-depresivas, y aquellas enfermedades consideradas incurables que formaban parte del grupo de la demencia precoz, más tarde llamada esquizofrenia. Pero será a partir de la cuarta edición de su *Manual de psiquiatría clínica* que las referencias de Kraepelin a la degeneración se vuelven más claras con la construcción de una nueva clase de patologías que denominará “procesos degenerativos psíquicos” (Postel, 1997, p. 9). Ese grupo inicialmente incluye tanto la demencia precoz como la paranoia, aunque más tarde ambas entrarán en otras agrupaciones.

En la sexta edición de 1899, ese grupo de patologías tendrá una nueva denominación, pasará a designarse como “estados psicopáticos o locuras de degeneración”. Ese grupo incluye las “disposiciones constitucionales mórbidas”, la “locura impulsiva”, la “locura obsesiva” y las “perversiones sexuales” (Postel, 1997, p. 10). En la edición posterior (esto es, en la séptima edición publicada en 1902) el tema de la degeneración será profundizado; mayor precisión y más detalles serán dedicados a ese grupo, que incluirá, además de los cuatro subgrupos identificados en la edición anterior, nuevos cuadros que parecen ser una copia fiel de los estudios de Magnan. Así, la séptima edición de 1902 agrupa las degeneraciones en la clase denominada “estados patológicos constitucionales o insanias por degeneración”, formando parte de esa clase las “neurosis”, la “excitación constitucional” y la “insania compulsiva”, incluyéndose en ese último subgrupo la “onomatomanía”, la “aritmetomanía”, la “locura de duda”, la “agorafobia”, la “misofobia”, los “delirios de tocar”, entre otros, repitiendo uno a uno los síndromes episódicos de Magnan. También forman parte de los “estados patológicos constitucionales o insanias por degeneración” otras patologías que repiten los síndromes de Magnan, como la “piromanía”, la “cleptomanía” y el “impulso homicida”, además de las “aberraciones sexuales”, que llevan aquí el nombre de “instintos sexuales contrarios” y que parecen referirse exclusivamente a la homosexualidad (Postel, 1997).

Por fin, en la octava y última edición, que está dividida en cuatro volúmenes publicados entre 1909 y 1915, aparece una innovación en la clasificación anterior con la aclaración de un criterio que ya estaba presente en las otras ediciones: la distinción

entre locura endógena y exógena. Tanto la demencia precoz como la locura maniaco-depresiva forman parte del primer grupo, mientras que son consideradas exógenas las enfermedades mentales provocadas por accidentes, intoxicaciones, enfermedades graves, infecciones, uso excesivo de medicamentos, etc. Las enfermedades endógenas son pensadas, en su gran mayoría, como incurables. Sin embargo, pueden ocurrir accesos maniaco-depresivos temporales, de corta duración y reversibles, semejantes a los síndromes episódicos de Magnan.

En la octava edición, las degeneraciones forman parte del grupo de enfermedades endógenas e incurables. Sin embargo, Kraepelin afirma que es posible hablar de reversibilidad de algunos cuadros, como es el caso, por ejemplo, de la cura de la homosexualidad, sobre la cual volveremos más tarde. En esa edición, de acuerdo con Postel, es posible hallar

...un tomo entero, el volumen cuatro, con 960 páginas, donde la influencia de Magnan aparece claramente. Ese volumen está destinado al grupo denominado “afecciones degenerativas congénitas y adquiridas”, que incluye por un lado la oligofrenia y por otro, los “degenerados”, divididos en cinco grandes clases constituidas por: afecciones psicogénicas, histeria, paranoia, estados de obsesión, perversiones sexuales. (Postel, 2007, p. 310)

Podemos añadir que, por el modo lamarckiano de comprender la herencia ya analizado en el capítulo anterior, para Kraepelin las patologías mentales exógenas podrían transformarse en las generaciones futuras, en locuras endógenas. Las patologías adquiridas por consumo de tóxico, por ejemplo, podrán llevar a una degeneración constitutiva en los descendientes.

Podemos afirmar que la referencia de Kraepelin al concepto de degeneración no se agota en esa agrupación patológica que lleva el nombre de “estado psicopático constitucional o insanias por degeneración”. El problema de la degeneración está presente en todo el *Manual de psiquiatría clínica* de Kraepelin, desde el momento en que construye su sistema nosológico sobre la base de la distinción entre enfermedades endógenas y exógenas. Podríamos sustituir esos nombres sin dificultad por otros como “enfermedades de constitución hereditaria” o “de predisposición mórbida”, opuestas a enfermedades provocadas por factores externos, ocurridas por exposición a tóxicos o a causas accidentales. Recordemos que las enfermedades exógenas ya fueron, en cierto sentido, integradas por los teóricos clásicos de la degeneración. Morel y Magnan hablaban de una predisposición mórbida que estaría en estado de potencialidad hasta que ciertos factores externos (el consumo de alcohol, por ejemplo) actualizaran la sustancia mórbida, desencadenando el trastorno psiquiátrico.

En los textos de Kraepelin reaparecen muchos de los conceptos y teorías que nortearon el programa de investigación sobre las degeneraciones. Por ejemplo, la insistencia en la observación de estigmas físicos o mentales que no son considerados exclusivos de las insanias por degeneración. Kraepelin considera que esos estigmas son evidentes en la “paranoia” y aún más claros en el grupo de sujetos que padecen de “idiotismo” o “imbecilidad”. A diferencia de Magnan, Kraepelin considera que

estos últimos no integran el grupo de los degenerados, sino el grupo de sujetos que sufren de “defectos mentales de desarrollo”. Sin embargo, cuando describe el “idiotismo”, Kraepelin dice que se trata de una forma de degeneración que no está agrupada en esa categoría (Kraepelin, 1907).

Las “personalidades psicopáticas”, de igual modo, no forman parte de la agrupación de las degeneraciones. Sin embargo, son definidas como insania moral hereditaria. Kraepelin se refiere a estudios realizados en un reformatorio de jóvenes que indicaban una estrecha relación entre herencia mórbida y personalidad psicopática: de 200 personas entrevistadas, 78 tenían un padre alcohólico; cinco, una madre alcohólica; dos, ambos padres alcohólicos; 24 tenían padres con disturbios mentales; 26, padres con epilepsia; y otros, con enfermedades nerviosas (Kraepelin, 1907, p. 517). Esos datos confirman, para Kraepelin, la influencia directa de la herencia mórbida y del alcoholismo en la constitución del criminal. De estos estudios y de otros semejantes, Kraepelin concluye que, efectivamente, como Lombroso había argumentado, es posible hablar de “criminal nato”.

Evidencias de una profunda degeneración física acompañan frecuentemente a la naturaleza criminal; no existen desvíos definitivos e inevitables. Sin embargo, existe un considerable grupo de señales de degeneración que muestra inequívocamente que los criminales poseen una constitución física inferior. El número y la variedad de esas señales (estigmas) es ciertamente más aparente en los criminales que en la población en general [...]. El criminal nato no es más que una de las formas a través de las cuales la degeneración se manifiesta. (Kraepelin, 1907, p. 520)

Vemos aparecer las mismas referencias a estigmas físicos y mentales de degeneración, a la constitución mórbida, a la herencia patológica y a los desvíos hereditarios. Esos conceptos no son utilizados por referencia exclusiva al grupo de insanias por degeneración; por el contrario, se refieren a ese inmenso grupo que Magnan definía como degenerados, incluyendo los criminales natos, los sujetos que padecen de idiotismo, las paranoias, las personalidades psicopáticas, etc.

La lectura del *Manual de psiquiatría clínica* pone en evidencia, a través de las descripciones de diversas patologías mórbidas, que ellas eran consideradas como manifestaciones de un proceso de degeneración. Uno de esos casos es la histeria, que para Kraepelin debería ser considerada, de modo más apropiado, como “constitución histórica”. Eso significaba que debía postularse un estado mental congénitamente mórbido:

La histeria se desarrolla en personas que poseen una constitución mórbida. Una herencia defectuosa ocurre en un 78% de los casos. Estigmas mentales pueden aparecer en el inicio de la vida. [...] Los síntomas físicos de la insania son todos funcionales y se refieren a estigmas (físicos) como parálisis, contracturas, convulsiones, afonía, dificultad para hablar, disturbios sensoriales, pérdida de apetito, vómitos, etc. (Kraepelin, 1907, pp. 457-458)

Un cuadro semejante es presentado en relación con la epilepsia, que para Kraepelin era frecuentemente el producto de una herencia mórbida. Presenta estudios que ponen en evidencia que las personas con epilepsia son, en su gran mayoría, hijos de padres con problemas de alcoholismo, llegando a 87% de los casos en el estudio analizado, aunque solamente 2% de los casos estudiados corresponde a hijos de epilépticos. Muchas de esas tesis fueron recuperadas por la psiquiatría brasileña de la Primera República, particularmente la relación de la epilepsia con la herencia patológica y con la criminalidad, como muestra el estudio que Margarida de Souza Neves dedica a los diagnósticos de epilepsia en el Hospital Nacional de Alienados (Souza Neves, 2010, p. 293).

Algo semejante ocurre con la paranoia, definida como una patología cuya etiología indica una constitución deficiente o una herencia patológica, permitiendo de ese modo explicar la presencia de “estigmas de degeneración en muchos enfermos” (Kraepelin, 1907, p. 423). Existen causas desencadenantes que activan esa constitución mórbida, tales con el estrés mental, problemas en el trabajo, disgustos y otras manifestaciones que anteceden a la psicosis. En cuanto a la terapéutica, Kraepelin dirá que, como en todas las enfermedades degenerativas, las posibilidades de cura son inexistentes o muy limitadas.

## La constitución mórbida y las entrevistas psiquiátricas

La gran contribución de Kraepelin es haber establecido la distinción entre locura maniáco-depresiva y demencia precoz, tomando como referencia el pronóstico diferenciado de las enfermedades. Para él, los estudios etiológicos eran considerados menos conclusivos que los estudios referentes al curso, a la evolución y a la posibilidad de revertir el cuadro clínico. Sin embargo, el *Manual de psiquiatría clínica* en su séptima edición presenta como una de sus mayores contribuciones un método unificado para examinar a los pacientes. Ese método es defendido por Kraepelin como una “rutina definitiva que el estudiante debe utilizar delante de sus pacientes” (Kraepelin, 1907, p. 97). Esa rutina metodológica tiene cuatro momentos o pasos que deberán ser sucesivamente seguidos: 1) la anamnesis de la familia; 2) la historia personal del paciente, anterior al surgimiento de la enfermedad; 3) la historia del surgimiento de la enfermedad; 4) el *estatus praesens* (término utilizado para designar la descripción de las condiciones del paciente en el momento en el que llegó a la observación médica).

El primer paso es considerado por Kraepelin como absolutamente relevante y está relacionado directamente a la comprensión de la etiología de la enfermedad:

La importancia de la herencia como factor etiológico requiere una cuidadosa comprensión de la historia familiar, no solo en lo que se refiere a la presencia de enfermedades mentales o neurológicas, sino también como

auxilio para determinar la existencia o no de una *constitución física defectuosa*. (Kraepelin, 1907, p. 98)

No es posible comprender la relevancia de esa primera aproximación al paciente sin hacer referencia a la teoría de la degeneración. Como Kraepelin destaca claramente, no es suficiente hacer una lista de las patologías mentales sufridas por los familiares; esa anamnesis no puede limitarse a preguntas generales sobre la ocurrencia de una u otra patología. Requiere, como él mismo afirma, un minucioso estudio de los hábitos, características peculiares y enfermedades de todas las ramas directas de la familia, dedicando una especial atención a los detalles sobre las particularidades mentales, el consumo de alcohol, las adicciones y las inclinaciones criminales.

El segundo momento metodológico exige una descripción más detallada que permita descubrir importantes indicios para comprender el cuadro patológico del individuo y de la familia. Las cuestiones de la entrevista deben referirse a la gestación y al parto, a las enfermedades de la infancia, a choques emocionales y a traumas sufridos en el momento del nacimiento. Recordemos que todos esos elementos formaban parte de las cuestiones que, de acuerdo con Magnan, deberían ser consideradas para identificar cuadros de herencia patológica o de degeneraciones mórbidas. Del mismo modo, tanto Kraepelin como Magnan consideran que el interrogatorio no debe limitarse a describir simplemente la sucesión de patologías de degeneración presentes en las familias; debe observarse también la progresión creciente de los síndromes de degeneración en un mismo individuo a lo largo de su vida.

