
ETNOGRAFÍA Y ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA COMO TÉCNICAS PARA UNA HISTORIA CLÍNICA Y CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA



*Oliver Gabriel Hernández Lara**

Introducción

La primera vez que entré a una institución psiquiátrica con fines de investigación fue hace poco más de 15 años. Entonces tenía 22 años de edad y me encontraba entusiasmado, aunque temeroso y con muchos prejuicios. Llegué al Hospital Granja La Salud Tlazoltéotl ubicado en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México. Me acompañaba el encargado de la Jurisdicción de Salud de Amecameca,¹ quien me presentó con el director y el jefe de enseñanza del hospital, quienes terminaron por aceptar la realización de la investigación. Así inició mi experiencia etnográfica acompañado y asesorado —principalmente— por el personal del departamento de psicología de dicha institución (Hernández Lara, 2006).

Pocos hemos tenido la oportunidad de ingresar a una institución encargada de la promoción y el cuidado de la salud mental con la finalidad de realizar una investigación de corte social. Las razones son varias y van desde el desinterés hasta la falta de apertura para permitir que otras disciplinas o profesiones se involucren en la atención a la salud mental. Sin embargo, sean cuales fueren las razones, estas están enraizadas en acontecimientos, estigmas o prácticas de dimensiones históricas que no podrían ser explicadas a la ligera. El asunto es que realizar trabajo etnográfico en un hospital psiquiátrico tiene sus complejidades pero, además, es una gran oportunidad para trascender fronteras disciplinarias y dar voz a sujetos

* Profesor-investigador de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México.

¹ Para fines administrativos el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) dividió el territorio de la entidad en 19 jurisdicciones desde las que, con el fin de descentralizar administrativamente, se le da seguimiento a los trámites e informes de las unidades de salud que integran su territorio.

subalternos o a situaciones poco problematizadas o invisibilizadas. Hay que acotar que mi experiencia de trabajo de campo se restringe a dos instituciones con perfiles muy específicos: 1) el Hospital La Salud Tlazoltéotl, un hospital-granja,² de carácter público inaugurado en 1961 para pacientes de género masculino —en su mayoría de edad avanzada— que, habiendo sido diagnosticados con alguna enfermedad considerada como crónica, presentaban un alto grado de hospitalización; y 2) el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), inaugurado en 1964, en específico el Departamento de Neuropsiquiatría, cuyo carácter también es público y que —al ser un instituto nacional— cuenta con personal altamente capacitado, médicos residentes formándose en posgrados y especialidades de calidad, recursos tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento, así como salas para recibir pacientes de ambos géneros.³

Si bien la descripción de estas particularidades no se hace con la intención de reducir el grado de generalidad de la metodología a ser expuesta, se considera esencial tomarlas en cuenta por al menos tres razones: 1) ambas instituciones son manifestaciones de un momento específico de la política de salud mental mexicana y su construcción y primeros años están inevitablemente vinculados al cierre del Manicomio de La Castañeda, 2) las diferencias en el diseño de ambas obedecen a muchos motivos pero, principalmente, a que una está diseñada para atender padecimientos crónicos y la otra para la formación de recursos humanos y la atención de padecimientos agudos, 3) se trata de instituciones públicas, la atención privada a la salud mental tiene características e historia completamente distinta. La comprensión de la relevancia de estos matices la he adquirido con la experiencia. Técnicas como la observación participante y la entrevista semiestructurada me han permitido percibir dimensiones que, desde otros

² En México los “hospitales-granja” fueron construidos y tuvieron un auge en la atención a pacientes considerados como crónicos de la década de los 50 a los 90 del siglo pasado. Se trata de un dispositivo arquitectónico que permitió la continuidad del modelo asilar con la crisis del Manicomio de La Castañeda. El primer hospital-granja fue el de San Pedro del Monte, inaugurado en 1954 y, durante la llamada “Operación Castañeda”, se construyeron al menos otros ocho hospitales-granja o campestres, la mayoría de ellos en el Estado de México.

³ Durante la referida Operación Castañeda se impulsaron dos modelos de institución. Por un lado, estuvieron los hospitales-granja o campestres, a los que se designó la custodia y cuidado de pacientes crónicos, y por otro, se construyeron tres instituciones para el cuidado de pacientes agudos como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, todos ellos ubicados en la Delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

enfoques históricos y sociológicos, serían ignoradas. En principio habría que decir que las técnicas cualitativas de investigación potencializan una comprensión fidedigna y cotidiana de la clínica psiquiátrica, y ello puede dar lugar a descripciones o análisis de problemas y desafíos que el personal de hospitales públicos tiene que sortear día a día. No es nada sencillo trabajar en un hospital de tercer nivel⁴ lidiando con las carencias, la demanda y la población que son propios de los hospitales públicos en México.

La etnografía realizada en el Hospital La Salud constó de aproximadamente 90 horas, iniciando en la primavera de 2004 y culminando en noviembre del mismo año. Visitaba el hospital al menos una vez a la semana y en periodos vacacionales cubría el horario matutino como si fuera un integrante más del personal (Hernández Lara, 2006: 17). En esa ocasión realicé 11 entrevistas semiestructuradas, tratando de cubrir al menos a un representante de cada departamento que integraba las Unidades Terapéuticas.⁵ Por su parte, la etnografía en el INNN fue realizada de noviembre de 2011 a febrero de 2012. En dicha ocasión visité el instituto como si cubriera la jornada laboral del personal matutino. Haciendo uso de la disponibilidad de tiempo que me daba el periodo vacacional, aproveché para realizar siete entrevistas semiestructuradas y de extensión considerable. En algunos casos se tuvo que interrumpir y retomar la entrevista en otra ocasión debido a motivos laborales, o a que la duración de la charla había sido ya muy extensa. En ese sentido, hay que reconocerlo, tuve la suerte de encontrar mucha apertura, colaboración y disponibilidad para la realización de mi investigación. En el INNN no se tenía la figura de unidades terapéuticas por lo que, aunque sí se procuró cubrir el mosaico de profesiones que atienden a los pacientes internos, el criterio versó más en que se tratara de informantes clave referidos por el director del Departamento de Neuropsiquiatría quien colaboró activamente en la investigación. Entre los informantes clave que se tuvo la oportunidad de entrevistar están el jefe de

⁴ En México la atención a la salud se divide en tres niveles. El primer nivel es el preventivo, en un segundo nivel están las clínicas de salud y los hospitales generales, donde se atienden padecimientos menores y se canaliza aquellos más complejos. En el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales o clínicas de especialidades como son: oncología, nutrición, psiquiatría, neurología, etcétera.

⁵ Una unidad terapéutica es la manera en la que el personal del hospital está agrupado y organizado con la intención de brindar atención interdisciplinaria a los internos. Son equipos multidisciplinarios en los que encontramos seis perfiles profesionales: psiquiatría, psicología, medicina general, enfermería, terapia y trabajo social. Con dichas entrevistas se trató de captar la percepción que tiene el personal de la atención que brinda la institución en la que labora (Hernández Lara, 2006: 15).

Enseñanza, el de Neuropsiquiatría, la jefa de Trabajo Social, la de Neuropsicología, la historiadora del INNN, y la jefa de Enfermería del Departamento de Neuropsiquiatría.

