



COLECCIÓN
Debate y Reflexión



Locura en el archivo

Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas *psi*

Teresa Ordorika Sacristán
Aída Alejandra Golcman
(coordinadoras)

Universidad Nacional Autónoma de México
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias
en Ciencias y Humanidades

LOCURA EN EL ARCHIVO. FUENTES Y METODOLOGÍAS
PARA EL ESTUDIO DE LAS DISCIPLINAS *PSI*

COLECCIÓN DEBATE Y REFLEXIÓN

COMITÉ EDITORIAL

María Eugenia Alvarado Rodríguez
Gloria Patricia Cabrera López
Carlos Arturo Flores Villela
Marina Garone Gravier
Lev Orlando Jardón Barbolla
Juan Miguel Nepote González
Mauricio Sánchez Menchero
Jaime Martín Suaste Aguirre
María del Consuelo Yerena Capistrán

Locura en el archivo. Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas *psi*

Teresa Ordorika Sacristán
Aída Alejandra Golcman
(coordinadoras)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES

MÉXICO, 2022

Ordorika Sacristán, Teresa, editor. | Golcman, Aída Alejandra, editor.

Locura en el archivo : fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi / Teresa Ordorika Sacristán, Aída Alejandra Golcman (coordinadoras).

Otros títulos: Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas *psi*.

Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2022. | Serie: Colección Debate y reflexión.

LIBRUNAM 2098856 | ISBN 97860730 5934-3.

Psiquiatría -- Metodología. | Psiquiatría -- Investigación. | Psiquiatría basada en la evidencia -- Estudio de casos. | Psicopatología -- Estudio de casos.

LCC RC437.5.L63 2021 | DDC 616.89001—dc23

Primera edición electrónica, 2022

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias
en Ciencias y Humanidades
Torre II de Humanidades 4º piso
Circuito Escolar, Ciudad Universitaria
Coyoacán 04510, México, CDMX
www.ceiich.unam.mx

Diseño de portada: Amanali María Cornejo Vázquez

ISBN de la colección 978-607-30-1052-8

ISBN del volumen 978-607-30-5934-3

Esta obra contó con recursos de DGAPA: Proyecto PAPIIT IN302917 y fue sometida a un proceso de dictamen en la modalidad doble ciego por académicos especialistas en el tema. Los dictámenes resultaron favorables para la totalidad de la obra, en todas sus secciones, partes y capítulos; por lo cual el Comité Editorial del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades dio visto bueno para su publicación.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México.

ÍNDICE



Introducción <i>Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman</i>	9
EXPEDIENTES CLÍNICOS	
La historia en los documentos clínicos psiquiátricos: entre la serie documental y la singularidad de los casos <i>Ana Teresa A. Venancio</i>	21
Las narrativas de los locos y la historia de la locura y la psiquiatría: ¿qué, cómo y para qué? <i>Yonissa Marmitt Wadi</i>	55
Diagnóstico: histeria. Abordando historias clínicas del Manicomio General La Castañeda <i>Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman</i>	87
Severo Amador. Un artista andrógino y paranoico observado por un joven psiquiatra (México, 1930). Implicaciones metodológicas sobre un encuentro clínico <i>Andrés Ríos Molina</i>	109
PROCESOS JUDICIALES	
El juicio de interdicción como fuente para la historia: pistas y rutas para su análisis <i>Cristina Sacristán</i>	131
Procesos judiciales: ¿únicas fuentes para el estudio sociocultural de la locura criminal? <i>Martha Santillán Esqueda</i>	163

NOVELAS Y PERIÓDICOS

Una reevaluación de los archivos, los derechos humanos y la psiquiatría en la Argentina del Proceso (1976-1983) <i>Jonathan Ablard</i>	183
El archivo literario: narrativas de ficción como fuentes para la historia cultural de la psiquiatría <i>José Antonio Maya</i>	201
Acercamiento a la historia de la psicofarmacología en México a partir de la prensa especializada y la nota roja a mediados del siglo XX <i>Esteban Terán</i>	225

CUESTIONARIOS, ETNOGRAFÍAS Y ENTREVISTAS

La aplicación de cuestionarios como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa: el caso de la formación de profesionales <i>psi</i> en Argentina <i>María Eugenia González</i>	249
Etnografía y entrevista semiestructurada como técnicas para una historia clínica y crítica de la experiencia de atención psiquiátrica <i>Oliver Gabriel Hernández Lara</i>	281

INTRODUCCIÓN



Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman

Este libro colectivo se conforma de las aportaciones de un grupo de investigación *psi* que trabajamos desde distintas disciplinas, escribimos sobre América Latina y desde hace algunos años, nos nutrimos de trabajos que cada quien ha realizado. En este proyecto nos reunimos con un objetivo específico: hacer una pausa en la investigación cotidiana para preguntarnos cómo lo hacemos. Aquí nos interesa mostrar el proceso que implica todo estudio que, por lo general, en su “vida pública” solo da a conocer los resultados; lo cual sin duda genera en los lectores, fantasías de conocimientos acabados de manera ordenada, sin demasiadas fisuras ni contradicciones. Así, participamos de la ilusión de que hemos arribado a nuestro destino sin mayores contratiempos, dejando fuera de las páginas todos los avatares, las rutas erradas, las paradas necesarias y las piedras con las que hemos tropezado.

Consideramos de gran valor científico poder compartir esa “cocina de la investigación”, mostrar los interrogantes, los miedos y las dudas que se plantean ante las cuestiones que deseamos analizar. Comunicar este “detrás de escena” nos permite reflexionar acerca de cómo impresionan los procesos subjetivos en los escritos que producimos, ya sea en la elección de problemas, fuentes, teorías y en la estética de la escritura, como también valorar el proceso creativo que acompaña nuestros trabajos. Asimismo, nos obliga a explicitar aquellos modelos que se copian y aquello que se inventa, el marco de preguntas al que respondemos en función de las disciplinas, con quiénes dialogamos, etc. En otras palabras, se trata de hacer un alto para pensarse en el acto del trabajo cotidiano, y hacer conscientes las constantes decisiones que tomamos en el camino.

Durante tres años discutimos una y otra vez acerca del valor de compartir los recorridos individuales, enfatizando las alegrías y las angustias que significan estos trayectos. Nos quedó resonando la pregunta sobre los temores a mostrarnos en el proceso de investigación; si se trata de un miedo a quedar expuesto o es solo la idea de que lo que funciona para un tra-

bajo no lo hará para el próximo. Llamó nuestra atención la incomodidad e incluso el extrañamiento que, en un primer momento, nos produjo el ejercicio de reflexionar sobre la forma en que construimos conocimiento. Al fin y al cabo, edificamos formas de proceder que, a lo largo de los años, hemos naturalizado; “taquigrafías de la investigación” que para este texto nos hemos obligado a visibilizar en sus diferentes componentes.

Es a partir de este desandar que se construyeron los capítulos que componen este libro donde las y los autores proponemos presentar modelos posibles de investigación en el marco de las disciplinas *psi*. No pretendemos presentar ejemplos acabados a seguir, sino fungir como una herramienta de acercamiento al campo para quienes se encuentren con inquietudes similares. Claro está, hacemos esta propuesta sin perder de vista que cada problemática a investigar, el acceso a las fuentes y las características de las mismas, así como las lógicas propias de las disciplinas y las diversas instancias de investigación en que se encuentre el sujeto —tesis doctoral, artículo, libro—, hacen que el quehacer cotidiano tome rasgos únicos e irrepetibles.

Una preocupación constante que atravesó al equipo fue la pregunta por la región geográfica desde donde y sobre la cual escribimos: América Latina. Intentamos poner en diálogo preguntas y tópicos que entendemos que se repiten en nuestros contextos locales. Así, aquí nos ocupamos de pensar las diversas miradas teóricas, los distintos usos metodológicos, las variadas poblaciones y los diferentes momentos cronológicos para los estudios *psi* en este territorio.

Con miras a acotar nuestra pregunta sobre la “cocina de la investigación”, planteamos el problema de las fuentes cual paraguas bajo el cual nos cobijamos con el fin de lograr una reflexión conjunta a pesar de la variedad de los temas específicos que investigamos. Analizamos cómo se hace la elección de los documentos, qué sucede si no tenemos acceso a los mismos, qué posibles y obligadas combinaciones y contrapuntos son necesarios en el trabajo documental. También nos cuestionamos sobre las lecturas y relecturas que hacemos del material de análisis, desde qué miradas teóricas y perspectivas disciplinares lo encaramos, decisiones que son singulares y que hasta el mismo investigador puede modificar con el paso del tiempo. Los acervos documentales públicos y privados, las políticas de conservación, las diferencias nacionales y regionales, son todas preguntas que, de un modo u otro, se hacen presentes en los diversos capítulos. Las fuentes elegidas por las y los autores que participan en esta obra nos

permiten reencontrarnos con una historia “desde abajo” y, sobre todo, ayudan a darle visibilidad a la locura y sus actores sociales, incluyendo a quienes se les adjudicó ese signo y a los que se ocuparon de ella. Existen una serie de tensiones que recorren todos los capítulos que implican lo subjetivo y lo objetivo, entre el “caso” de la locura y el esfuerzo de ordenarla, entre las y los profesionales que la observan y quienes la viven; temáticas todas ellas que requieren de un acercamiento hermenéutico e interdisciplinario.

Consideramos que la tarea interpretativa con las fuentes se nutre del cruce obligado con otras disciplinas como la sociología y la antropología, un conocimiento en profundidad de la disciplina médica psiquiátrica, del manejo de herramientas propias de la historia cuantitativa —en caso que se analicen poblaciones totales—, del diálogo entre fuentes —historias clínicas, revistas médicas, documentos administrativos, entrevistas, registros fotográficos, etc.—, del conocimiento de las dinámicas internas de la institución hospitalaria, y de los aspectos legales sobre la insania en cada momento histórico.

Es trabajo del investigador conocer a fondo su acervo documental y encontrar sus rasgos propios; comprender que son esas cualidades particulares —fuente, episteme y hermenéutica— lo que le dará riqueza al estudio, modificará —en algunos casos— el problema de investigación y enriquecerá el campo de exploración. En principio, resulta necesario problematizar la idea de que existen documentos únicos donde podemos tener un acceso más directo a la locura. Así, en las últimas décadas del siglo xx, se han multiplicado los documentos y archivos que se consideran útiles para los estudios *psi*. Como nos muestra el texto de José Antonio Maya González, ellos pueden descubrirse en los largos peregrinajes por bibliotecas y acervos, mismos que devienen en fuentes por medio de las preguntas que se les hacen; otros, como las etnografías de Oliver Hernández y los cuestionarios de Eugenia González, son de producción propia y se crean expresamente para responder a sus preocupaciones.

A los documentos tradicionales generados por los médicos —historias clínicas, artículos científicos y tesis de grado— sumamos los expedientes judiciales, novelas, prensa escrita, informes gubernamentales, leyes y una variedad de impresos que nos aportan las visiones de jueces, abogados, literatos, periodistas y, en general, de la sociedad civil. Asimismo, mediante los *fatatórios* de Stela Patrocinio, analizados por Yonissa Marmitt Wadi, se suman las voces de las personas que experimentaron la locura.

Abrimos este libro con una sección dedicada a los diferentes abordajes que suscitan las fuentes clínicas. En “La historia en los documentos clínicos psiquiátricos: entre la serie documental y la singularidad de los casos”, Ana Teresa Venancio reflexiona sobre los límites y las posibilidades heurísticas de la investigación histórica con la documentación clínica generada en las instituciones psiquiátricas, para la cual considera que no hay una sola respuesta. Relata las decisiones involucradas en la construcción de una base de datos de expedientes de personas diagnosticadas con demencia precoz y esquizofrenia en el Hospital de Alienados de Río de Janeiro. A partir del análisis que permiten dichas fuentes, plantea discusiones historiográficas sobre estudios de caso y de series, se interroga acerca de la determinación de lo que constituyen patrones o casos excepcionales, así como del uso de las historias clínicas para conocer los rasgos institucionales y la mirada médica, reconstrucciones que requieren de una “interpretación a contra pelo” de la letra escrita.

Por su parte, en “Las narrativas de los locos y la historia de la locura y la psiquiatría: ¿qué, cómo y para qué?”, Yonissa Marmitt Wadi retoma las voces de personas que fueron concebidas como locas por el poder/ saber psiquiátrico y las instituciones de asistencia, denominación que estas pueden o no haber compartido. Reflexiona sobre el uso de estos documentos, la importancia que tienen para el campo de la historia de la psiquiatría latinoamericana y la elección de conceptos que utiliza para analizarlas. Bajo la noción amplia de espacio biográfico, articula diversos formatos como la biografía, la antología de existencia y la prosopografía que le permiten reconstruir la narrativa de los locos. Desde una definición de loco y locura como construcción social que emerge en contextos históricos y sociales determinados, se acerca a relatos en clave personal generados en los espacios de encierro tanto por personas ilustres como de infames, retomando el sentido que Foucault le otorgó a las personas sin fama. Finalmente, la autora reconstruye fragmentos de esas vidas por medio de los cuales es posible acercarse a su experiencia subjetiva.

En “Diagnóstico: histeria. Abordando las historias clínicas del Manicomio General La Castañeda”, Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman reflexionamos sobre las estrategias metodológicas que seguimos en nuestro análisis de estas fuentes. Por medio del contrapunto establecido entre la historia clínica como tipo ideal y sus expresiones concretas, discutimos la importancia de abordar los documentos desde la epistemología de la vida cotidiana que resalta la necesidad de contextualizar a las personas

involucradas en su producción, insertas en espacios institucionales específicos. Abordamos a la histeria y a las histéricas retomando la noción de actos performativos que construyen tanto las y los clínicos, como las y los enfermos y sus enfermedades, incorporando nociones sociales y culturales propias del entorno. En particular, nuestro interés versa sobre la influencia de sesgos de género-clase-sexualidad en la construcción del diagnóstico y las personas que lo recibieron.

Cerramos esta sección con el capítulo “Severo Amador. Un artista andrógino y paranoico observado por un joven psiquiatra (México, 1930). Implicaciones metodológicas sobre un encuentro clínico”, texto en el que Andrés Ríos rastrea los diagnósticos otorgados a este paciente en dos fuentes diferentes: su expediente clínico y la tesis del doctor Edmundo Buentello, mostrando que la diversidad diagnóstica en la historia clínica deviene en una narración unificada con la que el pintor es descrito en el trabajo de grado. El autor da cuenta de que existen diversas miradas médicas, heterogeneidades que se diluyen como resultado de una interpretación intencionada construida por el psiquiatra en lo que registra y lo que omite. Asimismo, nos presenta un ambiente de época en el que se realizan lecturas de teorías psiquiátricas y psicoanalíticas para el quehacer médico en el Manicomio General La Castañeda. Señala la necesidad de entender las fuentes clínicas como retazos tanto de los contextos médicos como socioculturales que solo toman sentido en el marco del encuentro clínico.

La segunda sección del libro incorpora textos que estudian aspectos de la locura mediante el análisis de procesos judiciales. Cristina Sacristán se da a la búsqueda de diferentes fuentes con miras a desentrañar el problema de interdicción a partir de un caso concreto. En “El juicio de interdicción como fuente para la historia: pistas y rutas para su análisis”, la autora relata las rutas que sigue en su indagación a pesar de no contar con el documento completo, mostrando la creatividad necesaria en el proceso cuando no se tienen las fuentes idóneas. Dado que los actores involucrados en este escándalo pertenecieron a las élites, dejaron una huella social en archivos privados, notariales, parroquiales y la prensa capitalina. Material obtenido en esos acervos permitió ubicar que el despilfarro de su patrimonio y la violencia contra su familia, así como las razones que da el propio acusado de su caída en desgracia, son los argumentos que se utilizaron para determinar la falta de juicio del letrado Felipe Raygosa.

Por su parte, “Procesos judiciales: ¿únicas fuentes para el estudio sociocultural de la locura criminal?” de Martha Santillán, explora cómo el

análisis de un peritaje psiquiátrico, sobre un hombre que mata a un menor, abre múltiples problemáticas que a su vez requieren del estudio de fuentes construidas en otros campos. Entretejiendo la prensa de nota roja, revistas especializadas y acervos médicos y jurídicos, la autora articula la locura criminal con su contexto cultural amplio. Ello le permite entender los significados sociales expresados por los diversos actores reunidos en el juicio —testigos, vecinos, expertos y el propio asesino— que dan sentido al horror de este acto y construyen al loco criminal no solo a partir de una designación judicial sino incorporando otros marcadores sociales como el género, la sexualidad y la clase. Muestra claramente que, para entender las nociones de locura que operan en un momento histórico específico, no basta con los saberes expertos, es fundamental acudir también a la comprensión que de ella tiene la sociedad en su conjunto.

Los textos ubicados en la tercera sección hurgan en las novelas, los libros, los periódicos y las revistas en busca de pistas relacionadas con la investigación *psi*. Esta abre con “Una reevaluación de los archivos, los derechos humanos y la psiquiatría en la Argentina del Proceso (1976-1983)” donde Jonathan Ablard plantea una mirada retrospectiva sobre su propio trabajo, realizado en décadas anteriores. Partiendo de una interpretación de “Ana Alumbrada: militancia, amor y locura en los sesenta”, de Alejandra Slutzky, trabajo en el que la autora narra el uso de instituciones psiquiátricas por parte de la dictadura militar argentina como lugares de internamiento de presos políticos, Ablard cuestiona seriamente su posición anterior frente a la relación instituciones psiquiátricas/dictadura militar. Describe los argumentos históricos que en el pasado lo llevaron a considerar el uso de estos hospitales por los militares como improbable, aunado a nuevos descubrimientos que le hacen revalorar su propia posición. Su texto es un llamado a repensar los objetos de análisis a partir del encuentro con nuevos documentos y abre una reflexión sobre la importancia de la práctica de la honestidad intelectual en el proceso de la creación del conocimiento.

En el capítulo “El archivo literario: narrativas de ficción como fuentes para la historia cultural de la psiquiatría”, José Antonio Maya González presenta un trabajo de recuperación de la memoria de su propio proceso de investigación sobre las ficciones psicopatológicas. Este es el relato en clave subjetiva de dos viajes: uno muy concreto que implica la ubicación de una multiplicidad de documentos en archivos, bibliotecas y hemerotecas, tanto tradicionales como cibernéticas; y el otro intelectual, que lo lleva a preguntarse sobre los alcances y límites de las novelas mexicanas

finiseculares en el análisis de nociones de locos y locura del pasado. Reconoce dos escuelas literarias, la que construye a estos personajes con intenciones moralizantes, y el decadentismo. Mediante el análisis de obras emblemáticas de ambas, visibiliza las estrategias metodológicas que le permitieron convertir a las novelas, con sus lógicas y públicos propios, en material para la historia cultural de la psiquiatría. Como el autor sostiene, es solo a partir de la pregunta del investigador que el documento literario deviene en una fuente útil para este campo de estudio.