Por esa razón, ambos consideraban que las dificultades de la infancia llevarían a aclarar el diagnóstico y el pronóstico. Así, tanto para los teóricos de la degeneración como para Kraepelin, resultaban relevantes todos los datos referidos a secuelas de enfermedades infecciosas, convulsiones en la infancia, dificultades de aprendizaje, lentitud para hablar, caminar o comprender, así como el momento en el que aparecieron los primeros impulsos sexuales o la primera menstruación, dando particular atención a los hábitos de masturbación, su frecuencia y el momento en que se inicia esa práctica. Por fin, ese análisis detallado deberá continuar con un interrogatorio sobre los hábitos alimenticios del paciente, su relación con bebidas y drogas, su temperamento, si es un individuo egoísta, si trabaja, el tipo de trabajo que realiza, cuándo inició esa actividad, etc. Para que ese interrogatorio pueda ser realizado de modo correcto, Kraepelin advierte que todo estudiante debe comprender que realizar preguntas generales es enteramente inadecuado, y que una correcta anamnesis será aquella que se desarrolle con preguntas específicas, bien dirigidas, que no dejen lugar para que el paciente hable libremente (Kraepelin, 1907). Cada uno de esos elementos debe ser considerado para poder determinar la causa y el diagnóstico de una enfermedad.

En relación con el último momento de esa rutina metodológica, denominada *estatus proenses*, el psiquiatra deberá incluir tanto observaciones físicas como mentales. Kraepelin considera más eficaz iniciar con la observación de las condiciones físicas para descartar la existencia de enfermedades crónicas como tisis o sífilis, y luego iniciar una observación detenida de las características del paciente que incluya

la enumeración de “estigmas físicos, como malformaciones del paladar o de los órganos sexuales, estrabismo congénito, albinismo, posición errada de los dientes, de los ojos, etc.” (Kraepelin, 1907, p. 99). Esas observaciones deberán ser seguidas por el examen del sistema nervioso, con medidas del cráneo que indican el desarrollo del córtex cerebral y fundamentalmente muestran si existe desproporción entre el tamaño de la cabeza y del cuerpo. El examen de la posición de los ojos puede revelar enfermedades, así como “un cuidadoso examen de las orejas puede revelar, a veces, una causa suficiente para alucinaciones” (Kraepelin, 1907, p. 99).

Debe iniciarse de ese modo toda entrevista psiquiátrica. Como vemos, las aproximaciones con las entrevistas realizadas por Magnan y los teóricos de la degeneración son muchas. La preocupación por la historia familiar, por las enfermedades del embarazo y de la infancia, la preocupación por la sexualidad infantil, particularmente por el onanismo, la búsqueda de estigmas físicos de degeneración permanecen. Pero es por la preeminencia dada al carácter hereditario o congénito de las patologías psiquiátricas que ambos se aproximan de modo más evidente.

Si observamos la etiología de los dos principales grupos patológicos diferenciados por Kraepelin, podemos ver que la herencia está presente en ambos: de manera inequívoca en la demencia precoz, de manera menos uniforme en las locuras maniaco-depresivas. En ambos casos estamos delante de patologías endógenas, aunque eventualmente puedan existir locuras maníacas o depresivas que pueden ser consideradas exógenas. Así, refiriéndose a la etiología de la demencia precoz, Kraepelin afirma:

El defecto hereditario es el verdadero factor prominente, siendo que aparece en un 70% de los casos estudiados [...] Eso varía en las diferentes formas de demencia, siendo mayor en las formas catatónicas y hebefrénicas. [...] Varios estigmas físicos pueden ser hallados con frecuencia, como la malformación del cráneo, las orejas, el paladar, estrabismo, cobardía general o pezones supernumerarios. (Kraepelin, 1907, p. 219)

Una descripción etiológica semejante aparece por referencia a la psicosis maniaco-depresiva, que corresponde a un número que oscila entre el 20 y 30% de admisiones en el hospital psiquiátrico. Sobre los factores etiológicos de esa patología, Kraepelin dirá que:

...una herencia defectuosa (patológica) es lo más importante, ocurriendo en 70 u 80% de los casos. Una base constitucional defectuosa es evidente en los individuos, que es previa a la manifestación de la psicosis, algunos son claramente anormales otros tienen una disposición excitable con cambios de humor, otros son muy reservados, otros idiotas de nacimiento. Estigmas físicos pueden también estar presentes. (Kraepelin, 1907, p. 382)

Podríamos continuar esa descripción con otras patologías que presentan etiologías semejantes. Sin embargo, si observamos el modo en que Kraepelin describe

el subgrupo de patologías mentales que denomina “insania de degeneración”, veremos que su etiología es semejante a la de otras patologías por él definidas. Ocurre que, para Kraepelin, el principal síntoma de los estados constitucionales patológicos es la elaboración mórbida de estímulos normales que se manifiestan por medio de sentimientos y pensamientos perturbados. Y para que ese estado constitucional patológico o esa “degeneración psicopática” ocurra, debe existir necesariamente una constitución mórbida previa. “A partir de ese cuadro general, se desarrollan las locuras de degeneración, que son difíciles de agrupar porque existen innúmeras combinaciones y estados intermediarios (*border-line states*)” (Kraepelin, 1907, p. 485).

La dificultad para establecer límites entre locura por degeneración y otras patologías quizá nos permita entender la repetición de referencias a configuraciones hereditarias patológicas que aparecen como explicación etiológica privilegiada para muchas de las enfermedades analizadas por Kraepelin.

Una última dificultad presentada por las patologías de degeneración, tanto para los teóricos clásicos como para Kraepelin, es la limitada posibilidad de reversibilidad de los cuadros patológicos hereditarios. La cura es siempre difícil o imposible. El destino, para la mayor parte de los sujetos que poseen constituciones mórbidas, raramente podrá ser diferente de la reclusión institucional. Morel hablaba de una cuarta generación destinada a la esterilidad; Magnan hallaba prudente limitar los casamientos de los degenerados y multiplicar medidas preventivas. Kraepelin continúa ese mismo esquema explicativo que parte de la dificultad terapéutica y de la necesidad de establecer medidas de prevención. Frente a la imposibilidad de cura, todas las atenciones se dirigen a la prevención, a eso que hoy llamaríamos la identificación precoz de situaciones de riesgo.

En relación con la recuperación de los llamados “estados psicopáticos constitucionales”, Kraepelin se declara poco optimista. El pronóstico es, en general, poco favorable en cuanto a las degeneraciones hereditarias, excepto en algunos pocos casos. En líneas generales, él se refiere a la incurabilidad de ciertas psicosis, justamente por tratarse de constituciones mórbidas. Tal es el caso de las onomatomanías, diagnóstico que retoma de Magnan. Considera que esta es una de las enfermedades degenerativas con pronóstico desfavorable, para la cual únicamente resta anticiparse con medidas de prevención. Lo mismo ocurre con la neurastenia o con la insania compulsiva. Refiriéndose a esta última patología, Kraepelin dice lo siguiente:

La prevención es de la mayor importancia. Personas defectuosas (con trazos de degeneración) deben ser disuadidas de casarse unas con las otras. Influencias nocivas deben ser combatidas, el alcoholismo principalmente. Cuando niños, los padres deben tener atención especial con la educación, que debe referirse tanto al cuerpo como al alma. El desarrollo mental debe ser atrasado si existen señales de precocidad. (Kraepelin, 1907, p. 491)

En otros casos, Kraepelin recomendará confinaciones y aislamientos en instituciones psiquiátricas por cortos períodos, sin desconsiderar que frecuentemente esas

entradas acaban siendo permanentes. Las insanias por degeneración son, en su gran mayoría, consideradas enfermedades con pronóstico desfavorable cuando existe la aparición de síndromes periódicos, como en el caso de la agorafobia (Kraepelin, 1907). Sin embargo, las estrategias de intervención privilegiadas para combatir la condición de degeneración están centradas en la prevención, fundamentalmente en la educación de los jóvenes.

En el caso de la homosexualidad, el pronóstico es más favorable. Kraepelin considera que se trata de una enfermedad que en muchos casos puede ser revertida. Presenta estrategias terapéuticas que fueron consideradas exitosas, como el método de la hipnosis. Los pasos de ese método descrito por Kraepelin son: 1) se inicia con hipnosis dirigida contra el aumento de la excitación sexual y contra la masturbación; 2) luego se destina a insensibilizar al paciente a su propio sexo; y 3) finalmente se crea excitabilidad en relación con el sexo opuesto y con los vínculos heterosexuales (Kraepelin, 1907, p. 514). Con esa estrategia, Kraepelin considera que es posible restituir el interés del paciente por el sexo opuesto y llevarlo a desistir de su compulsión por el propio sexo.

Al contrario, son muy bajas las posibilidades de recuperación de los criminales natos o de las llamadas personalidades psicopáticas, cuya constitución mórbida los condena. Ese discurso, que aparece en las diferentes versiones del *Manual de Psiquiatría Clínica*, se repite también en las *Lecturas sobre psiquiatría clínica*. Algo semejante ocurre con la paranoia, que Kraepelin identifica como parte del grupo de las insanias de degeneración en sus *Lecturas*, afirmando que “la insignificancia de causas externas indica claramente que el origen real de la enfermedad se encuentra en una predisposición mórbida. Eso debe ser entendido como uno de los modos a través de los cuales se manifiesta la degeneración” (Kraepelin, 1912, p. 152). Lo mismo afirmará sobre la epilepsia, sobre los miedos inevitables, sobre las ideas que se imponen, sobre las monomanías (p. 275), sobre las patologías congénitas (p. 281) o sobre las personalidades mórbidas (p. 299). En todos esos casos se evidencian señales de degeneración, y, consecuentemente, la terapéutica deberá limitarse a la prevención, sin esperar grandes posibilidades de cura.

Para concluir estas referencias, no podemos dejar de destacar la persistente preocupación de Kraepelin con la herencia mórbida como eje explicativo prioritario de las patologías mentales, como se pone en evidencia en *Las formas de manifestación de la insania* (2009), originariamente publicado en 1920. Ese texto nos permite articular las deudas de Kraepelin con la vieja teoría de la degeneración, pero también posibilita una mejor comprensión de aquel que, posteriormente, será el ideario de los psiquiatras neokraepelinianos.

En ese texto de 1920, Kraepelin presenta una oposición frontal a las tesis defendidas por el psicoanálisis. Desde el inicio el autor afirma que generalmente existen dos formas de llegar a un entendimiento profundo de las enfermedades. La primera forma se refiere a las relaciones de empatía, que Kraepelin define como un

...poético sentimiento que nos coloca en sintonía con los procesos anímicos que ocurren en el otro [...] La “empatía” es un procedimiento bastante

inseguro que, aunque resulte indispensable para la aproximación entre los seres humanos y para la creación poética, como medio auxiliar de pesquisa puede llevar a los mayores engaños. (Kraepelin, 2009, p. 171)

Frente a ese fracaso de la empatía, aparece la segunda forma posible (esta sí considerada científica) de entender las enfermedades. En primer lugar, será necesario excluir cualquier pretensión de escucha de aquello que el paciente tiene para decir. Para Kraepelin, es indispensable considerar, como parte de su método, que la narrativa del paciente será el vehículo de inevitables engaños y patrañas propias de su estado patológico (Kraepelin, 2009).

En el abordaje científico y objetivo privilegiado por Kraepelin, se conjugan los datos estadísticos con la psiquiatría comparada. Sin embargo, los datos más relevantes serán aquellos referidos al entendimiento de las condiciones previas al surgimiento de la patología. Como afirma Kraepelin:

Sin embargo, lo más importante en esa relación es descubrir el papel decisivo que cabe a aquello que es constitucional del propio sujeto, principalmente las influencias de la herencia [...] Queda claro, por lo tanto, que la comprensión de las manifestaciones patológicas deberá pasar primordialmente por la investigación de las disposiciones heredadas. (Kraepelin, 2009, p. 174)

Como vemos, lo que permite explicar una patología psiquiátrica es la relación entre disposiciones heredadas o constitución mórbida y los hechos externos que desencadenaron el proceso, repitiendo de ese modo los postulados de Magnan y de Morel. La línea que articula Kraepelin con los degeneracionistas no podría ser más clara.

