



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**Unidad Xochimilco**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**  
**LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA**

**MÓDULO XII**  
**SOCIOLOGÍA Y SOCIEDAD**  
**TRIMESTRE LECTIVO 25-I**

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

**“LAS EMOCIONES EN EL DISPOSITIVO PSI CONTEMPORÁNEO:  
CRÍTICA A LA CONFIGURACIÓN DEL SUJETO DESORDENADO”**

**POR**  
**DENISE GARCÍA RODRIGUEZ**  
**MATRÍCULA 2202022779**

**ASESORA**  
**DRA. EDITH KURI PINEDA**

**FECHA DE ENTREGA**  
**28 DE ABRIL DE 2025**

## **Agradecimientos**

A mi asesora, la Dra. Edith Kuri Pineda por su guía constante. Por su voz siempre atenta, por sus observaciones y críticas certeras. Gracias por orientarme en la búsqueda de los matices afectivos, por abrirme senderos nuevos hacia la reflexión y el interés académico, y por su confianza en este proyecto.

Al Mtro. Alberto Carvajal por abrirme las puertas del Samuel y acompañarme en cada visita. Por mostrarme desde otra perspectiva la importancia de lo que sucede en esos espacios; de los movimientos y experiencias de esos cuerpos llenos de sentidos y significados.

A los amigos que me regaló la UAM. Gracias por las pláticas, las risas, los abrazos y reflexiones compartidas. Por el cariño y apoyo mutuo que nos dimos en este proceso que tuvo sus momentos. El haber coincidido con ustedes fue una de las razones para seguir adelante. Los quiero y los llevo conmigo.

A mi esposo. Gracias por ser mi hogar, por nuestra pequeña familia que es la razón de todo. Gracias por leerme, por creer en mis palabras y sentir que en ellas reside algo valioso. Por el amor y la vida que compartimos.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Estrategia metodológica</b> .....	5
<b>Panorama del contenido de la tesina</b> .....	6
<b>Capítulo 1. El sujeto desordenado y los afectos en el dispositivo psi: de la locura a la condición de salud mental</b> .....	8
<b>1.1 La locura como crimen en la Nueva España</b> .....	10
<b>1.2 El crimen como enfermedad mental en los albores de la ciencia moderna</b> .....	16
<b>1.3 La medicalización y la enfermedad como criterio de verdad del yo en la sociedad contemporánea</b> .....	21
<b>1.4 Recapitulando</b> .....	24
<b>Capítulo 2. Emociones y sociología: un acercamiento crítico a lo afectivo</b> .....	26
<b>2.1 De las emociones en la sociología clásica a la sociología contemporánea de las emociones</b> .....	26
<b>2.2 La sociología de las emociones en México y América Latina</b> .....	30
<b>Capítulo 3. El sujeto desordenado y los afectos en la sociedad contemporánea: dos estudios de caso en la CDMX</b> .....	34
<b>3.2 Esferas de interacción del sujeto desordenado</b> .....	42
<b>3.3 La agencia del sujeto desordenado ante las reglas del sentimiento</b> .....	48
<b>Reflexiones finales</b> .....	51
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	53

## Introducción

Este trabajo surge de preocupaciones e intereses académicos que fui ubicando a lo largo de mi formación sociológica. En primer lugar, es un campo de investigación que considero emergente y no se encuentra de manera sistemática e importante en el mapa curricular de la Licenciatura en Sociología de la UAM-Xochimilco.

En segundo lugar, la pertinencia del estudio se fundamenta, entre otras cosas, en que los casos de análisis están conectados con una problemática agudizada en las últimas décadas. Durante la pandemia de Covid-19 en México, la prevalencia de *depresión* se duplicó alcanzando 3.6 millones de casos según el 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones (Secretaría de Salud, 2022), con *sintomatología* persistente de insomnio y *anhedonia* especialmente en adolescentes (10-19 años) y adultos jóvenes (20-59 años), mayoritariamente mujeres en zonas urbanas y, en el caso de los adultos mayores, con bajos niveles de bienestar (Vázquez-Salas *et al.*, 2023). Este repunte depresivo se tradujo en un marcado aumento de conductas suicidas: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró 8, 447 suicidios consumados en 2021 (una tasa de 6.2 por cada 100, 000 habitantes) y al menos veinte intentos de suicidios por cada muerte (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2022). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio reportó 8, 837 fallecimientos por suicidio en 2023 (el 1.1% del total de muertes; tasa de 6.8), con un 65.6% de los casos en personas menores de 40 años (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2023).

Sin embargo, la respuesta institucional sigue siendo insuficiente; sólo el 2% del presupuesto federal de salud se destina a la *salud mental* (el 80% de ello en gastos operativos de hospitales psiquiátricos), los servicios psiquiátricos en hospitales generales se reducen a consulta externa y la política actual segmenta la atención de salud mental en casos de adicciones, de enfermedades crónicas y determinantes sociales. Por ello, el programa aboga por un cambio epistemológico en el modelo de atención, situación que permite la aportación de áreas del conocimiento más allá de la ciencia médica y psiquiátrica.

Por lo tanto, estudiar desde un enfoque sociológico la importancia de los afectos en la experiencia de los sujetos dentro de la lógica *psi*, es crucial y resulta desafiante en términos conceptuales porque permite comprender cómo la normatividad social e institucional, y las relaciones de poder, configuran un entramado discursivo de lo que se considera emocionalmente legítimo. En esta línea, el objetivo general de mi investigación se orientó a analizar los elementos afectivos que influyen y a su vez se expresan en la configuración de quien sugiero llamar *sujeto desordenado*, tanto en el orden social como en el dispositivo *psi*. En este sentido la pregunta de investigación se basó en procurar comprender qué lugar tienen las emociones y los afectos en la configuración de la subjetividad de los individuos en la experiencia del dispositivo *psi*, partiendo de la afirmación de que el dispositivo opera en la sociedad contemporánea de modo que el sujeto se autopercibe afectivamente a partir de las instituciones y de sí mismo como un *sujeto desordenado*. En cuanto a los objetivos específicos, estos consistieron en 1) definir y analizar las características del dispositivo *psi* que se hacen presente en las interacciones cotidianas y en el marco de la interacción psiquiátrica; 2) caracterizar el funcionamiento del dispositivo *psi* en torno a las narrativas de los sujetos; y 3) comprender la experiencia afectiva en la configuración de la subjetividad del sujeto desordenado.

El abordaje teórico se articuló en torno a tres ejes fundamentales: 1) la arqueología y genealogía foucaultianas que permiten desentrañar cómo el saber-poder psiquiátrico ha ido configurando históricamente el objeto 'locura' como razón discursiva de prácticas e instituciones que se constituyen como entes cambiantes en contextos históricos diversos; 2) las reglas del sentimiento de Arlie Hochschild que evidencian cómo las normas culturales e institucionales regulan los afectos y obligan a los sujetos a gestionar sus emociones mediante estrategias de actuación superficial o profunda para ajustarse al marco de expectativas; y 3) el interaccionismo simbólico de la teoría goffmaniana que traslada el análisis de los desórdenes mentales al terreno de los encuentros cotidianos, mostrando que el diagnóstico *psi* emerge cuando los comportamientos emocionales perturban la copresencia y orientan al sujeto desordenado a una interiorización de la identidad como 'paciente mental' asignada por la institución total.

## **Estrategia metodológica**

El diseño metodológico de este trabajo se estructuró a partir de dos elementos importantes. En primer lugar, se realizó una búsqueda de fuentes históricas en publicaciones periódicas de mediados del siglo XIX. La exploración se enfocó en periódicos de circulación nacional y el criterio temporal fue extraído de un caso sobre locura considerado controversial para la época por sus alcances político, pero teóricamente relevante para mis intereses (formas discursivas sobre locura a partir del entramado saber-poder decimonónico). De aquí que me enfocará en el *Diario del Hogar* y *La Nación*, en sus publicaciones de agosto de 1888 y referente al caso del asesinato de Amelia Zornoza, a manos de su esposo Enrique Rode. Como se expone en el primer capítulo, la indagación documental no es menor, en la medida de que la investigación se propone historizar el objeto de estudio.

En segundo lugar, se emplearon dos técnicas de investigación para el registro de información para casos contemporáneos. La primera consistió en realizar ejercicios de observación participante en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno (HPSRM). Acudí a este hospital como parte del servicio social a partir del noviembre de 2024 y durante mi estancia tenía pláticas informales con residentes, personal de cuidado e, incluso, con una psiquiatra de consulta externa. Las visitas al hospital no tenían algún orden preestablecido, sino que eran encuentros libres en cuanto a actividades. Con todo, generalmente conversé con los residentes del pabellón 2, quienes llevan al menos 20 años como internos y, en casos más drásticos, son residentes desde que eran niños. La edad promedio pasaba los 50 años y todos fueron varones (durante mis visitas no tuve acceso a los pabellones de mujeres). Debido al tiempo que llevan dentro del hospital, algunos presentan deformaciones corporales y se encuentran en las secciones con menos mantenimiento del hospital. Las interacciones en las que me vi inmersa fueron de vital importancia para la observación directa de la operatividad del dispositivo psi y de los aspectos emocionales en la formación de los sujetos como pacientes (una sistematización puntual de estos datos se encuentra en el apartado tres del capítulo uno).

La segunda técnica de investigación que complementó la información de la observación dentro del hospital fue la entrevista a profundidad con informantes clave. Diseñé dos guiones de entrevistas, una para pacientes diagnosticados por el dispositivo y otra para los familiares que acompañaron pacientes. La estrategia para seleccionar a los informantes

fue definida por la imposibilidad de acceder a experiencias en el hospital que no estuvieran como residentes. Por lo tanto, las entrevistas analizadas en el capítulo tres son experiencias que no tienen relación con el hospital en el que se realizaron las visitas, pero que comparten la experiencia del internamiento. Si bien las dinámicas observadas dentro del hospital ofrecen un recorte sincrónico correspondiente a un momento de la carrera moral del sujeto desordenado, las entrevistas permitieron obtener narrativas longitudinales de cursos de vida para un panorama general de lo que implica la formación contemporánea de la experiencia de locura, o en términos de inclusión psiquiátricos: *la condición de salud mental*.

La metodología empleada consistió en explorar cómo se configura el marco afectivo del sujeto desordenado en el dispositivo psi contemporáneo a partir de dos estudios de caso en la Ciudad de México; el de Victoria con diagnóstico de *depresión crónica*; y el de José Luis en el acompañamiento a su hija con *trastorno límite de la personalidad*. Estos casos fueron seleccionados intencionalmente con los siguientes criterios: 1) diagnóstico médico de alguna *condición de salud mental*; y 2) experiencia en al menos un proceso terapéutico (psicoterapia, medicación farmacológica, internamiento o una combinación de estos). Se realizaron tres entrevistas a profundidad tanto al ‘paciente diagnosticado’ como a los familiares o personas cercanas que estuvieron en acompañamiento, con la finalidad de conocer el proceso de elaboración de las emociones y la vinculación emocional en la experiencia como ‘paciente’ y como ‘red de apoyo’.

### **Panorama del contenido de la tesina**

El escrito se compone de tres capítulos. El capítulo uno es un esfuerzo por construir una ontología histórica de la experiencia de locura; esto es, una reconstrucción histórico-social del sujeto desordenado. Partiendo de la antigüedad —con la teoría de los humores y las concepciones demonológicas—, pasando por la criminalización de la locura en la Nueva España y su transición como enfermedad mental en el terreno médico-jurídico del siglo XIX, hasta la medicalización contemporánea. A través de tres periodos históricos se muestra cómo en cada contexto histórico se configuró una experiencia afectiva regulada y codificada por formas discursivas e institucionales.

El capítulo dos ofrece un recorrido por el abordaje sociológico de las emociones: desde Durkheim, Simmel y Weber hasta el giro afectivo de los años noventa, integrando la

teoría relacional de Kemper, los estudios sobre la vergüenza y el orgullo de Scheff y, por supuesto, los supuestos teóricos *hochschildnianos* para entender cómo las normas culturales moldean y gestionan las emociones y la expresividad. Finalmente, en el capítulo tres se combinan seis meses de observación participante en el HPSRM con dos estudios de caso en la Ciudad de México para la comprensión de las formas en que se configuran los marcos afectivos del sujeto desordenado. Este recorrido empírico se organiza en tres ejes analíticos: el lugar de los afectos en el dispositivo psi; las esferas de interacción del sujeto desordenado; y la agencia del sujeto frente a las reglas del sentimiento. En la articulación de estos, los argumentos del capítulo ofrecen no sólo el análisis particular de los casos, sino que pueden verse como un acercamiento al mundo afectivo de la sociedad mexicana contemporánea.

## Capítulo 1

### **El sujeto desordenado y los afectos en el dispositivo psi: de la locura a la condición de salud mental**

A pesar del imaginario colectivo contemporáneo que podría tenerse sobre la vida cotidiana dentro de los hospitales psiquiátricos: una suerte de leyenda negra que el cine y la televisión han encarnado en escenarios de cuartos en blanco y camisas de fuerza donde habitan sentimientos como el miedo, la lástima, la amargura y el letargo; una postura crítica alejada de esta teatralidad advierte que en estos lugares sucede una multiplicidad de relaciones que sobrepasan la mera contención del insano y sus aflicciones.

Estas ‘ideas negras’ sobre la locura se suman a muchas otras que se han elaborado a lo largo del tiempo. Por ejemplo, antes de que la psiquiatría se consolidara como campo legítimo del estudio de la mente y sus desórdenes, e incluso antes de que los alienistas se preocuparan por las perturbaciones de la cabeza, en la antigüedad griega se asociaba la locura con dioses ‘irritados’, espíritus malignos y desequilibrios en los humores. Aunado a esto, en ese contexto comenzó a perfilarse uno de los recursos discursivos más longevos sobre la locura: la teoría de los humores. A Hipócrates y Galeno se les adjudica esta teoría que se expresa en los fluidos esenciales del cuerpo: sangre (humor sanguíneo), flema (humor flemático), bilis (humor colérico), y bilis negra (humor melancólico). Esta fue una época en la que la razón y la capacidad intelectual eran cualidades ideales para la perfección y el modelo de una vida virtuosa. En consecuencia, cualquier expresión emocional ‘desbordada’ se interpretaba como un signo de desviación, una amenaza para el dominio de la razón y, por lo tanto, una condición condenable. Este sentido valorativo de las emociones en la sociedad grecorromana se encuentra en las siguientes líneas:

la pasión era aquello que debía condenarse por estar alejado de los ideales de vida propuestos [en clave moral] [...] sobre las cuales la razón debía ejercer una función de control para que no se obstaculizaran los planes perfeccionistas de búsqueda de la excelencia humana (Pinedo y Yáñez, 2019, p. 18).

Estas doctrinas son importantes porque bien (o mal) interpretadas por la sociedad medieval (Sacristán, 1987), predominaron en el discurso moral y médico hasta el siglo XVIII (Butcher

*et al.*, 2007). Así, acompañando la teoría de los humores, para la mentalidad medieval el ‘loco’ todavía se hallaba en terreno de brujas y posesiones demoniacas, pero ahora cohabitaba con las interpretaciones de la fe cristiana. En este periodo, la locura era una categoría fluctuante, transitando entre el sufrimiento espiritual, el pecado y el castigo divino. Una experiencia rodeada de concepciones espiritualizadas que otorgaban al loco y sus desbordados afectos una especie de dignificación, por lo menos comparado con las épocas posteriores donde estos significaron el límite de la razón, de tal modo que fueron desplazándose a la esfera de lo moral y lo ético que finalmente encaminó su internamiento (Foucault, 2006).