Por otro lado, Esteban Terán analiza cómo a una misma sustancia —los barbitúricos— se le otorgan distintos atributos y significados según el tipo de fuente periodística que se utilice. El capítulo “Acercamiento a la historia de la psicofarmacología en México a través de la prensa especializada y la nota roja a mediados del siglo XX”, muestra que el concepto de cultura terapéutica permite registrar dos miradas diferentes en relación con las drogas: aquella que las refiere como innovadoras y productivas desde la perspectiva médica, y otra que interpreta su consumo como fatídico para la población moderna. Los discursos sobre las drogas siempre estuvieron vinculados a los intereses y preocupaciones de políticas nacionales e internacionales. Su consumo o control no puede ser entendido sin una mirada sobre la gobernabilidad de cada nación. En ese sentido, sus propiedades químicas se trenzan con intereses diversos —y a veces contradictorios— que, expresados en la prensa, buscan construir opinión pública en favor de uno u otro. En el caso que nos ocupa, la influencia de la prensa en la definición de los efectos y posibles finalidades de los psicofármacos, desempeña un rol importante en la denominación del lugar que ocupan en la balanza, donde la “droga” pareciera una sustancia utilizada con fines hedonistas y se convertiría en un “medicamento” en tanto estuviese enfocado en “curar” una determinada enfermedad. A lo que habría que preguntarse ¿qué enfermedad curan exactamente los psicofármacos? Finalmente, Terán muestra las posibilidades que ofrece la prensa como fuente para la historia social y cultural de la psicofarmacología en México, su valor radica en develar que la percepción de la salud se construye a partir de la influencia que tienen los medios de comunicación en la conformación de la opinión pública.

En la última sección los capítulos versan sobre experiencias de trabajo de corte actual, donde la sociología, la psicología y la etnografía cobran protagonismo. El valor más destacado de estos textos es la posibilidad que presentan algunas disciplinas de generar sus propias fuentes en la investi-

gación *psi*, a partir de la construcción de algunos instrumentos como encuestas y entrevistas. En el capítulo “La aplicación de cuestionarios como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa: el caso de la formación de profesionales *psi* en Argentina”, María Eugenia González reflexiona sobre las posibilidades que ofrece utilizar dicha técnica a agentes de las disciplinas *psi*, particularmente a graduados y profesores en psicología de Argentina en un periodo reciente (2000-2012). Es de suma relevancia para la autora abordar el camino recorrido en las aulas universitarias, ya que la formación que recibieron se traducirá en su posterior práctica profesional, incidiendo directamente sobre la salud mental de la población, receptora de sus servicios. Históricamente, los psicólogos argentinos han escogido —y todo indica que continúan haciéndolo— el área clínica como opción predilecta a la hora de desempeñarse en el ámbito laboral. Por tanto, es fundamental estudiar lo aprendido en clase ya que esto se trasladará a un posterior ejercicio laboral eminentemente terapéutico. El interés de González en aplicar cuestionarios a profesionales *psi* versa en torno a la peculiaridad que presenta el fenómeno de la amplia expansión psicoanalítica en la cultura argentina en general y en la enseñanza universitaria de la psicología en particular. La gran impronta freudiana, tanto en la cultura popular como en el ámbito académico, han contribuido a que la formación de los psicólogos argentinos se encuentre mayormente impregnada por las ideas psicoanalíticas.

Por su parte, Oliver Hernández Lara, en su capítulo “Etnografía y entrevista semiestructurada como técnicas para una historia clínica y crítica de la experiencia de atención psiquiátrica”, analiza instituciones encargadas de la promoción y el cuidado de la salud mental. Particularmente, centra su trabajo en experiencias etnográficas del Hospital Granja La Salud Tlazoltéotl, municipio de Ixtapaluca, Estado de México, y del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). El autor sostiene que a partir de la sociología y la etnografía se pueden construir fuentes para la historia cultural de la psiquiatría; a su vez, describe el valor que tiene para dichas instituciones la mirada interdisciplinar, particularmente de las disciplinas de corte social como herramientas para la crítica ante la alienación y deshumanización que sufren las y los pacientes. A partir de su experiencia personal, Hernández Lara muestra la riqueza de combinar el trabajo de observación etnográfica con las entrevistas en profundidad, describe detalladamente el proceso de creación de sus propias fuentes a partir de estos dispositivos de trabajo y destaca la relevancia de cuestionarse las propias experiencias en el campo de investigación.

Las y los autores que participamos en este proyecto compartimos la idea de que la investigación *psi* y sus expresiones son construcciones sociales que no pueden ser comprendidas fuera de sus contextos de producción. En estas páginas tratamos también otras temáticas, como la problematización de “las voces” que aparecen en las fuentes, las diferencias que supone abordar un caso concreto o una serie, la interseccionalidad de los marcadores sociales que caracterizan tanto a las personas consideradas locas como a las que las describieron, y la persistencia de las distintas subjetividades de las y los involucrados en el proceso de investigación. Con este libro buscamos abrir caminos para futuras indagaciones que involucren otras fuentes y abordajes teóricos, así como advertir sobre las dificultades metodológicas que se encontrarán en el trayecto. Pretendemos que el presente volumen sirva como una suerte de “caja de herramientas” que advierta a las y los lectores sobre la importancia de tener siempre presente que la construcción de cualquier fuente, sea judicial, médica, administrativa, novelada o que “hable” de cualquier práctica social, es una producción que responde al momento cultural y político que le ha dado forma. Debido a que la riqueza de las fuentes documentales es multiforme, invitamos a pensarlas a partir de sus diferentes modalidades y, con ello, visibilizar las tensiones y conflictos que este proceso conlleva.

Finalmente, las coordinadoras discutimos incansablemente sobre el idioma en el que escribimos; debatimos acerca de qué tipo de lectores buscamos y decidimos —no de modo inocente— que este libro se publique en español, pues se trata del idioma más hablado en Latinoamérica.

PRIMERA SECCIÓN



EXPEDIENTES CLÍNICOS

**LA HISTORIA EN LOS DOCUMENTOS CLÍNICOS
PSIQUIÁTRICOS: ENTRE LA SERIE DOCUMENTAL
Y LA SINGULARIDAD DE LOS CASOS***



*Ana Teresa A. Venancio***

Durante la infancia,
según sus informaciones,
estaba siempre inquieto,
aunque también
muy debilucho.

Dossier de Internación, 1909.

¿Cuáles son los límites y las posibilidades heurísticas de la investigación histórica con la documentación clínica de instituciones psiquiátricas? Este es el tema que se pretende discutir aquí, considerando ciertamente que no existe solo una respuesta a esta pregunta. Estas respuestas dependen de varios factores: de la formulación del objeto de investigación, de la organización y accesibilidad a la documentación clínica, del volumen de la misma, de los recursos tecnológicos y humanos disponibles para operar con esas fuentes.

Se propone entonces discutir la cuestión precedente, a partir del caso específico de mi investigación sobre el uso de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia en el Hospital Nacional de Alienados (HNA), en Río de Janeiro, entre 1903 y 1911. Mi interés en este sentido es com-

* Esta investigación está también vinculada al proyecto “Del Hospital de Pedro II al Hospital Nacional de Alienados: cien años de historia (1841-1944)”, Boletín PROEP, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz-CNPq (2015-2018). Por medio del Departamento de Investigación de la Casa de Oswaldo Cruz obtuvimos recursos para recolectar fuentes y organizar el banco de datos, realizado por tres auxiliares de investigación: Renilson Beraldo, Rafael Chagas y Matheus Rodrigues.

** Doctora en Antropología Social por la Universidad Federal de Río de Janeiro, investigadora de la Casa de Oswaldo Cruz/ Fundación Oswaldo Cruz y profesora del Programa de Posgrado en Historia de las Ciencias y de la Salud de dicha institución. Río de Janeiro, Brasil (véase <anavenancio4@gmail.com>).

prender la manera en que estas categorías diagnósticas fueron utilizadas en la cotidianeidad clínica del Hospital Nacional, observándose tanto en sus usos médicos —en periodo de renovada discusión científica en el HNA, (Cerqueira, 2014; Muñoz, 2015)— como en los sujetos a los que estas se referían. Se trata de analizar cómo los psiquiatras que actuaron en el HNA concibieron y distinguieron las categorías diagnósticas de demencia precoz y esquizofrenia establecidas, respectivamente, por el alemán Émil Kraepelin (1856-1925) y el suizo Eugen Bleuler (1857-1939). La creación de la categoría esquizofrenia en el inicio del siglo XX pretendía sustituir el uso corriente del concepto de demencia precoz. Se relacionaba directamente con el surgimiento en la psiquiatría de una corriente “psicodinámica” en el inicio de la década de 1900, opuesta a la vertiente psiquiátrica kraepeliniana y protagonista de la primera penetración de las ideas de Freud en el medio psiquiátrico (Bercherie, 1989: 226). “Todo aquello que, para los autores precedentes, parecía consecuencia del azar, o de la lesión, se tornó así en una expresión de un movimiento psicológico” (1989: 230).

Considerando el conjunto de pacientes internados en el HNA, se busca presentar aquí aquello a lo que su documentación clínica nos permite acceder, tanto acerca de la identidad social de los sujetos detrás de los casos clínicos, como de lo que allí se producía en términos de “campo de posibilidades”¹ de tecnologías y técnicas, al igual que de las formas de apropiación y resignificación de las ideas científicas en el ámbito de la práctica clínica para los pacientes diagnosticados con “demencia precoz” y/o “esquizofrenia”. Abordaremos entonces el modo en que operamos con las fuentes clínicas del HNA.

Un primer punto que debemos considerar es el lugar de producción de estos documentos —el manicomio— donde se encuentra no solamente la documentación sino también los sujetos de esa historia. Varios estudios² han demostrado la naturaleza social híbrida y polifacética del asilo, con base en su día a día —político, administrativo y médico—, gracias a diferentes tipos de fuentes, con especial atención en los esfuerzos hechos en documentación clínica. A partir de ella, se contempla al hospital como

¹ Un “campo de posibilidades” trata “de lo que es dado con las alternativas construidas del proceso sociohistórico y con el potencial interpretativo del mundo simbólico de la cultura” (Velho, 1994: 28). Un campo de posibilidades, por tanto, es dinámico, al mismo tiempo que opera a partir de premisas y paradigmas culturales compartidos por universos específicos (Velho, 1994: 46-47).

² Véase Sacristán (2005, 2009), Campos y Huertas (2008) y Huertas (2009, 2012).

un lugar de internación de grupos heterogéneos a lo largo del tiempo, según ha demostrado Ríos Molina (2009: 50- 51). Como se menciona en el texto de Venancio y Saiol (2017: 3), en el manicomio se cruzan discursos y prácticas que no resultan unívocas, generadas por diversos actores sociales igualmente importantes en el proceso de definición de quién debe ser ingresado: la administración de la institución, médicos, funcionarios, pacientes y sus familias, tal como revelan Ablard (2008: 127 y ss.) y Ríos Molina (2009: 27-32).

Es posible observar lo mismo en la historia del periodo imperial del hospital, que se ha revisado en la última década en aras de analizar nuevos problemas a partir de la documentación clínica de dicha institución. Desde esta perspectiva, el estudio más detallado de las nuevas fuentes relativas a la admisión de alienados observa la existencia de flujos de admisión de diferentes grupos durante el periodo imperial, por ejemplo, el gran contingente de militares del Ejército y de la Marina, procedentes de la Guerra de Paraguay (1864-1870), internados en las décadas de 1860 y 1870 (Gonçalves y Edler, 2009: 402; Ribeiro, 2016). Además, estos estudios constatan que, en la admisión de los internos, los médicos jugaban un papel relevante, al privilegiar atender a los enfermos con mayores posibilidades de curación (Gonçalves y Edler, 2009: 404-406); así como los familiares de los pacientes, que activaban sus redes de sociabilidad para obtener la internación de sus parientes o esclavos, al mismo tiempo que solicitaban también el alta de los enfermos bajo su responsabilidad (Ribeiro, 2015).³

Tales estudios se han concentrado también en la producción de mapas cuantitativos, con el fin de analizar el perfil social de los internos y sus modos de admisión, habida cuenta de las diferentes administraciones del hospital imperial (Ribeiro, 2016). Los documentos clínicos, gracias al ofi-

³ En el periodo imperial, la institución fue marcada también por la internación de esclavos y por momentos de superpoblación que se intentó controlar con nuevas normas de admisión. Además, sobre el final del Imperio, el servicio sanitario de la institución pasa a ser dirigido por el profesor de la cátedra recién creada de Molestias Mentales de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro. A partir de la proclamación de la República, en 1889, el hospital pasó por una serie de modificaciones —como la creación, en 1893, del Pabellón de Observaciones, que serviría de “puerta de entrada” del HNA para la clasificación médica de hombres y mujeres que debían ser internados en el hospital. Como veremos a continuación, en esta reinención republicana del hospital fueron significativas las reformas emprendidas al inicio de la gestión de Juliano Moreira, a partir de 1903, con la instalación de nuevos equipamientos venidos de Europa, aun cuando las quejas sobre la superpoblación de la institución y los perjuicios de allí consecuentes para el tratamiento de los alienados también se hicieran presentes.

cio del historiador, son observados en conjunto, con la pretensión de integrar al paciente en el marco de una población, reconstruir su trayectoria de entrada en el hospital, su clasificación diagnóstica y las posibilidades institucionales —terapéuticas, administrativas, etc.— de los traslados de enfermos dentro de la institución y fuera de ella.⁴

En esta investigación, la documentación clínica también analiza flujos de pacientes durante aproximadamente una década. El problema que se presenta es el hecho de no haber constituido toda la serie histórica de documentos clínicos producidos en el primer periodo republicano (1889-1930) existente en el archivo.

El reconocimiento del archivo está en proceso, lo que nos lleva a recortar un pequeño periodo de la primera República. Así, mi investigación se circunscribe a una parte de la historia del hospital,⁵ iniciada bajo la gestión de Juliano Moreira en 1903. En aquel momento, se adopta una serie de medidas renovadoras en la asistencia a los alienados, gracias a la primera gran reforma republicana del hospital, llevada a cabo a partir de la publicación de los decretos de 1903 y 1904.⁶ Juliano Moreira se erige como líder del mencionado proceso, no solo en lo vinculado a la implantación de una asistencia moderna,⁷ sino también en lo que se refiere a la institucionalización de la ciencia psiquiátrica (Venancio y Carvalhal, 2005).

Las investigaciones sobre otros manicomios han mostrado diferencias en relación con la institucionalización de la ciencia por medio de la asistencia. En el caso de la ciudad de México, en las primeras décadas del siglo XX, el hospital era el *locus* central a partir del cual se realizaba la investigación y la discusión clínica que componía la ciencia psiquiátrica de la época, como ocurría con el Manicomio General de La Castañeda, en

⁴ Los resultados obtenidos en este tipo de documento, si se cruzan con otros tipos de fuentes —prensa diaria, informes institucionales, documentos legislativos, por ejemplo— ciertamente pueden auxiliar aún más la comprensión de la realidad. De cualquier forma, por el momento, se realizará el análisis exclusivo de este tipo de fuente.

⁵ Ese fragmento sobre la demarcación temporal de la investigación reproduce en gran parte el ya publicado en Venancio y Saiol (2017: 3), al tratarse de resultados de la misma investigación sobre la historia del Hospital Nacional y, por tanto, ambos igualmente referentes a las mismas justificaciones temporales.

⁶ Los decretos núm. 1.132, de 22 de diciembre de 1903, y núm. 5.125 de 01 de febrero de 1904.

⁷ Cabe recordar que, poco antes de la designación de Juliano Moreira para la dirección del HNA, la institución era noticia en los diarios de la época por la situación extrema en que se encontraba: asistencia precaria, convivencia de internos menores con adultos, mal uso de los recursos financieros por el administrador, que llegó a ser apartado del cargo. O Paiz, 25 y 28 de enero de 1902; Correio da Manhã, 24, 25, 26 y 28 de enero de 1902 y 06 de febrero de 1902. Véase Azevedo (2012).

la CdMx (Ríos Molina *et al.*, 2016: 136). Por su parte, Golcman (2015), al analizar los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia a partir de la producción médico-científica y de la documentación clínica del Hospital Esteves de Lomas de Zamora —provincia de Buenos Aires—, en las décadas 1920 a 1940, destaca que “para este periodo y en relación con esta temática, no se hacía prácticamente mención a casos clínicos: las investigaciones quedaban mayormente en el nivel teórico” (2015: 159).

El arco temporal hasta 1911, por otro lado, considera tanto los cambios administrativos en el hospital y de organización de la política asistencial ocurridos en esta época, como los impactos de tales cambios en el propio movimiento del archivo clínico del HNA. Es el 11 de junio de ese año cuando se promulga el decreto núm. 8 834, que “reorganiza la asistencia a los alienados” y cambia su denominación a Hospital Nacional de Alienados (HNA).⁸ También en ese año se inaugura la Colonia de Alienadas del “Engenho de Dentro”, a la cual fueron enviadas las internas de la Sección Esquirol del HNA (Brasil, MJNI, 1911, 1912 *apud* Facchinetti *et al.*, 2010: 735). A partir de entonces se produjeron nuevas reformulaciones en la institución (Muñoz *et al.*, 2011: 94-95). Dentro de estas hay que destacar el inicio de flujos de transferencia de pacientes originarios del HNA a otros centros de asistencia, lo que se intensifica todavía más a principios de la década de 1920, con la creación de la Colonia de Psicópatas-Hombres de Jacarepaguá, rebautizada en 1935 como Colonia Juliano Moreira. Estos flujos impactan en la posibilidad de acceso a la documentación de todos los pacientes que pasaron por el HNA, requiriendo para su análisis de una amplitud de recursos, de varios tipos, muchas veces no disponibles.

La investigación histórica con los documentos clínicos: entre el colectivo y el individuo

La documentación clínica colabora con la historia social debido a su carácter en serie, al mismo tiempo que proporciona un análisis de tipo relacional y micro-histórico. Tomada como una serie histórica, como destaca Farinatti (2008: 57), participa como un tipo específico de documento que permite la elaboración de un conjunto, que tiene un “carácter masivo, homogéneo y reiterativo”, a lo largo del tiempo. Por otro lado, cuando se analiza la

⁸ Es necesario un análisis todavía más profundo sobre los cambios en el perfil institucional que pudo haber implicado la nueva denominación.

documentación clínica, considerando cada caso singular, su idiosincracia expresa el sentido, el patrón o la posibilidad sociohistórica para que un evento de aquel tipo pueda haber existido. Por consiguiente, la documentación clínica sirve tanto al análisis del colectivo que se investiga como a los casos específicos, singulares, de su admisión, su clasificación, su trayectoria y permanencia en la institución. En este sentido, el caso singular escogido de la serie permite que lo observemos frente a un conjunto, del cual puede haber sido destacado, teniendo en cuenta algún criterio, como es, ser el primero, o el único, o el último, o reunir una serie de características presentes en un número significativo de casos, etc. Es el criterio escogido el que califica y le otorga significado al caso, el que, a su vez, es tomado como objeto de análisis en su singularidad, exactamente por su calidad destacada. Solo a partir del momento en que un caso específico y no otro fue escogido, es que pueden aparecer otros descubrimientos.

El problema radica en abordar la documentación clínica individual con cuidado para no caer en dos trampas analíticas. La primera, señalada por Farinatti (2008), sería considerar los casos específicos como representantes de un “sujeto modal o medio” frente a la población cuantificada e identificada, habida cuenta de que este sujeto medio o modal, que “asume la forma de las características medias o estadísticamente más frecuentes es, antes que nada, una abstracción” (2008: 63). La segunda trampa, a mi juicio, radica en tomar esos casos específicos como ejemplares, los cuales, en sus singularidades, serían expresiones de estructuras sociales subyacentes arraigadas y difundidas, cuyo efecto analítico es la inferencia de un patrón, consecuente de la actuación homogénea de la institución sobre los sujetos internados.