Una vez mencionados los pormenores de cada etnografía, se dará paso al cuerpo del documento donde se compartirán reflexiones, sugerencias y consideraciones técnicas que permitan que las y los interesados en realizar trabajo etnográfico en instancias de salud mental saquen mayor provecho de dicha experiencia. El presente texto está dividido en dos grandes apartados. En el primero se expresarán consideraciones teóricas y metodológicas que permitan dar cuenta de la perspectiva, los objetivos y los sesgos que han tenido mis acercamientos a la sociología e historia de la psiquiatría. Se considera necesario compartir estas reflexiones para dar cuenta de los objetivos que se persiguieron al diseñar los instrumentos y aplicar las entrevistas. En el segundo apartado se descenderá al nivel de las técnicas cualitativas de investigación, en específico la entrevista semiestructurada como una fuente extremadamente valiosa para realizar sociología e historia de la psiquiatría desde un enfoque clínico. Por último, se compartirán algunas conclusiones a las que se llegó con el uso de esta técnica de investigación, y que apuntan algunos matices respecto a las fuentes para la historia de la psiquiatría.

Consideraciones teórico-metodológicas

Con el paso de los años, los estudios y contribuciones en historia de la psiquiatría se han ido complejizando y diversificando. En una extensa y detallada revisión, Cristina Sacristán (2005) nos comparte el amplio abanico de escuelas y autores que han contribuido a este campo temático, aportando nuevas evidencias y enfoques que van desde estudios historiográficos tradicionales hasta perspectivas posmodernas. Ello ha permitido la emergencia de narrativas y temas inusitados, la valoración de actores poco considerados, y el rescate de fuentes poco consultadas para la reconstrucción histórica. En dicho sentido, Rafael Huertas (2001) resalta la importancia de utilizar los expedientes clínicos como fuente, algo que Olga Villasante *et al.* (2018) llevan a otro nivel retomando cartas escritas por internos anónimos de cuya voz no se tiene mayor registro. Estas fuentes novedosas han permitido a los historiadores ensayar encuadres y enfoques de los que emergen dimensiones poco accesibles de la experiencia vinculada al de-

sarrollo de la psiquiatría. Sin embargo, la consideración de estas fuentes visibiliza problemas de generalización en los que habían caído estudios previos, además de que genera dilemas a nivel teórico y metodológico. Desde este contexto de debate me pregunto, ¿en qué medida, y de qué manera, técnicas cualitativas propias de la antropología y la sociología permitirían generar nuevas preguntas, así como sugerir nuevas rutas tanto a nivel académico como práctico?

Desde mi experiencia, una buena etnografía solo se puede lograr complementando la observación directa y participante con las entrevistas. Si bien la observación directa permite acceder a muchos matices cotidianos en torno de la clínica psiquiátrica, hay dimensiones inaccesibles mediante el uso exclusivo de esta técnica. Historiadores de la psiquiatría que han hecho uso de herramientas y conceptos microsociológicos han podido acceder a dimensiones que dan cuenta de la vida al interior de los hospitales. Sin embargo, la mayoría de estos testimonios se han centrado en relatos de pacientes, ex pacientes o familiares, dejando de lado lo que otros actores pudieran decir. Y es que tal vez se tenga la idea de que la voz de los psiquiatras ocupa un lugar hegemónico en las fuentes que se han venido consultando tradicionalmente, pero ello es falso. Los testimonios y momentos de reflexión de los especialistas en salud mental son tan valiosos como el testimonio del antropólogo o sociólogo que observa.

A lo largo de los años, testimonios de actores clave han permitido documentar momentos fundamentales en la historia de la psiquiatría en Iberoamérica. Por ejemplo, los testimonios que Guillermo Calderón Narváez (1968, 1995) publicó, han sido una fuente muy recurrida para la reconstrucción de la Operación Castañeda. Asimismo, documentos como los de Francisco Javier Dosil (2009) o Augusto Fernández Guardiola (1997) han permitido conocer de cerca la importancia de figuras procedentes del exilio español en México, en particular del legado de Dionisio Nieto. Este tipo de documentos han sido eficazmente retomados por historiadores como Cristina Sacristán (2007, 2010) o Andrés Ríos Molina (2016), con la intención de reconstruir momentos en los que se consolidan escuelas al interior de la psiquiatría y la neurología. Por otro lado, hay testimonios que nos permiten conocer los atropellos por los que han pasado aquellos especialistas que no adoptan las formas y mandatos de instituciones o de personajes encumbrados. Ejemplo de ello son los testimonios que Néstor Braunstein (2010, 2013) ha dado sobre la manera en la que la expre-

sión de algunas críticas sobre la psiquiatría institucional le merecieron el exilio profesional en la década de 1970.⁶ Mención especial merece el relato biográfico de Arnhild Launveng (2010) quien, pasando por una juventud marcada por la esquizofrenia y habiendo estudiado psicología, expresa algunas reflexiones, sugerencias y recomendaciones para acompañar de forma más humana a los pacientes psiquiátricos.

Los testimonios de Braunstein y Launveng devienen reflexiones críticas que levantan la voz en temas que van de lo personal al orden institucional, de cuestiones laborales y problemas identificados con el quehacer clínico, hasta temas que ascienden al nivel epistemológico. Rastrear, documentar y sistematizar semejantes reflexiones es muy importante para quienes buscamos hacer historia y sociología de la psiquiatría desde una perspectiva crítica y con horizontes prácticos. De esta manera, logramos documentar que las reflexiones y críticas por parte del personal implicado en la atención a la salud mental, más que ser excepcionales y propias de una escuela “radical” identificada bajo la etiqueta de antipsiquiatría, son tan frecuentes y relevantes que habría que aprender a dialogar con ellas. En este sentido, me gustaría resaltar la relevancia que tuvo, en mi última experiencia etnográfica (Hernández Lara, 2014), el hallazgo del artículo titulado “Reflexiones acerca del impacto de la ‘modernización’ en la medicina”, del doctor Enrique Otero (1980). En dicho artículo, publicado en la revista del INNN, se realiza un interesante ejercicio de autocrítica tomando como punto de partida el famoso cuadro “The Doctor”, de Samuel Luke Fildes. Se trata de una crítica realizada desde dentro mismo de la psiquiatría, con conocimiento de causa, pero que además lleva nuestra atención a los recursos tecnológicos y el orden institucional como condicionantes del actuar del clínico. Una crítica comprensiva y cargada de experiencia. En ese sentido Otero (1980: 156) menciona: “se espera que el médico sea una criatura quimérica, que por un lado sea experto en los fabulosos conocimientos y habilidades de la ciencia moderna y simultáneamente mantenga la humanidad, compasión, devoción y humildad y apostolados atribuidos al bueno y viejo doctor de principios de siglo”. Nos habla, asimismo, de una “mal

⁶ Una vez que culminó la Operación Castañeda la psiquiatría institucional y estatal en México seguirá el liderazgo de dos figuras que, encumbradas y bajo formas patriarcales, cumplirán un papel importante en la gestión de recursos públicos al grado que se les podría considerar que su contribución llegó más como funcionarios y administradores que como psiquiatras o neurólogos. Se trata de Manuel Velasco Suárez y Ramón de la Fuente. Como se documenta en Hernández *et al.* (2017), Nestor Braunstein sería uno de varios profesionistas *psi* en recibir un trato injusto por parte de De la Fuente dadas sus posturas críticas.

fundamentada esperanza de que el médico podría vivir en una sociedad ultratecnológica e impersonal sin adquirir esas mismas características”. Otero (1980: 157) remata afirmando que “El practicante promedio de la medicina está tentado a llevar a cabo una larga batería de pruebas que son de cuestionable necesidad”.⁷

Este tipo de reflexiones son tan importantes y frecuentes como actuales. Podemos encontrar argumentos muy cercanos en textos publicados recientemente por psiquiatras críticos españoles como Vicente Ibáñez Rojo (2018) o Alberto Ortiz Lobo (2018). Hasta aquí nos hemos remitido a testimonios extraídos de textos publicados por los mismos psiquiatras o psicoanalistas en revistas, gacetas, libros u otro tipo de documentos. Sin embargo, también podríamos mencionar el trabajo de historiadores que, mediante entrevistas, nos permiten acceder a la comprensión de momentos poco accesibles con otras fuentes. Es el caso de Francisco Morales Ramírez (2010) quien, por medio de entrevistas a psiquiatras y psicoanalistas mexicanos que en los setenta y ochenta del siglo pasado tuvieron alguna participación en el movimiento etiquetado como antipsiquiátrico, logró reconstruir el estudio histórico más detallado al respecto. Sin embargo, su objetivo y las preguntas que realizó iban dirigidas más a capturar testimonios de procesos generales y de acontecimientos excepcionales que a dar cuenta de la experiencia cotidiana de la clínica psiquiátrica. Es por ello que, si bien a mi juicio se trata de la investigación más detallada que hace uso de la entrevista estructurada, mi trabajo se diferencia sustancialmente en dos aspectos: 1) mi atención está en la labor clínica; y 2) implica una labor etnográfica y no solo la utilización de las entrevistas.