En este sentido, es oportuno pensar que, en todo momento histórico, aparece una determinada forma de experiencia discursiva que puede hacer que algo —en este caso la *experiencia de la locura*— sea pensable (Pérez, 2022). En la historia de la locura y la psiquiatría europeas, las posibilidades discursivas y sociales tuvieron una carga importante en el imaginario social de cómo se veía y se nombraba al insensato. Vale la pena mencionar que por experiencia de la locura me refiero a las vivencias, situaciones y experiencias cargadas de afectividad que fueron significadas como ‘enajenación de la razón’, ‘pérdida de juicio’, ‘demencia’, ‘alienación’ y ‘enfermedad mental’, tanto en los procesos de elaboración institucional como en el saber común. Como parte de la propuesta conceptual, la experiencia de la locura se inscribe en la noción de *sujeto desordenado* que se presentará más adelante.

Tomando en cuenta este supuesto me resulta pertinente preguntar ¿qué saberes establecidos posibilitaron la configuración del loco como un sujeto visible en la historia de México? Es decir, me interesa analizar cuáles fueron las condiciones discursivas que permitieron la emergencia del loco y sus avatares desde la sociedad novohispana hasta la sociedad contemporánea, además del lugar que ocuparon los afectos y emociones en este proceso. Para responder a estas interrogantes, considero necesario realizar en este capítulo un recorrido por tres momentos históricos en los que ha tenido lugar la experiencia social e institucional de la locura: a) la locura como crimen en la Nueva España; b) el crimen como enfermedad mental en los albores de la ciencia moderna; y c) la medicalización y la enfermedad como criterio de verdad del yo en la sociedad contemporánea.

Asimismo, se pondrá especial atención tanto a la experiencia emocional como a las normas emocionales que atraviesan las interacciones sociales en la constitución de la *carrera moral* del demente, al igual que las formas sociales en las que estuvo inscrito. A decir de Goffman (2001; 2010), la carrera moral es un proceso en el que el sujeto, sometido a evaluaciones axiológicas, morales y normativas, internaliza las valoraciones impuestas por el entorno —sea social o institucional—, y en consecuencia adapta y transforma su identidad propia. Esta noción se establece en un contexto psiquiátrico, donde el paciente mental, a través de la interacción constante con mecanismos de control y evaluaciones protocolares y clasificatorias de la institución, asume progresivamente la identidad asignada de ‘paciente’. Bajo esta lógica, cuando Goffman (2010) analiza el estigma, el concepto de carrera moral refiere a la forma en que los individuos marcados y desvalorizados socialmente negocian y resignifican su ‘yo’ frente a las normas culturales que condenan o estigmatizan determinados comportamientos o características.

En esta dirección, cada apartado de este capítulo contiene la reconstrucción histórica de un caso de locura, igualmente, este ejercicio está guiado por los intereses teóricos destinados a la discusión conceptual sobre la experiencia de la locura. Por ello, los casos no son meras anécdotas, sino componentes importantes en la discusión conceptual. Siguiendo el ejemplo de Goffman (2010), quien proporcionó las categorías más importantes de su sociología al analizar casos concretos y no como discusión teórica separada, los argumentos teóricos del capítulo se encuentran articulados con material empírico de tres experiencias de locura en la sociedad mexicana en diferentes contextos. Los casos son de varones y provienen de fuentes históricas primarias y secundarias (época novohispana y el porfiriato), y de material etnográfico (siglos XX y XXI). Estos casos expresan elementos claves para atender dos objetivos: delinear los aspectos conceptuales del trabajo y establecer una discusión sociohistórica del fenómeno de mi interés.

### **1.1 La locura como crimen en la Nueva España**

En el año de 1609, en Tecamachalco, un pueblo ubicado en lo que ahora es el estado de Puebla, empezaba a circular entre las pláticas locales que la locura atormentaba a un vecino: Alonso Hernández Marín, peninsular originario de Jerez de la Frontera, quien arribó a tierras novohispanas a finales del siglo XVI. Reconocido por saberse cirujano, despertó la

preocupación de familiares y allegados que no tardaron en acudir al Tribunal de la Fe, pues el médico había salido de su juicio. Fueron tres personas las que denunciaron a Alonso, dos lo señalaron por loco y uno por inventar y fingir locura para encubrir su herejía. Esta última fue elaborada por fray Juan de Casteñeda, guardián del convento de San Francisco, y debido a la gravedad del delito que señalaba, además de la importancia del cargo de este denunciante, desató una gran polémica en torno al caso de Alonso.

La Inquisición llamó a declarar a diecisiete personas, entre ellas familiares, vecinos y amigos del acusado. A todos se les preguntó si consideraban al médico verdaderamente loco o si creían que fingía. Entre los testimonios se dijo que al cirujano se le amarraba de manos y pies porque investía a las personas que lo visitaban; que era violento y agresivo; que deshonró a muchos diciendo mentiras de ellos; y que atentaba en contra de quienes lo cuidaban e incluso en contra de su propia vida, pasando días enteros sin comer ni dormir. Pocos meses después de iniciado el proceso contra Alonso, entre los vecinos del pueblo ya se había esparcido la habladera de que el médico se había vuelto loco por haber tenido ‘una pasión’ con un fraile de la orden franciscana, y aunque los rumores nunca duermen, nadie de los testigos nombró cuál fue dicha pasión.

El caso de este cirujano no cesó de controversial. El Santo Oficio mandó llamar al maestro Miguel de Miranda, quien presumía de tener una amistad cercana con Alonso. En su testimonio, De Miranda relató que durante una estancia de un mes en casa del cirujano siempre insistió para que éste le contara la razón de su aflicción hasta que el ‘desgraciado’ finalmente reveló:

que tenía muy afligido su corazón porque un fraile le había quitado su honra y díchole palabras que un rufián no las pudiera decir como él y que hombre ninguno no le había afrentado y quitado la honra sino el fraile de San Francisco y que esto le tenía afligido el corazón y muy apretado (Sacristán, 1987, pp. 133-134).

La locura de Alonso era episódica: la enfermedad le solía aparecer especialmente cuando recibía alguna pasión. Cuando volvía a la cordura, trataba a todos bien y los llamaba por sus nombres, además retomaba sus quehaceres como cirujano y como buen cristiano. Sin embargo, esta no era la primera vez que le rebrotaban los episodios desventurados. Cuando el médico viajó a Nueva España veinte años atrás, en el navío, el capitán

mandó a Alonso Hernández Marín cortarse su natura y miembro viril a un negro suyo no lo queriendo hacer [...] el dicho capitán le dijo que si no lo hacía le mandaría amarrar a él y que el negro le cortase a él su natura y no queriéndolo hacer [...] le mandó amarrar y quería que se ejecutase en él lo que no quiso hacer en el negro y por intercesión de unos religioso de San Francisco que venían en el dicho navío, le mandó el capitán soltar y desatar y de aquí el dicho Alonso Hernández Marín tomó una imaginación de manera que estaba loco y hacía y decía cosas como tal y estuvo algunos días sin comer y en el navío le trataban como a tal loco (Sacristán, 1987, p. 158, corchetes en el original).

Miguel de Miranda añadió a su testimonio que, cuando el barco tocó tierra

le vio [...] andar cabizbajo y triste y en el navío se entendió y dijo que de la pena que había recibido por lo que el capitán había osado con él, le había dado aquella locura y imaginación (Sacristán, 1987, p. 158, subrayado y corchetes en el original).

Después de tan agobiante juicio, en 1612 se concluyó que Alonso estaba verdaderamente loco y fue enviado al Hospital de San Hipólito para Hombres Dementes, ubicado en la capital novohispana y fundado en 1567 (Ríos, 2024).<sup>1</sup> Este caso inquisitorial ofrece una multiplicidad de elementos hacia un abordaje histórico-sociológico que servirá para orientar la mirada teórica. Si esta tesina pone especial énfasis en comprender el lugar de los afectos en la experiencia dentro del dispositivo psiquiátrico contemporáneo, entonces ¿por qué regresar a un momento de la historia en el que dicho dispositivo aún no existía? Esta preocupación histórica se explica porque es posible rastrear en el pasado los aspectos básicos de nuestro presente. Aquí sigo, principalmente, las elaboraciones teóricas en el terreno de lo histórico de Michel Foucault. Por ejemplo, en *Historia de la locura en la época clásica I y II*, este filósofo recurrió a una historización crítica (arqueología) para “describir los eventos específicos que en un momento determinado [de la historia] contribuyeron a la emergencia de un cierto objeto [la sinrazón, la locura, el enfermo mental]” (Pérez, 2022, p. 46).

Es decir, los locos en la sociedad europea del siglo XVII no eran los mismos locos que en la del siglo XVIII y aunque parezcan objetos históricos similares, sólo pudieron ser comprendidos a partir de la revisión de los elementos discursivos que los hicieron posibles (Pérez, 2022). Bajo este enfoque, y su continuación en lo que llamó genealogía, Foucault (2024; 2023a; 2009; 2012; 2023b) realizó indagaciones sobre lo que llamó el poder psiquiátrico (curso de 1973-1974), los anormales (curso de 1974-1975), la historia de la sexualidad (libro publicado originalmente en 1977), el nacimiento de la biopolítica (curso de

---

<sup>1</sup> Los datos ofrecidos del caso de Alonso son una reconstrucción propia de acuerdo con mis intereses analíticos, a partir de Sacristán (1987).

1978-1979), y la hermenéutica de sí (conferencias de 1980). Por lo tanto, acudiré constantemente a momentos muy precisos para observar los encuentros y desencuentros entre la percepción de los afectos en la experiencia de la locura a lo largo de la historia.

En la sociedad novohispana del siglo XVII la locura ya se había establecido como un criterio de demarcación de los límites de la razón, a su vez, los afectos (pasiones) estaban indisolublemente asociados a esta concepción. Retomemos para el análisis el caso de Alonso Hernández. Este cirujano fue denunciado por estar loco y ‘fuera del sentido recto’ (Sacristán, 1987, p. 87), y esa pérdida de juicio se atribuyó a lo que en esa época se denominó ‘pasión’. Como sostiene Kuri (2022), la experiencia histórica de los afectos y la forma nominativa que se les otorga se corresponde con la precisión de “cómo cada sociedad habilita, moldea y constriñe qué sentir, cómo codificarlo y cómo expresarlo. Se trata [...] del rol desempeñado por las reglas sociales” (Kuri, 2022, p. 40). Por lo tanto, los afectos y emociones que cada sociedad codifica son formas de vínculo social que posibilitan la comunicación y la interacción entre los sujetos, pero que también se materializan a través de los dispositivos de poder.<sup>2</sup> En el siglo XVII, donde data el caso de este médico, las interpretaciones alrededor de las emociones estaban fuertemente influenciadas por las creencias de orden religioso que encarnaba la Inquisición.

En este sentido, haber experimentado una *pasión* sintetiza una codificación histórica de los afectos: quebranto del mandato religioso del ejercicio de la sexualidad con fines reproductivos,<sup>3</sup> vivencia del placer fuera del matrimonio, el erotismo entre varones (Rodríguez, 2017), y el rompimiento del voto de castidad —en el caso del franciscano implicado en la pasión de Alonso—. Así, las emociones en la Nueva España se enmarcaron en un código moral específico. De esta manera, las pasiones y quienes las experimentan se enlazaron intrínsecamente a un núcleo de desviados sociales que podían ser considerados como comprometidos a rechazar el orden social (Goffman, 2010). Aunado a ello, el hecho de

---

<sup>2</sup> El poder también se articula como un sentimiento. Es decir, la relación entre el poder y las emociones se origina a partir de la influencia que el primero tiene en la vida afectiva de los sujetos y la manera en que los expresan (Kuri, 2022, p. 41).

<sup>3</sup> Hernández (2021) estudia un caso inquisitorial de sodomía en el que analiza la concepción de la sexualidad en los siglos XVI y XVII. Su investigación aborda cómo el delito de sodomía era entendido como transgresión a los mandatos y prohibiciones maritales en el ámbito sexual, sin centrarse en la orientación sexual de los implicados. En esta lógica, Alonso fue señalado no por aspectos de identidad sexual, sino por una práctica específica.

que los afectos y emociones se enmarcaran en concepciones religiosas sobre la moral y se estableciera una forma ideal de sentir y expresar los afectos, alude a lo que Hochschild (2008) denominó *normas emocionales* o *reglas del sentimiento*.

Hochschild (2008) argumenta que las emociones poseen significados y sentidos que están profundamente vinculados a contextos históricos específicos. Dentro de estas, la autora destacó tres dimensiones fundamentales: la normativa, la expresiva y la política (Bericat, 2000). La dimensión normativa se basa en el hecho de que las normas sociales no solo regulan el comportamiento y el pensamiento, sino también las emociones. Bajo este supuesto, las interacciones sociales, además de generar emociones en los individuos, imponen mecanismos de control sobre ellas. Estas normas emocionales funcionan como una forma de regulación social, determinando lo que se debe sentir en distintos contextos y señalando qué emociones son consideradas adecuadas o deseables (Bericat, 2000), esto reproduce un ejercicio de poder hacia formas normalizadas de sentir y expresar que se legitiman social e institucionalmente.

En este sentido, el comportamiento de Alonso como propio de un loco se manifestó en formas reconocibles para la época: agresión a otros sin motivo aparente, daño intencional a la propiedad ajena, daño moral (difamación) a otros, agresión (profanación) a los objetos sagrados, daños en contra de él mismo, comportamiento peligroso o religiosidad desviante, autoconferirse atributos sobrenaturales y transgredir los principios de la fe cristiana (Sacristán, 1987). Por consiguiente, la tradición religiosa determinó qué actos y creencias se apartaban de la doctrina católica y cuáles eran fiel a ella. Cabe agregar los criterios que articulaban el discernimiento entre locura y herejía en los códigos morales y religiosos de la época; se concebía como loco a todo aquel que agredía física, verbal, material y moralmente tanto a los vienes familiares como los ajenos; quien agredía los objetos sagrados y manifestaba alguna forma de religiosidad desviante; los que se creían seres sobrenaturales; quienes manifestaban permanentemente sentirse condenados por dios o por el diablo; y todo aquel que experimentaba *pasiones*. Al hereje se le distinguía del loco porque era el pecador más grande; la herejía no sólo refiere a una práctica religiosa desviada como la idolatría, sino al rechazo total del dios cristiano, su iglesia y sus representantes (Sacristán, 1987).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Una discusión importante para diferenciar idolatría y herejía en la religiosidad novohispana se encuentra en Lara (2014).

Además, la manera en que una persona señalada como loca se relacionaba con su familia y comunidad resultaba un criterio importante para delimitar su condición en la distinción entre locura y herejía, pues, de no mediar estos factores, la diferencia entre ambas categorías de desacreditación (Goffman, 2010) sería difusa. De ahí, que la experiencia de la locura se estableciera a partir de los marcos normativos de la fe y de las prácticas que estructuraban las relaciones sociales de la época. Aunado a ello, al haber sido designado como loco, en términos sociológicos Alonso no era considerado como una persona dentro de las normas que estructuraban las interacciones cotidianas de la época, más bien representaba una forma social. Es decir, la locura de Alonso no estaba definida por características inherentes a su personalidad, sino a un rótulo emanado de la acción recíproca (Sabido, 2012).

En adición, el hecho de que Alonso Hernández fuera juzgado por un tribunal eclesiástico informa cierto grado de señalamiento y de identificación social valorativa. En términos goffmanianos, una estigmatización que se hace visible en varios momentos. A decir de Goffman (2010) el estigma es una marca social que desacredita a un individuo impidiendo que sea plenamente aceptado en las interacciones cotidianas; opera como un mecanismo de control y exclusión social que define y refuerza las fronteras entre lo normal y lo desviado. En este caso, el cirujano fue sometido a un proceso de etiquetamiento en el cual su locura quedó entrelazada con rumores sobre su conducta y su supuesto encuentro pasional con un fraile franciscano. Así, la comunidad no sólo juzgó su pérdida de cordura, sino que interpretó su historia a la luz de normas morales que reforzaron su descrédito. Sumado a esto, su condición como ‘enfermo de locura’ se ligó a su posición social y los rumores sobre su pasado, en tanto que, su comunidad terminó por definir su enfermedad a partir de su contacto con ‘lo prohibido’.