Entonces, ¿cómo realizar la operación histórica tomando como fuente la documentación clínica para acceder a la experiencia del sujeto enfermo?, ¿es posible, a partir de la documentación clínica, oír la voz del paciente y de su experiencia de la enfermedad? Estas preguntas solo pudieron ser elaboradas a partir de la fértil propuesta analítica del historiador inglés Roy Porter quien considera una “distorsión histórica” la idea de que la historia de la medicina es, por excelencia, la historia de los médicos. Para el autor, se precisan dos para que se produzca el encuentro médico —el doctor y el paciente— siendo tal encuentro un intercambio de doble mano (Porter, 1985: 175).

A partir de entonces ha sido significativa la bibliografía sobre el asunto,⁹ dentro de la cual se observan estudios relativos al contexto iberoamericano. Lejos de ser exhaustiva en relación con la bibliografía sobre el tema, en la reciente producción iberoamericana resulta notable la tematización sobre el estatuto de la información contenida en la documentación clínica, al concebirse el documento como un modo específico de registrar y traducir el encuentro entre el paciente y el médico (Jardón, 2011: 183). Gorbach (2011), por su parte, se centra en el análisis de la documentación clínica del Manicomio General de La Castañeda, explorando las diferentes respuestas ofrecidas por investigaciones respecto de dicha institución, sobre la posibilidad de acceder —por medio de estos documentos— a la experiencia de la enfermedad y del paciente internado. Según Gorbach (2011), prevalece un optimismo en cuanto a la posibilidad de este acceso, a pesar de que, a su parecer, tal optimismo ha de ser relativizado al considerar, desde la óptica de Spivak (2009), “si los subalternos pueden efectivamente hablar y en qué sentido puede decirse que hablan” (Spivak, 2009 *apud* Gorbach, 2011: 3).

En este sentido, Gorbach (2011) destaca que, cuando el relato del paciente aparece en el documento, este se subordina al formato del expediente clínico, como parte de una narrativa que pretende demostrar, o no, la condición de locura. “Además, ¿cómo sostener que la palabra del otro aparece en un discurso que, para constituirse como tal, necesita precisamente de la distancia respecto de la experiencia de la enfermedad?” (2011: 4). La afirmación de una imposibilidad de acceso a la narrativa y a la experiencia del enfermo que parece estar señalada en la pregunta de Gorbach (*ibid.*), toma a la medicina como exitosa en su intento disciplinar y de reducción de lo real, lo cual es observado solo según la visión médico-científica. Esto es, la medicina aparece como exitosa en opacar el relato del paciente y producir la exclusión del sentido de la experiencia de la enfermedad. Además, en esa perspectiva, la hegemonía del discurso médico también podría evitar que el historiador realice su tarea analítica de deconstruir el discurso médico dominante, para poder observar, fuera de él, la voz y la interpretación del sujeto enfermo sobre su propia vida.

⁹ Véase, por ejemplo, Reaume (1994), Davies (2001), Spooner (2005), Hazel (2001), Swartz (2018). En 2016 se publicó un número especial de la revista *Medical History*, organizado por Alexandra Bacopoulos-Viau y Aude Fauvel, en honor al 30 aniversario del artículo de Roy Porter, reafirmando la importancia de la tradición inaugurada por él.

Marquiegui (2012), por su parte, llama la atención sobre varias complicaciones en el acceso a este tipo de fuente primaria, debido a la legislación vigente, a su preservación y al tratamiento archivístico recibido, problematizando así la posibilidad de alcanzar la totalidad de los expedientes clínicos y de los acontecimientos que registran (2012: 298). A pesar de estas dificultades, desde su punto de vista, los documentos clínicos demuestran su valor por medio de los fragmentos “de la voz de los socialmente sin voz”, al permitir que el historiador se sitúe en otro lugar para el análisis, “no lo ‘externo y desde arriba’, sino en lo ‘interno y desde abajo’”, a fin de dar cuenta del punto de vista de todos los protagonistas del proceso” (2012: 295).

El mismo optimismo descrito por Gorbach (2011) en la producción histórica sobre La Castañeda, y presente en Marquiegui (2012), se aprecia en varios análisis brasileños sobre la experiencia del proceso de reclusión de la enfermedad y de la enfermedad mental a partir de la documentación clínica (por ejemplo: Bertolli, 1993, 2002, 2006; Wadi, 2006, 2009; Facchinetti *et al.*, 2010: 739; Cassilia, 2015), pese a que ellos mismos problematizan el estatuto y los límites de este tipo de fuente primaria en los resultados obtenidos. De cualquier modo, lo que se ha de preguntar a este tipo de fuente es: ¿qué puede informarnos sobre el encuentro entre paciente y médico? Asimismo, ¿qué puede revelarnos dicha fuente sobre los acontecimientos, anteriores o posteriores a ese encuentro, ya sea en términos de la historia institucional practicada, ya sea en términos de la historia de la enfermedad sufrida?

Por último, cabe destacar algunos de los trabajos históricos que analizan cuantitativamente la documentación clínica de instituciones psiquiátricas. Vázquez de la Torre (2008) y Tierno (2008) presentan los resultados obtenidos en los casos del Manicomio de Leganés (Madrid), Golcman (2017) analiza los datos del Hospital J.A. Esteves de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires), en tanto que Ríos Molina *et al.* (2016) estudian el Manicomio General de La Castañeda (CdMx), tratando de observar la aplicación de las tendencias nosográficas en boga, los procedimientos de entrada, alta y fallecimiento en la institución, los recursos tecnológicos empleados en el tratamiento, el tiempo de permanencia y los cambios demográficos en la población interna a lo largo de los años. Los análisis se vuelcan sobre periodos diferenciados de la historia de las instituciones —toda su existencia en el caso de La Castañeda, seis décadas en el caso de Lomas de Zamora y 20 años en el caso de Leganés.

En estos enfoques encontramos dos cuestiones importantes para orientar la presente investigación, no tanto en el sentido de constituir respuestas finales a la misma, como en el del soporte que ofrecen para la elección de procedimientos metodológicos y analíticos. La primera cuestión, ya apuntada también por Marquiegui (2012), se refiere a la posibilidad que tiene el investigador de calcular la totalidad de la población interna en la institución. En el caso de La Castañeda, habida cuenta del objeto de estudio, la opción fue elaborar una muestra aleatoria de 20% de los casos clínicos generados por la institución a lo largo de toda su existencia (1910-1968). En el caso del Manicomio de Leganés la opción fue trabajar con todos los expedientes clínicos de un periodo específico.¹⁰ En esta dirección, Vázquez de la Torre (2008) deja clara la consulta realizada a las estadísticas emitidas por el Estado y que, imaginamos, habrán sido cotejadas con el conjunto numérico de expedientes clínicos consultados y tabulados —cuestión de relevancia en mi investigación, como veremos. Golcman (2017) describe ya la elaboración de una base de datos de 4 058 *dossiers* clínicos, aunque haya trabajado en profundidad con 1 331 casos.

La segunda cuestión viene directamente ligada al análisis cuantitativo de las nomenclaturas diagnósticas y nos lleva a reflexionar sobre la pertinencia de producir conjuntos diagnósticos más amplios que agrupen las categorías nativas usadas por los médicos de las instituciones mencionadas. En este sentido, Vázquez de la Torre (2008) realiza un ejercicio comparativo productivo en el que coteja los grupos diagnósticos propuestos por el psiquiatra alemán Émil Kraepelin con aquellos encontrados en las estadísticas de la propia institución psiquiátrica. Por medio de este procedimiento, logra acotar el modo en que se incorporó y se consolidó, en la institución española, la propuesta nosográfica acuñada por Kraepelin. En Ríos Molina *et al.* (2016), la opción fue analizar la muestra de casos que recibieron diagnóstico único en el momento de ingreso en la institución (2016: 137). El análisis también informa de la existencia de una variedad terminológica, con 2 150 posibilidades de nomenclatura para un conjunto de 10 641 casos. Al contrario de lo hallado en el Manicomio de Leganés, la investigación histórica sobre La Castañeda no encontró inicialmente documentos que informaran de las estadísticas de los diagnósticos empleados y, por consiguiente, que presentaran al historiador la nomenclatura

¹⁰ Tierno (2008) concreta también qué casos de pacientes, reingresados en la institución, se consideraban casos nuevos, tras haber transcurrido un año de su anterior internación.

estandarizada de grupos diagnósticos según los criterios de la institución en estudio. Otros indicios, no obstante, demuestran la influencia de la clasificación kraepeliniana en la institución mexicana —como en el Manicomio de Leganés—, empleándose entonces como modelo de agrupamiento los 14 conjuntos de diagnósticos propuestos por Kraepelin en la sexta edición de su tratado, publicado en 1889. Finalmente, el estudio de Golcman (2017) destaca el eclecticismo con que trabajaron los psiquiatras del Hospital de Loma de Zamora, no solo a lo largo de los años, sino también en un mismo caso clínico; presentándose así una variabilidad significativa de diagnósticos. A continuación, veamos cómo esas cuestiones metodológicas se impusieron en mi investigación.

¿A qué podemos acceder a partir de la documentación clínica del HNA?

Algunas de estas problemáticas —relativas a la aprehensión cuantitativa o cualitativa de las fuentes clínicas— pueden vislumbrarse en todo lo que se dice al respecto de la propia organización y del estado de los fondos documentales del HNA, los que se encuentran bajo el control de sus instituciones herederas, todas ellas guardianes de la documentación clínica, siendo tres de estos archivos institucionales de interés para la presente investigación.¹¹

CUADRO I. Características de la documentación clínica del HNA (1903-1911)

Institución detentora del fondo	Fondo de Interés para la Investigación	Observaciones
1) Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro (IPUB-UFRJ).	Documentación clínica relativa al Pabellón de Observaciones del HNA, creado en 1893, como "puerta de entrada" al HNA.	Encontramos aquí a todos los pacientes que ingresaron en el HNA cuya documentación está identificada. La herramienta de búsqueda disponible es una lista de los que ingresaron en el Pabellón de Observaciones del HNA, con nombre del paciente, año de entrada y diagnóstico.

Continúa...

¹¹ La cuarta institución poseedora del fondo clínico del HNA es el Museo Penitenciario de Río de Janeiro, que guarda documentación relativa a la Sección Lombroso del HNA, destinada a los locos criminales, la cual está siendo analizada por el historiador Allister Dias. Para consultar mayores informaciones sobre todo aquello referido al archivo, véase Dias *et al.* (2019).

...continuación

2) Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Nise da Silveira (IMAS-NS-SMS-RJ).	- Documentación clínica de los pacientes —hombres y mujeres— que permanecieron en el HNA hasta su desactivación en la década de 1940. - Documentación clínica de las pacientes del HNA transferidas a la Colonia de Alienadas de Engenho de Dentro (1911-1940). ¹²	- La herramienta de búsqueda disponible en el IMAS-NS es una planilla de Excel con el nombre de los pacientes, según fecha de entrada y diagnóstico, sin información sobre el sexo del paciente. ¹³
3) Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Juliano Moreira (IMAS-JM- SMS-RJ).	- 1916. Libros de Observación de pacientes internados en el HNA, pertenecientes al Fondo Dinsam. - Documentación clínica de los pacientes —hombres y mujeres— del HNA transferidos a la Colonia Juliano Moreira a partir de la década de 1920, pertenecientes al Fondo Colonia Juliano Moreira.	- A pesar del listado existente, el estado de conservación de estos libros no permite la consulta permanente. - Herramienta de búsqueda disponible: planilla con los nombres de los pacientes y la fecha de entrada.

Fuente: elaboración propia.

Las informaciones contenidas en el cuadro sitúan como cuestión principal la imposibilidad de acceder a la totalidad de casos de internos en el HNA, no solo por las posibles pérdidas de documentación y a su acceso, teniendo en cuenta el estado de conservación y la identificación de parte de la misma —tal y como ocurre en el caso de los archivos argentinos de la Colonia Nacional de Alienados *Open Door*, descrito por Marquiegui (2012)—, sino también por las transferencias y flujos de dichas fuentes

¹² La Colonia de Alienadas de Engenho de Dentro, creada en 1911, pasó a llamarse Colonia de Psicópatas —mujeres—, en 1927, y Colonia Gustavo Riedel, en 1934. Los *dossiers* de esta colonia están siendo investigados por la doctoranda Carine Neves Alves da Silva (PPGHCS/COC/Fiocruz), bajo la dirección de la profesora María Rachel Fores da Fonseca, y mi codirección. Según Silva, los *dossiers* están organizados en cajas-archivos por año —año de traslado a la colonia—, separados por orden alfabético y se componen, obligatoriamente, de la papeleta —prontuario del paciente elaborado en el HNA— y, a menudo, de la guía para admisión en el Hospital Nacional de Alienados, de la Secretaría de Policía del Distrito Federal, así como por la ficha del Pabellón de Observaciones. En esos *dossiers* todavía pueden encontrarse informes médicos, pruebas diagnósticas, oficios intercambiados entre el director general de la Asistencia y el director de dicha colonia; y entre este y el jefe de la Secretaría de Policía del Distrito Federal.

¹³ La realización del campo diagnóstico de la referida planilla, relativa al periodo de entrada 1903-1915, se realizó en colaboración con el IMAS-NS, y con recursos de COC/Fiocruz, gracias a la contratación de dos auxiliares de investigación ya mencionados (Rafael Chagas y Renilson Beraldo), quienes siguieron una metodología específica bajo mi orientación.

a lo largo de la historia del propio documento, los cuales dificultan la reunión y la identificación de toda la población interna del hospital. En este sentido, no es solo la acción del tiempo la que apaga y relega al olvido, sino la transferencia dinámica de la documentación que refleja la propia trayectoria de los sujetos reagrupados en otras instituciones, siendo estructurados y estructurantes de otros espacios sociales. De este modo, dados los recursos disponibles, la investigación se dedicó a analizar solo a los pacientes que fueron internados en el HNA de 1903 a 1911 y, por tanto, que no fueron transferidos definitivamente para ninguna otra institución, pero que permanecieron allí hasta su muerte o hasta una posible alta final.

La forma de organización actual de la documentación clínica del HNA, por tanto, corrobora la elección por la circunscripción a un periodo temporal reducido, frente a las investigaciones sobre La Castañeda, Loma de Zamora y Leganés.

Tampoco se adopta la perspectiva de género en el análisis desarrollado hasta el momento, considerando que el instrumento de búsqueda disponible en el IMAS-NS para el archivo de documentos clínicos no ofrecía información sobre el sexo del paciente, como presenta el cuadro 1. Además, sabemos que un grupo de mujeres indigentes, internadas en el HNA hasta 1911, fueron trasladadas ese año a la Colonia de Alienadas de Engenho de Dentro, siendo su documentación, por tanto, parte de otro fondo archivístico, es decir, esto significa que existen más documentos para analizar. Ciertamente, tal documentación reviste el mismo interés e importancia para la comprensión histórica, pero deja de formar parte de la totalidad social posible para la presente investigación, considerando los recursos existentes.

Otra característica de las fuentes es la diversidad de modelos de documentos clínicos que se llevaban a cabo en el transcurso de la entrada y permanencia del paciente en el manicomio. Tal constatación impone la tentativa de reconstruir la lógica institucional de ingreso del paciente, a fin de observar qué informaciones se consideraban pertinentes en momentos específicos de la carrera psiquiátrica del sujeto en el interior del hospital. Al día de hoy, identificamos la existencia de los siguientes tipos de documentos clínicos: *i) Libro de observación*: documento elaborado a la entrada del paciente en el HNA, a partir de su Pabellón de Observaciones;¹⁴

¹⁴ La recolección de datos está siendo realizada por medio de un subsidio de iniciación científica del Programa de Iniciación Científica Fiocruz-CNPq (2018-2019) para Carolina da Fonseca Schaelpefer, graduanda de Historia, de la Universidad Federal Fluminense.

ii) *Dossier de internación*: conjunto que reúne documentos producidos en el HNA o por otras instituciones y personas. Los documentos del HNA comprenden la ficha principal de datos clínicos, solicitudes de exámenes; resultados de exámenes y “papeletas”.¹⁵ Los papeles producidos por otras instituciones o personas son en general la guía del distrito policial para la derivación del paciente, oficios de los solicitantes, cartas, etc. Cada *dossier* viene organizado en una carpeta, almacenada junto a otras en cajas de archivo.

Se seleccionó para este artículo la discusión sobre los *dossiers* de internación, tal y como se hallan organizados en el archivo del Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Nise da Silveira (IMAS-NS). Ellos contienen una ficha principal de datos clínicos que reúne todos los datos personales y sobre la enfermedad, de modo que los tipos de datos recolectados se mantienen relativamente estables en el encuentro del paciente con el médico (véase anexo 1). Los cambios producidos se observan en los nuevos padrones de fichas, de 1905, 1906 y 1907, mismos que presentan tanto un diseño diferente en el documento, como un incremento, modificación o exclusión de los campos a rellenar.¹⁶ El espacio destinado a la fotografía surge en 1905 y ese mismo año se elimina el campo “constitución”. El campo “estatura” también se elimina en 1905, si bien es mantenido en los libros del Pabellón de Observación de entrada en el HNA. Informaciones sobre los campos “sección” y “terapéutica” —Cirugía, Servicio de Oftalmología y Servicio de Antropometría— llevan sellos en la propia ficha. Los cambios en la ficha de 1906 parecen ser recurrentes más allá de 1907, dado que los documentos posteriores a 1907 son iguales a los de 1906. Estos cambios consecutivos entre 1905 y 1907 demuestran, por tanto, en qué dirección se hicieron los intentos de estandarización de lo que debería ser observado en el paciente para la constitución del caso clínico.

La investigación en el archivo del IMAS-NS, con los *dossiers* de internación en el HNA, de pacientes que ingresaron allí entre 1903 y 1911, consti-

¹⁵ Las papeletas se encuentran dentro de algunos *dossiers* de internación, si bien no se han podido entender aún las razones por las que las papeletas se adjuntaban o no a ellos.

¹⁶ Facchinetti *et al.* (2010) informan que, entre 1900 y 1930, el Hospital Nacional utilizó tres modelos de prontuarios, de modo que “el primer cambio en la configuración de los prontuarios se dio en 1906, y el segundo, de menor escala, en 1910” (2010: 740 y 764), sin que se suministre mayor información al respecto de tales modificaciones. En este sentido, no es posible analizar si los cambios advertidos por nosotros en 1905 han sido considerados por Facchinetti *et al.* (2010) como relativos a 1906 y los de 1907, como relativos a 1910.

tuyen en total 2 836 casos. De ese total, 661 casos recibieron el diagnóstico de demencia —demencia, demencia senil, parálitica o precoz, por ejemplo—, siendo 307 de este grupo diagnosticados como demencia precoz. Este universo de 307 casos indica el mayor número de entradas entre 1908 y 1911. Más allá de esto, encontramos solo un caso de esquizofrenia. En realidad, fue también un caso de demencia precoz que, en algún momento durante la hospitalización, fue considerado esquizofrenia. Como veremos más adelante, es el caso de Álvaro,¹⁷ internado en 1909, cuya documentación clínica nos permite saber que en 1913 fue diagnosticado con demencia precoz y que su diagnóstico fue revisado y cambiado por el de esquizofrenia en una fecha indeterminada, pero ciertamente después de 1927.¹⁸ Por tanto, para el periodo analizado, lo que se observa es el uso corriente de la categoría demencia precoz, parte significativa del conjunto de demencias usadas como instrumento de identificación de los pacientes masculinos y femeninos internados en el HNA. Pero, ¿cómo llegamos a ese universo cuantitativo?