Tanto para los teóricos de la degeneración como para Kraepelin (y algo semejante ocurrirá más tarde con los neokraepelinianos), la herencia mórbida es aquello que permite sustituir la escucha del relato de esas situaciones concretas de vida que provocan sufrimiento.

Para citar un ejemplo bien vulgar, quiero recordarles las explicaciones, comunes en pacientes melancólicos, de que ellos enfermaron solo a causa de este o de aquel fracaso o a causa de un cambio o que ellos solo están preocupados con una cuestión de orden económico o que apenas enfermaron por extrañar a sus seres queridos de los que fueron separados [...] Después de la cura, tenemos la oportunidad de acompañar la corrección de esas concepciones erróneas. ¿Pero quién podrá decir a cuántas conclusiones engañosas estamos expuestos, si tomamos como verdaderas las informaciones de los enfermos cuya veracidad no es posible comprobar? (Kraepelin, 2009, p. 172)

Pero si la escucha atenta al discurso del otro instala la duda y la incertidumbre, ¿qué argumentos nos autorizan a suponer una certeza objetiva y científica en la observación de los antecedentes familiares, en los relatos de desvíos y en la herencia

patológica? Aunque esas preguntas permanezcan hasta hoy sin respuesta, la aceptación de la herencia como verdad objetiva e incuestionable permitió excluir las narrativas de los pacientes del campo de la psiquiatría. Y ese, como sabemos, será el mayor punto de confluencia e identificación de los neokraepelinianos con su maestro.

## De Kraepelin a los neokraepelinianos

Las observaciones presentadas hasta aquí parecen indicar que Kraepelin es un hombre que pertenece casi enteramente al siglo XIX (Postel, 1987, p. 365). Las mismas cuestiones que motivaron los estudios de los teóricos de la degeneración están presentes en el *Manual de psiquiatría clínica* y en las *Lecturas sobre psiquiatría clínica*. Los mismos cuadros patológicos, con nuevas agrupaciones y articulaciones, se reproducen en la clasificación de Magnan y de Kraepelin. Las mismas dudas sobre las influencias del medio, la misma desconfianza en los relatos de los pacientes, el mismo respeto —próximo a la veneración— por las explicaciones fundamentadas en la herencia patológica y en las lesiones cerebrales progresivas. Por último, se repite también la idea de una sucesión de cuadros mórbidos que se agravan de generación en generación o en el transcurso de la vida de un individuo. Eso llevará a que tanto los teóricos de la degeneración como Kraepelin coincidan en privilegiar la prevención sobre la terapéutica.

Sin duda, existen también importantes diferencias, como la definición de cuadros patológicos realizada por Kraepelin en función del pronóstico, a partir de la cual se distinguen la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva.

Pero, ¿por qué razón ese hombre que carga todos los prejuicios y dificultades propias del conocimiento científico del siglo XIX fue elevado al estatuto de maestro, de padre de la psiquiatría moderna, en las últimas décadas del siglo XX? ¿Cómo entender el resurgimiento de ese modo de pensar lo normal y lo patológico, por décadas olvidado y hoy considerado hegemónico? Para intentar comprender como ocurrió la tardía recuperación de los principios kraepelinianos de la psiquiatría biológica desde la década de 1980, deberemos hacer un breve relato de los acontecimientos que precedieron a la hegemonía de los neokraepelinianos.

Aunque la muerte de Kraepelin haya ocurrido en 1926, él retornará al siglo XX en 1976, a partir de la iniciativa de un grupo de científicos que se identifican con el nombre de neokraepelinianos. La influencia innegable que ese grupo tuvo en la elaboración del tercer *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 1980) ya fue destacada por diversos historiadores e investigadores (Amaral, 2004; Decker, 2007; Horwitz & Wakefeld, 2007; Jablensky, 2007). Es imposible desconsiderar la relevancia que el *DSM* tiene hasta hoy, estableciendo las bases de lo que será considerado como una referencia obligatoria para la elaboración de diagnósticos de psiquiatras y médicos del mundo entero.

No es posible hacer aquí una historia detallada de los eventos que se sucedieron desde 1952, año de creación del *DSM I*. El objetivo es comprender de qué modo

las bases epistemológicas de Kraepelin reaparecen en el discurso de los neokraepelinianos. Se trata de analizar las continuidades y diferencias entre esos discursos para intentar comprender las razones que llevaron a un grupo de investigadores de fines de la década de 1970 a reconocer como válidas las premisas construidas por la psiquiatría del siglo XIX. Una psiquiatría que privilegia como matriz explicativa de las patologías mentales la herencia mórbida y la localización cerebral. Ciertamente los neokraepelinianos no serán simples seguidores de las ideas de su maestro; introducen e inauguran un nuevo modo de pensar las patologías psiquiátricas que será rápidamente aceptado por los psiquiatras del mundo entero como referencia. Para entender las razones de esa aceptación, será necesario recordar la historia que antecede el *DSM III*. El modo en que la psiquiatría narra su historia reciente nos permite comprender esos motivos.

Esa historia está inicialmente vinculada a la figura de Adolf Meyer (1866-1950), considerado una referencia fundamental para la psiquiatría americana en el período de pre y posguerra. Meyer ingresó como profesor de psiquiatría en el Hospital Johns Hopkins en el año 1910 y permaneció allí hasta 1941. Pero su influencia permaneció intacta después de la Segunda Guerra Mundial: varios de sus discípulos fueron considerados figuras de liderazgo en la psiquiatría de posguerra (Amaral, 2004; Decker, 2007; Horwitz & Wakefeld, 2007; Jablensky, 2007). Su teoría de las patologías mentales estaba basada en la idea de reacción. Consideraba que era indispensable observar, en cada situación precisa, el contexto en el que surgían las patologías y entenderlas como reacciones a hechos externos. Presenta un abordaje que integra elementos de la teoría freudiana sin rechazar completamente las teorías biologicistas. Por esa razón, se considera que él inicia el abordaje biopsicosocial de los trastornos mentales. Meyer, que no aceptaba la idea de construir cuadros nosológicos sin comprender los eventos de la historia de vida de los pacientes, ejerció una influencia profunda en la primera tentativa de organizar una clasificación de trastornos mentales que pudiera ser aceptada por la comunidad científica americana.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los psiquiatras debían enfrentar las secuelas sufridas por la guerra, que había dejado innumeradas víctimas de trastornos mentales, sin una metodología que pudiese ser considerada adecuada. En ese marco histórico, ganaron terreno las tesis defendidas por el psicoanálisis, difundidas por diversos profesionales que habían emigrado de Europa fugándose de la guerra. La idea de construir una clasificación psiquiátrica exhaustiva para las enfermedades mentales parecía estar fuera de consideración para los psiquiatras de la APA, entonces profundamente influenciados por los éxitos terapéuticos del psicoanálisis en el tratamiento de pacientes que sufrían traumas de guerra.

Meyer y sus discípulos defendían intervenciones en la comunidad y una comprensión del contexto social de los pacientes. En ese momento surge el primer *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (luego conocido como *DSM I*), aprobado en 1952. Se creaba, entonces, la primera clasificación de enfermedades mentales a partir de criterios flexibles que articulaban la perspectiva biológica, psicoanalítica y social de los trastornos mentales. En ese momento, las investigaciones biológicas parecían haber perdido el terreno conquistado en el siglo XIX.

Con pocas alteraciones será publicada en 1968 la segunda edición de ese *Manual*, conocida como *DSM II*. Los historiadores de la psiquiatría relatan la coexistencia de algunos hechos que alteraron la mirada sobre las enfermedades mentales (Amaral, 2004; Decker, 2007; Horwitz & Wakefeld, 2007; Venancio & Ruso, 2010). La década de 1970 estuvo marcada por las críticas a las instituciones asilares, que se extendieron poco a poco a la psiquiatría. Los movimientos antiasilares se transformaron rápidamente en movimientos antipsiquiátricos. Se acumularon las críticas enunciadas por autores respetados, como Thomas Szasz (1977), Michel Foucault (1961) o Ervin Goffman (1961), contra lo que consideraban el mito de la enfermedad mental. A esas críticas, que muchos historiadores actuales de la psiquiatría definen como feroces y abusivas (Decker, 2007), se suman otras hechas por los movimientos feministas y por los movimientos de homosexuales. En ese mismo momento, las denuncias sobre los abusos cometidos en las instituciones psiquiátricas se multiplicaban (Amarante, 1998 y 2000).

Finalmente, se pueden destacar dos hechos fundamentales para iniciar el proceso de revisión de la psiquiatría. En 1973, después de negociaciones con la comunidad y con el movimiento de homosexuales, el *DSM II* retira la homosexualidad de la lista de diagnósticos. Ese hecho, que indica un claro avance de los derechos, al mismo tiempo “dejaba explícito que los diagnósticos psiquiátricos mantenían una fuerte relación con la construcción social de figuras desviantes” (Amaral, 2004, p. 36).

El segundo hecho relevante fue la publicación del artículo de Rosenham “*Being sane in insane place*” en la revista *Science* en 1973. Se trataba de un estudio realizado por personas saludables que se declararon enfermos mentales para ingresar en un hospital psiquiátrico (Rosenham, 1973, p. 179) y que, en el momento de salir de la institución, recibieron el diagnóstico de “esquizofrenia en remisión” (Decker, 2007). Esos hechos, sumados a las críticas de intelectuales y de los movimientos por los derechos, demandaban una respuesta del campo de la psiquiatría. Y esa respuesta llegó del modo más inesperado. Lejos de una autocrítica a las posiciones que habían sido cuestionadas por los defensores de los derechos humanos, ocurrió una radicalización y un retorno a las viejas tesis de la psicología biológica del siglo XIX.

En ese momento y después largos debates, en 1980 será publicado el *DSM III*, inaugurándose así un nuevo modo de entender la psiquiatría. Era nuevo en relación con los manuales anteriormente existentes, pero profundamente clásico en la recuperación de las viejas ideas que la psiquiatría biológica había defendido por más de un siglo y que por un período de más de 30 años parecían haber sido abandonadas. Sin embargo, sabemos que la psiquiatría biológica continuaba activa y exitosa no solamente en los tratamientos aplicados en los hospitales psiquiátricos, sino también en la incipiente búsqueda por nuevos medicamentos psicotrópicos, que se sucedieron después del descubrimiento de la clorpromazina en 1952.

Lo cierto es que la recuperación de las tesis de Kraepelin será una iniciativa de ese grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington, que desde el inicio de los años de 1970 buscaba recobrar la hegemonía perdida de la psiquiatría biológica. Ellos querían encontrar un modo de clasificar las enfermedades psiquiátricas que fuese objetivo y descriptivo, que pudiese ser aceptado por todos y que tomase como

punto de partida los procedimientos médicos utilizados para diagnosticar cualquier patología biológica. Pretendían excluir del ámbito de la psiquiatría todo aquello que pudiese vincularla a discursos considerados poco científicos, como la sociología o el psicoanálisis.

Diferentes autores ya exploraron la cuestión de hasta qué punto ese grupo de psiquiatras puede ser llamado realmente kraepelinianos. Existen, en relación con esta cuestión, algunos puntos de vista contrarios. Horwitz & Wakefeld (2007), por ejemplo, argumentan que no es posible hablar de continuidad entre Kraepelin y los neokraepelinianos, pues estos desconsideran una cuestión que fue central para el primero: las investigaciones etiológicas. Sin embargo, todos estos autores coinciden en afirmar que muchas de las premisas de la psiquiatría clínica de Kraepelin reaparecen en los postulados de los neokraepelinianos.

Por tratarse de un debate actual donde existen controversias, tomamos como punto de partida las tesis presentadas por Decker (2007) y por Jablensky (2007). Esos textos nos auxiliarán en la tarea de presentar los hechos y los personajes que participaron en la transformación que la psiquiatría sufrió con la publicación del *DSM III*.