Los argumentos expuestos anteriormente evidencian cómo la concepción de la locura y los afectos en la sociedad novohispana se articularon en marcos normativos de la fe que abrieron un espacio a criterios sobre la determinación de un comportamiento desviado. De la misma manera, bajo esta influencia se establecieron las modalidades de enunciación que más tarde consolidaron la configuración del discurso médico entorno a la experiencia de la locura.

## 1.2 El crimen como enfermedad mental en los albores de la ciencia moderna

En la primera década del siglo XIX se decretó la supresión del Tribunal del Santo Oficio en España y en las colonias de América. Sin embargo, su operación no fue inmediata, por lo menos en el caso de México. Torres y Quezada (2021) sostienen que la abolición definitiva de la Inquisición en México tuvo lugar durante los años veinte del mismo siglo; a diferencia de lo ocurrido en la península a partir de las Cortes de Cádiz, fue un proceso pacífico que permitió a los inquisidores la realización de diversos consensos con el gobierno para proteger sus intereses en favor de refundar su institución. Sin desembarazarse completamente del ámbito religioso, el tema de la locura fue trasladándose a otros entramados discursivos. Así, para finales del siglo XIX ya empezaba a plantearse un proyecto de reformas políticas y sociales que incluía un tratamiento positivista, expresado en el marco legal sobre la locura.

Durante el polémico mandato de Porfirio Díaz, el territorio nacional alcanzó estabilidad política y económica al consolidarse como un Estado liberal, donde el progreso y la modernización se convirtieron en las banderas enarboladas por el gobierno (Ríos, 2024). La administración porfirista estaba convencida de que, a través de estos ideales el país lograría posicionarse en el podio de las naciones civilizadas. Para conseguirlo se introdujo el modelo positivista de Comte y el darwinismo social de Spencer,<sup>5</sup> reproducido tanto por los intelectuales de la élite como por el gobierno “en aras de [marcar] una distancia radical con cualquier referente religioso o metafísico que pudiera incidir en las políticas públicas” (Ríos, 2024, p. 22).

A partir de finales del siglo XVIII, los médicos de la época asumieron el estudio y la interpretación de las pasiones dentro del ámbito fisiológico. Esta nueva perspectiva de la medicina decimonónica reivindicó el interés científico por la dimensión orgánica de los desórdenes morales, desplazando el énfasis tradicional en las cuestiones filosóficas (Maya,

---

<sup>5</sup> En términos generales, el positivo comtiano fue un modelo filosófico centrado en la observación naturalista de la realidad. Es decir, Comte sostenía que las ciencias sociales modernas debían fundamentarse en fenómenos observables, medibles y tangibles, al modo de las ciencias naturales. La traducción teórica de estos postulados radicó en una propuesta evolucionista del paso de las sociedades por tres fases: teológico, metafísico y positivo (Zeitlin, 1974). En cuanto al darwinismo social de Spencer, éste consideraba a la sociedad como un organismo vivo que evolucionaba a partir de la integración por la diferenciación. Ambas teorías dominaron el pensamiento social y político hacia finales del siglo XIX (Monereo, 2009).

2023). Aunque los médicos porfiristas no adoptaron completamente esta metodología, los reproductores de la doctrina galenista,<sup>6</sup> centraron sus investigaciones en demostrar que las pasiones desbordadas eran la causa esencial para de la enajenación mental, en tanto que “patologizaron las actitudes arrebatadas y las clasificaron en dos frentes: las pasiones contrariadas asociadas a los infortunios del amor y las pasiones malsanas, en las que agruparon un conjunto de comportamientos transgresores” (Maya, 2023, p. 27). Esta interpretación se enmarca en los significados de la modernidad contenidos en el pensamiento clásico; es decir, un proyecto civilizatorio de expansión mundial que implicaba modificaciones sustanciales en aspectos políticos, sociales y culturales de las sociedades no occidentales, consideradas atrasadas con respecto al momento histórico del Atlántico Norte (Zabludovsky, 2010). Este aspecto es importante para comprender la transición en las explicaciones sobre la pasión por fuera de la religión, para ahora constituir lo normal desde la razón científica moderna.

Si bien la medicina ya se encontraba presente dentro de los procesos en materia jurídica-eclesiástica, la abolición de la Inquisición y la falta de un gremio específico consolidó la medicina mental como medicina legista. En 1872 entró en vigor el primer código penal mexicano; El Código Civil para el Distrito Federal y Baja California reconocía el delito como toda acción que atentaba contra la ética y causaba perjuicio a la sociedad. Se consideraba delincuente a quien infringía voluntariamente una ley penal, sin embargo, no se contemplaba la imputabilidad de aquellos que ‘desconocían’ la ilicitud de sus actos. El artículo 34 del Código Civil establecía las causas de exclusión de la responsabilidad criminal, dejando exento de culpa a quien —al momento de la infracción— se hallará en un estado de enajenación mental que anulase su libertad o le impidiera comprender plenamente la ilicitud del acto u omisión que se le imputa (Maya, 2015). En virtud de esto, el siguiente caso expone las características más importantes de este momento en la formación discursiva de la experiencia de la locura que me interesa rastrear:

La mañana del martes 14 de agosto de 1888, el *Diario del Hogar* sorprendió a sus lectores con un alarmante titular: “Asesinato de una joven. Pequeños detalles del suceso. Un

---

<sup>6</sup> Los galenistas eran una élite médica de prestigio encargados de detectar padecimientos que “podían atentar contra el proyecto de nación porfirista” (Maya, 2023, p. 45).

marido dispara los tiros del revólver sobre su esposa [...]”.<sup>7</sup> Lo mismo ocurrió la mañana siguiente en *El Nacional*, bajo el encabezado “Monstruoso asesinato perpetrado en la calle de la Acequia”.<sup>8</sup> La noticia corrió como el agua, sin embargo, el crimen tuvo lugar el día 13 de agosto alrededor de las 9 de la mañana. Enrique Rode de treinta y seis años, maestro del idioma inglés “en el que es muy entendido”<sup>9</sup>, fue arrestado y llevado a la Cárcel de Belem por haber asesinado de tres disparos a su esposa Amelia Zornoza, a la edad de diecisiete. Esta pareja llevaba apenas nueve meses de unión bajo los lazos del matrimonio, “aún no se extinguía el calor de las nupciales caricias ni se ocultaba en los horizontes del indiferismo la luna de miel, cuando Enrique sintió despertarse dentro de su corazón la hidra de los celos”.<sup>10</sup> Dominado por esta pasión, se entregaba a todo tipo de excesos, haciendo sufrir a la joven con quien había decidido compartir su vida.

El celoso y exigente esposo desconfiaba de cualquiera que se acercara a su mujer: de quienes le dirigían la palabra, de los hombres que le cedían el paso en la calle, de los niños a quienes ella mostraba cariño e incluso de su propio padre. “Enrique tenía celos hasta de su propia sombra”,<sup>11</sup> por lo que, en tan solo dos meses, el hogar del matrimonio “era ya un infierno”.<sup>12</sup>

Los celos se posesionaron de tal manera en el corazón de Enrique, que éste comenzó por abandonar sus lecciones, por no ir a dar sus clases, por arrebatarse en todo y para todo no oyendo ya ni las advertencias de la razón ni guardando los respetos que siempre son debidos a una dama en consideración a su sexo.<sup>13</sup>

Tras varios meses de disgustos los dos conyugues acordaron el divorcio, pero no se concretó, pues “olvidándose de sus propósitos, en amorosa confianza acordaron seguir viviendo tranquilos bajo el mismo techo haciéndose mutuas protestas de cariño”.<sup>14</sup> Pero como es

---

<sup>7</sup> “Asesinato de una joven. Pequeños detalles del suceso. Un marido dispara los tiros del revólver sobre su esposa. Lugar del siniestro. Prendas recogidas sobre el cadáver de la víctima. El comisario de la policía. Las primeras diligencias.”, *Diario del Hogar*, 14 de agosto de 1888, p. 3.

<sup>8</sup> “Monstruoso asesinato perpetrado en la calle de la Acequia”, *El Nacional*, 15 de agosto de 1888, p. 2.

<sup>9</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

<sup>10</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

<sup>11</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

<sup>12</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

<sup>13</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

<sup>14</sup> *El Nacional*, 1888, p. 3.

sabido, no fue aquí donde terminó “la sangrienta tragedia que todos lamentamos”,<sup>15</sup> sino con el cuerpo de Amelia sepultado en el Panteón de Dolores al día 14 de agosto de 1888 y con “Enrique [...] loco en prisión pensando en ella, arrepentido, viéndola á su lado ensangrentada, pidiendo auxilio para salvarse de sus celos”.<sup>16</sup>

Ya en la cárcel de Belén, Rode expresó a su tío que, después de nueve meses de altercados maritales, “una multitud de contrariedades y circunstancias terribles le hicieron perder la razón porque aquél día fue víctima de una pasión” (Maya, 2015, p. 137).<sup>17</sup> Además de esto, en sus primeras declaraciones el acusado manifestó sentir arrepentimiento y remordimiento ante los jueces por el asesinato de Amelia, al mismo tiempo que intentó exaltar su memoria ante la familia Zornoza. No obstante, en los días previos al inicio de su juicio, Enrique procuró persuadir a jueces, médicos y a la opinión pública de su inocencia, alegando haber sido “víctima de las circunstancias” (Maya, 2015, p. 137). Afirmó que, tras haber perdido a su madre, “tuvo ‘un trastorno mental’, pero que no alteró el ‘uso de sus facultades’. En las audiencias, negó rotundamente revelar aquellas enfermedades para encontrar una ‘exculpante’” (Maya, 2015, p. 137). Durante el proceso se realizaron tres peritajes por médicos legistas interesados en cuestiones mentales. En ellos se determinó la inocencia de Enrique por ser propenso a la locura criminal, en tanto que, “los médicos sin ser todos ellos expertos en el conocimiento de las enfermedades mentales, lograron convencer a los jueces acerca de la predisposición a la locura del inculpado” (Maya, 2015, p. 145).

Aunque el caso Rode haya acaparado la atención de la prensa nacional e internacional, no se trató de un episodio aislado. Como parte de su *Gacetilla*, el *Diario del Hogar* añadió:

Siguen las tragedias [...] De a poco tiempo á esta parte se están repitiendo con frecuencia escenas sangrientas en esta Capital. Después del reciente suicidio de la joven Luz Veraza, el del joven Díaz en la torre de Catedral; el domingo el conato de homicidio del demente Oliver; antier, el uxoricidio perpetrado por el Sr. Rode, y anoche el asesinato de un hombre en la avenida Matamoros. La pasion de los celos, la demencia, la miseria y el vicio son lo móviles de esos crímenes que, con justicia, alarman actualmente á la sociedad.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> *Diario del Hogar*, 1888, p. 2.

<sup>16</sup> *Diario del Hogar*, 1888, p. 2.

<sup>17</sup> Una reconstrucción histórica detallada del caso de Enrique Rode entorno a los argumentos psiquiátricos utilizados para clasificar su locura, se encuentra en Maya (2015).

<sup>18</sup> “Gacetilla”, *Diario del Hogar*, 14 de agosto de 1888, p. 3.

Como se advierte en la cita anterior, la codificación de los afectos asociados a la locura para este periodo comienza a definirse en términos médico-jurídicos,<sup>19</sup> además adquirieron una dimensión política y social que permitió la consolidación de nuevas formas discursivas, entre ellas “una educación sentimental basada en la coacción de lo que ‘debían sentir’ los mexicanos al amparo del poder estatal, clerical y científico” (Maya, 2023, p. 43). En este sentido, la experiencia de la locura en la sociedad porfiriana se tradujo a un régimen de verdad particular que hacía posible distinguir al *loco criminal* del *enfermo mental*. Asimismo, la articulación de la institución jurídica y el discurso médico no sólo dieron forma a una normatividad social, sino también a la descripción de una realidad específica que se configuró activamente en la época. Desplegando así un régimen de verdad con sus propios procedimientos de verificación, sanción y legitimación (Foucault, 2010).

Es importante mencionar que la legislación no exigía a los médicos probar sus descubrimientos ni detallar sus métodos, tampoco obligaba a los jueces a supeditar su juicio al de los peritos. Aún así, la medicina legal se consideraba un apoyo indispensable para la justicia moderna. Los galenos veían en los tribunales la oportunidad de demostrar su saber en torno a las causas y las características de la enfermedad mental, y para exhibir sus técnicas. A través de un examen ‘minucioso’ de los aspectos biológicos, mentales, económicos y sociales de los enajenados, buscaban convencer a los expertos en derecho penal de que ‘epilépticos’, ‘neurópatas’, ‘personalidades excéntricas’ y ‘caracteres desequilibrados’ podrían representar un riesgo tanto para sí mismos como para los demás (Maya, 2015). En este contexto, el juicio de Enrique Rode expresa el traslado del paradigma científico sobre la locura de un modelo moralista a uno naturalista, centrado en una teoría degeneracionista reproductora de estigmas.

Finalmente, la resolución del caso Rode demuestra la disputa por definir los criterios en los juegos de verdad sobre la locura (Foucault, 2010). En este sentido, la conclusión del peritaje funge como “un acto performativo en donde la palabra hace a la cosa que nombra”

---

<sup>19</sup> Como sostiene Foucault (2010), este proceso fue un momento importante porque se debatió profusamente la utilización de nociones mentales en el ámbito jurídico. Además, casos particulares como el del Sr. Rode permiten analizar aspectos políticos de la época. Por ejemplo, a pesar de que fue declarado inocente, Porfirio Díaz decidió recluirlo en el Hospital de San Hipólito para supuestamente darle consuelo a la familia (Maya, 2015).

(Braunstein, 2023, p. 46), lo que se traducirá, en la sociedad contemporánea, en la consolidación de un modelo clasificatorio en donde el diagnóstico funciona como criterio de emergencia de un sujeto patologizado.

### **1.3 La medicalización y la enfermedad como criterio de verdad del yo en la sociedad contemporánea**

A lo largo del siglo XIX se realizaron abundantes publicaciones sobre locura, manicomios y posibles vías para el tratamiento del enfermo mental, principalmente en las últimas tres décadas. Los médicos del porfiriato mostraron un gran interés por conocer y dar cuenta de los padecimientos mentales, y para ello desarrollaron trabajos centrados en preocupaciones como la situación de las instituciones públicas para dementes, la relación entre locura y la responsabilidad jurídica en el terreno de la medicina legal,<sup>20</sup> y la exposición de casos clínicos con propuestas de tratamiento para curar la locura (Ríos, 2017). Esta comunidad de científicos reprodujo la teoría degeneracionista, propuesta y empleada en Europa para justificar el control gubernamental que se ejercía a los sectores que se creía podían poner en riesgo a la nación. Esta teoría planteaba que las adicciones, la sexualidad ‘anormal’ y las enfermedades crónicas conducían a la herencia de la locura (Foucault, 2023a); quienes manifestaran alguno de estos comportamientos “tendrían hijos epilépticos y estos, a su vez, los tendrían ‘idiotas’ o ‘imbéciles’, todo lo cual implicaba una degeneración de la especie [...] En consecuencia, el degeneracionismo fue el lado oscuro del progreso” (Ríos, 2024, p. 23).

Aunado a ello, la narrativa degeneracionista fue empleada por lo general para explicar la locura en personas de clases bajas, en cambio, la locura en las clases altas se comprendía bajo un enfoque diferente. En lugar de ser considerados como degenerados, se les veía como personas nerviosas que enloquecieron debido a los malestares de la modernidad (Ríos, 2024). De ahí que el gobierno porfirista priorizara la construcción de una institución que se encargara de aislar y contener a los degenerados, además de terminar con los viejos asilos para dementes que habían servido durante el virreinato para albergar a los desvalidos y

---

<sup>20</sup> En este contexto, el marco de la medicina legal debe entenderse como un campo en el que intervinieron la medicina y el derecho para establecer criterios sobre las enfermedades mentales que podían considerarse reductores de responsabilidad penal u obstáculos para el seguimiento del código civil (Ríos, 2017).

desamparados (Ríos, 2024); esa institución fue el Manicomio General La Castañeda, inaugurado en 1910, meses antes de que estallara la Revolución Mexicana.