Partimos así de una planilla de Excel, que es el instrumento de búsqueda del archivo del IMAS-NS. Esta contiene la localización del documento en el archivo, el nombre del paciente y la fecha de entrada, con un total de 2 836 casos clínicos para el periodo 1903-1911.¹⁹ En primer lugar, se amplió esa planilla con un nuevo campo bajo el nombre de “diagnóstico” para todos los casos. Para llenar este campo se han considerado la información contenida en los propios apartados destinados al diagnóstico en las fuentes primarias, o en otras partes de los *dossiers* cuando dicho campo no venía cumplimentado. Se ha seguido para ello el orden cronológico del diagnóstico —diagnóstico 1; diagnóstico 2; diagnóstico 3. En este punto no se han agrupado ni cuantificado las diferentes categorías halladas.

En segundo lugar, creamos una nueva planilla de Excel, llamada Planilla 2, que contiene solo los casos de demencia precoz y esquizofrenia, con localización del documento en el archivo IMAS-NS, nombre del paciente, fecha de entrada y diagnósticos. En esta planilla se han creado nue-

¹⁷ El nombre de Álvaro es ficticio, para preservar el anonimato del paciente.

¹⁸ El documento en el que se encuentra dicha información, aunque no tiene fecha, lleva el sello de Asistencia a los Psicópatas, creada en 1927 como una agencia gubernamental encargada de organizar la asistencia a los psicópatas.

¹⁹ Como veremos más adelante, el número total de casos y de casos de demencia precoz disminuyó un tanto cuando se cotejó la documentación, al observar que algunos pacientes poseían más de un *dossier* de internación.

vos campos para el análisis de datos junto con las fuentes primarias, los cuales tratan, al mismo tiempo, de reproducir los campos hallados en la ficha principal de la historia clínica²⁰ y tomar como modelo los campos de informaciones existentes en la Base de Datos de Documentos Clínicos, disponible en la Casa de Oswaldo Cruz²¹ (véase anexo 2). Llenamos las celdas de información de la Planilla 2 por medio de la consulta de la documentación clínica y de la Base de Datos de Documentos Clínicos. En este punto se cotejan nuevamente los campos de diagnóstico y se verifica la duplicidad de los nombres de los internados. En los casos que los datos se duplican, una lectura más atenta de los documentos pretende averiguar si estos están vinculados a la misma persona. En caso afirmativo, las informaciones se unifican en un solo caso, en una entrada de la Planilla 2.

El siguiente paso es la conversión de la Planilla 2 en el banco de datos SPSS.²² Esa conversión ha requerido la selección de variables pertinentes a la investigación y la elaboración de listas de categorías y atribución de valores —código numérico— para cada variable. Por ejemplo: variable sexo: 1 = masculino; 2 = femenino. Un primer desafío ha sido, por tanto, traducir las celdas de informaciones existentes en la Planilla 2 a variables de análisis, y definir sus posibilidades de respuesta. Así, por ejemplo, las informaciones que se encuentran en celdas diversas en la Planilla 2 se han traducido en el banco de datos SPSS en la variable “Alta”, la cual pasa a incluir las siguientes posibilidades de respuesta y de agrupamiento de informaciones: 1) con alta; 2) sin alta; 3) sin alta, fallecimiento en el hospital; 4) salida por licencia sin regreso; 5) salida por licencia con regreso, y 6) sin información. Para todo ello, evidentemente, es necesaria cierta familiaridad con las informaciones ya recopiladas, la cual debe ser confrontada con las preguntas que se le quieren realizar a la documentación. Tomando como ejemplo el tema del alta médica, me interesaba saber si los pacientes con diagnóstico de demencia precoz recibían frecuentemente alta

²⁰ Cuando no encontramos la información en la ficha principal, la buscamos por medio de la documentación anexa.

²¹ Esta Base de Datos de Documentos Clínicos fue organizada a partir de la investigación de Cristiana Facchinetti entre 2005-2008 y reúne datos extraídos de los documentos clínicos producidos en el Hospital Nacional de Alienados y en su Pabellón Nacional de Observaciones, entre 1900 y 1930. La Base de Datos no está abierta para consulta pública, debido a las normas de divulgación de documentos archivísticos adoptadas por el IMAS-NS, donde se encuentra el archivo consultado. Para mayor información sobre la referida base de datos véase Facchinetti *et al.* (2010).

²² SPSS: Statistical Program for Social Sciences.

o licencias.²³ El interés en esta cuestión apuntaba a confrontar los datos sobre la salida de la institución con la idea de que la demencia precoz era considerada por los médicos una enfermedad discapacitante y de pronóstico degenerativo.

Finalmente, realizamos también una selección de las variables a ser cruzadas para el análisis de los pacientes diagnosticados con demencia precoz en el HNA (1903-1911). Más allá de la frecuencia de los datos de cada celda de información que compone el banco SPSS, se cruzan las variables: sexo y profesión; sexo y clase; diagnóstico, sexo y edad; diagnóstico y alta; diagnóstico y licencias; fallecimiento y *mortis causa*. Toda esa información contribuye a configurar un cuadro de comprensión, ya no del típico enfermo de demencia precoz, sino de la diversidad de sujetos y de las trayectorias institucionales que conformó el campo de posibilidades del tratamiento de demencia precoz en el HNA.

Más allá de todos esos procedimientos metodológicos para calificar cuantitativamente los casos de demencia precoz y esquizofrenia en el HNA en la primera década del siglo XX, me interesaba analizar casos específicos y lo que estos podrían decir sobre los sujetos que fueron diagnosticados así. Como veremos, mi elección recayó sobre Álvaro, el único caso de esquizofrenia entre la documentación investigada respecto de los pacientes internados en HNA desde 1903 a 1911. Como se mencionó, Álvaro recibiría el nuevo diagnóstico después de 1927. Así como ocurriera en los debates científicos de la época, en el caso del paciente aquí analizado, el diagnóstico de esquizofrenia vino a remplazar al de demencia precoz que le fue otorgado en 1913.

De la demencia precoz a la esquizofrenia en el HNA (1903-1911): el caso de Álvaro

Entre los casos que ingresaron en el periodo 1903-1911 al HNA, el único con diagnóstico de esquizofrenia es el de Álvaro; internado con 19 años, en noviembre de 1909, inicialmente fue diagnosticado con demencia precoz y, tiempo después, con esquizofrenia. Su singularidad o ejemplaridad no está, por tanto, en la riqueza de los datos que presenta, y su elección

²³ A pesar de que la mayoría de la bibliografía destaca la función de exclusión social de las instituciones psiquiátricas, hay varios trabajos que indican la existencia de flujos de movimiento poblacionales en estas instituciones, así como altas y licencias de pacientes. Véase Molina (2009, 2016), Silva (2008) y Ribeiro (2016).

no se debe a una historia densa que refleje todas las estructuras sociales reproducidas y producidas en la institución psiquiátrica: su singularidad o especificidad viene del hecho de ser el primer caso —respecto a la documentación investigada— de esquizofrenia entre pacientes que ingresaron al HNA en el periodo 1903-1911 y permanecieron allí sin transferencia definitiva para otra institución. Además, esa singularidad, también se traduce por ser el caso de interno más antiguo en el que la atribución del diagnóstico de esquizofrenia viene, de hecho, a reemplazar el primer diagnóstico, de demencia precoz. Es, por tanto, un caso que traduce una de las formas históricas de sustitución de un diagnóstico por otro.

La documentación clínica de Álvaro es diversa, con diferentes tipos de hojas de información clínica, pero nos permite conocer poco de la vida del ingresado. Nació en 1890, en el ambiente de confusión política y social que se dio con la proclamación de la República (1889) y que se prolongaría hasta, al menos, el final de la década de 1920. Álvaro es identificado como blanco, estudiante, y fue internado en la sección Calmeil, destinada a pacientes masculinos “pensionistas”, esto es, que podían pagar su tratamiento. Otros pabellones recibían a los pacientes mantenidos por el Estado, debido a sus escasos recursos.

Al ser internado, su padre ya había muerto, por una “afección cardíaca”, y hasta ese momento había vivido con su madre y una hermana. Las enfermedades familiares, descritas más tarde por el médico al inicio del documento son: “casos de tuberculosis en la familia” o, según informaciones atribuidas al paciente, “tiene una hermana muy nerviosa” y “tuvo un primo alienado en Pernambuco”. Además, aparece el propio Álvaro en el relato inicial del documento clínico, contándole al médico lo que este nos traduce:

Durante la infancia, según sus informaciones, estaba siempre inquieto, aunque también muy debilucho. Tiene pesadillas y temores nocturnos. A veces, micción en el lecho. De vez en cuando, le viene el deseo de romper todo, de despedazar objetos, de destruir lo que halla a su alrededor. Se masturba con frecuencia y aquí mismo ha dado libre curso a su vicio. Solo ha conocido a mujeres en dos ocasiones. Nunca ha tenido la menor preocupación por buscarse un empleo, por ganarse la vida, por ayudar a su madre. Estudiaba con su hermana y daba paseos con los compañeros, entregándose raras veces al alcohol. A menudo se resfría con facilidad. En octubre, en casa, imaginando que una criada lo quería envenenar por no haber cedido a sus solicitudes, y asustado por eso, le entró miedo de todo y fue entonces cuando se agitó una vez, maltratando a todos los de la casa, en un deseo ardiente de dar palos y pedradas. Esto es lo que determinó su internación en el Pabellón de Observaciones, donde entró todavía en suave excitación maníaca, cayendo después en fase de

depresión poco acentuada. Aquí en la sección, ha estado calmado, incluso un tanto apocado (*Dossier de Internación*, 1909).

No podemos afirmar que la información transcrita fue dada por Álvaro y traducida por el médico, como tampoco sabemos con seguridad si hablaron de forma presencial o con la intervención de los familiares. Lo que podemos deducir de este relato es que existe cierta conformidad con que algo excedió el orden tolerable hasta entonces; algún hecho diferente y más intenso. El “deseo de romper todo” ya le había acometido anteriormente, pero en esta ocasión algo distinto tuvo que haberse desencadenado, pues pasó a sentir miedo generalizado y a maltratar a sus familiares.

La internación de Álvaro había sido solicitada por la Comisaría Central de Policía del Distrito Federal, por medio de una guía específica. La solicitud indica que esta fue una instancia importante para la derivación de Álvaro al HNA, aunque seguramente no la única ni la primera: la idea de que podría tratarse de locura, dado que la situación había sobrepasado los límites —puesto que duró mucho tiempo, fue muy intensa y/o violenta, sin control— ciertamente tuvo que ser uno de los motivos que empujó a su madre a acudir a la policía.²⁴ La madre de Álvaro, que estaba a cargo de la casa y que además tenía una niña aún por criar, no se vio con suficientes recursos emocionales y físicos como para lidiar con la “imaginación” de su hijo, que lo había llevado al miedo y a la agitación sin control, así como a maltratar a todos. Reaccionaron con miedo también la madre y la hermana, ante algo que no había sucedido antes. Álvaro era un joven adulto, estudiante como su hermana, aunque nunca ayudara en casa, tal y como registra el médico. Desde este punto de vista, ha sido importante registrar los antecedentes, no solo los familiares, ya mencionados, sino también los antecedentes personales que revelan los indicios previos y fehacientes de que Álvaro siempre había tenido problemas: inquieto, con temores nocturnos, micción en el lecho, masturbación frecuente y deseos de destrucción, como dice el documento.

A partir de 1909, Álvaro inicia toda una vida en la que el hospital se convertirá en la opción constantemente activada dentro de su campo de posibilidades personales e institucionales. Permanecerá en él —entre idas

²⁴ A partir de Venancio y Saiol (2017: 199-200), podemos observar que, en esta época, las columnas policiales de la prensa diaria de la ciudad de Río de Janeiro tenían al HNA como uno de sus asuntos, muchas veces en pequeñas notas, difundiendo cómo reaccionaban, o debían reaccionar, los habitantes de la ciudad en el caso de sospecha de locura.

y vueltas— hasta 1953,²⁵ con su historia de vida y de enfermedad ligado al HNA. Según los registros clínicos, casi un año después de entrar en el HNA, en octubre de 1910, sale de licencia, registrándose su regreso el 15 de mayo de 1913. En esa fecha, vuelve al Instituto Neuropatológico,²⁶ donde se formalizó su reingreso, “pues, de hecho, ya se hallaba en la sección de vuelta de una licencia que se había excedido en el tiempo”. En ese primer reingreso del paciente, el médico registra:

Poco tenemos que añadir a las notas previas. Se encuentra calmado y orientado. Cuenta que está olvidando lo aprendido en la escuela. Dice que tuvo alucinaciones del oído, aunque no de un tiempo a esta parte. Muestra señales de nerviosismo, refiriendo, incluso espontáneamente, que está muy nervioso y que duerme mal. Parece mostrarnos, en la conversación, cierto grado de debilidad mental.

En ese momento, según la documentación clínica investigada, se habría dado el diagnóstico de demencia precoz, a fines del 5 de junio de 1913. En otras palabras, esta es la información que tenemos de que el diagnóstico era demencia precoz. En cuanto a la concesión del diagnóstico de esquizofrenia, la información está en una papeleta, con el título de la Asistencia a los Psicópatas, sin fecha y, por tanto, pudo haber ocurrido desde 1927.

Los registros siguientes presentan las fechas, a partir de 1930, de un conjunto de licencias, siempre de varios meses o años, y sus subsiguientes reingresos: 04/02/1932 (licencia), 09/09/1932 (regreso), 26/10/1934 (licencia), 26/03/1935 (regreso), 24/03/1938 (licencia), 28/01/1939 (regreso), 02/07/1943 (licencia), 01/08/1945 (regreso), 20/12/1946 (licencia). Las observaciones clínicas existentes en ese periodo revelan que su madre había muerto y que su hermana se había casado, pero no sabemos si, durante las licencias que recibe, Álvaro se aloja con la hermana. En junio de 1953, con cerca de 63 años, es considerado por el médico como un enfermo crónico y en noviembre de 1953 recibe el alta a petición de la familia.²⁷

La documentación aporta algunos elementos para un análisis más profundo de esa producción diagnóstica, *vis-a-vis*, las características de Álvaro

²⁵ En cuanto a la selección de materiales, se informa que no se ha permitido la divulgación de los datos de la documentación clínica relativa al periodo fuera del arco temporal del proyecto “Del Hospital de Pedro II al...” (1841-1944).

²⁶ El mencionado instituto era el antiguo Pabellón de Observaciones, renombrado por aquel entonces, si bien mantuvo la misma función de “portal de entrada” del HNA.

²⁷ Casi una década antes, en 1944, el HNA cerró sus puertas y sus pacientes fueron transferidos al Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), ubicado en un área alejada de la zona noble de la ciudad,

según los ojos del médico.²⁸ Respecto al diagnóstico de demencia precoz, son observables los síntomas y signos de la enfermedad presentados en su examen somático inicial, sobre su motilidad y, a lo largo del tiempo, sobre su memoria y orientación espacio-temporal: “cierto alejamiento del mundo exterior”. Sobre su humor, se dice que es indiferente, casi deprimido; que ha sufrido alucinaciones de oído; que puede estar tranquilo, orientado, si bien revela signos de nerviosismo; y que hay periodos en que duerme mal. Se puede leer, como antes ha sido citado, que “parece mostrarnos en la conversación cierto grado de debilidad mental”. De esta forma, a partir de la documentación clínica analizada, podemos inferir que Álvaro era visto por su familia, por el médico y por él mismo —al parecer—, como una persona inconstante, con deficiencias, con alucinaciones auditivas y alteraciones de conducta que, en ocasiones, llegaban al extremo. Una persona con humor variable, bien deprimido, bien agitado o expansivo en exceso. Por esta razón quizás las pocas licencias de Álvaro hasta 1913, en comparación con las que ocurrieron en las décadas siguientes.

Desde finales de la década de 1920, en una fecha indeterminada, Álvaro fue diagnosticado con esquizofrenia. A principios de la década de 1930, y durante las siguientes décadas, sus licencias también se hicieron más frecuentes. Mientras tanto, siempre regresaba al hospital, a pesar de que presentaba un apoyo familiar y un buen pasar financiero. De todos modos, durante más de cuatro décadas de hospitalización, la información a lo largo de este periodo sobre la evolución negativa de su enfermedad y sobre complicaciones médicas, se vuelve frecuente.

Se pueden agregar muchas otras inferencias sobre el discurso médico a la historia clínica de Álvaro para ayudarnos a refinar nuestra comprensión del remplazo de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia en la ciencia psiquiátrica de Río de Janeiro: los médicos involucrados, las terapias adoptadas, etc. Por otro lado, este caso concreto — además de los diversos elementos a ser explorados en relación con la construcción diagnóstica— nos muestra algo importante sobre aquello que no nos es

donde estaba el HNA. Así, imaginamos que, en su regreso a la institución en 1945, Álvaro ya había sido enviado al CPN.

²⁸ Ciertamente cabe aquí el análisis de otras fuentes primarias que permitan cruzar la información contenida en la documentación clínica, con datos sobre el lugar socioprofesional ocupado por el médico del HNA responsable del caso de Álvaro y sobre la producción científica de la época respecto a los dos diagnósticos en cuestión. Me refiero al análisis de artículos científicos en periódicos especializados y de las actas de la Sociedad Brasileña de Psiquiatría Neurología y Medicina Legal.

permitido analizar. Es cierto que por la falta de mayor información sobre los hechos o por la singularidad de la situación que expone, no puede considerarse un caso ejemplar, modelo o patrón claramente revelador de las estructuras sociales corrientes en la época. Sin embargo, se presenta como una historia factible, es decir, un evento real dentro de un campo de posibles situaciones en las que la experiencia vivida de la enfermedad mental se entrelaza con la historia del hospital. Álvaro llegó al HNA en un momento posterior a la gran reforma republicana de la institución, donde circulaban nuevos métodos de tratamiento y nuevos conocimientos científicos sobre las enfermedades mentales, incluyéndose la terminología diagnóstica propuesta por Émil Karpelin y el concepto de demencia precoz. En la secuencia, pasada más de una década de la internación de Álvaro, tiene su diagnóstico remplazado por esquizofrenia, un ejemplo de lo que ocurrió con el conocimiento psiquiátrico de la época, difundido desde Bleuler. Con fases de mejoras de su cuadro clínico, intercaladas con internaciones para lidiar con momentos que imaginamos críticos para la convivencia familiar —como en su primera internación— Álvaro pasó décadas entre idas y vueltas al HNA, observándose a lo largo de estas décadas tanto el deterioro de su estado mental, como el de la propia institución asilar. Ciertamente fue una nueva fase institucional. Con la llegada de Getulio Vargas al poder y la reformulación de gran parte de lo que entonces se llamaba “República Vieja”, Juliano Moreira, director del hospital desde 1903, fue jubilado. La institución viviría otros 15 años hasta extinguirse y sus pacientes fueron enviados a otras dos instituciones, en Jacarepaguá o Engenho de Dentro, como Álvaro. Al inicio de los años cuarenta el proceso de deterioro institucional es notable, ya no es más una institución proactiva científicamente y se acumulan sus problemas sanitarios, de infraestructura física y de tratamientos de los enfermos. La institución era criticada, desde mucho tiempo atrás, por mantenerse en la que es ahora el área noble de la ciudad, totalmente inmersa en el contexto urbano. Álvaro, por su parte, a principios de la década de 1950 ya estaba admitido en otra institución, con otros conocimientos y modelos terapéuticos. No solo tenía esquizofrenia sino que también fue considerado crónico y, al parecer, no era un riesgo para la familia, quien había solicitado su alta, aunque no sabemos cuánto tiempo vivió Álvaro después de su partida definitiva del hospital psiquiátrico.