Las dos etnografías que he realizado hasta el momento y la experiencia que he adquirido con los años me han llevado a asumir una postura que permite que la realidad empírica me diga cosas poniendo en pausa mis obsesiones por sobreteorizar. En este sentido (Hernández Lara, 2014: 12), opté: “por ver y vivir aquello de lo que también yo era parte. El objeto que observaba y estudiaba no estaba ahí afuera. No estaba parado en ningún lugar para observarlo. Estaba caminando en él y con él”. Sin embargo, ello no quiere decir que prescindiera de conceptos para mirar la realidad del internamiento. De hecho, podría afirmar que he utilizado tres concep-

⁷ En un libro sobre psiquiatría crítica publicado recientemente en España se puede leer una postura similar: “A partir de cierto punto de saturación —menciona el doctor Alberto Ortiz Lobo (2018: 124)—, las tecnologías perjudican porque destruyen las condiciones para la acción autónoma y el progreso social”.

tos centrales en cada trabajo de investigación: dispositivo de intervención psiquiátrica, política de salud mental y experiencia de atención psiquiátrica. Si bien todos ellos están centrados en los aportes de Michel Foucault (2001, 2006) en particular, y del post-estructuralismo francés en general (Deleuze, 2000 y Castel, 1980), no es sino hasta el último concepto que considero haberme alejado de posturas deterministas y estructuralistas. En adelante se describirá muy someramente cada uno de los conceptos mencionados, para después hacer énfasis en aquellos de alcance medio que me permitieron proponer la perspectiva más congruente con el objetivo de reflejar una experiencia clínica cotidiana. Dicha revisión es relevante en la medida en que los objetivos y el diseño de las entrevistas fue realizado en sintonía con conceptos que permitieran un acercamiento cercano al quehacer cotidiano de la clínica.

En primera instancia, habría que subrayar que el concepto de dispositivo de intervención psiquiátrica que propuse y apliqué en la etnografía en el Hospital Granja La Salud es más cercano a la propuesta de Gilles Deleuze (2000) que a la de Foucault (2006). Deleuze caracteriza al dispositivo como un entramado multilineal compuesto por al menos cuatro líneas que se cruzan y afectan mutuamente: la línea de visibilidad, la de enunciación, la de fuerza y la de subjetivación. La primera corresponde a la situación espacial, los elementos arquitectónicos y de vigilancia que se les imponen a los internos, y aquellos con los que se canalizan sus recorridos cotidianos. La segunda, en tanto línea de enunciación, implica el peso del conocimiento médico, las tradiciones teóricas y el régimen discursivo imperante en el internamiento a partir del que los pacientes son clasificados, atendidos, etiquetados. Respecto a la línea de fuerza implica los mecanismos de encauzamiento enmarcados en las relaciones de poder-saber. Efecto de ellos es la normalización a partir de la que se reafirma el poder disciplinario generando un orden institucional. Por último, la línea de objetivación/subjetivación permite comprender la subjetividad de los internos y del personal médico como construcción y producto del dispositivo mismo. Ello me permitió alejarme de conceptos que piensan al actor o sujeto como algo dado y, más bien, resaltar que estos son producto de las relaciones encausadas por el dispositivo (Hernández Lara, 2006: 13-14). La breve caracterización de este concepto tiene sentido para el presente texto en la medida en que tanto la guía de observación como la guía de entrevista fueron realizadas a partir de dicha propuesta.

Tiempo después se ensayó un acercamiento histórico (Hernández Lara, 2008) alejado de la etnografía a partir de la noción de política de salud mental propuesto por Robert Castel (1980). Si bien podría confundirse la noción de política de salud mental con alguna dimensión empírica semejante a un programa sectorial y específico, Castel (1980: 16) es muy claro en afirmar que la política de salud mental no es un programa explícito, sino que se construye a partir de la interacción de cinco elementos: 1) un código teórico; 2) una tecnología de intervención; 3) un dispositivo institucional; 4) un cuerpo de profesionales, y 5) un estatuto del usuario. Si bien la propuesta de Castel permitió organizar las fuentes y clasificar la información para dar cuenta de las transformaciones que la adopción del modelo neoliberal trajo en el modelo de intervención psiquiátrica imperante en el país, como ya se dijo, dicha propuesta no supuso trabajo etnográfico ni la utilización de la técnica de la entrevista. Sin embargo, el concepto de política de salud mental brindó a mi trabajo al menos cuatro cualidades: 1) adoptar una perspectiva en la que, para que se hablara de cambios o reformas psiquiátricas, se tuviera que innovar en cada uno de los elementos que conforman la política; 2) considerar la importancia e influencia de factores externos a la psiquiatría y a la medicina misma como condicionantes de la política de salud mental; 3) comprender que el control de los elementos y las características de dicha política está muy lejos de las manos de los especialistas en salud mental y que, más bien, habría que recuperar su testimonio para conocer lo incómodos(as) que se sienten con dichas formas, y 4) sustentar —en congruencia con ello— que la Operación Castañeda supuso una continuidad del modelo asilar más que una reforma psiquiátrica.

Esto último generó un aprendizaje que —además de alejarme del vicio de sobreteorizar— me ubicó con mayor certeza en el papel de investigador con el interés práctico de proponer y transformar desde mis propias fronteras disciplinarias, alejándome del rol de periodista que, inconsciente e inicialmente, había asumido. Sin embargo, la claridad y sistematicidad que me permitió el esquematismo de los dos conceptos anteriormente descritos debían ser complementadas por una perspectiva más dinámica y performativa. Con estas reflexiones llegué a la noción de experiencia de atención psiquiátrica, acompañándola de categorías provenientes del materialismo histórico, como las de forma y momentos constitutivos. Así, se eligió hablar de formas de la política de salud mental más que de modelos

de atención —modelo asilar, modelo comunitario, etc. Desde mi perspectiva, las formas por las que transitó esta política fueron de una forma asilar a una flexible y desregulada. En ello fue más determinante el ajuste estructural que sufrió el Estado mexicano en su conjunto las últimas dos décadas del siglo XX que la Operación Castañeda. Con ello, la adopción de la categoría de forma me permitió comprender que, una vez transformada la política de salud mental y teniendo esta otros cimientos, también es necesario repensar la crítica. Si la crítica a la atención psiquiátrica se situase exclusiva y eternamente en la crítica a la hospitalización o la institucionalización, terminaría por ser afín a la forma contemporánea e imperante de atención psiquiátrica, en tanto uno de los argumentos que la legitima es justo evitar el internamiento mediante el uso intensivo de psicofármacos y la familiarización —o mejor dicho, feminización— de los cuidados. “La crítica a la política flexible de salud mental requiere de nuevos enfoques y un lenguaje distinto. Descifrar y describir la cotidianeidad en el área de hospitalización es tan importante como analizar los procesos de trabajo y las prescripciones visibles, tanto en el área de consulta externa como en las recetas que los usuarios llevan a sus casas” (Hernández Lara, 2014: 23-24).