Pese a los años de crisis posrevolucionaria que atravesó el Manicomio —la sobrepoblación, la falta de recursos y el olvido del Estado—, históricamente es importante porque fue el espacio que permitió el desarrollo y consolidación de la psiquiatría como disciplina de saber legítimo sobre las enfermedades mentales en México, hasta su clausura y demolición en 1968. Durante las décadas de 1920-1970 la institucionalización del saber psiquiátrico tuvo diversos cambios; se promovió la implementación de reformas y políticas en materia de salud pública sobre las enfermedades mentales, se abrieron hospitales con modelos asilares distintos al de La Castañeda y el psicoanálisis empezó a implementarse para comprender el comportamiento de los enfermos. Además, se crearon el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (1964) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (1979), “espacios fundamentales para la formación de especialistas, investigación de vanguardia y atención a pacientes” (Ríos, 2024, p. 42). Para finales del siglo XX ya había toda una clasificación de los trastornos mentales y sus características; parecía posible para los psiquiatras detectar en las personas manifestaciones de esquizofrenia o de psicosis maniaco-depresiva (Ríos, 2024). En cuanto a los tratamientos empleados para curar a los enfermos mentales, no cesaron de ser invasivos y poco eficaces,<sup>21</sup> así fue hasta la llegada de la industria psicofarmacológica.

Así, el siglo XXI inició con numerosas propuestas para reducir las hospitalizaciones y estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos en aras de “mejorar las condiciones de vida de ‘usuarios y usuarias’, donde los derechos humanos debían convertirse en una base del funcionamiento” (Ríos, 2024, p. 44). De este modo, la psiquiatría se ha conformado como un saber capaz de adaptarse a las críticas y modelos de comprensión dominante sobre la mente del ser humano. Esto ha permitido no sólo su continuidad histórica, sino también la diseminación de sus conceptos y lógicas explicativas a otros ámbitos sociales. A tal grado

---

<sup>21</sup> Los tratamientos más recurrentes fueron baños de agua fría, la malarioterapia, electrochoques y la inducción de convulsiones con cardiazol (Ríos, 2024).

que nos es familiar explicar nuestros comportamientos más cotidianos, movilizándolo ideas del dispositivo psi. Para ejemplificar estos aspectos podemos considerar el caso de Mariano:<sup>22</sup>

Mariano fue internado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro cuando tenía 6 años. Desde pequeño mostró comportamientos que preocupaban a su familia. A los cuatro años ya tenía ‘cambios de humor muy bruscos’, podía pasar de la euforia al llanto en muy poco tiempo y sus hermanos decían que hablaba solo. Después de varias ‘crisis’ su madre lo llevó a un centro de salud, donde los médicos que lo evaluaron determinaron que requería tratamiento psiquiátrico, y ante la falta de recursos familiares para un tratamiento ambulatorio, finalmente fue internado. Los médicos psiquiatras recomendaron un internamiento corto mientras su condición mejorara; sin embargo, la situación familiar complicó su egreso. Su madre dejó de visitarlo, y su padre, con una visión mucho más rígida hacia los comportamientos de su hijo, no se involucró demasiado. Dentro del hospital Mariano siguió un tratamiento basado en la ‘medicación y terapia ocupacional’; además, aprendió a convivir con otros niños y se adaptó a la rutina institucional: horarios, supervisión y actividades estructuradas. La educación formaba parte de su proceso, aunque de forma irregular. Recibió enseñanza básica dentro del hospital, pero sin un plan que le permitiera continuar estudios formales. Sus emociones fueron configurándose en este entorno, donde expresar demasiado podía ser interpretado como un *síntoma* más que como una respuesta natural a su situación.

Durante la década de 1980, con la transición del paradigma psicoanalítico al biológico, la esquizofrenia de Mariano fue reclasificada como ‘trastorno esquizoafectivo’, además se le atribuyó un ‘trastorno de personalidad’ que complicaba su adaptación al mundo exterior y derivó en la administración de antipsicóticos de segunda generación. En esta etapa,

---

<sup>22</sup> Este caso ha sido construido a partir de las observaciones de campo dentro del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. Durante mi inserción etnográfica he conocido fragmentos de la historia de vida de al menos 15 personas, las cuales se encuentran como residentes de larga estancia. En la mayoría de los casos ya no tienen familiares ni redes de apoyo más allá del hospital. En casos extremos, hay residentes que fueron internados desde la infancia y no conocen una realidad fuera del contexto institucional. Los datos han sido registrados a partir de pláticas informales con enfermeros, personal de seguridad y limpieza, y con los internos mismos; sin embargo, hay lagunas importantes de información en cada caso. Por lo tanto, el caso de Mariano es una construcción de un “típico” residente de larga estancia. Con ello recorro a la estrategia analítica que la sociología de la vida cotidiana entiende como relaciones y personajes típico-ideales.

Mariano comenzó a cuestionar su permanencia en el hospital; no entendía por qué algunos niños llegaban y se iban, mientras que él permanecía ahí. Ya nadie reclamaba su salida, ni tenía un plan claro de egreso. A los 18 años fue transferido a un hospital psiquiátrico para adultos. Actualmente, Mariano sigue internado. No es claro si su salida se ha considerado, sin embargo, tampoco cuenta con una red de apoyo familiar que lo ayude a integrarse; su vida ha transcurrido dentro de un sistema de salud mental donde los procesos de reinserción social son escasos y difíciles de aplicar en casos como el suyo. Cuando los enfermeros le preguntan si quiere salir responde con una sonrisa; no expresa entusiasmo ni temor, pero parece que la vida afuera es una idea abstracta.

La subjetividad de Mariano se configuró dentro de lo que Goffman (2001) denominó *instituciones totales*; son espacios sociales que encierran a los individuos en un régimen de normatividad estricta, donde las fronteras entre lo público y lo privado se diluyen, y donde, además, son los gestores de las instituciones totales quienes definen y organizan la vida cotidiana de los internos (prácticas espaciotemporales, horarios fijos de alimentación, medicación, sueño, actividades lúdicas, etcétera), lo cual supone un ejercicio de poder. En este contexto, también emerge la carrera moral, pero ahora como una serie de etapas a lo largo de las cuales el interno transita en la institución total. Estas etapas incluyen la admisión, la adaptación, y la posible reintegración a la sociedad. Cada fase conlleva a una reconfiguración de la identidad del sujeto, influida por la estructura organizativa de la institución y las relaciones de poder que se ejercen sobre el cuerpo, la identidad y las relaciones afectivas del paciente y su subjetividad.

Por otro lado, es importante señalar que para el siglo XX, el dispositivo psi estaba en proceso de consolidación en México. Los elementos vistos en el caso de Mariano representan la puesta en acción de los componentes básicos señalados por Braunstein (2023, p. 44): “elementos discursivos y no discursivos, reglamentos, instituciones, manuales de clasificación –agreguemos–, edificios, libros y cursos de especialización, aparatos de difusión, ideología, códigos de procedimientos técnicos”.

#### **1.4 Recapitulando**

La experiencia de la locura es una síntesis de relaciones sociales con énfasis en la experiencia afectiva y la subjetividad. Como he mostrado en el capítulo, la afectividad asociada a la

locura está codificada por ciertas reglas sociales que establecen las formas de expresión emocional aceptadas o desviadas para una época en particular. Estas reglas, por otro lado, se insertan en códigos culturales e instituciones sociales particulares. En el caso de la Nueva España, el enmarque religioso cristiano fue decisivo para determinar qué comportamientos y emociones estaban por fuera de lo esperado en las interacciones cotidianas. Para el porfiriato, en cambio, el discurso sobre la locura se trasladó hacia el cruce entre la medicina y el derecho. Y para inicios del siglo pasado, la locura había sido instalada dentro del saber psiquiátrico.

A partir de lo anterior, es posible establecer las coordenadas sociológicas para el análisis del sujeto desordenado contemporáneo. En primer lugar, me refiero no a una condición inherente al sujeto, sino resultado de un complejo proceso social (carrera moral). En segundo lugar, el sujeto desordenado es configurado tanto por las relaciones sociales cotidianas como el saber institucionalizado, los cuales se complementan íntimamente. Por lo tanto, la unidad de análisis que se desprende consiste en atender relaciones específicas en las cuales emerge un sujeto reconocible y reconocido por afecciones clasificadas como locura.

## Capítulo 2

### **Emociones y sociología: un acercamiento crítico a lo afectivo**

Las vivencias, situaciones y experiencias que son significadas por los sujetos dentro de la narrativa psiquiátrica tienen un componente afectivo por demás importante. En el capítulo anterior señalé justamente cómo diferentes discursos sobre la locura la han asociado a nociones emotivas como *pasión*. Por ello, este capítulo incorpora a la reflexión la dimensión emocional en los estudios sociológicos, partiendo de la premisa de que los afectos no son simplemente formas de respuesta emocionalmente situadas, sino elementos constitutivos y transversales en la articulación de las narrativas, los discursos y las normatividades expresadas en la configuración de las subjetividades. Al mismo tiempo, las emociones forman parte del proceso de interpretación de la realidad.

#### **2.1 De las emociones en la sociología clásica a la sociología contemporánea de las emociones**

Como sostienen las propuestas teóricas sobre los afectos en las ciencias sociales, durante varias décadas, múltiples disciplinas —particularmente la sociología clásica— privilegiaron en sus investigaciones el análisis de aspectos estructurales, institucionales y discursivos. Esta orientación estuvo fuertemente influenciada por el predominio de enfoques positivistas, que aspiraban a formular una taxonomía de leyes generales sobre el comportamiento social basado en la racionalidad. En este contexto, la dimensión emocional no fue completamente ignorada pero sí relegada a un lugar indefinido dentro de los marcos analíticos dominantes, al asociarse con lo subjetivo e individual. Por ejemplo, en obras fundamentales como las de Durkheim (1982; 1998; 2008) se enfatiza la importancia de los hechos sociales y los procesos de racionalización, principalmente en preocupaciones dirigidas a la configuración del orden y la cohesión social; Durkheim habló de la efervescencia colectiva, y de la solidaridad mecánica y la solidaridad orgánica para referirse a la sociedad tradicional y a la moderna, respectivamente; en estos estudios se observa un contenido afectivo esencialmente en la experiencia ritualizada.

Asimismo, Simmel establece que las formas de sociabilidad son incomprensibles sin un abordaje relacional que incluya vínculos sensibles de afectación mutua. Desde este punto

de vista, los significados asociados a sentires específicos son producto de situaciones de interacción particulares, es decir, sociales (Sabido, 2017). Por otro lado, cuando Weber (2001) estudia la relación entre el ascetismo intramundano y la formación del capitalismo moderno, problematiza las motivaciones con orientación a valores que implican acciones sociales hasta cierto punto cargadas de afectividad y emociones. Aunque la propuesta weberiana abre posibilidades analíticas para pensar la subjetividad (Weber, 2014), la reflexión posterior a los clásicos ha pasado de considerar las emociones como una dimensión menor en el estudio de lo social a un abordaje heurísticamente significativo y relevante en sí mismo. Así, Weber planteó cómo el desarrollo del capitalismo se fundamenta en un ethos inspirado en la ética protestante donde la contención emocional resulta clave.

En efecto, a partir de la segunda mitad de la década de 1970 comenzó a reconocerse la importancia de estudiar la realidad emocional de los seres y de las estructuras sociales. Bericat (2000, p. 149 énfasis en el original), por ejemplo, identifica tres enfoques clave de la incorporación de la dimensión emocional en sociología: “la sociología «de» la emoción, la sociología «con» emociones, y la emoción «en» la sociología”. Asimismo, señala a tres autores como los pioneros en dichas líneas de estudio: Thomas J. Scheff, Theodore K. Kemper y Arlie R. Hochschild, respectivamente. En la década de 1990 hubo un cambio de paradigma en estos estudios con la aparición del giro afectivo, a partir del cual comenzaron a analizarse las emociones, la corporalidad y los afectos. En este contexto, algunos autores plantearon que lo emotivo está inscrito dentro del ámbito histórico cultural, mientras que lo afectivo se relaciona con lo sensorial, es decir, con una dimensión precultural (Kuri, 2022). La emergencia de los estudios sociológicos entorno a las emociones abrió nuevos horizontes interpretativos y metodológicos, al reconocer que los afectos y los sentimientos son esenciales para la comprensión de la experiencia del yo social en las dinámicas colectivas, pues, como señala Hochschild

Lo “social” llega mucho más allá de lo que nuestras imágenes actuales del yo nos llevan a creer. Los roles y las relaciones sociales no reflejan simplemente patrones de pensamiento y acción que dejan las emociones en un ámbito intocado, atemporal y universal. Lejos de ello, existen patrones del sentimiento propiamente dicho [...] nuestra tarea consiste en [...] seguir el rastro de los numerosos vínculos que existen entre el mundo que configura los sentimientos de las personas y las personas con capacidad de sentir (Hochschild, 2008, p. 127).

En este sentido, los investigadores del campo sociológico de las emociones incorporan en sus análisis las aportaciones teórico-metodológicas de Scheff, Kemper y Hochschild. Para presentar, sin pretensión de exhaustividad, las contribuciones fundamentales de estos autores, recurriré a la sistematización elaborada por Bericat (2000).

Scheff desarrolla una investigación empírica en la que la vergüenza y el orgullo se erigen como *emociones sociales por antonomasia*. Según este planteamiento, estos sentimientos son esenciales para la formación y mantenimiento de vínculos interpersonales, pues actúan como mecanismos que definen y legitiman la pertenencia a un grupo. La presencia de la vergüenza o el orgullo en una interacción no sólo refleja la valoración individual, sino que configura la naturaleza del vínculo social, evidenciando que “una interacción social no susceptible de provocarnos vergüenza u orgullo no constituye un vínculo social en sentido estricto” (Bericat, 2000, p. 151). De este modo, Scheff abre la puerta a una comprensión en la que lo afectivo se erige como eje central de la cohesión y el conflicto social.

Por su parte, Kemper ofrece una explicación relacional en la que el origen y la naturaleza de las emociones dependen esencialmente de la interacción social. Su teoría sostiene que “la inmensa mayoría de los tipos de emociones humanas derivan de los resultados reales, anticipados, imaginados o recordados producto de la interacción relacional” (Kemper citado en Bericat, 2000, p. 151). En este marco de ideas, se analizan dos dimensiones fundamentales: el poder y el estatus. Estas dimensiones precisan cómo las relaciones de dominación y las desigualdades en la distribución de recursos afectan la génesis de emociones ‘negativas’ como la culpa, la vergüenza, el miedo-ansiedad y la depresión. El autor argumenta que los desequilibrios en las relaciones sociales — ya sea por coacción o por falta de reconocimiento— son los que incentivan estas emociones, poniendo en evidencia la estrecha vinculación entre la estructura social y el mundo afectivo del individuo. Este enfoque permite comprender, por ejemplo, por qué la falta de reconocimiento en ciertos vínculos genera sentimientos de inseguridad y depresión, mientras que un exceso de otorgamiento de estatus puede derivar en la manifestación de vergüenza ante la exposición pública de fallas y errores.

Finalmente, Hochschild introduce el concepto de *elaboración de las emociones* para describir el proceso mediante el cual los actores manejan y gestionan sus emociones, en consonancia con las normas sociales que determinan lo ‘apropiado’ en cada situación o contexto. Este análisis enfatiza el argumento de que los afectos no son simples respuestas biológicas o epifenómenos, sino que son modelados y dirigidos por lo que denomina *reglas del sentimiento* (*feeling rules*). En este sentido, la gestión de las emociones —sea a través de una actuación superficial o profunda— permite a los individuos tanto adaptarse a las exigencias del entorno como a participar activamente en la construcción de la identidad y la comunicación interpersonal. La autora sostiene que la práctica sociológica de las emociones se caracteriza por “teorizar sobre todo aquello que se hace evidente cuando hacemos la simple asunción de que lo que sentimos es tan importante como lo que pensamos o lo que hacemos para el resultado de la interacción social” (Hochschild citado en Bericat, 2000, p. 159).