Consideraciones finales

Al final de este análisis y exposición sobre una experiencia de investigación histórica que toma documentos clínico-psiquiátricos como fuente primaria, se sistematizan dos temas de reflexión que pueden ayudar a futuras investigaciones y a los rumbos consecuentes de esta. El primer punto se refiere a la organización en serie. Es preciso distinguir la serie documental producida por la institución de origen y aquellas series que, a partir de esta, va a producir el propio investigador. ¿Cuáles son los primeros datos que nos ofrece la serie del archivo y cuáles series se quieren y pueden construir como investigadores? Así, por ejemplo, vimos que si el instrumento de búsqueda del archivo solo brinda datos de entrada como variable principal y relevante, todos los demás precisan ser recolectados —género, edad, tiempo de permanencia, diagnóstico. Debo también seleccionar las variables, criterios o categorías que considero pertinentes para mi análisis *vis a vis*, y las preguntas que tengo interés en realizarle a la documentación. Otro tipo de instrumento de búsqueda —los libros índices de documentación clínica del Pabellón de Observaciones— se encuentra organizado por variables específicas, como el género, que permite, a partir de la serie archivística, organizar la documentación distinguiendo casos femeninos y masculinos. La cuestión, por tanto, es: ¿qué información o instrumento de búsqueda de la serie le sirve a usted para realizar su análisis y cuáles son aquellas que usted debe buscar para constituir su serie histórica?

Más allá de eso, la serie parece ser más productiva en información si es extensa, esto es, si presenta como eje importante su duración en el tiempo. Un mayor arco temporal permite observar la existencia de estructuras, de aspectos que perduran en el tiempo, consolidándose como hitos históricos a partir de los cuales se pueden verificar regularidades y excepcionalidades de los eventos. Es en esos términos que podemos entender la serie producida por el archivo o por el investigador como expresión de lo que es masivo o reiterativo. En la presente investigación, hasta el momento, fue posible recolectar datos sobre el número total de entradas al HNA, el número de casos de demencia diagnosticado frente al número total de entradas y, finalmente, el número de casos de demencia precoz y de esquizofrenia.

Por tanto, la organización de las series implica la observación sobre el periodo histórico a ser privilegiado. ¿Cuáles son los marcos temporales significativos desde el punto de vista de la documentación clínica a ser analizada y qué características de la documentación son determinantes para

el valor concedido a tales marcos temporales? Así, por ejemplo, el hecho de que la serie archivística organice la documentación clínica por año de entrada del paciente al HNA, implica que es posible observar en lo cuantitativo las personas que entran al HNA año a año, pero es imposible saber, por esa vía, el número de personas que permanecieron internadas cada año en el HNA. Para eso, será preciso otro tratamiento y procedimiento analítico de los documentos clínicos existentes en el IMAS-NS. Así, la periodización tiene que estar articulada con la discusión sobre: ¿cómo acceder a la fuente y qué es posible extraer de esta? De ahí la importancia de extrañarnos con la fuente y al mismo tiempo crear una intimidad con esta.

Sin embargo, la serie también sirve para distinguir lo que es excepcional, lo que aparece como excepción frente a las características masivas, propias del conjunto seriado de la documentación. Es en este sentido que podemos entender el lugar del caso singular, único, específico, considerado a partir de un criterio dado o resaltado por el investigador, como ya vimos. El caso no se impone, o mejor, solo se impone en el encuentro con el historiador. De este modo, por ejemplo, es posible, a partir de la relación entre la serie y el individuo, construir la especificidad del caso. Como vimos, el caso específico escogido en esta investigación es el de un paciente que ingresó al HNA en 1909, todavía joven, bajo la condición de pensionista. Su elección se dio por ser el primer caso del HNA que recibió el diagnóstico de esquizofrenia reemplazando al de demencia precoz. Podemos aquí, antes de dedicar el caso en su singularidad, observar al interior de la serie, otros casos semejantes, esto es, investigar sobre subseries posibles entre las características del sujeto en cuestión: pacientes con demencia precoz, año de entrada a la institución, pensionista/no pensionista, rango etáreo, género, salida de la institución. Con todo esto, el caso aislado tiene posibilidades de ser investigado frente a otros casos semejantes, formando parte de un conjunto de individuos que el investigador consigue, o no, reunir, al operar con la documentación clínica en cuestión. Por ejemplo: ¿quiénes eran los jóvenes hasta 21 años de edad internados?, ¿quiénes eran los pensionistas con demencia precoz?, ¿hay pacientes hombres y mujeres en estos dos grupos? Por esa vía, por tanto, es posible observar otros modos por los cuales el caso escogido se inserta en un contexto más amplio de los pacientes del HNA que ingresaron entre 1903 y 1911 y que fueron diagnosticados allí con demencia precoz.

Por medio de esta discusión, llegamos entonces a nuestro segundo punto, la singularidad del caso. Podemos hablar de la idiosincracia del caso escogido a partir de las diferentes perspectivas, empero, es preciso

contarlo de forma detallada, observarlo y describirlo al máximo, sin perder de vista que el caso se refiere, antes que nada, a una persona de su tiempo. En Álvaro es posible imaginar a un joven de una familia con cierto bienestar económico, que nace en una sociedad en transformación y cuyo tiempo de juventud transcurre junto al de la República. Un joven que participa de la vida civilizada de la capital después de las reformas de Pereira Passos: con ampliación del espacio de la urbe, nuevos medios de transporte, etc. Es este el sujeto que llega al HNA para ser internado.

Tal como se ha mencionado aquí, la perspectiva analítica adoptada ha sido tomar el caso escogido como medio para significar el encuentro entre médico y paciente, observando lo que es la voz del paciente y la de otros personajes que forman parte de la historia de Álvaro. El interés por analizar este encuentro en un doble sentido reside en el hecho de que la medicina emerge de ese encuentro, y es en él que esta se realiza, inmersa en la cultura de un cierto espacio y tiempo y con la participación fundamental de varias personas, más allá de los médicos.

Es claro que el habla de los distintos personajes de la historia de Álvaro se encuentra subordinada al discurso médico. Esto no podría ser de otro modo, considerando que todos los discursos están organizados en el documento médico. De cualquier forma, esto no implica afirmar que la voz del paciente y la de otros involucrados ha sido silenciada. Esa voz no puede ser apagada, por el simple hecho de que el discurso médico también precisa de ella para legitimarse como tal. Entonces, ¿esas voces sirven solo para la confirmación de las ideas médicas? Pienso que no; es posible sostener que sirven también a las ideas médicas, pero no solamente a ellas. Es más: son ideas que pueden diferenciarse de las presentadas por los médicos, pero que también pueden coincidir con ellas. La documentación clínica de Álvaro sirvió al menos para decirnos lo que se consideraba un evento del orden de lo insoportable para una pequeña familia burguesa que precisaba ayuda. Una ayuda inmediata, de emergencia, como ameritaba la gravedad de ese suceso; una ayuda que fuese considerada apropiada, entrenada, indicada para casos de este tipo. En aquella época, la policía ocupaba ese papel. Empero, no debemos engañarnos en cuanto al carácter obviamente represor que está implícito. Para que la policía desempeñara esa función se precisaba que la mayor parte de la sociedad compartiera la creencia de que existía una relación entre locura y peligrosidad. ¿No es eso lo que los familiares de Álvaro, según sus propios puntos de vista, vivieron aquel día?

El caso de Álvaro sirve también para decirnos que en el encuentro clínico fueron recolectados muchos datos de su historia de vida que, bajo la mirada médica, eran indicios de la enfermedad mental. Algunos de esos indicios podían ser compartidos por los familiares, como señales de que Álvaro siempre tuvo un comportamiento extraño, a veces excesivo. Otras señales podían ni siquiera estar a la vista de las mujeres de la casa, por la connotación sexual involucrada y el modo en que tales asuntos eran objetos tabú en aquella época. Álvaro se masturbaba mucho. De cualquier forma, ¿no sería esa, en aquel momento, la norma de comportamiento de los jóvenes de aquella edad, considerando que el sexo era todavía un problema social que desafiaba las costumbres y el combate a las enfermedades venéreas? Sabemos también que si Álvaro discrepaba con el médico, al considerar que su hermana era la que tenía temperamento nervioso, con el pasar del tiempo fue observando que algo sucedía con él y con su memoria, ya que olvidaba sus pensamientos. Finalmente, con el caso de Álvaro, sabemos que el HNA puede haber sido “utilizado” por la población de muchas maneras, siendo una de ellas expresada por las innumerables idas y vueltas durante varias décadas, sin que el paciente se quedara en una situación de total exclusión social, pero también sin que, al mismo tiempo, consiguiera vivir fuera del manicomio para siempre.

Referencias bibliográficas

- Ablard, Jonathan. 2008. *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State (1880-1983)*, Canada, University of Calgary Press.
- Azevedo, Roberto Cesar Silva de. 2012. *O desfalque, o inquérito e as comissões de inspeção: a assistência a alienados no Brasil (1902-1925)*, Dissertação (Mestrado em História), Río de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica
- Bacopoulos-Viau, Alexandra y Aude Fauvel. 2016. “The Patient’s Turn Roy Porter and Psychiatry’s Tales, Thirty Years on”, *Medical History*, vol. 60, núm. 1, especial, pp. 1-18.
- Bercherie, Paul. 1989. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*, Río de Janeiro, Jorge Zahar.
- Bertolli Filho, Cláudio. 2002. “Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 6, núm. 3, pp. 493-522.

- _____. 1993. “Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade”, *História Ciências Saúde-Manguinhos*, vol. 3, núm. 1, marzo, pp. 173-180.
- _____. 2006. “Prontuários médicos e a memória da saúde brasileira”, *Boletim do Instituto Saúde*, vol. 38, abril, pp. 12-15.
- Campos Marín, Ricardo y Rafael Huertas. 2008. “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, *Arbor: ciencia, pensamiento y cultura*, CLXXXIV, pp. 471-480.
- Cassilia, Janis Alessandra Pereira. 2015. “‘E eu sei doutor?’: experiência de doença e falas sobre o Estado Novo em internos da Colônia Juliano Moreira (1941-1942)”, en Ana Teresa A. Venancio, Gisélia Franco Potengy (orgs.). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*, Río de Janeiro, Garamond, pp. 93-126.
- Cerqueira, Ede Conceição. 2014. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*, Dissertação (mestrado em História das Ciências e da Saúde), Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz /Fiocruz.
- Davies, Kerry. 2001. “‘Silent and Censured Travellers’? Patients’ Narratives and Patients’ Voices: Perspectives on the History of Mental Illness since 1948”, *Social History of Medicine*, vol. 14 núm. 2, pp. 267-292.
- Dias, Allister, Daniele Ribeiro, Laurinda Rosa Maciel, Cátia Mathias. 2019. “Os arquivos do Hospital Nacional de Alienados”, *Acervo: Revista do Arquivo Nacional*, vol. 32, núm. 1, pp. 92-111.
- Facchinetti, Cristiana *et al.* 2010. “No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 17, supl. 2, pp. 733-768.
- Farinatti, Luis Augusto. 2008. “Construção de séries e micro-análise: notas sobre o tratamento de fontes para história social”, *Anos 90*, Porto Alegre, vol.15, núm. 28, pp. 57-72.
- Golcman, Aída Alejandra. 2015. “El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, núm. 5, enero-junio, pp. 150-172.
- _____. 2017. *El trabajo clínico psiquiátrico en el Buenos Aires del siglo XX*. Madrid, Catarata.
- Gonçalves, Monique de Siqueira y Flavio Coelho Edler. 2009. “Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício de Pedro II de 1850 a 1889”, *Revista*

- Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, vol.12, núm. 2, pp. 393-410.
- Gorbach, Frida. 2011. “¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910”, *Debáts. Nuevos Mundos Mundos Nuevos*, vol. 11, en <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/61046>> . [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2018.]
- Hazel, Morrison. 2001. “Constructing Patient Stories: ‘Dynamic’ Case Notes and Clinical Encounters at Glasgow’s Gartnavel Mental Hospital, 1921-1932”, *Medical History*, vol. 60, núm. 1, pp. 67-86.
- Huertas, Rafael. 2009. “Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma”, en Marisa Miranda y Álvaro Girón Sierra (orgs.), *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- _____. 2012. *Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura*, Madrid, Catarata.
- Jardón, Magali. 2011. “La inclusión del psicoanálisis en el Hospital de Las Mercedes y la Colonia Nacional de Alienados a través de los registros formales de documentación (historias clínicas y publicación de casos) 1920-1954”, *Anuario de Investigaciones*, vol. XVIII, pp. 183-189.
- Marquiegui, Dedier Norberto. 2012. “Los archivos de la locura en la Colonia Nacional de Alienados de Open Door. Preguntas formuladas desde la óptica de un historiador”, *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S.A. Segreti”, vol. 3, núm. 3, pp. 286-301.
- Muñoz, Pedro F. de. 2015. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz,
- Muñoz, Pedro, Cristiana Facchinetti y Allister Dias. 2011. “Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930)”, *Memorandum*, núm. 20, abril, Belo Horizonte, UFMG-Ribeirão Preto, USP.
- Porter, Roy. 1985. “The Patients’s View: Doing Medical History Below”, *Theory and Society*, vol. 14, núm. 2, pp. 175-198.
- Reaume, Geoffrey. 1994. “Keep Your Labels Off My Mind! or ‘Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Don’t Be a Bit Alarmed’: Psychiatric History from the Patients’ Perspectives”, *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 11, pp. 397-424.

- Ribeiro, Daniele Corrêa. 2015. *Tramas da loucura na Corte Imperial: ciência, caridade e redes de sociabilidade no Hospício de Pedro II (1883-1889)*, Curitiba, Prismas.
- _____. 2016. *Os sentidos do Hospício de Pedro II: dinâmicas sociais na constituição da psiquiatria brasileira (1841-1889)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Ríos Molina, Andrés. 2009. *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- Ríos Molina, Andrés *et al.* 2016. “Los pacientes del manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. 68, núm. 1, pp. 136-154.
- Sacristán, Cristina. 2005. “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. 5, núm. 1, pp. 9-33.
- _____. 2009. “La locura se topa con el manicomio: una historia por contar”, *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, pp. 163-189.
- Silva, Renata Prudencio da. 2008. *Medicina, Educação e Psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourmeville no início do século XX*, Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Spivak, Gayatry Chakravorty. 2009. *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona, MACBA.
- Spooner, Emma C. 2005. “‘The Mind is Thoroughly Unhinged’: Reading the Auckland Asylum Archive, New Zealand, 1900-1910”, *Health and History*, vol. 7, núm. 2, pp. 56-79.
- Swartz, Sally. 2018. “Asylum Case Records: Fact and Fiction”, *Rethinking History*, vol. 22, núm. 3, pp. 289-301.
- Tierno, Raquel. 2008. “Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. 8, núm. 1, pp. 97-130.
- Vázquez de la Torre, Paloma. 2008. “Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. 8, núm. 1, pp. 69-96.
- Velho, Gilberto. 1994. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

- Venancio, Ana Teresa A. y Lázara de Azevedo Carvalhal. 2005. “Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro”, en Luiz Fernando Dias Duarte, Jane Russo y Ana Teresa Venancio (orgs.), *Psicologização no Brasil: atores e autores*, Río de Janeiro, Contra Capa, pp. 65-83.
- Venancio, Ana Teresa A. y José Roberto S. Saiol. 2017. “El Hospital Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. 69, núm. 2, pp. 190-204.
- Wadi, Yonissa Marmitt. 2006. “Quem somos nós, loucos!? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas”, *Anos 90*, vol. 13, núm. 23, en <<http://www.seer.ufrgs.br/anos90/article/download/6411/3853>>. [Fecha de consulta: 25 de abril de 2019.]
- _____. 2009. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, Minas Gerais, EDUFU.

Anexo 1. Ficha principal de datos clínicos

Dossier de Internación (1903-1915) (Fondo IMAS-NS)

Hospital Nacional de Alienados

- **Clase:** Todos los años. A partir de 1905 el campo se traslada de la esquina superior izquierda a la superior derecha.
- **Nombre:** Todos los años.
- **Filiación:** 1903, 1904. Eliminado en 1905. Reincorporado en 1906, y presente en 1907.
- **Libro de matrícula:** Todos los años; a partir de 1905 el campo se traslada de la esquina superior derecha a la parte central de la ficha, junto con otros campos nuevos como Director, Número de orden general y Número de orden anual.
- **Campo para fotografía:** Surge a partir de 1905.
- **Color:** Todos los años.
- **Edad:** Todos los años.
- **Estado civil:** Todos los años. A partir de 1905 el campo se traslada de la parte inferior del campo Edad para situarse a su lado.
- **Nación:** Todos los años. A partir de 1905 el campo se traslada de la parte central a la parte superior de la ficha.
- **Constitución:** 1903, 1904. Eliminado en 1905.
- **Profesión:** Todos los años. A partir de 1905 el campo se traslada para situarse al lado del campo Edad.
- **Estatura:** 1903, 1904. Eliminado en 1905. Campo presente en la ficha del Pabellón de Observaciones.
- **Residencia:** Todos los años.
- **Lugar de nacimiento:** Todos los años.
- **Temperamento:** 1903, 1904. Eliminado en 1905.
- **Por quién es remitido o quién solicitó su internación:** 1903, 1904. Eliminado en 1905. A partir de 1905, el campo se fragmenta en Procedencia/Internante (1905) y después Solicitante (1906 e 1907), presentes en todos los años desde entonces.
- **Entró** (fecha de entrada): Todos los años.
- **Salida** (fecha de salida): Todos los años, a partir de 1905 el campo se traslada de la parte central de la ficha para a la esquina inferior izquierda, fragmentado en alta, espacio para la firma del médico y salió (día efectivo en que el paciente deja la institución tras su alta). En 1906, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1907, el campo es recolocado en el mismo lugar de las fichas de 1905.