En congruencia con ello, las decisiones teóricas tomadas con la noción de experiencia de atención psiquiátrica nos permitieron un enfoque más cercano a la clínica, a las rutinas laborales cotidianas y, en última instancia, al testimonio y la voz de los especialistas en salud mental que día a día ponen en práctica sus conocimientos para incidir en los males y vidas de sus pacientes. Pero, para trascender la mera descripción de procesos, es importante plantear la relación del quehacer clínico —actualmente dominado por el paradigma de la “medicina basada en evidencias”— con dos de los factores esenciales para conformación de las tendencias dominantes, institucionales y autoritarias de la psiquiatría: las formaciones discursivas y la tecnología.⁸ Esto permite que, desde un análisis crítico del hacer diario de los especialistas en salud mental, sea posible ascender a nivel de críticas epistemológicas de alcance histórico. Sin embargo, a diferencia de las críticas planteadas por la antipsiquiatría de los sesenta y setenta del siglo pasado, el gesto con el que se realiza dicha crítica no tiene que ver con una especie de batalla por la verdad que incluso

⁸ En este sentido coincidimos plenamente con la postura de Mary Morgan (2017: 2) quien menciona: “Tener una teoría relevante no sustituye a tener una narrativa rica, y tener una buena narrativa bien puede incrustar una teoría relevante: las dos formas no son excluyentes y bien pueden reforzarse mutuamente”.

llegaría a negar la existencia misma de las enfermedades mentales (Szasz, 1994), sino que su intento es impugnar ciertos discursos y conceptos en función de las consecuencias prácticas que estos tienen. En esta perspectiva, Estrada (2018: 144) menciona que se trata de “resaltar cómo la existencia de una serie de condiciones y de formas determinadas de problematizar ha permitido ensamblar todo un conjunto de disposiciones técnicas para ‘la verdad’”. Es sintomático de ello que Ortiz (2018: 118-120), uno de los psiquiatras críticos más visibles en España, realice una caracterización que contempla tres elementos del que llama “actual autoritarismo de la psiquiatría biológica”. Como podemos ver, en dicha caracterización están presentes tanto elementos clínicos y prácticos como epistemológicos: 1) el que aprehender de manera objetiva la realidad psíquica conlleve cierto grado de cosificación; 2) el que el sufrimiento psíquico esté conceptualizado en términos de enfermedades, y 3) que la forma imperante de diagnóstico y tratamiento sea la “medicina basada en evidencias”. La etnografía que realicé más recientemente (Hernández Lara, 2014) me permitió resaltar la importancia de este último factor en la transformación del quehacer clínico.

Bajo esa misma idea, mencionaba (Hernández Lara, 2014: 21-22) que en lo que consistía dicho ejercicio crítico era “en develar y criticar las objetivaciones y materializaciones que dicha verdad supone, cuando se pone en juego su discurso y se ponen en marcha relaciones en torno a ella”. Más que con Foucault, esto está originariamente vinculado con el método histórico de Canguilhem, mismo que “implica desarrollar una historia de los regímenes de los conceptos y las condiciones siempre problemáticas en que han sido formados” (Estrada, 2018: 150). Dichas así, estas discusiones pueden parecer muy abstractas, sin embargo, una expresión concreta es la que pude documentar en la etnografía en el Hospital La Salud, en la que constaté que muchos de los pacientes internos habían vivido esa condición desde los años del Manicomio General de la Ciudad de México y que, al ser diagnosticados con una clasificación que los consideraba irrecuperables por el conocimiento científico y la tecnología disponible en su momento, repercutió en que vivieran más de la mitad de su vida intramuros.

Abordados desde esta perspectiva, los psiquiatras y especialistas en salud mental están lejos de imponer sus condiciones y voluntad en el orden institucional, y sus testimonios nos permiten dar cuenta de la manera en que los procedimientos clínicos estandarizados y la burocratización de

su actividad repercuten en sus posibilidades de incidencia.⁹ Estos dos elementos, acompañados por la mercantilización y la creciente influencia de la industria farmacéutica, han acentuado la homogeneización de los procedimientos clínicos a grados que, para aquellos psiquiatras formados en otra generación, la “Medicina Basada en Evidencias” (MBE) atenta contra la vocación de pensar a partir de los casos. Es por ello que, desde nuestra perspectiva, los especialistas que cotidianamente atienden en los servicios públicos de salud mental son el actor principal para pensar críticamente estos procesos y sus narrativas deben ser rescatadas y visibilizadas.¹⁰

En concordancia con ello, Ortiz (2018: 120) menciona que “la MBE aplicada a la salud mental se ha criticado como una línea de pensamiento que pretende sustituir el arte creativo y flexible de la prescripción por una actividad mecánica y reglamentada”. Y es que, para clínicos formados en generaciones anteriores, los procedimientos que guían su oficio tendrían que potencializar más la creatividad que la estandarización. En este sentido versó la opinión del doctor Ricardo Colín Piana (2012),¹¹ para quien la psiquiatría “sigue siendo una especialidad con una gran carga de actividad digamos ‘artística’ por parte del practicante de la psiquiatría. Artístico en el sentido de ser un tratamiento muy individualizado”. Sin embargo, si bien es deseable y loable que el clínico pueda potencializar su conocimiento y creatividad con la consulta, es una realidad que —al menos quienes trabajan en hospitales públicos— cubren una demanda y carga laboral que pocas veces da espacio para procesos de este tipo. En dicho sentido, algunos especialistas entrevistados también plantearon el tema del grado de generalidad y de cualidades intangibles que debe tener el clínico además de su creatividad. Por ejemplo, el doctor Jesús Ramírez Bermúdez (2012)¹²

⁹ La poca valoración de estas narrativas en historia de la ciencia es algo común. Al respecto Morgan (2017: 1) menciona: “Los historiadores de la ciencia aparentemente no han pensado que las narrativas científicas sean importantes, y en la mayoría de los campos tal vez ni siquiera hayan notado las narrativas que sus actores tejieron y contaron sobre sus temas”.

¹⁰ Las actuales tendencias en revistas científicas de alto impacto parecieran estar abonando a este proceso reflexivo ya que, como Hurwitz (2017: 65) menciona, la afamada revista médica británica *The Lancet* anunció recientemente que el espacio dedicado a la publicación de estudios de caso ha incrementado.

¹¹ La entrevista al doctor Ricardo Colín Piana constó de dos sesiones largas que tuvieron ocasión el 3 y el 5 de enero de 2012 siendo él Jefe del Departamento de Enseñanza del INNN.

¹² El doctor Jesús Ramírez-Bermúdez era el jefe del Departamento de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el momento en el que realicé mi investigación de doctorado. Él fue uno de mis principales interlocutores, la principal razón por la que pude realizar mi investigación, y una de las influencias más importantes en mi postura respecto al tema.

mencionó que “un médico puede ser muy bueno viendo pacientes con base en su experiencia, pero eso no quiere decir que los conocimientos que él genere sean generalizables o tengan un estatus universal, aun cuando puedan ser útiles para resolver sus problemas prácticos... un clínico sabe que puede influir en su paciente sugestionándolo y demás ¿no? y son sus herramientas con las que trabaja clínicamente ¿no? pero, por la misma razón, eso no se puede extrapolar a todos los médicos”.