Así, las propuestas teóricas previamente expuestas se distinguen por su solidez conceptual, ofreciendo un marco analítico versátil que ha sido empleado en el abordaje de diversos objetos de investigación. Por ejemplo, Jasper (2013) demuestra que las emociones son esenciales en todas las fases de los movimientos sociales, pues funcionan como componentes ineludibles y complejos de la acción política y la protesta. En tanto que motivan a los individuos, las emociones se generan en la multitud, se expresan retóricamente y configuran los objetivos manifiestos y latentes en la protesta, de modo que las emociones puedan funcionar simultáneamente como medios y fines de la movilización. Además, Jasper ofrece una taxonomía de las emociones en el escenario de la acción colectiva (Kuri, 2023) que pretende una vía de análisis por fuera de visiones reduccionistas que asocian a la emoción únicamente con lo irracional, resaltando que las emociones operan de formas diversas al igual que su impacto en la acción política.

Por otro lado, Bericat (2018) construye un enfoque crítico acerca de la estandarización de los indicadores cuantificables para medir el desarrollo económico y el bienestar en la sociedad española, asumiendo que el progreso y la riqueza se traducen en felicidad. Al contrario, este autor propone incorporar la felicidad “como un criterio de evaluación autónomo y complementario al patrón de riqueza a fin de valorar tanto la calidad de vida como la calidad social” (Bericat, 2018, p. 22). Para ello, se apoya en la idea de que el

bienestar subjetivo tiene una dimensión social que no puede relegarse al ámbito privado. No obstante, el trabajo de Bericat (2018) no está principalmente enfocado a cómo alcanzar la felicidad, sino a comprender la infelicidad social. Tal como la sociología económica ha priorizado el estudio de la pobreza sobre la riqueza, este abordaje se centra en analizar el malestar más que el bienestar, y en las personas infelices más que en las felices.

## **2.2 La sociología de las emociones en México y América Latina**

Buena parte de los estudios que dieron origen al enfoque sociológico de las emociones se han centrado en afectos propios de contextos europeos y anglosajones. Sin embargo, también existe una amplia producción académica en América Latina y en México (Cedillo *et al.*, 2016). En este contexto, Arfuch (2016) ofrece un análisis crítico de las manifestaciones del *affective turn* en las narrativas de los medios masivos y su influencia en la política; desde esta óptica, propone el concepto *espacio biográfico* para dar cuenta de la complejidad de esta proliferación narrativa, además de ofrecer un marco transdisciplinario que trasciende los géneros discursivos convencionales y permite trazar una continuidad histórica desde el sujeto moderno hasta las múltiples variantes contemporáneas. Además de proveer una trama simbólica que permite la reconfiguración de la subjetividad contemporánea y un horizonte interpretativo para la comprensión de los fenómenos que tengan lugar en dicha sociedad.

Así, las emociones y los afectos están profundamente ligados tanto a las narrativas y discursos de la esfera pública, como a la acción y la configuración del yo social. Complementando esta perspectiva desde otro ángulo Robayo (2021) desarrolla una propuesta teórica para comprender la relación entre emociones y poder a partir del *sentirpensar*. De acuerdo con esta perspectiva, las emociones son producidas en medio de luchas por el sentido dominante en una sociedad y, al estar internalizadas en estos conflictos, poseen un carácter profundamente político. Además, el autor sostiene que las emociones son más que productos de la socialización; son juicios encarnados, compuestos por creencias, valores y modificaciones corporales que reflejan nuestros vínculos con el mundo, articulando las condiciones materiales y culturales, las cuales están estructuradas por el poder. En consecuencia, lo que sentimos-pensamos se rige por reglas de enmarcamiento y sentir, resultado de las luchas entre diferentes grupos sociales.

En efecto, las emociones son producto de las relaciones de poder (su producción, conservación, expresión y transformación) pero igualmente son factores que las configuran, ya que constituyen subjetividades que pueden favorecer acciones de dominación o resistencia. Como muestra Kuri (2022) las emociones son construcciones culturales e históricas orientadas por las relaciones sociales de poder y de dominación que, además poseen una dimensión expresiva en la que también operan como mecanismos normativos e instrumentos de poder que interviene en la conformación y reproducción de jerarquías sociales y relaciones de dominación en múltiples escalas. En este marco, la autora ofrece una propuesta teórica que denomina las *reglas del sentir de la dominación y la obediencia*, las cuales “moldean el *horizonte de expectativas, esperanzas y temores*” (Kuri, 2022, p. 63). Estas reglas, retomadas a partir de Hochschild, evidencian la existencia de una organización de las expresiones emocionales que legitiman y reproducen las relaciones de poder, al mismo tiempo que permiten su cuestionamiento y transformación a través de un proceso de elaboración emocional. Kuri explica además que, en los vínculos de poder asimétrico, los individuos construyen sus expectativas y temores en función de su posición social, lo que les confiere a sus emociones un carácter procesal y relacional. De esta forma, aunque las normas sociales orienten las prácticas, los sujetos tienen la posibilidad de transformar sentimientos como el miedo y la vergüenza en rabia o agravio, lo que orienta la acción política y la resistencia ante la opresión (Kuri, 2022).

En otra dirección, Sabido (2012) arguye una problematización sobre el sentir con relación al Otro como “extraño”, partiendo del supuesto de que para comprender el problema sociológico del sentir es necesario descentralizar al sujeto y focalizarse en lo que las situaciones generan en ellos, en lugar de analizar únicamente lo que sentimos en la individualidad. Si bien, son las personas quienes experimentan emociones, la manera en que estas se viven y expresan dependen de un saber afectivo socialmente condicionado, el cual se aprende a través del grupo al que se pertenece, la posición en él, la cultura y el género. Este conocimiento social influye en los esquemas utilizados para interpretar y expresar sentimientos, de modo que no se puede explicar el sentir sólo por la experiencia personal, sino que debe referirse a determinados modos de sociedad. De modo que sentir, de acuerdo con Sabido (2012), consiste en asignar significados, valores y jerarquías al mundo y a las personas en contextos específicos, lo cual hace que la percepción que tenemos hacia los

demás nunca sea neutral, si no que se base en esquemas aprehendidos que los clasifican en categorías (bonito/feo, desagradable/agradable, etc.) y generan diferentes tipos de vínculos afectivos: positivos (amor, ternura, cuidado) o negativos (odio, desprecio, rechazo). En tanto que “sentir al extraño posibilita la emergencia del desagrado, repulsión y asco, en tanto que éste irrumpe y desdibuja los límites sociales que han establecido horizontes de familiaridad sensibles” (Sabido, 2012, p. 163). En consecuencia, resalta la importancia “de atender la problemática evaluativa que se incluye en el desarrollo de relaciones con los extraños en términos negativos” (Sabido, 2012, p. 163).

Finalmente, López (2016) elabora un análisis de los significados sociales asociados a las emociones en el contexto de la institucionalización de la psiquiatría en la Ciudad de México, mediante una reconstrucción crítica de la visión médica sobre la histeria y la epilepsia. A través de una mirada interdisciplinaria, muestra cómo la medicina —además de patologizar ciertas expresiones emocionales— sirvió como influencia para fijar el carácter emocional como fenómenos orgánicos visibles en el cuerpo y el comportamiento. En este sentido, la autora destaca una tensión importante: aunque las emociones fueron integradas al discurso psiquiátrico como causas o consecuencias de las enfermedades mentales, nunca se desvincularon por completo de su carga valorativa/cultural.

La histeria, por ejemplo, fue concebida como una expresión del deseo y la imaginación femenina ‘desbordada’, reforzando estereotipos de género; mientras que la epilepsia fue asociada a impulsos agresivos, criminales y a la herencia degenerativa, estableciendo una visión masculinizada, clasista y racista del padecimiento. Igualmente, López (2016) evidencia la perspectiva biomédica que trata a las emociones como universales, homogéneas y atemporales. Frente a esto, defiende (al igual que los autores expuestos anteriormente) que las emociones no pueden comprenderse fuera del contexto social y colectivo en el que surgen, pues son vivencia compartidas, moldeadas por las instituciones y los vínculos en los que los sujetos están inmersos. En esta dualidad —dimensión individual y dimensión colectiva—, los afectos expresan cómo nos relacionamos con el mundo y con los demás.

Estas coordenadas teóricas proporcionan un ángulo de lectura crítico importante para mis preocupaciones. Los procesos de construcción de la subjetividad dentro del dispositivo

psi no toman como objeto de intervención y gestión emociones individuales en términos de un sujeto aislado, sino que ellas mismas se encuentran dentro de reglas del sentir y de la expresividad culturales y sociopolíticas, expresadas en valoraciones cotidianas y científicas que permiten la emergencia un sujeto codificado, clasificado y, por lo tanto, cognoscible. Otro aspecto importante de la revisión anterior es la complementariedad de las nociones centrales de esta perspectiva: emociones, afectividad y sentimiento. Sin eludir las precisiones terminológicas y el debate conceptual que encierran estas nociones (unas más cargadas hacia lo corporal, orgánico, cognitivo, sensorial o individual), a partir de aquí me refiero a ellas de manera indistinta porque un registro —por ejemplo, lo afectivo como lo sensorial y lo corporal— no ignora otro, incluso lo incluye —lo emocional como una expresión corporal de elaboraciones sociales—. Aunque se suele trazar una separación teórica entre emociones y sensorialidad, en realidad ambas se relacionan de manera intrínseca. Así lo proponen autores como Ahmed (2014) y el propio Simmel, al afirmar que determinadas percepciones sensoriales pueden desencadenar emociones, mientras que ciertas emociones, a su vez, intensifican la agudeza sensorial. El siguiente capítulo reconstruye, justamente, cómo las significaciones de experiencias, situaciones e interacciones cargadas de emotividad han sido significadas dentro de este complejo proceso para la configuración del sujeto desordenado en la sociedad mexicana contemporánea.

## Capítulo 3

### **El sujeto desordenado y los afectos en la sociedad contemporánea: dos estudios de caso en la CDMX**

En octubre del 2024 estaba cursando el onceavo trimestre. Como es de saberse, uno de los requisitos esenciales para la titulación es la acreditación del Servicio Social, así que comencé mi búsqueda. Para ese momento ya tenía interés por el tema de los ‘desórdenes mentales’ y las psicopatologías, razón por la que opté por un proyecto interno de la universidad titulado *Las esquizofrenias. Un campo paranoico de la psicosis*. El proyecto está dirigido por el Mtro. Alberto Carvajal en vinculación con el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno (HPSRM) y a grandes rasgos tiene como objetivo contribuir al entendimiento y visibilización de las prácticas socioespaciales e interpelantes políticas que emergen en el contexto del hospital psiquiátrico, procurando una reflexión crítica sobre el ejercicio institucional y comunitario a través de la difusión de los resultados en eventos académicos. Para ello, entre las actividades a realizar se organizan visitas. En noviembre del mismo año llegué por primera vez al ‘*Samuel*’ (que es la forma coloquial de nombrarlo entre quienes acudimos desde la UAM). Era una mañana fría pero bastante soleada. La hora de visita comienza a las diez de la mañana. Había personas esperando afuera del hospital y al extremo derecho de la puerta de acceso estaba el grupo de psicología de octavo trimestre a quien el maestro imparte clases. En cuanto lo vi me acerqué a ellos, que empezaban a formar una fila para el ingreso y así entramos. No era la primera vez que el grupo llegaba al hospital, de hecho, ya contaban con actividades asignadas por equipos en los cuatro pabellones a los que la dirección del hospital nos permite el acceso: pabellones de Larga Estancia I y II, y Psicogeriatría, todos únicamente de varones.

Nos dirigimos en compañía del equipo determinado al pabellón de Psicogeriatría; mi primera impresión fue de desconsuelo. Los cuerpos deteriorados de hombres mayores en sillas de ruedas, otros en camillas, canalizados con cuidados específicos y otros pocos caminando por la sala. Había alrededor de ocho enfermeros y enfermeras, y una persona asignada a la limpieza; todos uniformados. El personal de enfermería y cuidados se distingue por el uniforme blanco característico; los de limpieza con uniforme azul rey; y los ‘usuarios’

uniformados con pants y chamarra azul marino con franjas color verde fosforescente en los costados de brazos y piernas. Algunos llevan jorongo en lugar de chamarra, pero se ha vuelto parte del atuendo habitual. Además, en las ropas de todo residente hay un característico bordado con las siglas del hospital: HPSRM. En esas formas reglamentadas del vestir se asomaban algunas manifestaciones características de la institución total y de la función operativa del dispositivo psiquiátrico. Todos los pabellones cuentan con uno o dos encargados de resguardar la seguridad y mantener en orden a los ‘internos’. Estos vigilantes generalmente visten atuendos como policías y se encuentran en la entrada principal directa de cada pabellón. Asimismo, la vida cotidiana de los residentes del *Samuel* está organizada en función de la normatividad de la institución y por las indicaciones médicas que se le otorgan a cada uno en su calidad de ‘paciente’. Hay horarios fijos para cada actividad; para levantarse, para bañarse, para desayunar y para comer; para terapias, para actividades recreativas y de ‘reforzamiento’ de las habilidades; para visitas y alguna que otra actividad con motivo festivo; y por supuesto para la medicación. Se indica qué y cuánto tomar, qué y cuánto comer, así como lo que no. No obstante, los ‘internos’ dejan ver su interés por mantener espacios de ‘desobediencia’, de complicidad y de humor en los que mantienen su individualidad.

El hospital psiquiátrico funciona como un organismo de contención de la enfermedad, de administración de los cuerpos y las voluntades que se ‘desvían’ del orden social, pero igualmente funge como contenedor-neutralizador de los afectos y, como tal, de la elaboración emocional. Dentro del *Samuel* las interacciones se mueven mediadas por el dispositivo psi en su máximo esplendor, sin embargo, aún con todas las regulaciones hacia el yo del ‘interno’ habidas y por haber, éste no está exento de las formas de expresividad emocional y de sentir, pues, aunque el ‘paciente’ parezca existir en un estado de letargo recurrente, conserva dentro de sí una capacidad emocional. El dispositivo impone sus propias reglas de sentimiento determinadas por lo que el saber psiquiátrico establece como ‘normal’ o ‘anormal’.

En la misma ala donde se encuentra Psicogeriatría está la Unidad de Corta Estancia y ambos pabellones comparten una especie de patio común en donde los usuarios recién ingresados reciben a sus familiares. En mi tránsito por este espacio pude observar las interacciones entre el ‘interno’ y su círculo afectivo de sociabilidad primaria. La familia casi

siempre llega con expectativas importantes sobre la calidad del estado de salud de su 'paciente'. Si este muestra algún 'avance' del proceso terapéutico, generalmente la visita transcurre sin dificultades; se hace evidente el apoyo hacia 'el enfermo'. El visitante comparte algún regalo simbólico con su 'paciente', alguna cosa de comer que disfrute o alguna pertenencia que extrañe de su vida afuera, cosas que claramente no transgredan las regulaciones del hospital; se dan palabras de aliento o expresiones afectivas corporales como abrazos, caricias o besos. Pero hay ocasiones en las que la impresión de la familia al ver su 'interno', especialmente cuando están en tratamiento psicofarmacológico por primera vez, es desalentadora. Expresan en sus rostros preocupación y aunque buscan mantener cierta fluidez en la visita, muchas veces terminan en el llanto, el desconcierto o la vergüenza de cómo lo han visto.