- **Falleció:** (fecha de fallecimiento): Todos los años, a partir de 1905 el campo se traslada de la parte central de la ficha a la esquina superior derecha, fragmentado en *mortis causa*, espacio para la firma del médico. En 1906, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1907, el campo es recolocado en el mismo lugar de las fichas de 1905.
- **Médico asistente:** Todos los años.
- **Diagnóstico:** Todos los años, a partir de 1905 el campo se traslada de la esquina inferior izquierda a la parte central de la ficha, encima del campo Médico asistente.
- **Observaciones:** Todos los años. En 1905 el campo pasa al reverso de la ficha. En 1906, el campo es recolocado en la esquina inferior izquierda, nuevamente en el anverso de la ficha. En 1907, el campo vuelve a recolocarse en el reverso de la ficha.

Información del reverso de la ficha:

- **Observaciones:** En 1905, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1906, el campo es recolocado en la esquina inferior izquierda, de nuevo en el anverso de la ficha. En 1907, el campo vuelve a recolocarse en el reverso de la ficha.
- **Transferencia, licencia, evasión, regreso:** Surge en 1905. En 1906, el campo se traslada a la esquina inferior derecha en el anverso de la ficha. En 1907, el campo vuelve a recolocarse en el reverso de la ficha.
- **Haberes:** Surge en 1905 y está presente en todos los años siguientes.
- **Administrador:** Surge en 1905 y está presente en todos los años siguientes.
- **Alta:** En 1906, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1907, el campo es recolocado en el mismo lugar de las fichas de 1905.
- **Falleció:** En 1906, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1907, el campo es recolocado en el mismo lugar de las fichas de 1905.
- **Mortis causa:** En 1906, el campo pasa al reverso de la ficha. En 1907, el campo es recolocado en el mismo lugar de las fichas de 1905.

Anexo 2. Cuadro comparativo de los campos de informaciones

<i>Documentación clínica del HNA (1903-1915)</i>	<i>Base de prontuarios HNA/COC-Fiocruz y plantilla Excel (2)</i>	<i>Banco de datos SPSS</i>
Clase	Número de registro	Año = Fecha de entrada
Nombre	Localización del fondo	Institución/Sección
Filiación	Institución/Sección	Nación/Estado
Libro de matrícula	Año	Clase
Color	Nombre	Color
Edad	Nación/Estado	Sexo
Estado civil	Clase	Constitución
Nación	Color	Temperamento
Constitución	Sexo	Edad
Profesión	Constitución	Estatura
Estatura	Temperamento	Estado civil
Nacionalidad	Fecha de entrada	Profesión
Residencia	Edad	Residencia
Lugar de nacimiento	Estatura	Procedencia
Temperamento	Estado civil	Solicitante
Procedencia	Profesión	Diagnóstico 1
Solicitante	Residencia	Diagnóstico 2
Fecha de entrada	Procedencia	Diagnóstico 3
Data de salida	Solicitante	Alta
Alta	Diagnóstico 1	Fallecimiento
Fecha de fallecimiento	Diagnóstico 2	<i>Mortis causa</i>
<i>Mortis causa</i>	Diagnóstico 3	Terapéutica
Médico	Médico	Instrucción
Diagnóstico	Director	
Observaciones	Data de alta	
Transferencia	Fallecimiento	
Licencia	<i>Mortis causa</i>	
Evasión	Médico de alta/Fallecimiento	
Regreso	Observaciones médicas	
Alta	Otras identidades	
	Otros: Internaciones/ Transferencias	
	Terapéutica	

	Instrucción	
	Documentos anexos	
	Observaciones del investigador	

LAS NARRATIVAS DE LOS LOCOS Y LA HISTORIA DE LA LOCURA Y LA PSIQUIATRÍA: ¿QUÉ, CÓMO Y PARA QUÉ?



*Yonissa Marmitt Wadi**

Introducción

Este capítulo presenta una reflexión sobre el trabajo con un tipo de fuentes históricas aún no exploradas en todo su potencial en el campo de la historia de la locura y la psiquiatría. Me refiero a las narrativas producidas por personas que, en algún momento de sus vidas, fueron consideradas locas y, por tanto, estuvieron en contacto con saberes, poderes e instituciones de asistencia. Así, buscando atender al desafío propuesto por el proyecto *El estudio del campo “psi” en América Latina: aspectos teóricos y metodológicos*, en las próximas secciones se presenta un breve relato sobre una persona que produjo una narrativa, la cual se toma como fuente de investigación. Luego, se presenta el camino teórico-metodológico elegido. Esa selección, realizada para trabajar con las narrativas producidas por sujetos considerados como locas y locos, busca responder a preguntas como: ¿por qué se eligieron tales fuentes?, ¿cómo contribuyen al campo?, ¿cómo se interrogan?, ¿qué nociones teóricas se utilizan? Finalmente, se vuelve a la narrativa para que la comunidad interesada conozca un poco de la narradora y la fuerza de su narrativa.

Una narradora

El 15 de agosto de 1962, a partir de una remisión realizada por la cuarta comisaría de policía de la ciudad de Río de Janeiro, Stela del Patrocinio, con 21 años, ingresó en el Hospital Pedro II, perteneciente al Centro Psi-

* Profesora del Programa de Posgrado en Historia y del Curso de Ciencias Sociales de la Universidad Estatal del Oeste del Paraná.

quiátrico Nacional (CPN).¹ El 31 del mismo mes le diagnosticaron “personalidad psicópata más esquizofrenia hebefrénica —que evoluciona bajo reacciones psicóticas” (Colonia Juliano Moreira, 1962-1992).² Fue transferida, en 1966, a la entonces llamada Colonia Juliano Moreira (CJM), en la misma ciudad.³ Sobre los acontecimientos y el momento de su internación Stela expresó:

Vine a la colonia porque estaba andando en la calle Voluntarios de la Patria al lado de Luis, con unas gafas, vestido azul, zapatos negros, con una bolsa blanca con un poco de dinero dentro, porque iba a tomar el autobús e iba a saltar en la estación Central de Brasil, en la Central de Brasil iba a comer, iba a tomar un autobús en la Central de Brasil que iba a Copacabana, iba a llegar a Copacabana, ahí tomé el carro en la calle Voluntarios de la Patria con Luis, al lado de Luis, Luis fue al bar, estaba al lado de Luis, caminando al lado de Luis en la calle Voluntarios de la Patria, caminando en la Calle Voluntarios de la Patria al lado de Luis, Luis entró en el bar, se sentó en la silla, tocó la mesa, habló con el dueño del bar para prepararle una Coca Cola y un pan de sal con salchicha, comió solo, no me pagó, ni yo pedí, ni yo dije nada, ni yo le pedí que me pagara, ahí él comió, cuando él acabó nosotros salimos, perdí las gafas, perdí las gafas, perdí las gafas que estaban conmigo, unas gafas oscuras, parecía que él me había dado un bofetón en la cara para que yo perdiera las gafas, las gafas saltaron al suelo, en la calle Voluntarios de la Patria, yo caí por encima de las gafas y las gafas y yo nos quedamos en el suelo, ahí vino, ahí vino una viejita, en la puerta del departamento de ella, me levantó, dijo que no había sido nada, para que yo parara de llorar, ahí vino una doña, me llevó adentro del Hospital de Emergencias, cerca de la Playa de Botafogo, y allá, dentro del Hospital de Emergencias, me aplicó una inyección, me dio un remedio, me hizo un *electroshock*, me mandó a bañar, me mandó a buscar una mesa, silla, silla, mesa, me dio una bandeja con arroz, cayote, carne, porotos, y ahí llamó una ambulancia, una ambulancia asistencia y dijo: “cárguenla”, pero no dijo para dónde, “cárguenla”... ella creyó que tenía el derecho de gobernarme en ese momento, me vio sola, y Luis no estaba más en el momento en que las gafas se cayeron, yo no sé para dónde fue, porque yo me quedé, de repente, de repente, yo me quedé sola, él desapareció de repente, desapareció y no apareció más, pero aquí, después que yo me quedé aquí, él ya llegó aquí, ya llegó aquí, ya se fue, volvió a venir, volvió a irse, Luis, Luis es mi amigo, ahí me trajeron para aquí, ordenó: “cárguenla”, dio la orden, “cárguenla”, en la ambulancia, “cárguenla”, me cargaron, me trajeron aquí como una indigente, sin familia, vine para aquí, estoy aquí como indigente, sin tener ninguna familia,

¹ El Centro Psiquiátrico Nacional pasó a llamarse, a partir de 1965, Centro Psiquiátrico Pedro II y, en 1999, con la municipalización del atendimento a la salud en Río de Janeiro, Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Nise da Silveira. Actualmente se denomina Instituto Municipal Nise da Silveira.

² Las citas fueron traducidas al español por la autora de este texto, desde las referencias bibliográficas en portugués indicadas al final del mismo.

³ Actualmente la CJM se llama Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Juliano Moreira-IMASJM.

viviendo en el hospital, estoy aquí como indigente, sin tener nadie por mí, sin tener familia y viviendo en el hospital (Patrocinio, 2009: 40).

En este lugar, destinado a las personas con enfermedades crónicas, Stela vivió otros 26 años, hasta que murió el 20 de octubre de 1992, debido a un cuadro clínico causado por la diabetes *mellitus* que provocó gangrena en su pie izquierdo, seguido de cirugía, una infección postoperatoria y muerte.

Entre 1986 y 1988 Stela había asistido al taller gratuito de expresión artística, organizado por la artista plástica Neli Gutmacher y sus alumnos en la Escuela de Artes Visuales Parque Lage, en la colonia Juliano Moreira. En el taller establecido en el pabellón de mujeres del Centro Teixeira Brandão, donde vivía, Stela participó poco en las actividades propuestas, casi siempre de artes manuales. Por tanto, produjo muy pocos trabajos visuales, porque a Stela realmente le gustaba hablar, llamando a sus dichos de *falatório*. Carla Guagliardi, por entonces aprendiz de Neli Gutmacher, junto con esta, grabó algunas de las palabras de Stela en dos cassettes, ya que las consideraba poesía pura. Estas primeras grabaciones se sumaron a las palabras habladas registradas en páginas mecanografiadas por Mónica Ribeiro, aprendiz de psicología, en marzo de 1991, para componer el material que dio origen al libro *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*, que fue organizado por Viviane Mosé, como un libro de poesías,⁴ y publicado en 2001 por Azougue Editorial⁵ (Mosé, 2001; Guimaraens, 2009; Zara, 2014).

Esta persona, Stela del Patrocinio, presentada brevemente, tuvo contacto con la asistencia psiquiátrica brasileña, sus instituciones, prácticas

⁴ (Wadi y Zara 2016: 66): “El falatório de Stela en este libro fue concebido como poesía [...], por lo tanto, los fragmentos fueron cortados y presentados en versos, además de ser descritos en los textos introductorios de Viviane Mosé y Ricardo Aquino, en ese momento director del Museo del Obispo del Rosario, ubicado en IMASJM, a través de este punto de vista. La forma en que las palabras habladas de Stela se presentaron al gran público fue construida por la percepción de la organizadora, quien afirma haber tratado de mantener su sonido (su ritmo y pausas constantes), así como las repeticiones temáticas que Stela presentó en su falatório.”

⁵ (Wadi, Zara y Cordeiro 2018: 216): “El libro está dividido en ocho partes con compilaciones de las palabras habladas de Stela clasificadas según los diferentes temas propuestos por la organizadora: ‘Un hombre llamado caballo es mi nombre’; ‘Soy Stela do Patrocinio, muy bien patrocinada’; ‘En los gases yo me formé, tomé color’; ‘Yo veo el mundo’; ‘La pared aún no estaba pintada con tinta azul’; ‘Reino de los bichos y de los animales es mi nombre’; ‘Poner al mundo entero a gozar y sin ningún gozo’; y ‘Procurando falatório’. Estas partes fueron precedidas por dos textos introductorios: ‘Estrella’ de Ricardo Aquino, entonces director del Museo Obispo del Rosario, ubicado en la institución y ‘Stela del Patrocinio, una trayectoria poética en una institución psiquiátrica’, de Viviane Mosé. El libro cierra con una entrevista con Stela, titulada ‘Stela por Stela’ y una breve cronología de su vida.” Una edición de bolsillo del libro fue publicada en 2009, por Beco Azougue Editorial.

y saberes, cuando era muy joven, apenas 21 años. Este contacto se tornó permanente, ya que después de ingresar a la institución no se fue de allí, muriendo en sus instalaciones después de 30 años de hospitalización, como pudimos leer aquí. Durante el largo tiempo en que vivió allí, ella experimentó dentro de la institución —un gran manicomio público— distintas situaciones, desde lo que se ha dado en llamar la “industria de la locura”, marcada por la privatización de la asistencia, la sobrepoblación, la negligencia con los internos y los maltratos (Paulin y Turato, 2004), hasta el tiempo de la llamada “reforma psiquiátrica”, un movimiento amplio que condujo a reformas en el sistema de atención psiquiátrica brasileña, o sea, en la legislación, las instituciones y las prácticas (Amarante, 1998; Tenorio, 2002; Yasui, 2010).

En el caso de Stela, fue solo a partir de las luchas, denunciando el modelo asilar y reclamando transformaciones radicales, que se pusieron en práctica cambios y que también su *fatalório* obtuvo el estatus de una obra literaria. Stela habló sobre todo esto: del gran manicomio como espacio de segregación, encarcelamiento y violencias varias; sobre las disputas y los juegos de poder entre los “pacientes”; entre ellos y diferentes profesionales que convivían con ellos —médicos, enfermeras, guardias, etc.—, entre ellos y los que estaban lejos —familia, amigos, etc.—; pero también se refirió a relaciones de amistad y solidaridad en actividades cotidianas y de su subjetividad (Zara, 2014; Wadi y Zara, 2016; Wadi, Zara y Cordeiro, 2018).

¡Esquizofrénica!, ¡enferma mental! Así nombraron a Stela los sujetos poseedores del conocimiento psiquiátrico que tuvieron contacto con ella en los diferentes momentos en que la conocieron y establecieron relación con ella.

¡Escritora! ¡poeta! La nombraron así sujetos que, desde diferentes campos disciplinares académicos, como la literatura y la crítica literaria, las bellas artes, el periodismo, las ciencias sociales, entre otros, tuvieron contacto con esta persona y con sus obras, entablando relación con ella también.

¡Narradora! ¡local! ¡loca narradora! Así he nombrado a esta persona, así como a otras cuyas existencias vengo conociendo y cuyas vidas y obras literarias vengo construyendo mediante problematizaciones, con la intención de contribuir en la construcción de un campo específico: la “historia de la locura y de la psiquiatría”.⁶ Mientras experimentaban el sufrimiento

⁶ En la próxima sección explico la configuración del campo.

mental de maneras diferentes, en lugares y/o temporalidades también diferentes, muchas personas consideradas locas, como Stela, produjeron narrativas expresando sus puntos de vista sobre tales experiencias que conquistaron el formato de obras literarias, publicadas durante sus vidas, o posteriormente.

Como los lectores pudieron constatar, utilizo dos expresiones para nombrar a las personas como Stela, cuyos puntos de vista estudio aquí. Siguiendo a Porter (1991: 13), utilizo las palabras loco, loca, locos y locas, pues son palabras genéricas que permiten nombrar “toda la gama de personas consideradas, de una manera o de otra, anormales en las ideas o en el comportamiento”, en diferentes temporalidades históricas. Considero, tal como expresa el autor, que el rótulo es insatisfactorio y sirve apenas como una “taquigrafía colectiva [que remite a] personas que eran consideradas —o eran incluso— locas. Algunas aceptaron el hecho de que estaban realmente locas, en un momento u otro. Otras rechazaron vigorosamente el término” (Porter 1991: 13-14). Y así, como Porter, la cuestión principal de utilizar esa nominación en mi escritura no es establecer cualquier juicio sobre si las personas eran o no enfermas pero, sin desconsiderar, por otro lado, que ellas experimentaron en algún momento algún tipo de sufrimiento que perturbó sus vidas.⁷

También defino a esas personas como narradoras, pues considero que sus palabras, enunciadas de diferentes formas —desde las meramente pronunciadas, escritas en papeles, muros o en blogs, hasta las que acompañan dibujos o forman parte de esos dibujos, etc.—, remiten al “establecimiento de una organización temporal, por medio de la cual, lo diverso, lo irregular y accidental entran en un orden, que no es anterior al acto de la escritura [o del habla] pero es coincidente con ella, que es pues constitutiva de su objeto” (Lima, 1989: 17). Este orden de la narrativa es dado por “quién escribe (o quién habla), para quién, cuándo, por qué, etcétera” (Alberti, 2012: 163).

Las narrativas y la historia de la locura y la psiquiatría

Jacques Le Goff, en su conocido texto *Documento/Monumento*, indicó que lo que sobrevive del pasado no es exactamente todo lo que existió, sino “una elección hecha, ya sea por las fuerzas que operan en el desarrollo

⁷ En la próxima sección explico las nociones de “sufrimiento” y “perturbación”.

temporal del mundo y la humanidad, o por los que se dedican a la ciencia del pasado y al paso del tiempo, los historiadores” (Le Goff, 1990: 535). Son estos operadores de la historia, como Michel Foucault había dicho unos años antes, en su texto *La arqueología del saber*, los que convierten los documentos en monumentos. Y así, en “nuestros días” hay “una masa de elementos que después es preciso aislar, reagrupar, hacer pertinentes, relacionar, constituir en conjunto” (Foucault, 1987: 13-14).

Como afirman los autores citados, no todo lo producido por las sociedades humanas se convierte en un documento/monumento. Durante mucho tiempo, solo se supo algo sobre los locos por medio de registros que básicamente sirvieron para hacer una historia de los saberes que se centraron en ellos, documentos que efectivamente se convirtieron en monumentos de esta historia, a saber: informaciones biográficas y memorias de trabajo escritas por médicos, tesis defendidas en escuelas de medicina y artículos científicos publicados en revistas médicas especializadas, libros utilizados para la enseñanza de la medicina; o incluso, en varios tipos de documentos administrativos de instituciones médicas o gubernamentales, como informes, actas de reuniones, oficios, leyes y reglamentos, entre otros.

Fue solo con el movimiento de renovación de la historia —rumbo a una historia social—, a mediados del siglo XX, que se ganó una mayor densidad y repercutió también en la renovación de la historia de la locura y la psiquiatría; estos mismos registros que contaban —y siguen contando— historias sobre el saber médico, en especial el psiquiátrico, y las diferentes instituciones, comenzaron a ser analizados desde otros puntos de vista, mediante otras preguntas, e hicieron emerger a estos marginales, los locos, dándoles el estatus de sujetos de la historia. En este movimiento, también ganaron protagonismo otros documentos institucionales, como los expedientes clínicos —o registros psiquiátricos— de los llamados pacientes,⁸ así como documentos judiciales, como procedimientos penales o civiles —especialmente aquellos para la interdicción civil de personas en nombre de la locura (Huertas, 2001, 2012; Sacristán, 2005, 2009; Stagnaro, 2006; Ríos, 2009a; Venancio, 2010; Wadi, 2011, 2014).