Como ya destacamos, el grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington compartía la certeza de que solamente a partir de investigaciones psiquiátricas empíricas centradas en la biología podrían ser encontradas las respuestas para las incógnitas sobre las enfermedades mentales. Sería necesario dejar de lado las preguntas etiológicas, que introducían confusiones en el campo, y limitarse a describir los síntomas y el curso de las enfermedades, y a prestar una atención especial a las historias familiares, que tendrán para ellos, así como para Kraepelin, un papel fundamental en la determinación de los diagnósticos. Al mismo tiempo, las investigaciones deberían ser divulgadas entre los psiquiatras, creando una comunicación más fluida entre ellos. Los líderes de ese grupo eran tres figuras destacadas de la Universidad de Saint Louis: Eli Robins (1921-1994), Samuel Guze (1924-2000) y George Winokur (1925-1996).

Un joven psiquiatra que trabajaba bajo orientación de esos investigadores será el eje articulador con el *DSM III*. Su nombre era John Feighner; él publicó en 1970 (Feighner, 1979) un artículo que tendrá una enorme repercusión en la comunidad científica. Ese texto, firmado por Feighner y por sus tres maestros, sentará las bases de lo que luego será la clasificación de enfermedades mentales del *DSM III*. Se trataba de alcanzar una clasificación fundamentada en datos empíricos que no dejara lugar para las evaluaciones subjetivas de los psiquiatras. La metodología propuesta era la revisión de un inmenso número de artículos (1.000, exactamente) para, a partir de los datos allí presentados, deducir criterios para establecer los diagnósticos de diversos desórdenes afectivos. De ese modo, fueron construidos los criterios de diagnóstico para 16 enfermedades psiquiátricas, entre ellas la esquizofrenia.

Este grupo consideraba que para llegar a una clasificación válida de enfermedades psiquiátricas deberían ser respetados cinco criterios fundamentales: 1) una descripción clínica; 2) estudios de laboratorio; 3) criterios de exclusión de otras

enfermedades; 4) estudiar el curso de la enfermedad; 5) realizar estudios sobre la familia de los enfermos (Decker, 2007, p. 347).

En 1978 un psiquiatra de la Universidad Harvard llamado Gerald Klerman dio a ese grupo el nombre de neokraepelinianos porque sostenía que las tesis que ellos defendían llevaban a una recuperación y a una afirmación de las antiguas tesis de Kraepelin, al mismo tiempo que excluían las ideas de Freud y Meyer del campo de la psiquiatría. Klerman (1977) sintetiza las ideas defendidas por los neokraepelinianos en nueve postulados:

- 1) La psiquiatría es una rama de la medicina.
- 2) La psiquiatría debe utilizar metodologías científicas modernas y estar basada en conocimientos científicos.
- 3) La psiquiatría trata personas que están enfermas y que requieren tratamiento para enfermedades mentales.
- 4) Existe una frontera o un límite definido entre normalidad y patología mental.
- 5) Las enfermedades mentales no son mitos. Existen muchas enfermedades mentales. La tarea de la psiquiatría científica, como especialidad médica, es investigar sus causas, sus diagnósticos y su tratamiento.
- 6) El foco principal de la psiquiatría debe centrarse en los aspectos biológicos de las enfermedades mentales.
- 7) Debe existir una preocupación explícita por el diagnóstico y la clasificación.
- 8) Los criterios diagnósticos deben ser codificados y debe existir un área de investigación para validar esos criterios con diversas técnicas. Los departamentos de psiquiatría en las escuelas médicas deben enseñar esos criterios y no depreciarlos.
- 9) Con la finalidad de aumentar la validez de los diagnósticos y de las clasificaciones, las técnicas estadísticas deben ser utilizadas. (Klerman apud Decker, 2007, p. 348)

Estos criterios metodológicos definían el modo en que la psiquiatría debía proceder para ser considerada científica en 1978, y se mantienen aún hoy actuales. Cada uno de esos criterios podría haber sido bien aceptado por Kraepelin, y se puede decir que las ocho versiones de su *Manual de psiquiatría clínica* pueden ser leídas como un intento de perfeccionar las clasificaciones psiquiátricas a partir de, exactamente, esos mismos postulados. Klerman define también las ideas centrales que articulan estos postulados, que pueden resumirse en: integrar los estudios realizados en otras ramas de la biología; investigar las causas, el diagnóstico y la terapéutica de cada enfermedad psiquiátrica reproduciendo los mismos procedimientos de la medicina; centrar las investigaciones y los diagnósticos en el campo de la biología; utilizar estudios estadísticos y comparativos.

Pero la semejanza parece aún más evidente cuando observamos otros trabajos realizados por esos psiquiatras de Washington, que iniciaron la recuperación de los principios kraepelinianos que por 50 años parecían haber quedado en el olvido. Como afirma Decker (2007, p. 350), la introducción de los psicofármacos ofrecía nuevas oportunidades de investigación y los neokraepelinianos se dedicaron a ese campo que Kraepelin imaginaba como promisorio. Por otro lado, a fines de los años de 1970, surge un interés creciente por los estudios de la genética. Samuel Guze

fue uno de los primeros psiquiatras americanos que realizó estudios con gemelos para identificar el papel de la herencia en las enfermedades psiquiátricas, además de publicar diversos estudios dedicados a destacar la necesidad de remedicalizar la psiquiatría, defendiendo la prioridad del modelo médico para comprender las enfermedades mentales. George Winokur (1972) centró su trabajo en los trastornos afectivos y en la esquizofrenia, y escribió un estudio sobre la psicosis maniáco-depresiva que muestra claramente la influencia de Kraepelin. Ese estudio está basado en datos extraídos de las historias familiares de pacientes, destacando la importancia de la herencia de caracteres patológicos.

Teniendo fundamentalmente un doble interés en genética y en trastornos afectivos, Winokur estudia articulaciones de marcadores genéticos conocidos con supuestos genes de trastornos afectivos. En su trabajo clínico notificó un conjunto de casos en los cuales padres e hijos sufren trastorno bipolar. También otros tipos de transmisiones padre-hijo eran presentados como comunes. Esa idea estimuló un gran número de investigaciones que continuaron hasta el siglo XXI. Confirmando el interés en estudios de la evolución de enfermedades de los neokraepelinianos, Winokur forma parte de un grupo de investigadores que realiza un estudio longitudinal (de seguimiento por 30 a 40 años) de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y trastorno bipolar. (Decker, 2007, p. 349)

Esos psiquiatras formarán parte del grupo de tarea que organiza el *DSM III*, en el cual Feighner tendrá un papel de destaque. La APA designa a Robert Spitzer como director de ese grupo de tareas. Spitzer (Spitzer & Forman, 1979) también publicará trabajos con los neokraepelinianos, con quienes desarrollará investigaciones conjuntamente. Aceptará, en líneas generales, el modo de clasificar las enfermedades propuesto por Feighner, Robins, Guze y Winokur (Feighner et al., 1972). Así, aunque Spitzer prefiera no aceptar la denominación de neokraepeliniano, resulta claro que los investigadores de la Universidad de Washington tuvieron un papel más que destacado en la elaboración del *DSM*. Cada uno de los postulados definidos por Klerman fueron integrados en su elaboración y son considerados aún hoy como un marco de referencia para los estudios de psiquiatría (Jablensky, 2007).

## Los avatares de la degeneración

La continuidad entre el discurso de Kraepelin y el de los neokraepelinianos parece evidenciar la permanencia de las viejas preocupaciones de los degeneracionistas. Es cierto que estamos lejos del desvío patológico del hombre normal creado a la imagen de Dios de Morel, y de los estigmas y síndromes de degeneración que tanto preocupaban a Magnan. Las marcas en el cuerpo, la relación entre lo físico y lo moral que obsesaban a Cabanis no encontrarían ningún lugar en el discurso actual de la psiquiatría.

Sin embargo, como intentamos mostrar, degeneracionistas y kraepelinianos compartían la preocupación por crear una clasificación confiable y objetiva de enfermedades mentales, basada en los postulados de las ciencias biológicas y médicas. Querían construir un saber tan seguro como la anatomoclínica. Deseaban poder determinar, a partir de la delimitación de un conjunto de síntomas, la causa exacta, el diagnóstico y la terapéutica de las enfermedades mentales, con tanta precisión como si se tratara de una enfermedad infecciosa. Tenían certeza del alcance limitado de las investigaciones biológicas realizadas hasta ese momento, fueran neurológicas o de anatomopatología cerebral. Sin embargo, imaginaban un porvenir en el cual la ciencia biológica sería capaz de desvendar los secretos del cerebro para finalmente conocer las causas de las patologías psíquicas.

Para clasificar esas patologías, los teóricos de la degeneración partían de una matriz explicativa que integraba las últimas conquistas de las ciencias biomédicas realizadas en el campo de la neurología, cuyo modelo eran los trabajos de Charcot, con los estudios sobre herencia mórbida. Con ese fin coleccionaban informaciones médicas a partir de las historias familiares de los pacientes. Esa misma red explicativa reaparece en Kraepelin, quien mantiene la misma esperanza en los avances de la neurología y el mismo interés en coleccionar historias familiares, articulándolas con estudios genéticos premendelianos. Tanto los degeneracionistas como Kraepelin vincularon esas explicaciones endógenas, consideradas no conclusivas, a la descripción y agrupación de síntomas o de estigmas. Ambos realizaron estudios estadísticos y comparativos, juntamente con descripciones del curso y de la evolución de las patologías, para poder lograr “un conocimiento no solamente del estado actual, sino también de la completa evolución de la enfermedad” (Kraepelin, 2007, p. 117).

Los postulados que guían el trabajo de los neokraepelinianos parecen indicar una actualización y una continuidad de ese esfuerzo por definir, a partir de los últimos hallazgos de la neurofisiología cerebral, de la estadística y de la genética, clasificaciones confiables para las patologías mentales. La colección de datos desde la cual será construida esa clasificación propuesta por los neokraepelinianos responde hoy prácticamente a los mismos criterios de inclusión y exclusión de los tiempos de Kraepelin. Siguiendo los postulados de Klerman, serán incluidos estudios biológicos y excluidos otros, como los sociológicos, por ejemplo. Los estudios escogidos deberán seguir la forma de investigación de las ciencias biológicas y médicas, de acuerdo con los postulados 5, 6 y 8 de Klerman.

Así, parece ser que una misma matriz epistemológica posibilitó el surgimiento de nuevos síndromes de degeneración en el siglo XIX y la emergencia de un nuevo modo de clasificar las patologías mentales en las últimas décadas del siglo XX. De esa matriz epistemológica los degeneracionistas privilegiaron los estudios sobre herencia mórbida; Kraepelin, la reconstrucción biológica de historias familiares y los neokraepelinianos como Guze y Winokur, los estudios sobre marcadores genéticos de patologías mentales. Todos continuaron buscando en las lesiones cerebrales o en los desequilibrios de los neurotransmisores la etiología de las enfermedades. Ellos compartían, en fin, una misma matriz centrada en explicaciones endógenas, hereditarias o cerebrales de las patologías. Una matriz que se afirmaba en la exclusión de todo aquello que no podía ser considerado biológico.

Los sufrimientos individuales, los vínculos afectivos, los fracasos, las historias de vida (colmadas de situaciones que nada tienen que ver con patologías), la precariedad del trabajo, entre otras muchas cuestiones, fueron explícitamente excluidas de las clasificaciones patológicas tanto por los degeneracionistas como por Kraepelin y los neokraepelinianos.

Los teóricos de la degeneración eran optimistas en relación con los avances que las investigaciones biológicas podrían aportar para identificar la causa de las enfermedades mentales, del mismo modo que hoy la psiquiatría continúa siendo optimista en relación con el poder explicativo de las neurociencias, de la genética, de las imágenes cerebrales y de los psicofármacos.

Sabemos que todas las hipótesis explicativas de sufrimientos humanos construidas hasta hoy sobre bases exclusivamente biológicas continúan esperando, con optimismo, investigaciones futuras. Sin embargo, la confianza explicitada por Kraepelin en 1920 aún permanece: “Me parece que las perspectivas que ese tipo de abordaje ofrece son bastantes promisorias, a pesar de la pobreza de nuestro conocimiento actual: ellas podrían contribuir para facilitar nuestra tan difícil misión de comprensión clínica de las formas de enfermedad” (Kraepelin, 1917, p. 194).