Durante los seis meses de asistencia al *Samuel* he podido observar a profundidad las dinámicas institucionales que moldean la cotidianidad de los 'pacientes', a través de un acercamiento mucho más sólido hacia una de las bases instrumentales del dispositivo psi: el hospital psiquiátrico como espacio de regulación y construcción de subjetividades. Cada visita se convirtió en un ejercicio constante de reflexión y aprendizaje, donde las fronteras entre lo clínico y lo afectivo, lo normativo y lo individual se desdibujan para dar paso a una comprensión más compleja del discurso psiquiátrico, de las psicopatologías y del funcionamiento arquitectónico, organizativo y terapéutico de la institución. Así como del carácter relacional de las emociones en la copresencia cotidiana. Para el propósito de mi trabajo, esto se traduce en tres aspectos para delimitar el problema del sentir del sujeto desordenado desde una perspectiva sociológica, desplazando el enfoque de un sujeto individualizado hacia lo que las situaciones de interacción generan en términos afectivos. Ello se expresa en tres aspectos a analizar que funcionan como apartados de este capítulo: a) el lugar de los afectos en el dispositivo psi; b) esferas de interacción del sujeto desordenado; y c) la agencia del sujeto desordenado ante las reglas del sentimiento. Aunque la entrada del capítulo relaciona los puntos anteriores con la dinámica interna del *Samuel*, en las líneas que siguen exploro dos casos más allá del hospital, los cuales ofrecen una perspectiva diacrónica gracias a las entrevistas a profundidad realizadas.

### 3.1 El lugar de los afectos en el dispositivo psi

Para indagar cómo se configura el marco afectivo del sujeto desordenado en el dispositivo psi contemporáneo, es necesario retomar los aspectos teóricos expuestos en los capítulos anteriores: el dispositivo; la experiencia de la locura; las reglas del sentimiento y la elaboración emocional; las instituciones totales y la carrera moral.

En la teoría foucaultiana la noción de dispositivo alude a un entramado heterogéneo que integra formas discursivas, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes y normas administrativas, así como enunciados científicos y propuestas filosóficas, morales o filantrópicas; es decir, cosas dichas y no dichas. El dispositivo mismo funciona como una red que articula y sostiene todos esos elementos en su interrelación (Foucault, 1985). Aunque la definición propuesta por el filósofo francés —que incluye dispositivos sexuales, disciplinarios, asistenciales, de alianza, de verdad y de poder— pueda parecer sumamente abarcadora, su fuerza radica en ofrecer un marco descriptivo y empírico capaz de integrar fenómenos tan diversos bajo un mismo concepto. En este sentido, Braunstein (2023) ofrece una definición del dispositivo psi:

Nos adherimos al concepto [dispositivo] pues la idea nos es útil heurísticamente [...] permite bautizar y disecar ‘un *dispositivo psi*’ que reúne todo aquello que se reconoce por la partícula silábica mencionada: psiquiatría, psicología, psicofarmacología, hospital psiquiátrico, sociedades psiquiátricas, psicopatología, psicopedagogía, psicología laboral, etc., y otras denominaciones que suponen el prefijo [psi] tales como ~~salud y enfermedad mental, clasificación de los trastornos, personalidad y sus *disorders*~~, etc. (Braunstein, 2023, p. 44 tachado y cursivas en el original).

Este dispositivo psi reúne un conjunto de técnicas de sí (o tecnologías del yo) muy específicas que operan en los procesos de subjetivación. Estas tecnologías implican una serie de prácticas mediante las cuales el propio sujeto actúa sobre su cuerpo, su mente, sus emociones y sus conductas, con el fin de transformarse, modificarse y alcanzar cierto estado de inteligibilidad subjetiva (Foucault, 2023a). Dicho en otras palabras, aquellas prácticas permiten la emergencia de un sujeto legítimo dentro del conocimiento característico del régimen poder-saber psi. Lo elementos expuestos anteriormente se hacen visibles en el testimonio de Victoria:

Cuando tú aceptas [...] las cosas son más fáciles, pero mientras tú no aceptas [...] todo se complica. Entonces dije, bueno, voy a aceptar que yo tengo este problema y que yo necesito

ayuda, y que yo tengo que hacer lo que los médicos me digan, aunque no me guste [...] y pues ya me sometí (Victoria, comunicación personal, 28 de marzo de 2025).

En estas líneas se ejemplifica cómo al interior del dispositivo psi, la aceptación de un diagnóstico emitido por un *profesional de la salud mental* y la adhesión a los protocolos terapéuticos constituyen las tecnologías del yo que legitiman la existencia de un sujeto clínico. En otras palabras, se desarrolla un proceso doble. Por un lado, cuando el sujeto acepta el diagnóstico legitima al dispositivo psi. Por otro, cuando esto sucede, este saber-poder valida al paciente como sujeto desordenado, digno de ser atendido, regulado y protegido. Por lo tanto, la decisión de Victoria de ‘aceptar que tiene un problema’ muestra la interiorización del discurso clínico-terapéutico de la psiquiatría y el ejercicio de autocontrol (‘hacer lo que los médicos me digan’) exigido por la carrera moral que la ha constituido como *paciente*.

Aunado a esto, el dispositivo psi se despliega en múltiples prácticas procedimentales que sirven para emitir el diagnóstico: “la entrevista, los cuestionarios y las pruebas de personalidad y para *tratar* a los ‘pacientes’: internamientos voluntarios o no, psicoterapias, psicofármacos, procedimientos cognitivo-conductuales, incluso psicoanálisis ordenado como ‘tratamiento’” (Braunstein, 2023, p. 46, cursivas en el original). También incluye las regulaciones que implica la prescripción de la residencia en la institución total: aislamiento e imposición de rutinas rígidas y procesos que despojan al interno tanto de prerrogativas personales como de su historia previa —mortificación del yo en términos goffmanianos—; actos ritualizados que descalifican socialmente al interno y refuerzan el dispositivo de poder; adaptaciones primarias —aceptación y obediencia del orden institucional— y secundarias —tácticas sutiles de resistencia para mantener la individualidad—; y todo aquello que conduce la erosión de la autonomía individual y permite la conformación de una identidad subordinada al régimen institucional en la experiencia del internamiento:

—Yo ya no tuve manera como que de defenderme o de decir, “yo no quiero ir a este lugar”, porque haz de cuenta que del Seguro Social me trasladaron a la clínica [...] y ya de la clínica, pues ahí me quedé el primer tiempo que yo estuve. Fue terrible [...] porque fue un mes sin ver a nadie [...] de mi casa a nadie [...] después de un mes ya fue cuando yo ya los pude ver y para mí fue muy duro [...] sentía que me habían abandonado porque yo no sabía que eran las normas del hospital que no me podían ver.

—¿A qué clínica te mandaron?

—Aquí, a la de San Fernando.

—¿Fue la primera vez que te mandaron?

—La primera [...] vez ahí.

— ¿Sentías que te habían dejado [...] ahí?

—Sí, ajá...que me habían dejado. Y yo no sabía que eran las reglas de ahí del hospital, hasta después ya del tiempo me di cuenta que era el procedimiento, que así era (Victoria, comunicación personal, 28 de marzo de 2025).

Todas las prácticas operativas que constituyen el dispositivo psi permiten la emergencia de un sujeto objetivante y cognoscible en un régimen poder-saber psiquiátrico inherente a la disciplina médica, en sus manifestaciones y formas.<sup>23</sup> Bajo una mirada predominantemente racionalista, la psiquiatría se constituye en una red discursiva que delimita los criterios de normalidad y desviación a través del examen metódico de la experiencia emocional. De tal modo que sólo el sujeto que interioriza y reproduce estas normas institucionales emerge como ‘legítimo’; y toda expresión disidente queda marginada, patologizada o medicalizada. Así, la lógica psiquiátrica no sólo interviene los cuerpos y mentes de sus designados ‘pacientes’, sino que traza los límites mismos de la subjetividad aceptable en la sociedad en general.

En otras palabras, para la formación de subjetividades dentro del dispositivo psi las emociones son interpretadas a partir de referentes médicos, estableciendo formas sanas/enfermas o normales/patológicas de sentir. Entonces ¿qué es sentir como una persona normal?, ¿quién expresa ‘adecuadamente’ sus emociones y cuánto debe sentir para adquirir un diagnóstico?, ¿cómo es la expresividad de un clasificado para ser clasificado? Los rangos y criterios evaluables de la disciplina médica general son formulados en términos fisiológicos (Braunstein, 2023); y en psiquiatría los criterios son sociológicos y los juicios o *diagnósticos* que emite el psiquiatra o el funcionario psi son inminentemente valorativos. En este contexto, las reglas del sentimiento y la expresividad asumen un carácter diagnóstico al ser codificadas en manuales como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (*CIE*) en todas sus versiones y volúmenes, donde se establecen indicadores cuantificables para clasificar determinadas emociones como patológicas.<sup>24</sup> De este modo, el dispositivo psi convierte construcciones culturales de la

---

<sup>23</sup> ‘Objetivante’ en el sentido foucaultiano en tanto que el dispositivo psi “permite la designación del alienado [del paciente y], se convierte en forma de denotación de un individuo en relación a sí mismo: [... el diagnóstico] diferencia al que lo sufre y lo ‘determina’, quiere decir que introduce aquello por lo cual el individuo tiene una aprehensión objetiva de sí mismo” (Pérez, 2022, p. 90).

<sup>24</sup> La CIE es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y el DSM es el *Diagnostic and Statistical Manual* de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

experiencia afectiva en problemas médicos objetivables, traduciendo la normatividad emocional a un lenguaje clínico que configura la subjetividad del *paciente*:

— [...] se puede decir que cuando llegué al hospital es porque ya había estallado la bomba. O sea... yo no tuve la posibilidad nunca antes de ir con un psicólogo, un psiquiatra [...] nada. El ingreso fue... se puede decir que directo. O sea, yo llegué a la clínica del Seguro Social y [...] me trasladaron al hospital de psiquiatría.

— Pero ¿qué te dijeron?

— [...] pues me hicieron muchas preguntas, que cómo me sentía, que [...] pues te hacen preguntas que si oyes cosas, que si ves cosas [...] Pues yo no tenía nada de esos síntomas, nada. Lo único, pues era la chilladera [...] de que yo no me controlaba, que estaba llorar y llorar (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

La normatividad emocional del dispositivo *psi* opera en el individuo de tal modo que, a partir de las clasificaciones, del diagnóstico, de las prescripciones, de las recomendaciones del *médico-psiquiatra*, de las terapias psico-conductuales y el conjunto de elementos que componen su experiencia en el dispositivo, el sujeto internaliza y vive sus emociones en clave *psi*, atravesando un proceso de elaboración de las emociones:

Yo sé que cuando hay un detonante [...] es algo que rebasa, [...] me rebasa. Entonces es algo que me han hecho notar... que eso es algo que va a formar parte de mi vida y que yo debo de tratar de tener pues, en la medida de lo posible, un control [...] yo me sentía muy mal, [...] yo pedí en ese momento [...] que me llevaran [a la clínica psiquiátrica], porque yo sentía que... que iba a pasar algo más fuerte (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

Como señala Hochschild (2008), las emociones solo adquieren su plena significación al enmarcarse en un contexto espaciotemporal concreto, y en cada uno de esos marcos despliegan una dimensión normativa, una expresiva y una política:

la primera dimensión nos informa sobre los juicios con respecto de los sentimientos; la segunda, sobre la comunicación del sentimiento, y la tercera, sobre la dirección del sentimiento. [...] Las reglas del sentimiento definen lo que imaginamos que deberíamos y no deberíamos sentir, y lo que nos gustaría sentir en una gama de circunstancias: muestra cómo juzgamos el sentimiento (Hochschild, 2008, p. 121)

Por consiguiente, la experiencia emocional queda anclada a las formas interpretativas y discursivas que se expresan en el dispositivo *psi* y configuran la subjetividad emocional del paciente. Por ejemplo, en las formas como se expresan ‘inadecuadamente’ las emociones, *lo psi* lo interpreta como ‘síntomatología’. Esto se hace evidente en el esfuerzo que el sujeto realiza por adecuar un sentimiento o emoción a los criterios de normalidad social que

reproduce el dispositivo, esto es la elaboración emocional. El concepto *hochschildniano* queda definido como:

el acto de intentar que se produzca un cambio en el grado o la calidad de una emoción o un sentimiento [...] ‘elaborar’ una emoción o un sentimiento es lo mismo que ‘manejar’ una emoción o llevar a cabo una ‘actuación profunda’. Nótese que la ‘elaboración de los sentimientos’ se refiere al esfuerzo —al acto de intentar— y no al resultado, que puede o no lograr su cometido. [...] La propia noción de intento sugiere una posición activa frente al sentimiento (Hochschild, 2008, p. 140).

Por lo tanto, la elaboración emocional como esfuerzo consciente por modificar una emoción para ajustarla a las reglas sociales e institucionales del contexto, se convierte en un factor de vulnerabilidad ante la mirada psiquiátrica, debido a que el sujeto psi acata las reglas del sentir del dispositivo. Profesiones de alta demanda emocional, como el trabajo de cuidados o los servicios al cliente, exigen una constante regulación del afecto, cuyo desgaste puede derivar en diagnósticos —*trastornos de ansiedad, depresión o burnout, y n cantidad de desórdenes*— desde la mirada psiquiátrica. En este contexto, Hochschild hace una distinción conceptual entre trabajo emocional y elaboración de las emociones. El primero refiere únicamente al proceso que realizan los trabajadores del sector servicios. Y el segundo consiste en lo que he señalado a lo largo de este trabajo; aunque son conceptos interrelacionados, son diferentes. Pues, el dispositivo psi tiende a interpretar tales ‘condiciones’ desde una lógica individualizante, desligándolas de sus determinantes estructurales. Prácticas procedimentales como la psicoterapia y la psicofarmacología constituyen formas institucionalizadas de elaboración emocional; por medio de *intervenciones clínicas* o el uso de *antidepresivos*, se busca ‘restaurar’ la adecuación del sujeto a las reglas del sentimiento dominantes. Estas técnicas de sí actúan como mecanismos de normalización afectiva, externalizando la regulación emocional hacia procedimientos operacionales y reduciendo el papel de la agencia intersubjetiva en la gestión del ‘padecimiento’.

Estos elementos componen un sujeto que puede autoperibirse, reconocerse y vivirse emocionalmente a partir de su diagnóstico: una forma de subjetividad constituida y validada por el régimen poder-saber del dispositivo psi. Aquí, discursos, manuales de clasificación y diagnóstico, espacios institucionales y tecnologías del yo, articulan una normatividad emocional codificada. Es a través de la reproducción de estas prácticas que el individuo denominado ‘paciente’ atraviesa una carrera moral en la que interioriza las reglas del

sentimiento y de la expresividad, adaptando su autonomía a la producción de una identidad legítima ante la institución psi. Esto tiene como corolario a quien sugiero es un *sujeto desordenado*:

Una vez me preguntó [...] la psicóloga Dora [...] “oye Victoria ¿[...] cuando intentaste quitarte la vida, tú lo pensaste?” ... le digo “no... si yo lo hubiera pensado, yo nunca lo hubiera hecho porque nunca vi la magnitud de la situación. Nunca pensé en mi mamá, en mi papá, en mis hermanos, ni siquiera en mí. Yo lo único que quería era desaparecer. Quería desaparecer porque yo no quería sentir lo que sentía, yo no quería sentir dolor. [...] A mí por eso me da miedo, porque yo me conozco. Yo cuando se me mete una idea, cuidado ¿eh? [...] porque estoy trabajando sobre lo que estoy pensando. Y sí me da miedo, me da miedo... y [...] por eso [...] mi refugio es Dios. Si empiezo a sentir cosas que yo no quiero sentir, yo voy y busco a la doctora [...] y en el momento que yo me siento mal, digo “no, no estoy bien”, yo voy a buscar a la doctora o quien tenga cerca. Y si no es la doctora, voy y busco al Padre y le digo cómo me siento y cómo estoy [...] Pero yo no me quedo [...] atrapada en mí (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

El relato de Victoria muestra una exigencia de regular el dolor emocional, aquí está totalmente expuesta al dispositivo que interpreta su ‘colapso afectivo’ como una falla interna y no como efecto de una presión estructural. Al describir su ‘impulso suicida’ como automático, en donde necesariamente debe depender de otros para no quedar atrapada en su dolor, las tecnologías del yo configuran su experiencia orientando su agencia hacia protocolos externos que han sido ya interiorizados, validando su identidad emocional dentro de la normatividad emocional *psi*.