La conciencia respecto de la relevancia de estas narrativas, y de dar cuenta sistemáticamente del quehacer clínico desde posturas históricas y sociológicas, es más resultado de mis intercambios con psiquiatras y psicólogos que una postura inicial. En este sentido, mis trabajos se han ubicado en ciertas fronteras pues, si bien intentan contribuir a la sociología e historia de la psiquiatría, lo hacen con técnicas etnográficas con la intención de visibilizar dilemas y problemáticas cotidianos. Por otro lado, el mismo ejercicio etnográfico me permitió tejer relaciones desde cuyo intercambio reflexivo me fue posible comprender la postura de los actores implicados.¹³ Tal aprendizaje y experiencia, en última instancia, es lo que me lleva a comprender y plantear la relevancia de la clínica para realizar una historia de la atención psiquiátrica y no solo de la psiquiatría o de los modelos de atención. En este sentido, retomando un juego de palabras que Jesús Ramírez Bermúdez propuso en alguna conversación, llamaría “historia clínica” —en oposición a la noción de expediente clínico— a la “descripción crítica e histórica que procede y deriva de la observación minuciosa de las labores cotidianas que supone la clínica” (Hernández Lara, 2014: 45).

Para concluir el presente apartado —y enfocarnos en la técnica de la entrevista semiestructurada— quiero ofrecer una puntualización de los sesgos teórico-metodológicos que caracterizan la perspectiva de investigación que influyó en el diseño de los instrumentos. Los argumentos ofrecidos en el presente apartado podrían ser resumidos en cinco puntos: 1) mi perspectiva se reconoce dentro de la tradición crítica, en dicho sentido busca elementos que=¿ permitan la transformación de las prácticas y fomen-

¹³ Semejantes cualidades son resaltadas por Pozzi (2012: 63) al mencionar aportes que la historia oral ha traído al enriquecer el diálogo con investigadores y científicos. En ese sentido menciona: “Bien se trate de una revalorización de las fuentes orales frente al imperio de ‘lo escrito’, del logro de una comunicación más fluida entre historiadores y otros científicos sociales o de la apuesta por una historia más democrática, lo cierto es que lo que surgió como un movimiento de renovación historiográfica, y aun de compromiso político, es hoy asumido como una especialidad reconocida mundialmente que nos exige una mayor reflexión y labor interdisciplinaria, a la vez que supone nuevos desafíos en el ejercicio de la actividad investigativa, la docencia y la acción comunitaria”.

ta conceptos abiertos y críticos inspirados en el vitalismo;¹⁴ 2) subrayo la importancia de permitir que la realidad empírica dialogue con los conceptos, por lo que investigamos desde un acercamiento etnográfico;¹⁵ 3) estas cualidades nos hicieron percibir la importancia de dar voz a los actores principales en la atención psiquiátrica, es decir, a especialistas, clínicos, enfermeras, etc.; 4) de dicho acercamiento se extrajeron testimonios y narrativas que nos permitieron documentar la importancia, pero también la frecuencia, de críticas y propuestas de transformación que surgen en el día a día, y 5) dicho enfoque nos sensibilizó respecto a la importancia de la clínica por lo que proponemos la noción de “historia clínica”.

Etnografía y entrevistas semiestructuradas

Las visitas a hospitales psiquiátricos suelen ser experiencias desafiantes incluso para quienes fueron formados en medicina o profesiones afines. Casi todos los especialistas a quienes pregunté sobre su primera visita a un psiquiátrico expresaron sentimientos de conmoción o incluso indignación. Por ello, quienes no recibimos una formación cercana a la medicina, debemos acudir con un conocimiento mínimo de las rutinas que rigen el internamiento, de las situaciones que se pueden presentar, y de lo demandante y sensibles que pueden ser ciertos encuentros o interacciones. Sin embargo, ningún conocimiento o antecedente sustituye a la experiencia, por lo que, antes de diseñar instrumentos como la guía de entrevista o la de observación, la persona que investiga tiene que pisar el terreno y conocer sus particularidades. En dicho sentido, apelaría a un periodo de un rango de

¹⁴ Se llama vitalista a aquella teoría filosófica para la cual la vida es irreductible a cualquier categoría extraña a sí misma. Se trata de un término polisémico y que puede ser caracterizado a partir de distintas corrientes. Sin embargo, en el presente texto retomamos la noción de vitalismo filosófico que se desarrolla a partir de la segunda mitad del siglo XIX y cuyo principal representante es Friedrich Nietzsche. Ya en el siglo XX, podemos encontrar historiadores vitalistas muy relevantes como Georg Canguilhem (Echegoyen, s/f). Representantes del postestructuralismo pueden ser ubicados como vitalistas, principalmente Michel Foucault en su etapa genealógica y Gilles Deleuze.

¹⁵ La etnografía es un método de estudio utilizado especialmente en antropología con la intención de describir las costumbres y tradiciones de distintos grupos humanos. Surgió de la antropología principalmente vinculada al trabajo de campo en comunidades, sin embargo, su uso ha sido extendido a distintos grupos humanos e instituciones. En la etnografía se hace uso de diversas técnicas de investigación como la observación participante, la entrevista, la historia de vida, etc. Sus estudios dan lugar a descripciones detalladas de costumbres, rutinas y tradiciones que son parte de la cotidianeidad de distintos grupos. Con la etnografía es posible dar cuenta de la experiencia de los sujetos desde una observación detallada.

tres días a dos semanas para observar rutinas, a los pacientes, al personal, las interacciones y, por qué no, para permitir ser observado. El objetivo es tanto familiarizarse con el espacio y las rutinas de la institución, como permitir que otros se familiaricen con nuestra presencia. Sin embargo, la familiaridad no se da de forma neutra, por lo que uno de los principales objetivos de las primeras semanas en la institución es que quienes forman parte de ella perciban el grado de profesionalismo y los intereses que tenemos como investigadores.

Esto se percibió desde la etnografía realizada en el Hospital La Salud, por lo que se realizó una investigación documental que sirvió para conocer su estructura organizativa y espacialidad. Se consultaron documentos oficiales que permitieron conocer los departamentos en los que se distribuía el personal, así como los recursos materiales a través de planos arquitectónicos. Esto es congruente con lo planteado por Dean Hammer y Aaron Wildavsky (1990: 27) que sugieren que, para diseñar una buena entrevista semiestructurada, es necesario conocer la estructura de la organización. Lo que significa comprender su jerarquía formal, los puestos, las responsabilidades e interacciones. Sin embargo, con todo y ello, percibí que mi presencia en el hospital constituyó un choque. Esa es la razón por la que el objetivo de las primeras visitas “consistió en superar esta condición de extraño al orden del hospital. Esto se logró mediante charlas que no pueden ser consideradas como entrevistas con guía de tópicos y para la recolección de datos” (Hernández Lara, 2006: 15). Posterior a ello, se realizó una guía de observación que, como se explicó en el apartado anterior, tenía como centro la noción deleuziana de dispositivo donde cada una de sus líneas constituía dimensiones de la realidad a las que se atendió sistemáticamente.