La preocupación por la herencia mórbida, que podemos hacer aquí extensiva a la preocupación por la localización cerebral de patologías mentales, fue definida por Koll como el gran misterio de la medicina mental. Él lo denominó el “Oráculo de Delfos de la psiquiatría” (Postel, 2007, p. 319) por tratarse de un misterio que debía ser admitido sin que pudiéramos tener ninguna comprensión clara sobre él. Como vimos, las “mitologías de la herencia” (Coffin, 2003, p. 255) formaron parte de la historia de la psiquiatría a lo largo del siglo XIX. Y ese esquema explicativo iniciado con los degeneracionistas resucitó con fuerza inesperada en las últimas décadas del siglo XX, prolongándose hasta el siglo XXI, pues, como sabemos, “en la era de la genética, la convicción del carácter hereditario de comportamientos y de problemas mentales será aún más pronunciada” (Coffin, 2003, p. 256).

La psiquiatría en los últimos 150 años no parece haber prescindido de las investigaciones sobre herencia y localización cerebral. Tampoco parece haber prescindido de la estrategia metodológica de excluir los relatos de los pacientes del diagnóstico, considerando, como en tiempos de Magnan y de Kraepelin, que los sufrimientos individuales no son significativos para la elaboración de diagnósticos.

## Síntomas, herencia y localización cerebral

Permanecer aferrado a esa mitología puede tener consecuencias profundas para una clasificación de patologías mentales que se pretenda universal y objetiva, pues, como sabemos, ni los estudios de localización cerebral ni los estudios genéticos permitieron hasta hoy cumplir con las promesas de los degeneracionistas o de los neokraepelinianos de definir el fundamento biológico sólido que se reclama para legitimar las clasificaciones realizadas por la psiquiatría.

Mientras las conquistas de la biomedicina permanecen misteriosas, las clasificaciones de patologías mentales pasan a ser construidas teniendo como único parámetro de validación las agrupaciones de síntomas, estrategia que se consolida y se fortalece a partir del *DSM III*. Sin embargo, existe un riesgo evidente en ese tipo de clasificación, y ese riesgo ya había sido identificado por Kraepelin en 1907:

El método más popular para clasificar las patologías mentales es el método denominado clínico de clasificación. El mayor problema aquí radica en que puede existir una sobrevalorización de un determinado síntoma, resultando en la acumulación en un grupo de todos los casos que tienen en común ese síntoma. De ese modo, por ejemplo, todos los estados de ansiedad emocional pueden ser vistos como melancolía. (Kraepelin, 1907, p. 117)

Lo que Kraepelin parece obligado a desconsiderar es que la sobrevalorización de uno o de otro síntoma es un hecho al mismo tiempo médico y social que puede variar de acuerdo con el modo en que varían los contextos en los cuales se realiza la elección. Así, comportamientos socialmente indeseados pueden transformarse en síntomas indicativos de una patología mental, tal como ocurrió con el síndrome de los antiviviseccionistas, con la homosexualidad o con la onomatomanía creada por Magnan. Del mismo modo, comportamientos que hoy podrían ser evaluados como formas de resistencia o de negación a la autoridad pueden transformarse en síntoma de un “trastorno opositor desafiador”. Todo parece indicar que la referencia exclusiva a agrupaciones de síntomas permite construir una cantidad indefinida y socialmente variable de patologías psiquiátricas.

Si esto es posible es porque las agrupaciones sintomáticas, como el propio Kraepelin lo afirma, constituyen un criterio débil para demarcar las fronteras entre normalidad y patología psíquica.

Frente a la ausencia de referencias a los relatos de experiencias de vida, considerados irrelevantes para el diagnóstico, y de estudios biomédicos que permitan validar las clasificaciones, como anhelaban tanto los teóricos de la degeneración cuanto los neokraepelinianos, la única estrategia de validación que permanece es el agrupamiento de síntomas. Ese indicador ambiguo, que en tiempos de Morel era ocupado por los estigmas físicos y psíquicos, y en tiempos de Magnan por los síndromes de degeneración, abre una posibilidad indefinida de ampliación de los trastornos psiquiátricos.

Para los teóricos de la degeneración, lo que permitía demarcar la frontera entre lo normal y lo patológico eran los estigmas físicos y psíquicos (Postel, 2007, p. 460). El tamaño de las orejas, las medidas del cráneo, el estrabismo o la altura del paciente, asociados a estigmas psíquicos, así como el miedo, la escasa capacidad intelectual, la inclinación a repetir palabras obscenas, entre otros, podían ser considerados datos suficientes para definir una enfermedad mental específica, como por ejemplo la onomatomanía. Hoy lo que establece la distancia entre lo normal y lo patológico dejó de ser una colección de estigmas para pasar a ser una agrupación sintomática. Sin embargo, las dificultades para delimitar esas fronteras permanecen idénticas.

Una de esas dificultades es reconocida por Robert Spitzer, director del grupo de tareas que elaboró el *DSM III* y *IV*. Él afirma:

Los criterios establecidos por el *DSM* especifican los síntomas que deben estar presentes para justificar un determinado diagnóstico, pero ellos ignoran cualquier referencia con el contexto en el cual esos síntomas se desarrollaron. Y al hacer eso, permite que respuestas normales a situaciones de estrés sean caracterizadas como síntomas de una patología. (Spitzer, 2007, p. IX)

Esa ambigüedad es la que permite la repetición de esa misma estrategia teórica que posibilitó la proliferación de síndromes de degeneración entre los años 1870 y 1920, pues ni para los degeneracionistas ni para los neokraepelinianos parecía existir ningún obstáculo o barrera que permitiera limitar la creación de nuevos síndromes o trastornos mentales. Excluida cualquier referencia al contexto en el que aparecen los síntomas y excluidos los parámetros biológicos, lo que permanece es una posibilidad infinita de agrupaciones sintomáticas. Esto implica infinitas posibilidades de injerencia de la psiquiatría en el espacio social.

## Conclusión

# Límites y dificultades de la psiquiatría ampliada

*Nada tengo que ver con la ciencia, pero si tantos hombres que suponemos con juicio son recluidos por dementes, ¿quién nos afirma que el alienado no es el alienista?*

Machado de Assis, *El Alienista*.

Con el objetivo de analizar cómo surge esa psiquiatría ampliada capaz de anticipar, prevenir e intervenir sobre todos los pequeños desvíos de conducta de un individuo desde su infancia (Doron, 2009), fue necesario examinar la emergencia, los usos y las transformaciones sufridas por el concepto de degeneración en el ámbito del discurso psiquiátrico. Recorrimos así diversos momentos históricos, desde el momento en que ese concepto ingresa al campo de la medicina mental, de la mano de Morel, hasta sus derivaciones modernas en las ideas de predisposición hereditaria, constitución psíquica o patologías mentales preexistentes.

El privilegio dado a la historia de los conceptos se vincula al modo de comprender la historia de las ciencias inaugurado por Georges Canguilhem. Para él, la historia de las ciencias puede admitir varios niveles de objetos de análisis: “documentos para catalogar, instrumentos y técnicas para describir, métodos y cuestiones para interpretar, conceptos para analizar y criticar”. Sin embargo, considera que “apenas la tarea de analizar y criticar conceptos confiere a la historia de las ciencias su dignidad” (Canguilhem, 1991, p. 125). Ese privilegio concedido a la historia conceptual se debe a dos razones. La primera es que el análisis de los conceptos nos permite comprender la historicidad y la transformación de las teorías científicas; la segunda es que los conceptos no conocen fronteras epistemológicas. El concepto de degeneración, como muchos otros que forman parte de la historia de la medicina, no es un concepto ni eminentemente biológico ni eminentemente social, se mueve en la frontera de los estudios clínicos, de la estadística, de la anatomía cerebral y de las ciencias sociales.

En una línea de trabajo semejante, Ian Hacking (2006) afirma que su interés como epistemólogo no es estudiar el modo en que los problemas científicos se resuelven, sino el modo en que los conceptos científicos se forman. Así, desde esa perspectiva teórica, se puede afirmar que hacer historia de las ciencias es hacer “la historia de la formación, de la deformación y de la rectificación de conceptos” (Canguilhem, 1991, p. 123). Eso significa que los conceptos no surgen de una vez y para siempre;

al contrario: cada concepto tiene su historia y esta no se inscribe necesariamente en el mismo espacio científico en el cual el concepto analizado se sitúa actualmente. Por esa razón, Canguilhem dirá que la tarea propia de la historia de las ciencias es el estudio de las “filiaciones conceptuales”. Es esa complejidad de filiaciones la que nos permite transitar entre diferentes espacios de saber.

La historia del concepto de degeneración que aquí intentamos analizar está lejos de ser el relato del progreso de un saber; pretende ser simplemente el estudio de las condiciones históricas, sociales y políticas que en diferentes momentos posibilitaron que esa noción ambigua y compleja pudiera llegar a alcanzar estatuto de verdad para la medicina mental. Intentamos analizar sus filiaciones e influencias, así como sus espacios y modos de circulación en contextos diferentes. Sin embargo, la persistencia de ese concepto en la historia de la psiquiatría por más de medio siglo y sus posteriores derivaciones hacia conceptos próximos, como el de enfermedades preexistentes, no debe llevarnos a imaginar una historia lineal, de racionalidad creciente, definida por la repetición de los discursos que afirman el carácter biológico y hereditario de las enfermedades mentales.

Recorrer la historia de la degeneración permitió dirigir nuestra mirada a la historia de los saberes y a la sucesión de intervenciones médicas y sociales propuestas por la psiquiatría en las últimas décadas del siglo XIX. Posibilitó una observación privilegiada de la funcionalidad estratégica que ese concepto tuvo en el surgimiento de la psiquiatría ampliada que se refiere a comportamientos cotidianos. Por fin, la historia del concepto de degeneración permitió problematizar las evidencias que nos llevan a aceptar como natural y evidente el proceso creciente de patologización de comportamientos y sufrimientos que caracterizan a la psiquiatría actual. Así, lejos de pretender encontrar una continuidad que iría desde Morel hasta el *DSM*, el objetivo de este estudio fue analizar las condiciones históricas de formación, de deformación y de rectificación del concepto de degeneración y sus vínculos con la medicalización de los comportamientos. Al mismo tiempo, se pretendió subrayar la persistencia y la transformación sufrida por los viejos mitos y por las viejas cuestiones inauguradas por los teóricos de la degeneración, muchas de las cuales aún están presentes en el discurso psiquiátrico.

Tomando como punto de partida el análisis realizado por Foucault en *Los anormales*, situamos el origen de la psiquiatría ampliada en el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel. La lectura de ese texto permitió una mejor comprensión de los alcances y de los límites del concepto de degeneración. Previamente fue necesario estudiar el modo en que Cabanis pensó la idea de degeneración, pues muchas de sus tesis fueron recuperadas por Morel en el *Tratado* de 1857.

El concepto de degeneración ingresa en el ámbito de la psiquiatría como un saber legítimo y consolidado con Magnan y sus muchos seguidores. Todos ellos conservan la idea esbozada por Cabanis de la necesidad de realizar estudios de anatomopatología cerebral para explicar las patologías mentales.

Sin desconsiderar que existen innumerables diferencias que distancian a Emil Kraepelin de los estudios de los degeneracionistas, fue analizado aquí el modo

en que este autor retoma y tematiza el concepto de degeneración. Este psiquiatra alemán, considerado referencia obligatoria de la psiquiatría moderna, discute la relevancia de ese concepto en su texto de 1908, *Sobre la cuestión de la degeneración*, aquí analizado. Reaparecen allí muchas de las premisas definidas por los teóricos de la degeneración para clasificar las patologías mentales, de modo que el cuadro de enfermedades psiquiátricas elaborado por Kraepelin mantiene ciertas semejanzas sugestivas con la clasificación defendida por los discípulos de Magnan. Algunas de esas ideas permanecerán en el discurso de los neokraepelinianos, aunque el concepto de degeneración reaparezca trasfigurado por denominaciones modernas, tales como la constitución psíquica o la predisposición, cuya connotación política y epistemológica no parece cargar el peso de las críticas dirigidas a la teoría de la degeneración.

Sin embargo, ese viejo discurso, libre de todos los elementos metafísicos presentes en Morel, así como de los cuadros bizarros definidos por Magnan, reaparece como un marco de referencia que legitima muchas de las certezas de la psiquiatría moderna. Entre esas certezas podemos destacar las afirmaciones referentes al carácter hereditario de las patologías mentales, la imposibilidad de cura o reversibilidad de la locura, el origen biológico y la localización cerebral de los trastornos psiquiátricos, la introducción del discurso sobre prevención y riesgo en el ámbito de la salud mental, así como la insistencia en definir comportamientos desviados o anomalías en términos médicos.