Sin embargo, otros registros fueron relegados a un plano secundario por más tiempo, y solo en las últimas dos décadas del siglo XX obtuvieron el reconocimiento como documentos y, por tanto, como fuentes legítimas

⁸ Para comprender la relevancia de los expedientes clínicos, puede consultarse los trabajos de Andrés Ríos Molina, Aída Alejandra Golcman y Teresa Ordorika incluidos en este volumen.

para la historia. Me refiero a los registros que mencioné hace un momento, las narrativas construidas por los locos, desde dentro o fuera de los espacios de internación, por medio de la escritura —en billetes, cartas, poesías, diarios, memorias, cuentos, crónicas, novelas, letras de canciones, entrevistas, frases sueltas garabateadas en las paredes, etc.—, con su voz —grabada y transcrita—, o en otros formatos como las historietas o las artes plásticas —lienzos, *grafittis*, bordados, esculturas.⁹ Dichos documentos, que prefiero llamar narrativas, se han trasladado desde el lugar del olvido, desde ninguna consideración o apreciación como documentos válidos para la escritura de la historia, al primer plano como evidencia de la historia, tanto del sufrimiento humano como de las formas institucionales —o no—¹⁰ y de los saberes sobre esto (Huertas, 2012, 2013; Sacristán, 2009; Ríos, 2009b; Wadi, 2011; Wadi, Ordorika y Golcman, 2019).

Junto con otros investigadores, considero que la problematización de estas narrativas proporciona información, pistas y rastros que amplían significativamente la comprensión historiográfica desde varios aspectos: *a)* sobre la vida cotidiana en espacios institucionales, de los antiguos asilos hasta los centros modernos de atención psicosocial, los hospitales de día, las residencias terapéuticas, etc.; *b)* sobre el papel y el significado de las instituciones, de su constitución en tiempos pasados hasta la contemporaneidad, insertas en las configuraciones específicas de las políticas públicas de atención psiquiátrica; *c)* acerca de las posibilidades, los límites, las prácticas del saber/poder psiquiátrico, así como de otros saberes involucrados con el sufrimiento psíquico, así como de las relaciones entre estos; y *d)* acerca de diferentes sujetos: especialmente de los que ocuparon —y siguen ocupando— espacios asistenciales y en contacto con los saberes, en

⁹ En Brasil, la experiencia pionera conducida por la psiquiatra Nise da Silveira en los talleres de arte y después en el Museo de las Imágenes del Inconsciente del Centro Psiquiátrico Nacional, generó estudios importantes en el campo *psi*, como los de la propia psiquiatra, orientados por el trabajo de Carl Gustav Jung, en torno a lo que revelaban del inconsciente de las personas las obras que ellas producían. También en relación a la producción artística de Artur Obispo del Rosario, que vivió en la Colonia Juliano Moreira gran parte de su vida, son innumerables los trabajos que discutieron su arte del punto de vista de los saberes *psi*. Son aún pocos los trabajos que consideraron las producciones de Obispo del Rosario como fuentes importantes para la historia de la locura y de la psiquiatría, siendo un ejemplo importante el trabajo de Borges (2019).

¹⁰ Estoy refiriéndome a las instituciones tradicionales, clínicas u hospitales psiquiátricos, desde los llamados hospicios o manicomios hasta las llamadas modalidades asistenciales alternativas públicas o privadas (como los Centros de Atención Psicosocial [CAPS] de Brasil, ambulatorios de salud mental, hospitales-día, hospitales-noche, residencias terapéuticas).

la condición de pacientes, internos, usuarios; así como de los operadores de estos espacios y saberes —los médicos, psicólogos y otros agentes—; e inclusive las familias.

Añadidas a los vestigios encontrados en las otras fuentes mencionadas, las narrativas posibilitan la expansión de la visión historiográfica, contribuyendo para la consolidación de una tendencia contemporánea, en el campo de la historia de la locura y de la psiquiatría: la de escuchar la voz del loco, de considerar lo que efectivamente dijo o escribió (Porter, 1985, 1991; Huertas, 2012, 2013; Wadi, 2011; Wadi, Ordorika y Golcman, 2019).

Entiendo que las narrativas de los locos expresan, de modos diversos y por medios diferentes, cómo vivieron los sujetos la experiencia de la internación psiquiátrica o el uso de los mecanismos alternativos de atención —siendo entendidos por otros y entendiéndose, o no, como locos—, cómo problematizaron estas experiencias, las que moldearon sus subjetividades y los constituyeron en sus trayectorias de vida, en algún momento, como susceptibles de internación psiquiátrica. Así, resulta muy claro que, si la problematización de la locura expresada en narrativas no coincide en su totalidad con la experiencia de la locura, es parte de ella y, en este sentido, constituye una puerta para entrar en este universo, quizá la puerta que se abre para posibilidades interpretativas más ricas e innovadoras en términos de conocimiento (Wadi, 2011, 2017; Wadi y Zara, 2016).

Estas narrativas fueron construidas, por un lado, por una serie de hombres y mujeres infames, como llamó Foucault (1992) a las personas comunes, sin fama alguna,¹¹ los que viven por lo general en los márgenes de la sociedad y que, por un tiempo excesivo, ocuparon los márgenes de la historiografía. Estos infames constituyeron —y siguen haciéndolo— la mayoría de los internos psiquiátricos y de quienes frecuentan los servicios de asistencia alternativos a estos. Instigados por los cuestionarios médicos de las instituciones, muchos hablaron sobre sí, escribieron, dibujaron, pero esto, durante mucho tiempo, no fue valorado más allá de lo necesario para definir o probar el diagnóstico. Michel Foucault (1992) fue preciso al afirmar que las vidas infames solamente tienen alguna visibilidad a partir del haz de luz, posado sobre ellas, en su contacto con el poder/saber. En el caso de los locos fue especialmente el saber/poder psiquiátrico, con sus prácticas de retención de cartas y otros escritos de los internos junto a sus expedientes clínicos, lo que ha permitido a la posteridad conocer un

¹¹ Foucault (1992), según la etimología latina *in* = elemento negativo, *fama* = célebre.

poco de lo que sentían, de lo que pensaban sobre la realidad que vivían, incluso de lo que soñaban o deseaban para sí mismos.

Por otro lado, algunos relatos proceden de otras personas que, debido a ocupar un lugar en el mundo por fuera de las instituciones psiquiátricas o de la carrera como pacientes psiquiátricos (Goffman, 1999), hicieron visibles, de forma más rápida, sus cuestionamientos relacionados con la experiencia del sufrimiento psíquico, de la hospitalización, de los tratamientos, del estigma, etc. Fue su posición de clase o el talento demostrado en algunas de las artes plásticas, en la literatura, la filosofía o la música, por citar algunos ejemplos, lo que permitió a los locos más notables hacer públicas sus reflexiones, sus críticas, sus angustias y miedos, sus sueños e innumerables otros sentimientos y posicionamientos relacionados con sus experiencias (Porter, 1991; Ríos, 2004; Zara, 2014; Parteka, 2016; Zara y Wadi, 2016).

Quedándose por poco o mucho tiempo en una de las diversas instituciones psiquiátricas establecidas en el contexto de las políticas públicas y del desarrollo de una ciencia —la psiquiatría, reconocida en los últimos siglos como la enunciativa legítima de la verdad de la locura—, las personas anónimas o notables, infames o famosas, utilizaron diversos mecanismos, o líneas de fuga (Deleuze, 1998) para hacer frente a esta experiencia. Algunas de estas líneas llevaron a los sujetos al aniquilamiento o a la muerte efectiva; pero otras fueron creativas, desdoblándose, por ejemplo, en innumerables narrativas, como el *salatório* de Stela —considerado poesía—, los dibujos, las obras de arte o la escritura en diarios íntimos, cartas, poesías, romances, historietas, publicados después porque fueron descubiertos o porque fueron realizados con tal intención.

Una nueva historia de la locura y de la psiquiatría está siendo elaborada con el uso y la problematización de las narrativas de la locura como fuentes, conjuntamente con la revisión de los referentes teórico-metodológicos. Quizá no sea esta la postura que sostengan quienes navegan en las aguas más turbias que limpias de las “narrativas de la locura”. Empero, constituye la perspectiva adoptada por quienes creen que tales documentos contienen, en ellos mismos y de alguna manera, explicaciones y, por tanto, resultan una forma de conocimiento. Desde esta perspectiva, los locos son percibidos como sujetos que elaboran una reflexión acerca de sí mismos, de sus vidas, de sus relaciones, incluso con el saber psiquiátrico.

La intención de comprender las experiencias con la locura desde el punto de vista de quienes la vivieron —o aún la viven— y, en este sentido, comprender también y de manera más integral la construcción de los

saberes —el psiquiátrico en particular—, de las instituciones, además de los diferentes procesos de asistencia *psi* que se constituyeron en diferentes temporalidades y espacialidades, me ha guiado en la investigación con sujetos locos, como Stela.¹² Así, han resultado algunas preguntas: ¿cómo distanciarse sin ignorar o despreciar otros conocimientos y campos disciplinares?, ¿cómo construir algo original en el campo específico de la historia, en diálogo con la importante tradición historiográfica ya desarrollada en el terreno donde me muevo?¹³

¡Al principio fue necesario navegar por diferentes mares! Conocer la bibliografía ya producida y concentrarme en lecturas estimulantes y, al mismo tiempo, desafiantes en el campo de la historia, pero también de literatura, antropología, sociología y psicología, sobre el sufrimiento psíquico, los saberes, las instituciones. Mi atención se ha dirigido, especialmente, a aquellas que subieron al escenario, como actores y actrices principales, personas que en algún momento de sus vidas fueron consideradas locas y produjeron narrativas, a pesar de esta llamada locura, o incluso impulsadas por ella (Wadi, Ordorika y Golcman, 2019).

La intención es hacer una contribución al campo historiográfico mostrando que hay innumerables posibilidades de aprehender las narrativas y las vidas de los llamados locos. En este sentido, me muevo entre la fundamental e indispensable *Historia de la locura en la época clásica*, de Michel Foucault (1989), uno de los trabajos fundadores de una nueva metodología, llamada historiografía profesional o revisionista, que se contrapone a una historiografía laudatoria y apologética producida por los propios médicos (Huertas, 2001; Sacristán, 2005); y la magnífica *Historia social de la locura*, de Roy Porter (1991), el primer estudio magistral de la locura y su intersección con la psiquiatría, construido desde el punto de vista de los pacientes; un amplio conjunto de estudios desarrollados en varios países de América y Europa, situados en una tendencia contemporánea de la historiografía, también identificada como historia cultural de la locura, de la psiquiatría y de los demás saberes *psi* (Huertas, 2012); así como en referentes de la historia cultural, la historia de las mujeres y los géneros.

¹² Este era un camino que ya seguía hace algunos años, con otras fuentes, en especial, cartas escritas encontradas en expedientes clínicos (Wadi 2005a, 2005b, 2006, 2009, 2011, 2016a).

¹³ La configuración del campo, o de la tradición historiográfica a la que me refiero, puede ser comprendida de forma más completa a partir de trabajos como los de Huertas (2001, 2012); Campos y Huertas (2008); Sacristán (2005, 2009); Stagnaro (2006); Venancio y Cassilia (2010); Wadi (2014); Venancio y Facchinetti (2016).

Algunas (im)precisiones teóricas

El título dado a esta parte del capítulo puede sonar algo extraño para los lectores y lectoras, porque juega con lo que parece correcto cuando hablamos de teoría, es decir, un “conjunto más o menos sistematizado de reglas o leyes aplicadas a un área” o, más aún, “conocimiento especulativo, metódico y organizado de naturaleza hipotética y sintética”, que culminaría en una “doctrina o sistema resultante de estas reglas o leyes”, según lo anunciado por uno de los diccionarios más respetados en el idioma portugués (*Dicionario Houaiss*, en línea). Sin embargo, el mismo diccionario dice que la palabra “teoría”, en su uso informal, se refiere a “construcción imaginaria, utopía, sueño, fantasía”. Creo que las teorías a las que nos referimos en nuestro afán por hacer ciencia se vinculan un poco a ambas cuestiones: de hecho, son “reglas” a las que nos sometemos en un determinado campo, pero también son construcciones de la imaginación, que nos permiten soñar con nuevas posibilidades. Atreviéndome a hacer uso de la declaración de uno de los grandes pensadores de las sociedades modernas, Karl Marx (1998: 43), si “todo lo que era sólido y estable se derrite en el aire”, también los marcos teóricos de los cuales partimos pueden dejar de ser anclas sólidas que guían el pensamiento, tornándose necesario separarnos de ellos a medida que recorremos las veredas de la investigación empírica. Lo que tomamos como fuentes de investigación —el archivo o el tesoro—,¹⁴ los mejores y más valiosos amigos de esta historiadora, todo el tiempo hacen necesario reorganizar este mismo pensamiento buscando nuevas herramientas o instrumentos —teoría, metodología— para abordar las sorpresas que encontramos en el camino. En este caminar me inspiro en Michel Foucault:

No tengo una teoría general ni tampoco un instrumento certero. Yo me muevo a tientas, fabrico, como puedo, instrumentos destinados a hacer aparecer objetos. Los objetos son un poco determinados por los instrumentos, buenos o malos, fabricados por mí. Son falsos, si mis instrumentos son falsos... Intento corregir mis instrumentos a través de los objetos que creo descubrir, y en este momento el instrumento corregido hace parecer que el objeto definido por mí, no era exactamente aquel. Así es como dudo o titubeo de libro en libro (Foucault, 2010: 229).

¹⁴ Acerca de lo que son fuentes para los historiadores véase Arostégui (2006), Petersen y Lovato (2013), así como las críticas de Foucault (1987) y Le Goff (1996).

Por tanto, en cualquier investigación, todo lo que parece preciso o exacto inicialmente puede volverse impreciso o inexacto tan pronto nos sumergimos en el universo de lo que llamamos nuestras fuentes. Con este comentario preliminar, señalo algunas de las nociones principales con las que opero; nociones que delinear el camino y los resultados de esta operación historiográfica.

Un primer punto a abordar se refiere a lo que entiendo —no de forma aislada, sino por mi propia inmersión en el campo— como la “historia de la locura y de la psiquiatría”. He trabajado con la idea de que esta puede ser definida como una especialidad temática abarcadora, que parte del tema central de la locura, considerando diferentes tiempos y espacios, y desarrollándose desde diferentes perspectivas teórico-metodológicas. Problemáticas variadas —relacionadas con la noción general (paraguas) de locura— constituyen las investigaciones en el campo, tales como: la constitución de los propios términos locura/alienación/enfermedad mental/salud mental; la relación de estas terminologías con la configuración de la psiquiatría y de los demás saberes *psi* —como la psicología y el psicoanálisis—, así como las relaciones entre ellos; la constitución de políticas de asistencia o atención; la constitución de las instituciones; la construcción de dispositivos disciplinarios; y las propias experiencias de los sujetos, entre tantos otros temas y posibles problemas (Wadi, 2014).¹⁵

Otra noción fundamental es “locura”, que entiendo —por medio del diálogo con el antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte (1998)— como un complejo de diferentes fenómenos humanos y una diversidad de posibilidades de experiencias de sufrimiento que van más allá de los reduccionismos de ciertas concepciones construidas por una cultura occidental, fuertemente marcada por la hegemonía de representaciones del fisicalismo de la biomedicina. Como señala el autor, “las imprecisiones y vicisitudes de la categoría de ‘enfermedad mental’, creada para abarcar a la mayoría de las viejas formas de ‘locura’ en Occidente, demuestran bien las dificul-

¹⁵ En otro texto ya había indicado, y retomo aquí, que “Algunos autores y autoras, como Huertas (2001), Sacristán (2005) y Stagnaro (2006), a partir de las revisiones que hicieron sobre la constitución de este campo del conocimiento histórico en países como España, México y Argentina, prefieren nominarlo actualmente solo como historia de la psiquiatría, en contraste con un momento histórico en que se prefería la nomenclatura historia da locura, especialmente por su contenido contestador y marcado por las luchas enquistadas a la época contra los excesos visualizados del saber y del poder psiquiátrico” (Wadi, 2014: 115). Sobre la configuración de esta especialidad en Brasil véase Venancio y Cassilia (2010) y Wadi (2014).

tades de extender la convención fiscalista de ‘enfermedad’ a las formas globales del ‘sufrimiento’” (Duarte, 1998: 13).

En este sentido, he utilizado las nociones de “sufrimiento” y “perturbación” —como forma de expresar lo que entiendo por “locura”—, ya que esas son nociones con sentido más amplio que abarcan una serie más extensa de experiencias de los sujetos y, por tanto, dan como resultado una relativización de los prejuicios y reduccionismos. Para Duarte, la noción de “sufrimiento” conlleva una forma más interesante de lidiar con la enfermedad, que simplemente el uso de la palabra dolor, porque la interrupción de las “formas y funciones regulares de la persona necesariamente implica el ‘sufrimiento’ ya sea entendido en el sentido ‘físico’ más estrecho, ya sea entendido en el sentido ‘moral’, más amplio [...], abarcador, y que engloba e incluye el sentido físico” (Duarte, 1998: 13). Del mismo modo, al defender la idea de que la enfermedad y el sufrimiento pueden evocarse dentro del marco más amplio de las llamadas “perturbaciones”, el autor señala que lo que a menudo se denomina patológico en la cultura occidental, especialmente entre los extractos más eruditos, puede considerarse un evento o experiencia regular en otras culturas u otros extractos sociales de la cultura occidental, sin involucrar ningún “sufrimiento” inherente (Duarte, 1998: 13).

Otra noción esencial en mis investigaciones, especialmente al trabajar con narrativas, ha sido la “experiencia”. El entendimiento de la historiadora Joan Scott demostró ser el más proficuo para tratar mis temas, mis fuentes y las problematizaciones que construí con ellos, porque la autora cuestionó los usos comunes del término que, según ella, son una forma de “dar una esencia a la identidad y ratificar el sujeto” (Scott, 1998: 324). Para Scott, la “experiencia” no está separada del lenguaje y los sujetos de esta son constituidos dentro de sistemas discursivos conflictivos y contradictorios. Estos sujetos tienen agencia, según la autora, pero no son unificados ni autónomos, y su agencia se establece por medio de las circunstancias y los posicionamientos que se les confieren, es decir, “Ser un sujeto significa estar ‘sujeto a condiciones definidas de existencia, condiciones de nombramiento de agentes y condiciones de ejercicio’. Estas condiciones hacen posibles las elecciones, aunque estas no son ilimitadas” (Scott, 1999: 42).

Así como los sujetos son constituidos discursivamente, la “experiencia” también es un evento lingüístico, que ocurre solo dentro de los significados establecidos, pero sin estar encerrado en un orden fijo de dichos significados, afirmó Scott (1999). Dado que el discurso es un aconteci-

miento compartido por definición, la autora afirma que la “experiencia” es tanto colectiva como individual, y si la “experiencia” es una historia del sujeto, el lenguaje se convierte en el lugar donde se representa esta historia. Por tanto, la explicación histórica no puede separar la trama —la “experiencia”— del teatro de su representación —el lenguaje— y, en cambio, debe comprender su historicidad, así como las identidades que se producen (Scott, 1998).