Las entrevistas realizadas en el Hospital La Salud tuvieron ocasión casi al final del trabajo de campo, cuando se conocían a detalle las rutinas, la composición y el funcionamiento del hospital. Para ese momento la confianza y comunicación con el personal era considerable, lo que permitió mayor comprensión a mi trabajo y apertura a ciertas preguntas. Debido a políticas de la institución no fue posible tomar registro audiovisual de las entrevistas, por lo que se utilizaron técnicas taquigráficas anotando palabras clave que permitieron reconstruir los testimonios y descripciones. Las entrevistas, que sirvieron para conocer el papel de cada departamento que integra las unidades terapéuticas y las rutinas del hospital, requirieron una intensa preparación previa. Al aplicarlas me di cuenta de que, una vez

ganada la confianza, el principal reto no era lograr que el personal compartiera sus testimonios, ya que ellos tienen mucho que decir y compartir. El principal reto era conservar el horizonte y las coordenadas de la investigación por lo que, como dicen Hammer y Wildavsky (1990: 25), “hay que conocer y tener presentes los objetivos de la misma”. Sin embargo —y esto fue algo en lo que se puso mayor énfasis durante la etnografía realizada en el INNN— documentar el testimonio de personal que ha laborado durante tantos años en una institución pública especializada en atención psiquiátrica es una oportunidad valiosa que trasciende los objetivos de la investigación en marcha. Por ello, conseguir permiso para grabar, transcribir, consultar y retroalimentar con el entrevistado es muy importante, ya que dichas grabaciones pueden convertirse en fuentes históricas invaluable. En dicho sentido, si bien recomiendo tener claras las metas de nuestro propio trabajo, también señalo la importancia de que, cuando la experiencia y conocimiento del informante lo indique y exista la apertura y confianza necesarios, se aborden temas que permitan aprovechar de mejor manera la oportunidad brindada. Es esencial aclarar que para ello hay protocolos, pues se necesita un documento firmado de consentimiento informado de parte de la o el entrevistado. Además, se recomienda que la donación de los audios y transcripciones se realice a instituciones públicas serias, como son archivos de la palabra o bibliotecas de trayectoria y reconocimiento.

Es recomendable tomar a la experiencia como uno de los principales criterios para definir los informantes clave, así como la secuencia que se seguirá al entrevistarles. En este sentido, me adscribo al consejo ofrecido por Hammer y Wildavsky (1990: 28) respecto a empezar entrevistando al “personal retirado y cuanto más viejo, mejor”. La guía de las entrevistas realizadas en 2004 en el Hospital La Salud, y en 2012 en el INNN incluyó rótulos similares contemplando los siguientes rubros: nombre del proyecto, fecha de la entrevista, nombre del o la entrevistado/a, lugar de la entrevista, departamento del que forma parte el/la entrevistado/a, función, antigüedad en el hospital, horario laboral. El grupo de las entrevistas realizadas en 2004 conservó un orden más libre, sobre todo debido a las limitaciones de tiempo. En el caso de las entrevistas de 2012 comprendieron cinco grandes apartados que —como se mencionó más arriba— no se limitaron a los objetivos de la investigación. Los apartados que se abordaron sistemáticamente en cada entrevista fueron: información biográfica, información profesional y laboral, información respecto al INNN, información sobre intereses y producción académica, información respecto a la

historia de la psiquiatría y la neurología, información y opinión respecto a la actualidad de la política de salud mental.

La primera entrevista realizada en el INNN fue al doctor Ricardo Colín Piana, psiquiatra de larga experiencia cuyo conocimiento compartido fue un importante catalizador para percibir la oportunidad que tenía. En esa ocasión pude reconocer que actores como él pueden ofrecer a historiadores de la psiquiatría invaluable testimonios, detalles y matices sobre hechos históricos relevantes. En su caso, al haber sido formado por Guillermo Calderón Narváez, nos compartió detalles poco conocidos respecto a la Operación Castañeda. Debido a ello, coincidimos con lo que señala Hartog (2001: 15) respecto a la puesta en primer plano de los testigos y su noción.¹⁶ En dicha entrevista fue muy útil la información previa que me compartió mi maestra Cristina Sacristán (2003a, 2003b), a quien considero la principal fuente de conocimiento respecto a la Operación Castañeda. Contar con dicho conocimiento me permitió plantear mejores preguntas, así como probar diversas formas de expresarlas. Ello conllevó, tal como lo señalan Hammer y Wildavsky (1990: 23), a resultados más reveladores. Otros dos temas importantes a considerar, previo a las entrevistas, son el tiempo y el espacio. Dado que el tipo de entrevistas que se plantea hacer en etnografías como estas son producto de una interacción social, se suelen tener restricciones respecto a tiempo y espacio. A la totalidad de los informantes se les entrevistó en su horario laboral por lo que, aunque fueron muy escasas, se suscitaron algunas interrupciones. En ese sentido se concuerda con lo dicho por Hammer y Wildavsky (1990: 32) respecto a que “cualquier hora o lugar son buenos para realizar la entrevista mientras el escenario sea honorable y seguro. Es poco probable que el entrevistador pueda decidir sobre los términos de cuándo, dónde y cómo se llevará a cabo la entrevista. Hay que tomarlo tal como viene y pensar que algún momento es siempre mejor que ninguno”.

La secuencia temática que se siguió en cada entrevista buscó un orden cronológico con el fin de estimular un ejercicio de memoria que partiera de cuestiones generales y remotas, buscando llegar a los temas actuales con mayor diálogo e interacción. Se acudió a cada entrevista con la

¹⁶ En un *dossier* publicado recientemente Mary Morgan (2017: 3) complementa estas afirmaciones utilizando y resaltando la noción de narrador. Al respecto menciona: “Si la ciencia tiene narrativas, también debe tener narradores. Se cree que uno de los sellos distintivos de la ciencia moderna es el apego a la objetividad, pero en algunas ciencias el científico se presenta a sí mismo como narrador”.

lista impresa de temas a abordar. Si bien es sabido que la guía de entrevista no es un listado de preguntas, se anotaron también preguntas guía que resultaron eficientes para recuperar testimonios. “Las preguntas-guía son simplemente preguntas que el entrevistador lleva preparadas de antemano. Pero, a diferencia de las entrevistas que se hacen aplicando un cuestionario rígido, aquí las preguntas-guía deben ser reducidas al mínimo” (Hammer y Wildavsky, 1990: 29). Se prepararon dos tipos de preguntas-guía, aquellas que fueron planteadas en todas las entrevistas, y algunas específicas de acuerdo con el perfil de cada entrevistado. Ello requirió recabar información previa como su formación profesional, su producción científica y situación laboral. De esta manera se pudo “guiar la discusión hacia áreas en las que el entrevistado tiene experiencia concreta, así como su propia visión de las cosas” (Hammer y Wildavsky, 1990: 26). Dicha visión propia se expresaba en formas de decir, donde la utilización de conceptos propios de su disciplina y quehacer, como plasticidad del cerebro, reduccionismo científico, medicina basada en evidencias, terapia electroconvulsiva, etc., tuvo mucha relevancia. Esta es otra razón por la que acudir con la guía impresa resultó importante ya que, conforme esta avanzaba, se fueron anotando al calce las palabras o frases clave que pronunciaban los entrevistados. Ello permitió un diálogo mucho más fluido ya que, como Hammer y Wildavsky (1990: 48) afirman, “el uso de su mismo vocabulario le indica que se le presta total atención y esto puede ser muy útil para activar su memoria”. Si bien se procuró conservar la secuencia temática, dicho orden no fue riguroso ya que, cuando el entrevistado llegaba a un área fructífera, las preguntas o comentarios fueron reenfocados.¹⁷

Durante la entrevista es posible que se hagan muchos supuestos o interpretaciones que es conveniente evitar, más aún cuando estas entrevistas serán reinterpretadas una vez que las narrativas sean transcritas y utilizadas para fines de la investigación. Por ello “hay que intentar clarificar el significado de las respuestas” (Hammer y Wildavsky, 1990: 45). Esto se logra insistiendo o replanteando preguntas con narrativas como: “con tal concepto usted se refiere a...” o “desde su perspectiva estos hechos implicarían...”. Si bien estos ejercicios no implican que la interpretación de la fuente esté ausente en el trabajo del sociólogo, antropólogo o historiador,

¹⁷ Se tiene la convicción de que tanto la utilización de conceptos como la manera de contar los hechos son relevantes y no tienen nada de casual. En ese sentido, Mary Morgan (2017: 2) menciona: “la narrativa proporciona una forma natural para poner en orden los elementos relacionados o crear un orden a partir de materiales desordenados que se pueden conectar entre sí”.