## Del diagnóstico binario a la multiplicación de diagnósticos

Como intentamos mostrar, para que esa configuración epistemológica del saber psiquiátrico pudiera consolidarse, fue necesario operar un desplazamiento en relación con las tesis defendidas por la psiquiatría clásica del fin del siglo XVIII e inicio del siglo XIX. Se partió así del análisis del texto de Philippe Pinel *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*, publicado en 1809, para mostrar las diferencias introducidas por la teoría de la degeneración en el campo de la psiquiatría, que se iniciará 50 años más tarde y que se consolidará en las últimas décadas del siglo XIX.

Para los teóricos de la degeneración, las características de la alienación mental definidas por Pinel, como las ideas delirantes, las alucinaciones, los comportamientos violentos o las pasiones descontroladas, se limitaban a describir una ínfima parte de aquello que debía ser considerado como objeto de la psiquiatría. Para Morel o Magnan, los alienados que habitan el asilo psiquiátrico no son más que el último nivel que puede alcanzar la sucesión progresiva de degeneraciones. Al contrario de Pinel, consideraban a esos sujetos como incurables, dado el avanzado estado alcanzado por la degeneración. Por esa razón, los degeneracionistas concentraron sus esfuerzos en definir y clasificar pequeños desvíos de comportamiento o

anomalías considerados anunciadores de cuadros patológicos graves e irreversibles (hoy hablaríamos de “comportamientos de riesgo”).

Se creaba así un saber psiquiátrico capaz de intervenir tanto dentro como fuera de los muros del asilo. Sin embargo, serán las intervenciones referentes al espacio social las que serán privilegiadas, pues de ese modo se podrán detectar esas patologías menores relacionadas a comportamientos que permitirían anticipar el surgimiento de enfermedades mentales graves —como la demencia—, evitando así el temido ingreso al asilo. Ese pequeño desplazamiento hará que la psiquiatría asuma como su tarea mayor la prevención, la identificación y la clasificación de desvíos o anomalías leves en el cuadro de las patologías mentales. Cada uno de esos desvíos o anomalías, al mismo tiempo que indicaban un riesgo, constituían un cuadro patológico que debía ser diagnosticado y tratado, multiplicándose el número de patologías mentales existentes.

Al contrario, la psiquiatría de Pinel y Esquirol estaba completamente atravesada por eso que Foucault denominó de “diagnóstico binario”. Tratándose de demencia, manías o melancolía, como en el caso de Pinel, o de monomanías, como en el caso de Esquirol, la institución asilar como espacio privilegiado de intervención exigía una partición binaria entre salud y alienación mental. En un claro movimiento de ruptura con la psiquiatría de los siglos anteriores, Pinel, al contrario de los degeneracionistas, consideraba que el asilo era el instrumento terapéutico privilegiado para restituir la razón a los locos. Allí podría ser esperado y descubierto ese momento de lucidez que existe en toda locura para, poco a poco, iniciar un tratamiento moral capaz de contener las pasiones, dominar la voluntad y recobrar el entendimiento.

El tratamiento moral requería la internación psiquiátrica y para eso era necesario un diagnóstico de alienación. Lo que le interesaba a la psiquiatría clásica era la oposición binaria entre el loco y el no loco, quién debería ingresar al asilo y quién estaría libre de esa amenaza. Así, la atribución de diagnósticos diferenciales ocupa un lugar completamente diferente en la psiquiatría clásica y en el discurso de los degeneracionistas.

La psiquiatría iniciada por Morel y Magnan se articula en torno a la clasificación de diagnósticos diferenciales. Por esa razón vemos proliferar en las últimas décadas del siglo XIX una inmensa variedad de síndromes de degeneración. Para cada desvío de comportamiento, para cada anomalía —insignificante o no—, será creado un nuevo cuadro patológico, será postulada una etiología, un modo de intervención o terapéutica y un modo de anticipación o prevención. Aparecen así diagnósticos como la cleptomanía, la agorafobia, la onomatomanía, junto al vegetarianismo o al síndrome de los antiviviseccionistas, pues para cada comportamiento considerado como desvío o anomalía podía surgir un nuevo diagnóstico.

Para entender esa proliferación de síndromes, para explicar por qué razón esa clasificación nosológica podía ser indefinidamente ampliada, deberemos observar la relación que los teóricos de la degeneración establecieron entre el discurso psiquiátrico y la clínica médica. Como dijimos, ellos confiaban en la posibilidad de aplicar al dominio de la psiquiatría las mismas técnicas y procedimientos utilizados por la medicina, esperaban encontrar para cada conjunto de síntomas una

lesión anatómica específica. Sin embargo, la anatomopatología cerebral no se dejaba reducir fácilmente a los procedimientos de la anatomopatología médica.

La localización cerebral de lesiones permanecía, sin embargo, como una promesa siempre postergada en el campo de las enfermedades psiquiátricas (Uttal, 2001). En la medida en que no era posible encontrar un sustrato biológico, los degeneracionistas utilizaron un instrumento capaz de sustituir esa falta. El cuerpo ampliado, constituido por la familia del paciente, suplirá, en el ámbito de la psiquiatría, la ausencia de las localizaciones anatomopatológicas. Pero las explicaciones referidas a la herencia mórbida, aunque se multipliquen, no permitirán establecer límites para la multiplicación de diagnósticos. Ese límite, que forzosamente las lesiones orgánicas específicas impondrían, desaparece cuando las explicaciones hereditarias recurren a la idea de “herencia disimilar”.

Vemos hasta qué punto la ausencia de cuerpo, analizada por Foucault en *El poder psiquiátrico*, puede aparecer como un elemento articulador de la protopsiquiatría de Pinel y continuar presente en los teóricos de la degeneración, frente al fracaso de identificar lesiones cerebrales específicas. Ambos conceden prioridad al cuerpo ampliado representado por la familia de los alienados, pero este aparece de manera diferente en la psiquiatría clásica y en los degeneracionistas.

El cuerpo del alienado era, para Pinel, objeto de una mirada descriptiva (Foucault dirá una “mirada de superficie”), semejante a la de la medicina preclínica, desconsiderándose la importancia atribuida a los estudios de anatomopatología. Pinel analiza cuidadosamente los trabajos de Morgagni, repite sus estudios de localización cerebral de lesiones, mide los cráneos de diversos alienados, todo para concluir que esa no era una vía fértil para explicar las patologías mentales. La alienación mental no podía ser reducida a defectos en el entendimiento (a excepción del idiotismo); ella implicaba una serie de muchos otros factores, entre los cuales se destacaban las pasiones.

Por esa razón, los relatos sobre pacientes presentados por Pinel no se limitan a la descripción de síntomas ni a la identificación de patologías recurrentes en la familia. Si Pinel se interesaba por los relatos familiares, no era para descubrir patologías heredadas, sino porque creía que era posible encontrar en el relato de esos vínculos los hechos que desencadenaron el proceso patológico. La herencia era considerada por Pinel, al contrario de los teóricos de la degeneración, como uno de los muchos elementos causales que, articulándose con otros —como un amor no correspondido, un matrimonio fallido, dificultades económicas, entre muchos otros—, posibilitarían el surgimiento de una enfermedad mental.

Por fin, el modo en que Pinel y los teóricos de la degeneración pensaban la institución asilar también se modifica. Para Pinel, el espacio privilegiado de cura era el asilo, y ese espacio debía ser cuidadosamente administrado para posibilitar el tratamiento moral. Como ya fue dicho, los teóricos de la degeneración inauguraron una psiquiatría que era al mismo tiempo intra y extraasilar. Las estrategias disciplinares que se aplicaban en el interior del asilo eran idénticas a las utilizadas en tiempos de Pinel. La única diferencia es que, para Magnan y Morel, el tratamiento moral no debía ser exclusivamente limitado al interior del asilo que alojaba sujetos

irrecuperables, sino dirigido a la sociedad en su conjunto. Las estrategias higiénicas y eugenésicas, la educación de las masas o las reglas de puericultura posibilitarían la gestión de las poblaciones y la racionalización del espacio social. Así, mientras Pinel pretendía normalizar el comportamiento de los alienados por la disciplinarización del espacio asilar, los degeneracionistas inauguraron una biopolítica de las poblaciones referida a la gestión de comportamientos y a la anticipación de patologías mentales graves.

La proliferación de nuevas patologías parece haber sido objeto de una ironía literaria implacable en *El alienista* de Machado de Assis. Los actos del Dr. Simão Bacamarte parecen compatibilizar los sueños de los alienistas clásicos y de los nuevos teóricos de la degeneración. Cada pequeño desvío registrado sería diagnosticado de acuerdo con una clasificación diferencial de patologías psiquiátricas, pero todas ellas, sin excepción, recibirían un mismo tratamiento, el aislamiento en la Casa Verde. En la psiquiatría ampliada de Bacamarte:

Todo era locura. Los cultores de enigmas, los fabricantes de acertijos, de anagramas, los que maldicen, los curiosos de la vida ajena, los que ponen todo su cuidado en el juego de palabras, nadie escapaba a los emisarios del alienista. Respetaba a las enamoradas y no perdonaba a las enamoradizas, diciendo que las primeras cedían a un impulso natural y las segundas a un vicio. Si un hombre era avaro o pródigo, iba del mismo modo para la Casa Verde; de allí la alegación de que no había regla para la completa sanidad mental. (Machado de Assis, 2009, p. 36)

Todas las acciones de Bacamarte parecían justificarse en nombre de la construcción de un saber científico sobre las enfermedades del alma. Vemos que en ese mismo momento histórico surgen críticas idénticas a la elaborada por Machado de Assis en *El alienista*, referidas a la extensión abusiva de trastornos mentales operada por la teoría de la degeneración. Parafraseando a Charpentier, podríamos resumir esas críticas diciendo lo siguiente:

Tengamos cuidado con esa inclinación [de la psiquiatría] o entonces las pequeñas locuras de la infancia, las de la adolescencia, los tics, todas las perturbaciones más o menos conocidas de la voluntad, los estados emocionales, todos los defectos de equilibrio, las perturbaciones menores, podrán alcanzar el estatuto de enfermedad mental. (apud Magnan, 1893, p. 130)

## Las promesas de la localización cerebral

Hoy, como en los tiempos de la psiquiatría clásica de Pinel o en los tiempos de Morel, Magnan o Kraepelin, son pocas las certezas que los estudios de anatomopatología o

neurofisiología cerebral pueden aportar para la comprensión de los procesos biológicos de las patologías mentales.

Así, a diferencia de la medicina clínica, que cuenta con “marcadores biológicos” (Pignarre, 2001) —esto es, con parámetros más o menos objetivos que permiten identificar ciertas patologías a partir de la articulación entre determinados síntomas clínicos y determinadas lesiones orgánicas—, los parámetros biológicos de las enfermedades mentales permanecen como un gran misterio.

Lo que ocurre en el campo de la localización cerebral reaparece en el campo de las explicaciones hereditarias de patologías mentales, y las “mitologías de la herencia” (Coffin, 2003, p. 255), que formaron parte de la historia de la psiquiatría a lo largo del siglo XIX, serán reforzadas y profundizadas en la era de la genética. Sin embargo, la psiquiatría continúa buscando esos indicadores objetivos y definidos, exigidos por el postulado 4 de Klerman, para demarcar las fronteras entre aquello que puede ser considerado normal y aquello que debe ser considerado como una patología psiquiátrica.

Las dificultades implícitas en ese desafío parecen ser mayores de lo que esperaban los teóricos de la degeneración, pues el propio Robert Spitzer, director del grupo de tareas encargado de la elaboración del *DSM III*, reconoció recientemente las dificultades, compartidas por todas las ediciones hasta hoy existentes del *DSM*, para demarcar las fronteras entre normalidad y enfermedad mental.

Esa dificultad ya fue apuntada por Kraepelin en 1902 como uno de los grandes problemas que debía ser enfrentado por la psiquiatría para construir clasificaciones objetivas de las patologías mentales. Consideraba que “es casi imposible establecer una distinción fundamental entre el estado normal y el estado mental mórbido [...] y que es igualmente difícil diferenciar los estados de transición que existen entre diferentes formas patológicas conocidas” (Kraepelin, 1907, p. 116).