### **3.2 Esferas de interacción del sujeto desordenado**

En el dispositivo psi resulta sencillo identificar las circunstancias que respaldan un cierto tipo e intensidad de emoción. Por ejemplo, por su experiencia, un psicólogo sabe casi intuitivamente cómo se ve un afecto inapropiado. No obstante, el problema no yace en categorizar la amplia gama de emociones desordenadas, sino en corregir-ajustar todo aquello que interfiera con la experiencia ‘correcta’ del sentir (Hochschild, 2008). Pero, ¿en qué criterios se basa el psicólogo para determinar qué y cómo debería sentir el *paciente*? Dadas las formas de configuración del comportamiento afectivo de los sujetos en todas las esferas de interacción, mediante la normatividad social de las emociones, la interpretación (no únicamente psi) tiene consustancialmente cualidades valorativas, de tal modo que:

En un sentido, todos actuamos como psiquiatras legos cuando usamos medios no sometidos a examen para determinar exactamente *qué* circunstancias justifican *cuánto* sentimiento de *determinado* tipo. [...] Evaluamos “la adecuación” de un sentimiento cotejándolo con la

situación, y no examinándolo en abstracto. Este cotejo brinda al evaluador un criterio de “normalidad” —una normalidad *social*— con el cual excluir los sistemas de significación personal que pueden llevar a que el actor distorsione su idea de “la” situación y experimente sentimientos inapropiados en relación con ella (Hochschild, 2008, p. 139 cursivas en el original).

Puede suceder que, para evitar la desviación afectiva, el sujeto desordenado deba enfrentarse a la tarea de elaborar de manera deliberada sus emociones a fin de compensar un comportamiento afectivo ‘natural’ que pueda generarle dificultades (Hochschild, 2008), y esto puede tener lugar en ámbitos finitos de significado (Schütz, 2008)<sup>25</sup> que trascienden el dispositivo. Goffman (1979) desplaza el análisis de los *mental disorders* desde el campo biomédico hacia la esfera de interacción social. A través de la observación de las situaciones cotidianas, propone que la *enfermedad mental* puede entenderse como una ruptura en los rituales sociales que sostienen el orden de la copresencia. Entonces, ¿a partir de qué las personas hacemos juicios sobre el comportamiento de los otros? La vida social se sostiene sobre una serie de reglas implícitas que regulan las interacciones cara a cara y estas reglas constituyen un orden moral y simbólico que permite a los individuos definirse mutuamente como personas. La locura o —dado el paradigma psiquiátrico contemporáneo— la condición de salud mental no es simplemente una condición clínica, sino una forma de transgredir el orden. En este sentido, los síntomas mentales son, ante todo, impropiedades situacionales (Goffman, 1979). Es decir, que perturban la organización ritual del encuentro social.

En este contexto, el lugar contiene una doble acepción: por un lado, como escenario físico en el que se lleva a cabo la interacción; por otro, como posición simbólica dentro del orden social. Al presentarse en el encuentro, cada individuo reclama un lugar que conlleva ciertas expectativas de comportamiento y ciertas formas de reconocimiento. Con base en estos argumentos, Goffman (1979) comprende la *demencia del lugar* que consiste precisamente en la incapacidad o negativa de una persona para adecuarse a los códigos que regulan ese doble nivel de lugar, de modo que, la locura no funciona como categoría fija, sino como un fenómeno que se activa en contextos específicos. El sociólogo canadiense se detiene

---

<sup>25</sup> Para Schütz, los ámbitos finitos de significado son espacios delimitados por la relación cara a cara, el aspecto fenomenológico básico de la composición del mundo de la vida social. Estos ámbitos tienen reglas propias y los experimentamos desde las categorías cotidianas del sentido común. De aquí que el dispositivo psi también se encuentre en otros ámbitos finitos de significados como una interacción en los espacios familiares, educativos o laborales.

particularmente en el análisis de la *fase maniaca* del *trastorno bipolar*. En este diagnóstico, los sujetos manifiestan un ‘exceso’ de actividad social, una aparente euforia, y una tendencia a transgredir límites rituales de interacción: invadir el espacio del otro, hablar en exceso, mostrarse grandilocuentes o asumir roles que no les corresponden. Desde su perspectiva, estas manifestaciones no se reducen a una sintomatología interna, más bien funcionan como rupturas del marco interaccional. En otras palabras, el problema no es lo que el individuo siente, sino lo que hace en relación con los demás. En el testimonio de Victoria, por ejemplo, esto se expresa en una serie de comparaciones que habitualmente escuchó cuando familiares o conocidos estaban en presencia de ella y sus hermanas. Al mismo tiempo, se evidencia cómo Victoria ya era sujeto de estigma y de descalificación:

Cuando las conocieron a ellas [a las hermanas] y me conocían a mí y me decía... “¿tú te das cuenta que tú no te peinas como tus hermanas?” Y yo ¿cómo?... “es que tú te peinas como los hombres. Te peinas la raya en lugar de que la hagas para un lado, la haces para el otro lado”. Cosa que así [...] siempre en mi vida me peiné así, y desde que tuve uso de razón hasta el día de hoy [...] yo nunca me había preguntado esas cosas. Luego un día me dijeron... “ah, es que tus hermanas son muy inteligentes y tú eres como media tontita ¿no?” Así, a ese grado, ¿no?... “y tus hermanas sí se relacionan con otras personas y tú no” [...] Y todo eso fue generando en mí más inseguridades, más miedos, más todo (Victoria, comunicación personal, 28 de marzo de 2025)

Asimismo, podemos comprender las reglas emocionales al observar cómo los demás responden a las expresiones de nuestros sentimientos, pues, es mediante la socialización que el individuo interioriza determinadas normas como justas y apropiadas de modo tal que su subjetividad se configura emitiendo juicios sobre lo que debería hacer o sentir tanto él como los otros. Y en el caso de no alinearse a la organización social pueden salir a luz sentimientos de remordimiento o culpa; aprende a reconocer de inmediato el valor de la imagen que los demás pueden formarse de él en este respecto, cultivando una preocupación legítima por la constitución de su carrera moral. Desde la perspectiva goffmaniana la persona no es una identidad esencial pues resulta de una configuración ritual y frágil que depende del reconocimiento de los demás. En otras palabras, la identidad es una construcción social donde las emociones ocupan un lugar central y permiten un abordaje procesual y relacional de la configuración de la subjetividad.

A estos preceptos puede adherirse el carácter relacional de las emociones, dado que la constitución de la subjetividad no proviene exclusivamente del interior del sujeto, pues somos resultado de un proceso complejo de construcción de un ‘yo social’ (Goffman, 2001).

Así, los sentimientos y la afectividad son construcciones sociales inscritas en una trama de normas, convenciones y tradiciones en distintos contextos, es decir, interpretaciones aprehendidas de estados corporales, mediadas por marcos culturales que asignan significados. Además, se internalizan a través de la socialización primaria —familia y escuela— y secundaria —medios de comunicación masivos e instituciones— (Goffman, 1979; Hochschild, 2008). Por ende, podemos comprender la configuración afectiva/emocional del sujeto desordenado a partir de los ámbitos finitos de significado primarios. Esto se hace presente en las siguientes líneas:

—En la escuela algo que me causaba trauma era de que a mí me hacían bailar, me hacían participar, cuando yo no quería y yo lloraba porque yo no quería participar. A mí siempre se me hizo como algo ridículo. O sea [...] yo sentía que a mí me iban a ver más que a los demás. Y como pues siempre me decían que yo era torpe, yo decía “como ¿para qué bailo? para qué hago esto, ¿no? Si yo no lo hago bien, eso va a hacer que se rían de mí” [...] Me sentía ridiculizada

— [...] ¿sentías que te iban a ver más porque lo ibas a hacer mal?

—Sí, ajá, y por eso no lo hacía. Porque yo decía “si lo hago, pues no lo voy a hacer bien y se van a reír de mí. [...] Para que no se rieran de mí [...] en cierta forma, a lo mejor hubieron cosas que a mí me hubieran gustado haberlas hecho. Pero como [...] siempre había como el comparativo [...] “Ellas lo hacen muy bien y tú lo haces mal [...]” en algún momento yo llegué a correr y me decían, “Ay, ¡qué feo corres! ¡qué feo corres! ¿Porque no corres como una persona normal?”. [...] Entonces todas esas cosas a mí me generaron pues muchos miedos [...] y a veces prefería mejor no hacerlo para no correr el riesgo... [...] “Mejor no lo hago y no me expongo [...] si no lo hago ya no me dicen [...] mejor me quedo aquí y pues aquí voy a estar bien, nadie me va a lastimar” (Victoria, comunicación personal, 28 de marzo de 2025).

La etapa escolar significó para Victoria una experiencia de vulnerabilidad emocional; expresaba sentir inseguridad y temor constante derivado de las críticas que recibía de otras personas hacia su forma de moverse, de sentir y de ser cotidianamente. Leopold von Wiese retoma la herencia simmeliana para ofrecer una perspectiva teórica sobre cómo lo afectivo surge siempre entre seres interdependientes, articulando dos aportes fundamentales: la teoría de las relaciones sociales (*Beziehungslehre*) y la filosofía de los pronombres personales (Sabido, 2023). Aunque Wiese construye su análisis particularmente sobre el sufrimiento, ambos marcos conceptuales permiten pensar las emociones como fenómenos eminentemente relacionales. Dentro de esta perspectiva, se entiende la vida social como “una interminable cadena de sucesos en los que los individuos estrechan o rompen sus relaciones” (Sabido, 2023, p. 10). Wiese entiende el dolor como un afecto que se vive en primera persona, pero

que sus raíces siempre remiten a contextos compartidos. En la experiencia afectiva de Victoria es posible rastrear estos elementos:

Ansiedad creo que toda la vida hubo. Yo creo que desde que entré a la escuela, siempre presenté problema de ansiedad, ¿no? Porque [...] yo me daba cuenta que no tenía la misma capacidad pues de los demás compañeros, que mi desempeño era diferente. Y me angustiaba el hecho de que veía que todos avanzaban y yo, por más atención que ponía, yo no comprendía. Me explicaban, pero yo no entendía lo que me explicaban. Me costó, me costó mucho trabajo (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

Es interesante observar lo que se expresa en las palabras de Victoria. Relata la experiencia escolar como un momento de ‘ansiedad’ y angustia por las opiniones de su entorno; para ella las emociones en ese momento de su vida están definidas por esa sola palabra. Su ansiedad comprende una serie de sentimientos ‘negativos’ vividos en esa etapa, sin embargo, muestra un constreñimiento de sus emociones bajo una denominación *psi*: ‘el problema de la ansiedad’. En términos wieselianos, el proceso social resulta de la conducta de los participantes y de la situación en que se desarrolla dicha conducta. De modo que, todas la alegrías o sufrimientos existen sólo en la medida en que hay un entretreído de uniones y rupturas entre sujetos, y para capturar el carácter relacional del sentir, Wiese recurre a los pronombres personales, que estructuran nuestro lenguaje en clave de interacción; el ‘yo’ se define en tensión con el ‘tú’ y en su fusión como ‘nosotros’ cobran sentido tanto la experiencia emocional como la comunicación afectiva. Atendiendo estos aspectos, la relacionalidad de las emociones no sólo implica la configuración de sentires en el sujeto desordenado, también alude a los demás participantes de las interacciones cotidianas; todo individuo sufre de modo singular, pero esta singularidad es inseparable de las conexiones que mantiene con los demás. Así, el sufrimiento personal sólo puede comprenderse en sí mismo si se exploran las condiciones sociales que lo generan: lazos familiares, normas culturales, estructuras de poder y las expectativas colectivas. Por ejemplo, en la experiencia emocional de los cuidadores inmediatos, y en las palabras de Maru, hermana de Victoria, emergen con claridad dos dimensiones importantes de la experiencia afectiva familiar:

—¿Y cómo fue para ti vivir ese proceso con Victoria?

—No [...] pues yo me sentía mal. Yo me sentía mal de verla [...] cómo se ponía y pues [...] yo era la que [...] estaba yo con ella. [...] Aunque luego pues ella se molestaba y [...] pues quieras o no, pues uno igual siente, ¿no? [...] Pero pues por [...] sus mismas reacciones que ella tenía, pues tenía que ir sobrellevándolas, sobrellevando las cosas. Pero yo nunca me imaginé que ella se pusiera así [...] pero pues sí duele, sí duele al verla, a verla cómo ella se

ponía [...] y pues yo lo que no quería era que ella se pusiera mal y que tuviera que volver al hospital (Maru, hermana de Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

Estas dimensiones son la experiencia emocional como la persona más cercana al proceso diagnóstico de Victoria y la experiencia emocional compartida. Así, Maru externa sentirse profundamente afectada al presenciar los ‘episodios críticos’ de su hermana y, a pesar de sus propios temores, ella opta por contenerse para no agravar en estado de Victoria. Además, este ‘ir sobrellevando’ implica un esfuerzo deliberado de elaboración emocional del propio enojo, desconcierto o tristeza. Maru se encuentra ajustándose a las reglas de sentimiento que demandan calma y apoyo incondicional como hermana y cuidadora primaria.

Por otro lado, José Luis expresa cómo la convivencia tras el diagnóstico de bipolaridad de su hija y su relación cotidiana con ella, lo lleva a un agotamiento emocional:

es muy complicado... porque los diálogos, las formas de tratar algún problema, el que sea... de pronto te puede decir hasta de lo que te vas a morir y duele. Es difícil... A mí me lleva a un agotamiento emocional (José Luis, comunicación personal, 2 de abril de 2025).

La familia del sujeto desordenado puede experimentar ciclos de cuidado intenso y episodios de agotamiento o distanciamiento. En cada fase, las emociones se moldean por el grado de apertura o cierre del vínculo afectivo entre ellos, de modo que, el familiar o el vínculo más cercano al sujeto desordenado puede atravesar un proceso de elaboración emocional volcado a las reglas del sentimiento que le demanda el diagnóstico de su familiar como paciente psi:

recién estoy... recién [...] donde ya no tengo fuerzas como para pelear y te tienes que como que aguantar, entre comillas todo, y cualquier cosa que contradigas puede ser dañino para ella y... pero a veces es muy complicado manejar esa situación (José Luis, comunicación personal, 2 de abril de 2025).

A pesar del cansancio que José Luis manifiesta, como padre, elige sostener el vínculo con su hija; contención del enojo o molestia y autocorrección de una posible frustración ante las reacciones que presencia. Las estrategias de gestión emocional que emplea José Luis son una forma activa de elaborar emociones como la culpa o la impotencia, orientadas a mantener un espacio de confianza y comunicación con su hija. El recorrido por algunas de las esferas de interacción del sujeto desordenado permite comprender los aspectos alrededor de los cuales la experiencia afectiva se configura como un entramado intersubjetivo: el dispositivo psi que clasifica, corrige y a menudo estigmatiza; los rituales de copresencia que sancionan o toleran conductas; y, los vínculos y lugares en los que se interioriza la normatividad del sentir. Así,

la desarmonía afectiva puede entenderse a partir de la tensión entre expectativas sociales y experiencias corporales que exponen a los actuantes a un trabajo deliberado de elaboración emocional y auto-vigilancia.

No obstante, esas mismas estructuras normativas generan brechas interpretativas donde el sujeto puede reapropiarse de su sentir, resignificar su subjetividad afectiva y ensayar nuevas formas de expresividad. A partir de este dinamismo se abre un horizonte para comprender la posibilidad de agencia del sujeto desordenado.