sí permiten que esta tome cauces mucho más afines a los que nuestros informantes declaran. En este sentido, nos adscribimos a lo dicho por Carlo Ginzburg (2006: 17) respecto del paradigma indiciario: “Las metáforas cognoscitivas no trabajan dentro de un vacío; ellas interactúan con la evidencia empírica, con las circunstancias sociales y biográficas, y con todo tipo de objetivos y de restricciones”. Otra recomendación importante respecto a la interpretación es la de tomar nota “en los temas en los que la persona entrevistada se halla emocionalmente implicada” (Hammer y Wildavsky, 1990: 50). Respecto a esto, los autores citados señalan una serie de expresiones faciales, corporales y lingüísticas por las que uno podría captar las emociones. Sin embargo, aunque a nuestro parecer no difieren de aquellas con las que interactuamos en la cotidianeidad, es importante delimitar que —tratándose de profesionistas abordados en su espacio laboral— lo más probable es que asuman una fachada (Goffman, 2001) con actitudes que den cuenta escasa de su propia subjetividad.¹⁸ Si bien no todo estudio necesita hacer énfasis de esta dimensión subjetiva o emocional, por los enfoques de investigación explicados en el apartado anterior le damos cierta importancia. En ello coincidimos con Hammer y Wildavsky (1990: 51) cuando señalan que tendremos que recordar las reacciones de nuestros informantes. Por lo que recomiendan que, en “el análisis de la entrevista, es preciso anotar comentarios generales sobre las reacciones de la persona entrevistada”.¹⁹

¹⁸ Aunque se está tratando un tema que pareciera ser subjetivo y emocional, de ello se pueden extraer inferencias importantes respecto a hechos históricos, laborales, disciplinarios o de otra índole. Aquí pueden ser expresados indicios relevantes a la investigación. Al respecto, Aguirre Rojas (2006: 44) menciona: “Porque si todos padecemos de gripe, cada cuerpo la vive y la sufre de un modo único y singular, igual que el hecho de que todos estamos sometidos a las leyes del inconsciente y de los complejos universales, pero cada uno de nosotros actualiza y escenifica esos complejos y esa vigencia del inconsciente de un modo completamente personal e irrepetible. Y es justo a partir del desciframiento de los indicios que se restituyen, tanto esa singularidad particular del caso individual, como también esa obvia e ineludible presencia y manifestación de la norma o del patrón general y universal dentro del caso en cuestión”.

¹⁹ Carlos Aguirre Rojas (2006: 55) define indicio como “una huella, o rastro, o síntoma, o trazo, o vestigio, o señal, o signo, o elemento, que siendo el resultado involuntario, o del despliegue y existencia de un cierto proceso o de una cierta realidad, o a veces de una creación inconsciente de su propio autor, se constituye en un dato que solo aparentemente es marginal o intrascendente, pero que, analizado con más cuidado, se muestra como un dato revelador de una realidad oculta, más profunda y esencial, realidad que no siendo accesible de un modo directo y evidente, y que poseyendo un comportamiento histórico que es incierto, no previsible y no deducible a partir de su propio pasado, solo se revela mediante esos datos singulares y privilegiados, mediante esos ‘indicios’, a aquellas miradas especialmente entrenadas y educadas para descifrar y escudriñar estos mismos datos reveladores”.

Hasta aquí algunos apuntes y recomendaciones sobre la utilización de la entrevista semiestructurada como técnica para investigaciones que busquen contribuir a la historia de la psiquiatría desde un enfoque clínico y crítico. Es necesario mencionar que, además de los temas generales apuntados en las guías de entrevista, hubo al menos cuatro tópicos que resultaron significativos una vez transcritas y sistematizadas las entrevistas. A continuación, se enumeran estos tópicos cuya puntualización requeriría un análisis más extenso: 1) la importancia del manejo emocional y del trato humano y digno a los pacientes, particularmente a aquellos que han sido internados y con especial énfasis a quienes han sido diagnosticados con algún padecimiento crónico; 2) la diferencia generacional entre profesionistas a nivel del conocimiento, de los conceptos y clasificaciones diagnósticas, pero sobre todo respecto a los lazos y condiciones laborales que se reflejan en el trabajo clínico cotidiano; 3) las críticas respecto a algunos elementos de la política de salud mental como puede ser el reduccionismo científico, el uso innecesario de la tecnología, la medicina basada en evidencias, el abuso de los psicofármacos como forma hegemónica de tratamiento, o la burocratización de procesos institucionales. Lo que lleva al último punto, 4) en el que atestiguamos cierta apertura por parte de los especialistas entrevistados para que se fomente el diálogo interdisciplinario ya que, lejos de lo que se pudiera creer, las críticas internas al orden psiquiátrico hegemónico son más frecuentes de lo que se pudiera esperar, y pueden ser un semillero importante para pensar en alternativas que nos permitan romper con prácticas institucionalizadas y brindar mejor atención a personas y familias con estas necesidades en nuestro país.

Palabras finales

Después de más de una década de experiencia y con dos etnografías realizadas desde la sociología e historia de la psiquiatría, considero que mi perspectiva ha cambiado considerablemente. Sin embargo, dicha perspectiva conserva su afán crítico y el interés por transformar prácticas que lleven a formas de atención no cronificantes, no estigmatizantes, no mercantilizadas y sí más humanas. Desde ese enfoque, y con una interacción cercana a psiquiatras, neurólogos, enfermeras y otro tipo de especialistas en salud mental, he comprendido la relevancia que tiene el que profesionistas con otras formaciones aportemos elementos críticos para delimitar e identificar los dispositivos y procesos que minan las posibilidades de que la aten-

ción adquiera horizontes más sociales y justos. Quienes más y mejor conocen respecto de estas trabas son los especialistas en salud mental que laboran día a día en instituciones públicas, pero quienes podemos aportar problematizando y sistematizando dicha experiencia somos investigadores desde otras disciplinas. En este punto es en el que mi trabajo tiene mayor voluntad de aportar en el mosaico de los estudios sobre historia de la psiquiatría en Iberoamérica.

Por ello, me gustaría concluir con algunas observaciones dirigidas a científicos sociales que abordan este campo temático. En primera instancia, es esencial diferenciar las fuentes en las que se ve expresada la voz de los psiquiatras en particular, y de los especialistas en salud mental en general. No podemos asumir que la autoría de un documento implica la expresión de dicho actor en específico y, menos aún, equiparar las narrativas y sus sentidos sin tomar en cuenta el tipo de interlocución en el que se encontraba dicho actor. Hablamos puntualmente de diferenciar entre la producción científica vinculada a la investigación, las publicaciones, y los foros de divulgación o simposios, de aquella vinculada al quehacer clínico diario con su propio régimen de visibilidad y sus dilemas y dramas cotidianos. En otras palabras, hay diferencias fundamentales en las fuentes que provienen de los profesionales en salud mental, tales como documentos 1) de investigación, 2) de divulgación, 3) clínicos, y 4) administrativos. Esto se complementa con dos aprendizajes: el primero es considerar factores internos y externos a la especialidad y a la medicina en general, por ejemplo, se tiene evidencia de que los cambios en la forma de la política de salud mental en México fueron impulsados por factores internos y externos al sector salud (Hernández Lara, 2014). El segundo es tener en cuenta diferencias entre las formaciones profesionales y las distintas generaciones a las que pertenecen. En ello resultó significativo escuchar cómo psiquiatras formados antes de los años ochenta del siglo pasado manifestaban inconformidad respecto al uso intensivo de ciertos psicofármacos, o al uso de la medicina basada en evidencias (MBE) como procedimiento clínico estandarizado.