Frente a la dificultad para establecer fronteras entre normalidad y patología mental, las cuatro grandes cuestiones que Magnan consideraba como ejes articuladores de su investigación aún no desaparecieron como marco de referencia para la psiquiatría biológica. Esas cuestiones son: identificar la predisposición hereditaria (degeneración); observar el desequilibrio (o lesión) cerebral; describir y agrupar los estigmas psíquicos y físicos que definen los síndromes episódicos; y, por último, analizar el curso y evolución de la patología (Postel, 1987, p. 355). Esas cuestiones reaparecen transformadas en el discurso de Kraepelin y, más tarde, en el discurso de los neokraepelinianos, adoptando la siguiente forma: identificar marcadores genéticos; observar, por la mediación de imágenes cerebrales, las alteraciones en los receptores neuronales; agrupar los síntomas que definen un diagnóstico; y, por último, analizar la evolución de la patología teniendo como preocupación central el pronóstico.

Considerando que tanto los indicadores hereditario-genéticos como la identificación de lesiones cerebrales permanecen indefinidos o, por lo menos, ambiguos, los ítems prioritarios a ser considerados se limitan a la definición de un conjunto de síntomas y al conocimiento de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, restringir el campo de la psiquiatría biológica a estas cuestiones puede producir una ampliación indefinida de su campo de injerencia, posibilitando la multiplicación

de patologías mentales por la simple agrupación de comportamientos o anomalías consideradas como síntomas.

Los trastornos intermediarios a los cuales se refiere Kraepelin tienen una funcionalidad doble. Permiten prevenir las patologías graves que anuncian, siempre que sean realizadas las medidas terapéuticas indicadas, y permiten crear nuevas patologías o trastornos que necesitan someterse a tratamiento psiquiátrico.

De ese modo, prevención y clasificación se confunden hasta hoy. Esos trastornos de transición permiten crear nuevos diagnósticos, como puede observarse en la presentación de un breve video institucional divulgado por el Instituto Nacional de Psiquiatría del Desarrollo (INPD, 2010). Ese video define una serie de trastornos de la infancia, identificables a partir de una serie de síntomas, como patologías intermediarias anunciadoras de patologías mentales graves e irreversibles que pueden aparecer en la vida adulta. Esos trastornos graves (identificados de forma transversal en la vida adulta), que van desde el suicidio hasta el homicidio, pasando por la criminalidad, tienen su inicio, según esos investigadores, en la primera infancia, configurándose así la categoría de niño de riesgo, esto es, niños que deben ser tratados antes de que la enfermedad se manifieste para evitar lo que denominan “cronificación de la patología”.

Esas patologías intermediarias son divididas por edad y vinculadas a una serie de síntomas. Se afirma, por ejemplo, que entre los tres y cinco años el atraso en la capacidad de habla, el aislamiento social y los movimientos repetitivos de las manos pueden ser indicativos de un trastorno de desarrollo y comunicación. La lista de patologías se multiplica y se extiende a los diferentes momentos de la infancia, sin hacer referencia en ningún caso a problemas familiares, violencia en la escuela, falta de motivación para el estudio, entre una multiplicidad de otras situaciones posibles. Por último, el video explica que el proyecto del INPD es entrenar médicos generales y maestros de escuela para la detección precoz de los síntomas. Del mismo modo que ocurría en las teorías de Morel o Magnan, la psiquiatrización de lo social tiene carácter preventivo, se refiere prioritariamente a la infancia, está destinada a identificar y medicar los pequeños desvíos de conducta antes de que ellos “se cronifiquen”. En ese proceso intervienen otros actores, además de los psiquiatras, como médicos, padres y maestros, aliados en el esfuerzo de identificar patologías mentales leves de la infancia.

Para concluir, es posible afirmar que la historia del concepto de degeneración, desde el momento de su emergencia en el campo de la medicina mental y considerando sus transformaciones, rectificaciones y sustituciones, revela líneas de permanencia y de discontinuidad en la genealogía de la psiquiatría biológica. El estudio histórico de ese concepto permite concluir que —como afirma Coffin— “la degeneración fue progresivamente puesta entre paréntesis en los debates nosográficos” (Coffin, 2003, p. 12). Ese concepto será sustituido por la idea de predisposición, por las enfermedades constitutivas y posteriormente por las enfermedades congénitas. Sin embargo, la pregunta sobre el modo de transmisión de los caracteres patológicos que afectan a los enfermos mentales desde su nacimiento continúa presente, buscando una respuesta.

Como intentamos mostrar, el concepto de degeneración no se limita a establecer una articulación entre patologías mentales y herencia. Él posibilitó una redefinición

del campo de la psiquiatría, dejando marcas profundas que aún permanecen en el discurso y en las intervenciones realizadas en el campo de la salud mental. Las transformaciones sufridas por ese concepto evidencian la progresiva necesidad, sentida por la psiquiatría del siglo XX, de alejarse de las ideas eugenésicas, deterministas y conservadoras asociadas al concepto de degeneración.

La psiquiatría ya no aceptará interferir en los comportamientos de pueblos y razas, como pretendieron los teóricos de la degeneración. Sin embargo, la biopolítica de las poblaciones defendida por los degeneracionistas permanece cuando la psiquiatría pretende diagnosticar comportamientos, anomalías o sufrimientos multiplicando las patologías intermediarias, consideradas como riesgo de enfermedades mentales graves e irreversibles. La clasificación de comportamientos cotidianos y de sufrimientos que forman parte de la condición humana como cuadros patológicos indica la permanencia de esa medicina de lo no patológico iniciada por Morel y Magnan.

Las ideas reduccionistas defendidas por los degeneracionistas limitaban el campo de los sufrimientos psíquicos a causas orgánicas, restringiendo la comprensión de los relatos de los pacientes y de la escucha terapéutica. Como vemos, frente a la imposibilidad de encontrar un substrato orgánico patológico que legitime los diagnósticos diferenciales, la psiquiatría deberá satisfacerse con la descripción de síntomas. El viejo interrogatorio psiquiátrico utilizado por los teóricos de la degeneración reaparece transformado. Ya no serán los estigmas físicos y morales —que anunciaban síndromes de degeneración— los que deben ser registrados, sino los síntomas que indican la existencia de un trastorno o de una patología psiquiátrica.

La historia de las transformaciones sufridas por el concepto de degeneración puede servir de ayuda para entender las razones por las cuales tanto la psiquiatría biológica actual como los teóricos de la degeneración dejaron de lado los esfuerzos por comprender esas pasiones y esas situaciones de vida, que Pinel consideraba como elementos fundamentales para entender la alienación mental. Esas circunstancias, sistemáticamente desconsideradas en la narrativa de los pacientes, como la pérdida de un amor, un matrimonio violento, las dificultades económicas o el abandono en la infancia, quedarán excluidas del campo de lo que debe ser considerado significativo, por la propia lógica explicativa de la psiquiatría ampliada.

El trayecto aquí recorrido por la historia del concepto de degeneración puede auxiliarnos a comprender uno de los motivos que llevaron a la exclusión de los relatos de vida de los pacientes del campo de la psiquiatría y a su sustitución por parámetros considerados objetivos, aunque continúen permaneciendo misteriosos, como la localización de lesiones cerebrales o las explicaciones genético-hereditarias de patologías mentales. De modo que, retomando el curso dictado por Foucault en el College de France en el año 1983, *El gobierno de sí y de los otros* (2008), podremos afirmar que el largo proceso histórico de consolidación de la psiquiatría ampliada ha conducido a reforzar el gobierno de los otros por la mediación de un saber, la psiquiatría, y por el recurso a una estrategia privilegiada de intervención, la psicofarmacología, obstaculizando y desconsiderando las múltiples estrategias posibles de cuidado de sí y de reconstrucción reflexiva de nuestra subjetividad.



# Referencias bibliográficas

- Ackerknecht, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editora Universitaria de Buenos Aires.
- Ackerknecht, E. (1982). *Historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editora Universitaria de Buenos Aires.
- Ackerknecht, E. (1986). *La médecine hospitalière à Paris*. París: Payol.
- Agamben, G. (2002). *Homo Sacer*. Belo Horizonte: UFMG.
- Amaral, A. (2004). *A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Amarante, P. (1998). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. En: Amarante, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Andral, L. (1858). Rapport sur le Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, n. 9, pp. 490-493.
- Andrieu, B.; Boetsch, G. (eds.). (2006). *Dictionnaire de corps dans les sciences humaines et sociales*. Paris: CNRS.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2.<sup>a</sup> ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3.<sup>a</sup> ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4.<sup>a</sup> ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5.<sup>a</sup> ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: APA.
- Arnauld, D. (1896). Theorie des dégénérescences. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 4, pp. 435-438.
- Birman, J. (2010). A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *Historia, Ciência e Saúde Manguinhos*, v. 17, suplemento 2, pp. 345-373.
- Beard, G. (1881). *American Nervousness: Its causes and consequences*. New York: Putnam.
- Beaussart, M. (1912). Epilepsie et dégénérescence mental. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, n.17, pp. 59-63.
- Bentham, J. (1980). *El panóptico*. Madrid: La Piqueta.
- Boudin, C. (1857). *Traité de Géographie et de Statistique Médicale*. Paris: Baillière. Bowler, P. (1985). *El eclipse del darwinismo*. Barcelona: Labor.
- Broca, P. (1867). *Sur la prétendu dégénérescence de la population française*. Paris: Martinet.
- Brouardel, D. (1899). Dégénérescences hérédosyphilitiques. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, n. 42, pp. 503-506.
- Buffon, G. (1749). *Histoire Naturelle Générale et Particulière. Tome II*. Paris: L'Imprimerie Royale.

- Buffon, G. (1756). Les animaux sauvages. En: *Histoire Naturelle Générale et Particulière. Tome VI. Oeuvres*. Paris: Gallimard.
- Buffon, G. (1761). *Histoire Naturelle Générale et Particulière. Tome IX*. Paris: L'Imprimerie Royale.
- Buffon, G. (1776). *De la generation des animaux*. Paris: INALF.
- Cabanis, P. J. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Baillière. Cabanis, P. J. (1844). *Lettre a M. Fauriel sur les causes premières*. Paris: Baillière. Camargo Jr., K.; Nogueira, M. I. (2009). *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Campos, R.; Huertas, R.; Martínez, J. (2000). *Los ilegales de la naturaleza: medicina y degeneracionismo en la España de la restauración*. Madrid: CSIC.
- Canguilhem, G. (1990a). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Canguilhem, G. (1990b). *La Santé*. Concept vulgaire & question philosophique. Paris: Sables.
- Canguilhem, G. (1991). *O objeto da historia das ciencias*. em Carrilho, M. (org.). *Epistemologia, posições e Críticas*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- Canguilhem, G. (1993). *Le cerveau et la pensée*. En: *Philosophe, historien des sciences*. Paris: Albin Michel.
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil.
- Caponi, S. (2007). Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, n. 14, pp. 13-38.
- Cartron, L. (2000). *L'idée de dégénérescence au XIX: exposé dans le cadre du Seminaire de G. Jorland à l'EHESS*. Paris: EHESS.
- Castiel, L. E.; Álvares-Dardet, C. (2007). *A saúde persecutória e os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Christian, M. (1892). Contribution à l'étude des stigmates de la dégénérescence. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 16, pp. 443.
- Claveira, M. (1912). El suicidio, la locura y las degeneraciones. *Annales Médico Psychologiques*, n. 1, pp. 102-105.
- Coffin, J. (2003). *La Transmission de la Folie 1850-1914*. Paris: Harmattan.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Corsi, P.; Gayon, J.; Gohau, G.; Tirard, S. (2006). *Lamarck, philosophe de la nature*. Paris: PUF.
- Cowles, E. (1904). Epilepsie avec amnésie. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 20, p. 318.
- Dally, M. (1881). Dès dégénérescences. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 6, pp. 283-286.
- Decker, H. (2007). How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 337-361.
- Déricq, L. (1885). Leçon d'ouverture du cours de M. Magnan sur les maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 2, p. 311.
- Descartes, R. (1927). Discours de la Méthode. En: *Ouvers Choisies*. Paris: Garnier. Destutt de Tracy, A. L. (1844). Table Analitic au Rappots du physique et du moral de l'homme. En: Cabanis, P. J. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Baillière.
- Doron, C. O. (2009). *Archéologie des troubles de la personnalité*. Seminaires du Centre Georges Canguilhem.
- Edler, F. (2011). *A Medicina no Brasil Imperial: clima pasitos e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Edler, F. (2002). A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 9, n. 2, pp. 357-385.
- Engstrom, E. (2007). On the Question of Degeneration by Kraepelin. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 389-397.
- Falret, J-P. (1864). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*. Paris: Baillière.
- Fassin, D. (2003). *Biopolitique*. En: Lecourt, D. (org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, pp. 176 -179.
- Feighner, J. P. (1979). Nosology: a voice for systematic data-oriented approach [Editorial]. *American Journal of Psychiatry*, v. 136, pp. 1173-1174.
- Feighner, J. P.; Robins, E.; Guze, S. B.; Woodruff, R. A. Jr.; Winokur, G.; Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, v. 26, pp. 57-63.
- Féré, C. (1890). Dégénérescence et criminalité. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 6, pp. 354.
- Fillasier, A. (1909). Dégénérescence mentale avec épilepsie, actes inconscientes, fugues, impulsions. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 10, pp. 304-305.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- Foucault, M. (1978). *La historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1983). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1989). O nascimento da medicina social. En: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1997). *Il Faut Défendre la Societé*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux*. Paris: Seuil.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psiquiatrique*. Paris: Seuil.
- Foucault, M. (2004). *Securité, territoire, population*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2005). *Naissance de la biopolitique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1986). *La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna*. En: *Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. IX*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 159-181.
- Gall, F. (1825). *Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties*. Ballière. Paris.
- Ganil-Perrin, M. (1914). Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 5, pp. 216-218.
- Garrabé, J. E.; Weiner, D. (2005). Prologue. En: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: Les empecheurs de penser en rond.
- Grmek, M. (org.). (1999). *Histoire de la pensée médicale en occident*, v. 3. Paris: Seuil.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hacking, I. (2000). *Múltipla personalidade*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Hacking, I. (2006). *L'âme réécrite: étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Paris: Les empecher de penser en rond.
- Hamel, D. (1911). Dégénérescence et folie maniaco-depressive. *Annales Médico Psychologiques*, n. 13, pp. 308.