### **3.3 La agencia del sujeto desordenado ante las reglas del sentimiento**

En los apartados anteriores argumenté cómo se enmarca el sujeto desordenado en el ejercicio del poder del dispositivo psi, dado que la teoría foucaultiana no considera al sujeto como un ser con agencia sino como mero resultado del dispositivo. Entonces, es necesario complementar esta perspectiva con el análisis de Goffman (1979; 2001) en torno a la constitución del yo social en las interacciones cotidianas y en el contexto de la institución total, empleando los fundamentos expuestos sobre la importancia de las emociones en la configuración de la subjetividad. Goffman (2001) muestra que aun dentro de estructuras de control, es posible articular estrategias de adaptación secundarias en las que existe la posibilidad de reafirmar la continuidad de un yo real frente a la identidad configurada en el dispositivo de poder: de una agencia situada. Entre otras cosas, esto es posible a partir de dialogar entre la crítica a la filosofía del sujeto de Foucault con la preocupación por la experiencia significativa del mundo social:

si en el sujeto y su subjetividad se encuentran todavía las capacidades para significar su mundo y abrir los cursos de la historia, como lo señalan las perspectivas críticas centradas en el significado de la acción social, no es posible entenderlo, ingenuamente, desde un plano voluntarista y totalizador; sino exclusivamente a partir de situaciones concretas, y dimensiones específicas y pequeñas parcelas de la vida (Rodríguez, 2017, p. 37).

En este sentido, Foucault legó una reflexión sobre un sujeto estratégico, finito, que anuncia verdades situadas y localizadas biográfica, afectiva y corporalmente (Rodríguez, 2017). Para el fenómeno que me ocupa, la agencia está ligada a la carrera moral e implica una reconfiguración progresiva de la identidad. Es decir, de la definición que el individuo hace de sí mismo y de la que los demás hacen de él y tienen lugar en el interior, pero además en la interacción y la copresencia. Por ejemplo, en torno al sentimiento de soledad:

Llegó el momento en que dije, bueno, finalmente, pues yo estoy aquí y yo soy la única que, soy responsable de mí. Nadie más que yo. Entonces, si yo permito que me sigan haciendo daño, pues me van a seguir haciendo daño. Entonces, como yo ya no quiero eso, pues yo voy a hacer todo lo posible por buscar algo que yo haga aquí. Yo no tengo que estar buscando compañía en nada. [...] Y entonces dije, bueno, aquí junto de mí voy a sentar a mi soledad. Mi soledad no me lastima, mi soledad no me insulta, ni me menosprecia. Ella es la única que siempre está conmigo. Así es que yo voy a aprender a vivir con ella, porque esto es lo único que tengo. Y a partir de ese momento [...] ya no busqué tanto la compañía (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

En términos generales, en la sociedad contemporánea las reglas del sentir convencionales sobre la soledad están configuradas para evadirla, justamente por la asociación medicalizada de un exceso de este sentimiento con cuadros depresivos. La industria cultural y la oferta de ocio son, por decir lo menos, incentivos omnipresentes para huir de la soledad. Aquí conviene recordar la crítica de Byung-Chul Han (2017) a la hiperestimulación y la sobreactividad de la vida cotidiana en la modernidad tardía. Aunque el argumento central de este autor radica en cómo la búsqueda de la productividad económica promueve la explotación autoimpuesta, no es menor su cuestionamiento hacia la exigencia de positividad de la cultura del rendimiento. En este contexto de bienestar emocional del capitalismo global, los significados que Victoria elabora para su soledad son, entonces, momentos que movilizan sentidos alternos a las reglas del sentir hegemónico. Si bien esta forma de vincularse con la soledad puede pensarse menor, la configuración del sentir que aquí se deja ver le permite colocarse de forma diferente ante las emociones estigmatizadas por el diagnóstico y alcanza para reconfigurar sus relaciones inmediatas.

En la narrativa de Victoria fue significativo observar que en sus relaciones familiares el diagnóstico fue de suma importancia para establecer las condiciones normales de sus vínculos. Por ejemplo, a Victoria se le podía solicitar cualquier actividad sin que pudiera negarse. El hecho de que fuera vista desde la condición de salud mental, la dejaba a disposición porque estaba todo el tiempo en casa y sin actividad productiva alguna. No obstante, como mencioné en el primer apartado, Victoria ha procurado no “quedarse atrapada” en las formas de interacción que se estructuran desde el diagnóstico. Este posicionamiento de sí, la recoloca ante los demás y promueve situaciones de interacción que irrumpen los significados esperados:

Entonces tampoco ahorita yo estoy en la posición de [...] dejarme, ¿no? [...] a veces he llegado a tener problemas porque [...] ya expreso lo que no me parece [...] o lo que no me

gusta. Entonces te digo, mientras tú no pones límites, pues todo padre, pero cuando tú ya pones un límite, entonces se ve mal. [...] A lo mejor para los demás, el que yo diga un “no”, es así como que... no importa, pero no sabes el trabajo [...] a veces que me cuesta decir no. Yo [...] me doy cuenta. Yo digo [...] por decir [...] un “sí” y es a tu favor, [...] pero ese “sí”, a mí me va a costar. El haber dicho ese “sí” por quedar bien... yo soy la que voy a tener las repercusiones. Últimamente pues me ha tocado la otra parte de decir “No. Yo no quiero esto para mí” (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

Tener la capacidad de modificar formas de relación en su círculo inmediato representa la condición teórica del sujeto estratégico. Victoria reconoce que los cambios hechos sobre sí y los demás alcanza hasta el punto de afirmarse críticamente:

Porque yo ya entendí una cosa, que yo no voy a cambiar a mis hermanos, ni mis hermanos me van a cambiar a mí. A lo mejor yo podré modificar algunas cosas de mi vida, pero esa es mi esencia. Esa es mi forma de ser. Y como yo le decía, hace poco le decía a mi sobrina [...] “no voy a cambiar porque me digan, ‘ya no seas así’, o esto o lo otro. No. Simplemente toda mi vida he sido así”. Le digo “y si no les gusta, pues ni modo” (Victoria, comunicación personal, 31 de marzo de 2025).

Estas prácticas dejan ver un sujeto desordenado que no se reduce a internalizar pasivamente las reglas del sentir que le adjudica el dispositivo psi, pues las negocia, las reformula y, en distintos momentos, hasta la fractura. Esa negociación ocurre en el terreno íntimo de la experiencia: en los saberes corporales de lo que duele; en los rituales de cuidado que mantienen los lazos familiares; y en los espacios de consuelo donde el sujeto vuelve a trazar sus propias fronteras entre lo tolerable y lo insoportable.

## Reflexiones finales

A lo largo de estas páginas he intentado reconstruir algunos de los caminos que han llevado a nuestras sociedades a ubicar, nombrar, categorizar y gestionar la experiencia de la locura. Más que una búsqueda por hallar respuestas cerradas, este trabajo ha sido en sí mismo, un ejercicio de apertura para orientar la mirada a las tramas históricas y afectivas que han tejido las figuras del insensato, del enfermo mental y del sujeto desordenado. A través del recorrido sociohistórico, he procurado mostrar que la locura no es un atributo esencial del individuo, sino una construcción inherentemente social, afectiva y política.

Como se ha expuesto, la historia no es lineal ni progresiva; es más bien una historia de desplazamientos y resignificaciones. Desde las pasiones atribuidas al loco en la Nueva España hasta las clasificaciones diagnósticas contemporáneas, los afectos han sido siempre centrales en la manera de definir y demarcar el desorden. Sentir de más o de menos, amar fuera de la norma, vivir un duelo sin calendario, desbordar en tristeza o alegría, o desafiar los mandatos emocionales han sido —en momentos históricos distintos— motivos suficientes para el señalamiento, la exclusión, la sintomatología, la medicalización o el encierro. Si algo queda claro es que las emociones, lejos de ser una dimensión íntima y espontánea del sujeto, se han moldeado, regulado y normativizado por entramados de poder que han definido cómo sentir; cómo sufrir, cómo sanar y cómo narrarse. Las emociones son en sí mismas rastros vivos de los regímenes sociales que las inscriben y gobiernan.

En este sentido, el dispositivo psi como entramado de saberes, de prácticas, de formas discursivas e instituciones, no ha sido simplemente un escenario neutral del cuidado de la salud mental, pues ha funcionado como un mecanismo de contención y normalización de los cuerpos y los afectos. Diagnosticar, medicar, institucionalizar; cada uno de estos gestos encierran una apuesta política sobre qué debe ser corregido, qué subjetividades deben adaptarse y cuáles pueden ser consideradas peligrosas o desviadas. El caso de Victoria justamente muestra estos aspectos de forma significativa. El proceso de constituirse en un sujeto legitimado dentro del dispositivo psi comprende un conjunto de emociones que atraviesa todo el proceso. Desde la zozobra en su infancia por escuchar que sentía diferente hasta la incertidumbre del diagnóstico y el tratamiento que le condicionó a una serie de

relaciones con ella misma y con su círculo más inmediato. En medio de todo ello, Victoria se enfrentó a la tristeza, la frustración y la soledad que están contenidas en la carrera moral del sujeto desordenado. Por otro lado, la experiencia de los familiares en el acompañamiento durante el proceso clínico también implica sentimientos que la mayoría de las veces conllevan a un proceso de elaboración emocional que se desprende del funcionamiento del dispositivo psi.

Por ejemplo, José Luis narró las dificultades económicas y afectivas que le ha significado ser padre soltero de una persona con un diagnóstico que, él considera, el más problemático. Después de años de acompañamiento, José Luis advierte cansancio, incompreensión y agotamiento emocional. En el caso de Maru, mientras no conoció el contexto de internamiento que vivió Victoria, era condescendiente que Victoria para negarse al tratamiento. Sin embargo, presenciar algunos momentos cotidianos que implica el internamiento cuando acudía a psicoterapia familiar, pudo reconocer su angustia y preocupación por el bienestar de Victoria.

Comprendo que este trabajo apenas toca la complejidad de los procesos que aborda. Sin embargo, considero que reconocer la historicidad de la locura como objeto de ‘saber’ y su profunda interrelación con los afectos y las estructuras de poder, puede abrir un pequeño espacio para continuar cuestionando los regímenes de verdad que siguen organizando nuestras formas de ser, de sentir y de expresarnos. Todavía queda pensar, por ejemplo, en cómo se desenvuelve o se contrae el sentir del sujeto desordenado bajo la experiencia del internamiento, o en cómo el dispositivo psi configura la presentación del yo en la vida cotidiana.

Quizá el aprendizaje más significativo que me deja este recorrido es que toda forma de nombrar la locura implica simultáneamente una manera de nombrar la razón, la normalidad y el poder. Pues, al cuestionar la primera estamos, de algún modo, ampliando los límites de lo segundo. Allí, en esa grieta entre el diagnóstico y la vida, entre lo normal y lo patológico, entre la etiqueta y la experiencia, entre el deber ser emocional y el sentir encarnado, es donde quisiera seguir pensando.

## Referencias bibliográficas

### Fuentes primarias

*Diario del Hogar*, 1888.

*La Nación*, 1888.

### Referencias secundarias

Arfuch, L. (2016). El “giro afectivo”. Emociones, subjetividad y política. *deSignis*, 24, 245-254.

Ahmend, S (2014). *La política cultural de las emociones*. Universidad Autónoma de México.

Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers. Revista de Sociología*, 62, 145-176.

Bericat, E. (2018). *Excluidos de la felicidad. La estratificación social del bienestar en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Braunstein, N. (2023). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI Editores.

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica 12ª Edición*. Pearson Educación.

Byung-Chul, H. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.

Cedillo, P., García, A. y Sabido, O. (2016). Afectividad y emociones. En H. Moreno y E. Alcántara (Coordas.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 15-33). Universidad Nacional Autónoma de México.

Durkheim, E. (2007). *La división del trabajo social*. Colofón.

Durkheim, E. (1998). *El suicidio*. Akal.

Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Akal.

Foucault, M. (2024). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2023a). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2023b). *El origen de la hermenéutica de sí. Conferencias de Dartmouth, 1980*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2012). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2010). *Yo, Pierre Rivière. Habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano...* Tusquets Editores.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermeros mentales*. Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (1979). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Alianza Editorial.
- Hernández, J. (2021). *Un novohispano entre Asia y Portugal. Sodomía y movilidad, desde un proceso inquisitorial del siglo XVII*. El Colegio de San Luis/Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz Editores.

Jasper, J. (2013). Las emociones y los movimientos sociales: veinte años de teoría e investigación. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 46-76.

Kuri, E (2023). Resistencia sociopolítica y elaboración emocional: desafiando las reglas del sentir de la dominación y la obediencia. En J. P. Gutiérrez (Coord.), *Emociones, poder y conflicto. Perspectivas teóricas, resistencias y políticas de Estado* (pp. 243-265). Universidad Iberoamericana/Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad del Rosario.

Kuri, E. (2022). La dimensión emocional en el ejercicio del poder: una discusión teórica. *Intersticios Sociales*, 26, 35-74. DOI: <https://doi.org/10.55555/IS.26.494>

Lara, G. (2014). *¿Ignorancia invencible? Superstición e idolatría ante el Provisorato de Indios y Chinos del Arzobispado de México en el siglo XVII*. Universidad Nacional Autónoma de México.

López, O. (2016). Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México. La histeria y la epilepsia (1900-1930). En M. Ariza (Coord.), *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina* (pp. 521-544). Universidad Nacional Autónoma de México.

Maya, J. A. (2023). *Ficciones psicopatológicas. Prensa, locura y literatura en México (1882-1903)*. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Maya, J. A. (2015). Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 128-148. DOI: [dx.doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a07](https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a07)

Monereo, J. L. (2009). La ideología del darwinismo social: la política social de Herbert Spencer. *Documentación Laboral*, 87, 11-80.

Pérez, S. (2022). *Michel Foucault. La fuerza de la crítica*. Gedisa/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Pinedo, I. y Yáñez, J. (2019). Las emociones: una breve historia en su marco filosófico y cultural. *Edad Media. Revista Guillermo de Ockman*, 17(1), 17-27. DOI: <https://doi.org/10.21500/22563202.3460>

- Ríos, A. (2024). *Breve historia de la locura y la psiquiatría en México*. Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ríos, A. (2017). *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría en e Higiene Mental en México, 1934-1950*. Siglo XXI Editores.
- Robayo, A. (2021). Emociones y poder desde una perspectiva sentipensante. *Ciencia Política*, 16(31), 41-71. DOI: <https://doi.org/10.15446/cp.v16n31.97870>
- Rodríguez, A. (2017). *Sujetos líquidos y placeres a oscuras: experiencias homoeróticas en un cine porno de Tuxtla Gutiérrez*. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Sabido, O. (2023). Presentación: Leopold von Wiese y la concepción relacional del sufrimiento. En Wiese, L. von (2023). *Sociología y sufrimiento* (Frayuntti, B., Sabido, O., López, M., Vázquez, J.P., trads.). *Iberoforum, Revista de Ciencias Sociales*, Nueva Época, 3(2), 1-32. DOI: <https://doi.org/10.48102/if.2023.v3.n2.307>
- Sabido, O. (2017). Georg Simmel y los sentidos: una sociología relacional de percepción. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(2), 373-400.
- Sabido, O. (2012). *El cuerpo como recurso de sentido en la construcción del extraño, Una perspectiva sociológica*. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Azcapotzalco/Sequitur.
- Sacristán, M.C. (1987). *Locura e Inquisición en el Virreinato de la Nueva España (1571-1760)* [Tesis de Licenciatura no publicada]. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Schütz, A. (2008). *El problema de la realidad social*. Amorrortu.
- Torres, G. y Quezada, J.L. (2021). 1820: la supresión definitiva de la Inquisición de México. *Estudios de Historia Novohispana*, 65, 179-217. DOI: <https://doi.org/10.22201/iih.24486922e.2021.65.77370>
- Weber, M. (2014). Conceptos sociológicos fundamentales. En *Economía y Sociedad* (pp. 121-162). Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (2001). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Alianza Editorial.

Zablodovsky, G. (2010). *Modernidad y globalización*. Siglo XXI Editores/Universidad Nacional Autónoma de México.

Zeitlin, I. (1974). *Ideología y teoría sociológica*. Amorrortu.

### **Entrevistas**

José Luis, entrevistado el 2 de abril de 2025 vía Zoom.

Maru, entrevistada el 31 de marzo de 2025 en su domicilio particular.

Victoria, entrevistada el 28 y 31 de marzo de 2025 en su domicilio particular.