Al respecto, si bien concuerdo con Morales (2010) respecto a que desde finales de los setenta y durante los ochenta del siglo pasado hubo una versión “eclectica” de la psiquiatría mexicana en los campos de la investigación y la divulgación, también considero que esto debe ser matizado. En mi experiencia, y desde el campo clínico, observo una versión menos ecléctica y más bien homogénea, estandarizada, e incluso desencantada

de las posibilidades terapéuticas que se ofrecen. El personal que labora en hospitales públicos diseñados para la atención de pacientes psiquiátricos con cierta cronicidad ha sido testigo de un sistemático descuido a las instituciones en las que laboran. Esto ha llevado a que asuman posturas más bien realistas que, aunque buscan respuestas versátiles, también suelen verse atrapadas en la falta de presupuesto y la institucionalización de los procesos. Por otro lado, tenemos el caso del personal del INNN, que es un instituto de investigación con recursos federales que se traducen en instalaciones, tecnología y recursos humanos considerables; pero que dirigen sus críticas y propuestas a matices como la estandarización de los procedimientos clínicos que implica la MBE, el reduccionismo científico o la preocupante tendencia a convertirse en administradores de medicamentos.

Bibliografía

- Aguirre Rojas, Carlos. 2006. "Indicios, lecturas indiciarias, estrategia indiciaria y saberes populares. Una hipótesis sobre los límites de la racionalidad burguesa moderna", en *Contrahistorias. La otra mirada de Clío*, México, Red Utopía A.C., pp. 37-62.
- Alarcón, Renato D. 1990. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*, México, Siglo XXI.
- Braunstein, Néstor. 2010. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*, México, Siglo XXI.
- _____. 2013. *Clasificar en psiquiatría*, México, Siglo XXI.
- Calderón Narváez, Guillermo. 1968. "Los nuevos hospitales psiquiátricos de México", en *Salud Pública de México*, época V, vol. X, núm. 6, nov-dic, pp. 875-885.
- _____. 1995. "Testimonio de trabajo en la operación Castañeda", en *Psiquis*, México, vol. 4, núm. 3, pp. 4-48.
- Castel, Robert. 1980. *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, España, La Piqueta.
- Deleuze, Gilles. 1980. "¿Qué es un dispositivo?", en Deleuze *et al.*, *Michel Foucault: filósofo*, Barcelona, Gedisa, pp. 155-163.
- Della Rocca, G. 1973. "Entrevista con Franco Basaglia", en J. Obiols (coord.), *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Salvat, pp. 8-19.
- Dosil Mancilla, Francisco Javier. 2009. "La estela de Cajal en México", en *Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura*, núm. 735, España, pp. 29-40.

- Echegoyen Olleta, Javier. (s/f). "Vitalismo", en *Historia de la filosofía*, vol. 3, Madrid, Edinumen (Filosofía Contemporánea).
- Estrada Mesa, Diego Alejandro. 2018. "Problemas y problematizaciones. Una historia de los regímenes de verdad médicos desde Georges Canguilhem y Michel Foucault", en *Studies in History and Philosophy of Science*, núm. 62, pp. 65-73.
- Fernández Guardiola, Augusto. 1997. *Las neurociencias en el exilio español en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2001. *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- _____. 2005. *El poder psiquiátrico*, México, Fondo de Cultura Económica (Selección de Obras de Sociología).
- Ginzburg, Carlo. 2006. "Semejanzas de familia y árboles de familia: dos metáforas cognoscitivas", en *Contrahistorias. La otra mirada de Clío*, México, Red Utopía A.C., pp. 17-36.
- Goffman, Erving. 2001. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Hammer, Dean y Aaron Wildavsky. 1990. "La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa", en *Historia, Antropología y Fuentes Orales. Historia y Fuente Oral*, núm. 4, pp. 23-61.
- Hartog, François. 2001. "El testigo y el historiador", *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, año XI, núm. 21, pp. 11-30.
- Hernández Lara, Oliver Gabriel. 2006. "Cartografía del internamiento: el dispositivo del Hospital Psiquiátrico Granja la Salud Tlazoltéotl", tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- _____. 2008. "La metamorfosis de la política de salud mental en México", tesis de maestría en sociología política, México, Instituto de Investigaciones José María Luis Mora.
- _____. 2014. "La experiencia de atención psiquiátrica en México, de la forma asilar a la forma flexible. El caso del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía", tesis de doctorado en sociología, México, BUAP, ICSyH.
- Hernández Lara, Oliver, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika. 2017. "México: una reforma psiquiátrica que no fue, 1968-1990", en Rafael Huerfías (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*, España, Catarata.

- Huertas, Rafael. 2001. "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, España, vol. I, núm. 2, pp. 7-37.
- _____. 2018. "Vieja y nueva antipsiquiatría", en Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*, España, Catarata (col. Psiquiatría y Cambio Social), pp. 19-74.
- Hurwitz, Brian. 2017. "Narrative Constructs in Modern Clinical Case Reporting", *Studies in History and Philosophy of Science*, núm. 62, pp. 65-73.
- Ibáñez Rojo, Vicente. 2018. "Activismo profesional en salud mental", en Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*, España, Catarata (col. Psiquiatría y Cambio Social), pp. 152-187.
- Kenny, Nuala P., Brenda L. Beagan. 2004. "The Patient as Text: A Challenge for Problem- Base Learning", en *Medical Education*, núm. 38, pp. 1071-1079.
- Lauveng, Arnhild. 2010. *El país de los bosques de hierro. Mi regreso de la esquizofrenia*, España, Puente al Norte.
- Morales Ramírez, Francisco Jesús. 2010. "La recepción de la antipsiquiatría en algunos sectores de la salud mental en México, 1970-1980", tesis para obtener el grado de maestro en historia moderna y contemporánea, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Morgan, Mary S. 2017. "Narrative Science and Narrative Knowing. Introduction to Special Issue on Narrative Science", en *Studies in History and Philosophy of Science*, núm. 62, pp. 1-5.
- Ortiz Lobo, Alberto. 2018. "Postpsiquiatría o el nuevo desafío al autoritarismo profesional", en Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*, España, Catarata (col. Psiquiatría y Cambio Social), pp. 108-151.
- Ortiz Lobo, Alberto y Rafael Huertas. 2018. "Introducción", en Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*, España, Catarata (col. Psiquiatría y Cambio Social).
- Otero S., Enrique. 1980. "Reflexiones acerca del impacto de la 'modernización' en la medicina", en *Revista Oficial del Instituto Nacional de Neurología*, vol. 14, núms. 3-4, pp. 153-158.
- Pozzi, Pablo. 2012. "Esencia y práctica de la historia oral", *Revista Tempo e Argumento*, Brasil, Florianópolis, Universidade do Estado de Santa Catarina, vol. 4, núm. 1, pp. 61-70.
- Ramírez-Bermúdez, Jesús. 2010. *Breve diccionario clínico del alma*, México, Debate.

- Ríos Molina, Andrés. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, UNAM, IIH/Siglo XXI.
- Sacristán, María Cristina. 2003a. "La primera reforma psiquiátrica mexicana: las granjas para enfermos mentales", en Filiberto Fuentenebro de Diego, Rafael Huertas García-Alejo, Carmen Valiente Ots (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, España, Frenia, pp. 695-705.
- _____. 2003b. "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo 1945-1948", *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría, vol. 26, núm. 3, pp. 57-65.
- _____. 2005. "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. V, pp. 9-33.
- _____. 2007. "En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985", en Ricardo Campos, Olga Villasante y Rafael Huertas (eds.), *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 327-346.
- _____. 2010. "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", en *Salud Mental*, vol. 33, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 473-480.
- Szasz, Thomas. 1994. *El mito de la enfermedad mental*, Argentina, Amorrortu.
- Villasante, Olga et al. 2018. *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento desde la Casa de Santa Isabel Leganés*, España, Cátedra.