- Helvétius (1803). *De l'homme, de ses facultés intellectuelles et de son éducation*. Londres: Société typographique.
- Heller, A.; Fehér, F. (1994). *Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hipócrates (2001). Sobre los aires, las aguas y los lugares. En: *Tratados Médicos*. Barcelona: Anthropos.
- Hoff, P. (2008). Kraepelin and degeneration theory. *European Archives and Clinical Neuroscience*, v. 258, suplemento 2, pp. 12-17.
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A.; Wakefield, J. (2007). *The loss of sadness*. Oxford: Oxford University Press.
- Huertas, R. (1987). *Locura y Degeneración. Cuadernos Galileo de Historia de las Ciencias*, 5. Madrid, Centro de Estudios Históricos.
- Huertas, R. (1992). Madness and degeneration, I. From “fallen angel” to mentally ill. *History of Psychiatry*, v. 3, pp. 391-411.
- Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD) (2010). Video institucional.
- Jablensky, A. (2007). Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. *History of Psychiatry*, v. 18, n. 3, pp. 381-388.
- Jorland, G. (2006). A higiene pública em França e Inglaterra: um estudo comparativo. En: Caponi, S.; Lecointre, M. R. (orgs.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso, pp. 255-76.
- Jouanna, J. (1997). La naissance de l'art medical occidental. En: Grmek, M. (org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol. 1*. Paris: Seuil.
- Kirn, M. (1870). Dégénérescences graves dans ses rapports avec psychoses. *Annales Médico-Psychologiques*, n.7, pp. 316.
- Klerman, G.L. (1977). Mental illness, the medical model, and psychiatry. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 2, n. 3, pp. 220-243.
- Knecht, D. (1885). De la transmission de la dégénérescence physique chez les criminels. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 7, p. 316.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry. A Textbook for students and physicians*. New York: Macmillan Company.
- Kraepelin, E. (1912). *Lectures on clinical psychiatry*, 3.<sup>a</sup> ed. Michigan: W. Wood.
- Kraepelin, E. (1917). *One hundred years of psychiatry*. New York: Philosophical Library.
- Kraepelin, E. (1997). *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Paris: Harmattan.
- Kraepelin, E. (2007). On the question of degeneration. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 398-404.
- Kraepelin, E. (2009). As formas de manifestação da insanidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 1, pp. 167-194.
- Lantéri-Laura, G. (1999). Le psychisme et le cerveau. En: Grmek, M. (org.). *Histoire de la pensée médicale en occident*, v. 3. Paris: Seuil, pp. 99-113.
- Laurent, E. (1899). Prostitution et degeneration. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 10, p. 381.
- Le Blanc, G. (2007). *Les maladies de l'homme normal*. Paris: VRIN.
- Lecourt, D. (1999). *Georges Canguilhem*. En: *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*. Paris: PUF.

- Lecourt, D. (org.). (2006). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF.
- Legoyt, G. (1864). De la prétendu dégénérescence physiques de la population française. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, n. 22, pp. 221-223.
- Legrain, D. (1895). Dégénérescence sociale et alcoolisme physiques. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal*, n. 34, p. 372.
- López Beltrán, C. (2004). *El sesgo hereditario*. México: UNAM.
- Machado de Assis, J. (2009). *O Alienista*. Porto Alegre: Editora L&PM.
- Magnan, V. (1887). *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris: Baillière.
- Magnan, V. (1893). *Recherches sur les centres nerveux. Alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés*. Paris: Masson.
- Magnan, V.; Charcot, J. (1892). De l'onomatomanie. *Archives de Neurologie*, v. 10, n. 29, pp. 157-177.
- Martin, S. (2007). Between Kraepelin and Freud: the integrative psychiatry of August Hoch. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 275-300.
- Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología Médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Maurel, M. (1999). *August Weismann et la generation de la vie*. Paris: Kimé.
- Michaud, Y. (2000). Des modes de subjectivation aux techniques de soi. *Revista Cités*, n. 2. Dossier: *De la Guerre de races ao biopouvoir*, pp. 11-40.
- Mildenberger, F. (2007). Kraepelin and the "urnings": male homosexuality in psychiatric discourse. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 321-336.
- Montesquieu (1767). *De l'esprit des loix*. London: Nourse.
- Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Paris: Bailliére.
- Morel, B. A. (1859). Rapport fait à la Société Medico-Psichologique sur le Traité des Dégénérescences. *Annales Médico-Psichologiques*, n. 3, pp. 456-460.
- Moynihan, R.; Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman: la industria farmacéutica que nos convierte en pacientes*. Barcelona: Contrapunto.
- Nicolas, S. (2009). *Histoire de la psychologie française au XIXe siècle*. Paris: Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine.
- Noll, R. (2007). Kraepelin's "lost biological psychiatry"? Autointoxication and surgery for dementia praecox. *History of Psychiatry*, v. 18, pp. 301-320.
- Nordenfelt, L. (1984). *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*. Boston: Philosophy and Medicine.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Oudant, A. (1901). Lê delire d'auto-accusation. *Annales Médico-Psichologiques*, n.13, pp. 495-496.
- Pereira, M. E. (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 3, pp. 490-496.
- Pereira, M.E. (2009). Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 1, pp. 161-166.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.
- Pick, D. (1996). *Faces of degeneration, A European Disorder 1848-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pigeaud, J. (2004). *Naissance de la Psychiatrie*. En: Lecourt, D. (org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF.
- Pignarre, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Hachette.
- Pinel, P. (2005) [1809]. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Pinell, P. (2006). *Dégénérescence*. En: Lecourt, D. (org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF.
- Porter, R. (2004). *Das tripas coração*. São Paulo: Record.
- Postel, J. (1987). *Historia de la psiquiatria*. México: Fondo de Cultura Económica. Postel, J. (1997). *Introduction à: Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Paris: L'Harmattan.
- Postel, J. (2007). *Éléments pour une Histoire de la Psychiatrie occidentale*. Paris: L'Harmattan.
- Rey, R. (1997). *L'ame, le corps et le vivant*. En: Grmek, M. (org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol. 1*. Paris: Seuil.
- Ritti, A. (1889). *Comptes Rendus. Congrès International de Médecine Mental Tenu a Paris, du 5 au 10 aout 1889*. Paris: Masson.
- Roelcke, V. (1997). Biologizing Social Facts: an early 20th century debate of Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 21, pp. 383-403.
- Roger, J. (1983). Buffon et le transformisme. En: Biezunski, M. *La recherche en histoire des sciences*. Paris: Seuil.
- Rosenhan, D. (1973). "Being sane in insane place". Reprinted from *Science*, v. 179, pp. 250-258, by permission of the publisher and author.
- Saad, M. (2006). La médecine constitutive de la nouvelle science de l'homme: Cabanis. *Annales Historiques de la Révolution Française*, n. 320.
- Serpa, O. D. (2006). Dégénérescence. En: Andrieu, B. (org.). *Dictionnaire de corps dans les sciences humaines et sociales*. Paris: CNRS.
- Serpa, O. D. (2010). O degenerado. *Historia, Ciência, Saúde Manguinhos*, v. 17, suplemento 2, pp. 447-474.
- Shepherd, M. (1995). Two Faces of Emil Kraepelin. *British Journal of Psychiatry*, n. 167, pp. 174-183.
- Souza Neves, M. (2010). O grande mal no Cemitério dos vivos: Diagnóstico de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados. *Historia, Ciência, Saúde Manguinhos*, v. 17, suplemento 2, pp. 293-312.
- Spitzer, R. (2007). Introduction. En: Wakefield, J. *The Loss of Sadness*. Oxford: Oxford University Press.
- Spitzer, R. L.; Forman, J. B. W. (1979). DSM-III Field Trials II. Initial experience with the multi-axial system. *American Journal of Psychiatry*, v. 136, n. 6, pp. 818-820.
- Starck, C. (1871). La dégénérescence intellectuelle du peuple français. *Annales Médico-Psychologiques*, n. 5, p. 292.
- Szasz, T. (1977). *A escravidão psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Tamayo, R. (1998). *El concepto de enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Uttal, W. (2001). The limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain. *Brain and Mind*, n. 3, pp. 221-228.
- Venancio, A.; Russo, J. (2010). Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. *Historia, Ciência, Saúde Manguinhos*, v. 17, suplemento 2, pp. 327-345.

- Voxvrie Guy, R. (2010). Histoire et Souvenirs de la Société de Médecine Mental de Belgique. *Acta Psychiatrica Belgica*, v. 110, n. 2, pp. 33-41.
- Weismann, A. (1990). De l'Hérédité. En: *La découverte des lois de l'herédité Anthologie*. Paris: Agora Les Classiques.
- Williams, E. (1994). *The physical and the moral: anthropology, physiology and philosophycal medicine in France*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winakur, G. (1972). Types of depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, v. 120, pp. 265-266.

En la segunda mitad del siglo XIX comienza a articularse un nuevo modo de entender las enfermedades mentales que ya no se restringe exclusivamente a la preocupación por los delirios, las alucinaciones, los actos violentos o las pasiones irrefrenables, hechos que hasta ese momento concentraban el interés de alienistas y psiquiatras. Ese desplazamiento permite clasificar un conjunto cada vez mayor de conductas y comportamientos cotidianos como patologías psíquicas que requieren intervenciones terapéuticas. Emerge así un nuevo campo de saber que posibilita que hechos simples, como la tristeza profunda, la sexualidad en la infancia, el alcoholismo y los más diversos desvíos de comportamiento pasen a ser, poco a poco, objeto de discursos e intervenciones médicas.

Asistimos, así, a la creciente consolidación de ese espacio de saber y de intervención que Michel Foucault denominó medicina de lo no patológico. Se delinean, en ese momento, los contornos de una psiquiatría ampliada que permanece hasta hoy interesada en definir y clasificar las enfermedades del hombre normal.

Deberemos indagar, por ejemplo, cómo surge, cómo se valida y cómo se difunde ese saber médico relacionado a lo no patológico. Analizar a partir de qué espacio epistemológico, de qué saberes y de qué estrategias discursivas se consolidó esa psiquiatría ampliada que aparece en la segunda mitad del siglo XIX y que hoy parece haber renacido con fuerza inesperada.

Sandra Gaponi

*Fragments de la Introducción*