La perspectiva de la amplitud del término “locura” y acerca de lo que constituye la “experiencia” delinean mi comprensión de las posibilidades analíticas de las narrativas producidas por los locos, que son para mí “sujetos”, sujetados y productores de “subjetivación”, es decir, “la vida de hombres y mujeres, entendiendo el pensamiento de Foucault, es un movimiento constante entre medios los saberes/poderes y los intentos de doblar la línea del fuera, la subjetivación” (Wadi, 2006).¹⁶ Esta perspectiva sobre qué es un “sujeto” y qué es el proceso de “subjetivación” es otra marca importante de mi investigación con las narrativas de la locura. Michel Foucault, en diferentes textos, explicó su noción de “subjetivación” (Foucault, 2006c), que fue sintetizada por Judith Revel, del siguiente modo:

El término “subjetivación” designa, para Foucault, un proceso mediante el cual se obtiene la constitución de un sujeto o, más exactamente, de una subjetividad. Los “modos de subjetivación” o “procesos de subjetivación” del ser humano en realidad corresponden a dos tipos de análisis: por un lado, los modos de objetivación que transforman a los seres humanos en sujetos, lo que significa que solo hay sujetos objetivados y que los modos de subjetivación son, en este sentido, prácticas de objetivación; por otro lado, la manera en que la relación con uno mismo, a través de una serie de técnicas, le permite a uno constituirse como sujeto de la propia existencia (Revel, 2005: 82).

Siguiendo la perspectiva expuesta, he trabajado con la idea de que estos sujetos, cuando no desmoronan totalmente, cuando no son aniquilados por sus sufrimientos o por ciertas prácticas —que en lugar de curar a alguien los enferman más—, son productores de sus vidas. En este sentido, sus narrativas, que son generalmente “escritos del yo”, textos de contenido autobiográfico, deben entenderse, al mismo tiempo, como produccio-

¹⁶ Deleuze (1998: 137-138), “La línea del fuera es nuestro doble, con toda alteridad del doble. (...) esa línea es mortal, violenta de más y demasiado rápida, nos arrastra hacia una atmosfera irrespirable. Ella destruye todo pensamiento (...). Ella no es más que delirio o locura (...). Sería preciso al mismo tiempo traspasar la línea y tornarla vivible, practicable y pensable. Hacer de ella tanto cuanto sea posible, y por el tiempo que sea posible, un arte de vivir.

nes de sujetos y productores de estos mismos sujetos. Como señala Gomes (2004: 20), quien produce una narración no es anterior a ella, o “una esencia reflejada por un objeto de su voluntad”; tampoco es “posterior al texto, un efecto, una invención del discurso que construye”, y así “la ‘escritura del yo’ es, al mismo tiempo, constitutiva de la identidad de su autor y del texto, que se crean simultáneamente a través de esta modalidad de producción del yo”. Para Foucault (1992), quien recupera la noción de “escritura del yo” de la antigüedad griega clásica, para pensar su contemporaneidad, esta puede ser entendida como un cuidado de sí mismo y también como una apertura hacia el otro. No es posible establecer una relación de estricta similitud entre los objetivos griegos de la “escritura del yo” y los de nuestros narradores locos, pero he trabajado con la idea de que sus narrativas producen tanto un cuidado de sí mismos como apertura hacia los otros, funcionando como una práctica de libertad —ejercida dentro de los límites de la etiqueta de locura y de los espacios que la circunscriben—, que posibilita la reinención de las subjetividades, lo que una vez fue visto como un acontecimiento imposible.

El uso de categorías o nociones teóricas que a veces se repiten como estructurantes de mi propia narrativa, a veces se modifican por la incorporación de nuevas categorías, y que permiten mostrar la riqueza de las narrativas de las personas locas como fuentes para la historiografía, se ha articulado mediante el uso de la noción de “problematización”, también construida por Foucault (2006a; 2006b).

He utilizado esta noción como una señal para observar qué caminos seguir, es decir, qué enfoque metodológico privilegiar a la hora de abordar las narrativas, permitiendo que construya mis problemas de investigación. Estos se estructuran a partir de la comprensión de que las personas consideradas locas delinean en sus narrativas los problemas planteados a su pensamiento y las estrategias para enfrentarlos, siendo la narrativa en sí una de estas estrategias. Por tanto, examino rigurosamente las cosas dichas, las explicaciones, las descripciones, las reflexiones, los sentidos contruidos, los puntos de vista de los locos.

La noción “problematización” —problematizar— fue utilizada por Foucault en sus últimos escritos de la década de 1980; delimitando lo que el autor definió como la gran preocupación contenida en el conjunto de su obra: el conocimiento de las maneras por las cuales se constituyeron, en diferentes épocas, problemas para el pensamiento y las estrategias uti-

lizadas para responder a ellos.¹⁷ Según el autor, la “problematización”, es decir, este conjunto formado por los problemas y las estrategias utilizadas para resolverlos, se revela en formas históricamente singulares —tanto como objetos o reglas de acción, cuanto como modos de relación consigo—, que presentan varios tipos de respuestas para un mismo conjunto de problemas, o ciertos tipos de respuestas para ciertos tipos de problemas. Así, el pensamiento, con respecto a su “problematización”, no puede tener “una sola forma” o ser “el resultado directo o la expresión necesaria” de ciertas dificultades; sino más bien, “una respuesta original o específica a menudo multiforme, a veces contradictoria en sus diferentes aspectos, para estas dificultades que son definidas por él [el pensamiento] a través de una situación o contexto y que valen como una cuestión posible” (Foucault, 2006a: 232).

En mi camino como investigadora he estado atenta a las problematizaciones construidas por cada uno de los sujetos en sus narrativas y las he utilizado como fuentes, a partir de inmersiones específicas que buscan responder problemas diversos en diferentes momentos como, por ejemplo, el interés por comprender la vida cotidiana en las grandes instituciones psiquiátricas, o la relación entre la locura y el crimen, o todavía, las relaciones entre la locura-género-raza-clase (Wadi y Zara, 2016; Wadi, 2017; Wadi y Santos, 2018). Por otro lado, hasta ahora, no he tenido la intención de producir algo así como una biografía de los sujetos que he estudiado, a veces dedicándome a construir solo “antologías de las existencias”.

Este término compuesto fue utilizado por Michel Foucault en su texto *La vida de los hombres infames* cuando propuso hablar de “vidas de pocas líneas o pocas páginas, desventuras y aventuras sin nombre, reunidas en un puñado de palabras. Vidas breves, encontradas por casualidad en libros y documentos” (Foucault, 2003: 203), sin pretender hacer de esto un libro de historia. El autor justificó su elección, en este momento, la de escribir algo sobre las “existencias relámpagos”, existencias reales que había encontrado en sus lecturas en la Biblioteca Nacional de Francia, simplemente por gusto, placer, “emoción, risa, sorpresa, cierto asombro o cualquier otro sentimiento, que tendría dificultades tal vez para justificar la intensidad, ahora que ha pasado el primer momento de descubrimiento” (Foucault, 2003: 203).

¹⁷ Esta posición de Foucault es clara en algunos de sus artículos, como en Foucault (2006a y 2006b) y en la revisión de Roger Chartier (2002) del trabajo del autor.

Las narrativas de locura con que he trabajado, a veces se parecen a los documentos encontrados por Foucault; en otras, difieren mucho. Sin embargo, lo que se extrae de su texto, en las llamadas “antologías de las existencias”, es el enfoque propuesto por el autor, su análisis, su “problematización”. Contra cualquier ilusión biográfica,¹⁸ sin ninguna intención de seguir los caminos de la biografía, propuse también recopilar y problematizar estas narrativas por sus “posibles relaciones con la realidad” de lo vivido, pero no porque se refiera a esta, sino porque opera en ella. Al igual que las encontradas y seleccionadas por Foucault, las narrativas con las que he estado trabajando son como “una pieza en la dramaturgia de lo real”, no mejor que otras, no más fieles que otras a la realidad, o más representativos de ella y por tanto más dignas de ser mantenidas y problematizadas, sino porque “desempeñaron un papel en este real del que hablan y que se encuentran, en contrapartida, no importa cuál sea su exactitud, su énfasis o su hipocresía, atravesados por él: fragmentos de discurso cargando los fragmentos de una realidad de la que forman parte”. El texto inspirador de Foucault sobre las “vidas de los hombres infames” de la Francia del siglo XVIII, muestra que las “noticias” que encontró no son “una recopilación de retratos” sino “trampas, armas, gritos, gestos, actitudes, astucias, intrigas cuyas palabras fueron los instrumentos” (Foucault, 2003: 205-206).

Es de esta manera que he percibido las narrativas producidas por hombres y mujeres considerados locos en los siglos XX y XXI. Así, las “antologías de existencia” buscan dar a conocer la complejidad de las experiencias con la locura en diferentes tiempos y lugares; igualmente, muestran y valoran como una verdad las cosas dichas por los locos —por medio de la escritura, la voz, las pinturas y los dibujos, entre otras expresiones. Una verdad frente otras verdades (Wadi, 2017).

En la construcción de tales antologías, mediante las narrativas que dejan las “experiencias” para la posteridad —cuando son recuperadas, escuchadas, examinadas—, también he prestado atención a las “relaciones de género”, como uno de los “marcadores sociales de las diferencias” fundamentales en la comprensión de los lugares ocupados por los sujetos, sus posibilidades y límites. El “género” como primera forma de organizar jerárquicamente y desigualmente las diferencias percibidas entre los sexos —que no son pura naturaleza, todavía construcción de sociedades históri-

¹⁸ Sobre la ilusión biográfica véase Bourdieu (2000).

cas—, como una relación de poder, un saber sobre los sexos (Scott, 1994, 1995) y una *performance* (Butler, 2016), se ha problematizado de forma articulada —o en intersección— con otros “marcadores sociales de diferencia” como la raza, la sexualidad, la clase, el origen étnico, la generación, la ubicación, la profesión etc., además del diagnóstico recibido y la situación institucional de los sujetos. En diálogo con Almeida, Simões, Moutinho y Schwarcz (2018), Hirano sintetiza la noción de marcadores sociales de las diferencias:

1) son categorías articuladas a sistemas de clasificación, construidas social, contextual y contrastantemente; 2) no son entendidos “como un atributo inherente de humanos y no humanos, sino como un efecto de la operación de sistemas de conocimiento complejos y relaciones sociales” (Almeida *et al.*, 2018: 15); 3) los marcadores, aunque irreducibles entre sí, son pensados en la conexión íntima entre sí; 4) movilizan personas, colectividades y derechos; 5) en su articulación “no solo se superponen o refuerzan entre sí, sino que a menudo operan de modos tensos, ambiguos y contradictorios” (Almeida *et al.*, 2018: 15); 6) las diferencias construidas socialmente “no necesariamente conducen a desventajas o desniveles de prestigio, poder y riqueza” (Almeida *et al.*, 2018: 16), pero son recurrentemente “marcadas por desigualdades en el plano de las representaciones sociales, que respaldan posiciones y relaciones de asimetría, exclusión e inequidad” (Almeida *et al.*, 2018: 16); y 7) los marcadores sociales de diferencia implican una pragmática (Hirano, 2019: 48).

Al igual que otras autoras feministas, que me inspiran en este camino historiográfico, creo que no es posible comprender la “experiencia” de diversos sujetos, incluidos los locos, sobre quienes me ocupo, que es marcada por la objetivación y la subjetivación, y por el proceso mismo de construcción de narrativas, sin entender que esta “experiencia [...] se ve afectada por aspectos que no pueden ser comprendidos considerando una o dos categorías de diferenciación” solamente (Piscitelli, 2008: 269). Por otro lado, no es necesario un examen ilimitado de los “marcadores sociales”, sino más bien prestar atención a la articulación, el entrelazamiento, la interseccionalidad entre los marcadores “que se muestran relevantes contextualmente, es decir, a partir del análisis atento a las diferencias que hacen diferencia en términos específicos, históricos, localizados y obviamente políticos” (Henning, 2015: 111). Lo más importante es comprender cómo ciertas categorías son “movilizadas en contextos específicos de producción de diferencias”. Es la atención sobre la dinámica y la práctica empírica en los modos de diferenciación, denominación, jerarquización y producción de desigualdades, lo que enfatiza el análisis de los marcadores sociales de la diferencia” (Hirano, 2019: 48). La atención prestada a los marcadores

más comunes —como género, raza, clase, sexualidad— no solo revela el entrecruzamiento o la intersección entre los ejes de diferenciación, sino también dimensiones más o menos explícitas que son asociadas con estos ejes como, por ejemplo, la forma del cabello, la nariz, el vestuario, la gestualidad, el acento, pero también discapacidades físicas y el propio diagnóstico de los sujetos. Estas dimensiones, entre otras, se revelan en un análisis atento a los marcadores como una forma de “diferenciar, desigualar y jerarquizar, dependiendo de la situación” (Hirano, 2019: 51).

Todas estas categorías enredadas han estado trazando mis caminos con las fuentes narrativas a las que me referí. Tales fuentes son difíciles de ubicar dentro de los cánones tradicionales de la literatura y, aunque no he reflexionado mucho sobre esto en mis trabajos hasta el momento. Creo que la perspectiva más correcta para abordar las narrativas, que son escritos del yo, es situarlas en lo que Leonor Arfuch (2010) llama “espacio biográfico”, porque aquellas aparecen como escrituras, como palabras habladas, como historietas, o como obras de arte diversas, que mezclan memorias de lo vivido con ficciones, en diferentes formatos como el diario, la novela, las canciones, las poesías, el bordado de oraciones o su pintura en las paredes, o sea, una multitud de formas de comunicarse consigo y con los demás.

Formatos diversos, como la biografía, la prosopografía y las “antologías de existencias” permiten construir, con las narrativas de los locos, algo diferente —a veces— del sentido que les ha sido dado por aquellos que narraron. Además, todos estos formatos pueden ser incluidos bajo la noción amplia de “espacio biográfico”. Para Phillipe Lejeune, el espacio biográfico es “la forma de circulación de las vidas, tanto como la forma de las vidas mismas” (1980: 9), y para Leonor Arfuch (2010: 58), que dialoga con Lejeune, ese es “el reservorio de las formas diversas en que las vidas se narran y circulan”.

Para Arfuch, la definición de Lejeune no es suficiente para delinear el “espacio biográfico” como un campo conceptual, pues en ella hay una voluntad acumulativa en que cada tipo de relato vendría a constituir un ejemplo —la autobiografía hablada o escrita; el testimonio de otro; diversos relatos de vida—, lo que no es capaz de configurar un horizonte interpretativo que permita comprender el énfasis biográfico que caracteriza el momento actual y, como identificaron diferentes autores, también se hizo presente en otras épocas históricas. Partiendo de esa crítica, Arfuch instó en su trabajo a seguir:

...adelante de la búsqueda de ejemplos, ilustres o emblemáticos, para proponer relaciones, en presencia y ausencia, entre formas con grado diverso de proximidad, relaciones ni necesarias ni jerárquicas, pero que adquieren su sentido precisamente en un espacio/temporización, en una simultaneidad de ocurrencias que por eso mismo pueden transformarse en sintomáticas y ser susceptibles de articulación, o sea, de una lectura comprensiva en el ámbito más amplio de un clima de época (Arfuch, 2010: 58).

Para esa autora, el “espacio biográfico” comprendido como una confluencia de múltiples formas, géneros y horizontes de expectativa, hace posible prestar atención a las “especificidades respectivas sin perder de vista su dimensión relacional, su interactividad temática y pragmática, sus usos en las diferentes esferas de la comunicación y de la acción” (Arfuch, 2010: 59). De esta forma, Arfuch propone una lectura dialógica de las narrativas, que considere tanto la circulación narrativa de las vidas —públicas o privadas—, como la particularización de los géneros, en la doble dimensión de la intertextualidad y de la interdiscursividad, lo que abre la posibilidad de una definición de las “tendencias y regularidades cuya primacía las hace susceptibles de caracterizar cierto escenario cultural” (Arfuch, 2010: 60). Por tanto, la autora se pregunta:

¿Cómo se articulan los géneros autobiográficos “canónicos” [...] en sus diversas metamorfosis, con la proliferación contemporánea de fórmulas de autenticidad, con la voracidad por las vidas de los otros, con la obsesión por lo “vivido”, lo certificado, lo exacto, con el mito del “personaje real” que debe testimoniar en todos los lugares la existencia y la profundidad del “yo”? ¿Cómo se compone hoy el espacio biográfico? (Arfuch, 2010: 60).

No todas las formas narrativas a las que se refiere la autora, pertenecientes al “espacio biográfico” contemporáneo —las formas canónicas (biografías, autobiografías, memorias, testimonios, historias de vidas, diarios íntimos, correspondencias) o las innovadoras (filmes, grabaciones, vídeos, *reality painting*, entrevistas mediáticas, *reality shows*, etc.)—, estaban presentes en otros tiempos. Empero, me parece posible utilizar los criterios que ella propone para pensar la actualidad y también para reflexionar sobre los tiempos pasados. Esto es especialmente importante para mí, pues trabajo con sujetos que se movieron en temporalidades distintas —más alejadas de nosotros o más cercanas— en el tiempo presente, y sus narrativas a veces resultan una mezcla de esas formas mencionadas anteriormente. Así,

la noción de “espacio biográfico”, con los contornos trazados por Arfuch, resulta mucho más interesante para abordar las relaciones, las interactividades o los usos en la comunicación y acción, como también a las especificidades de cada vida.

Otra cuestión importante en este sentido es que cuando observamos las narrativas que proceden de personas que algún día fueron consideradas locas —bajo uno de los nombres que indicaba la locura—, nos deparamos con ellas mayoritariamente circunscriptas o involucradas en relaciones con los saberes y poderes *psi*. De los saberes *psi*, especialmente del psicoanálisis, deriva un intenso impulso para el descubrimiento de lo oculto o desconocido, la exposición y la escucha de las vidas.¹⁹ En el campo *psi*, desde la configuración de los diversos saberes que lo componen, se produjo siempre una marca de lo que Arfuch indica como un componente del espacio biográfico contemporáneo, es decir, una pasión desmesurada y dialógica impulsora, al extremo, del desvelamiento, de la exposición y del consumo, que casi se asemeja a un vicio de la vida de los otros (Arfuch, 2010).

Si trabajar con las narrativas de la locura como parte de un “espacio biográfico” es un desafío a ser enfrentado con más énfasis por la historiografía de la locura y de la psiquiatría, también es importante responder a las preguntas a seguir: ¿para qué sirven las biografías, las prosopografías o las “antologías de las existencias” de los locos?, ¿para qué sirve descifrar el “espacio biográfico”?

Una de las premisas que defiende es que locos no son solo locos, los denominados alienados, enajenados, dementes, enfermos mentales, esquizofrénicos o aquellos sujetos sociales por mucho tiempo discriminados, excluidos, reclusos. Locos son personas distintas que solo en ciertas circunstancias históricas de sus vidas, en algunas “experiencias”, se tornan aquellos. Una historia de la locura, una historia de los saberes *psi*, una historia de las subjetividades y sensibilidades, así como una clínica renovada (Huertas, 2012), no pueden prescindir de esas vidas. De la misma forma, es fundamental recurrir a estas vidas, si queremos problematizar lo que nosotros producimos de forma original, en ese campo, en América Latina.

¹⁹ En relación al incentivo (o no) para que los internos en instituciones psiquiátricas escriban relatos, memorias, diarios, etc. que permitan el desvelamiento de sus vidas por parte de los saberes, véase Wadi, Ordorika y Goleman (2019).

Volviendo a la narrativa de Stela a modo de conclusión

Una problematización de las narrativas de los locos, como metodología de investigación, es el resultado de una articulación: 1) entre las narraciones que ellos produjeron; 2) las preguntas que planteo a ellas, desde los problemas que construyo en cada incursión en las vidas y en los libros; 3) la escucha atenta de los problemas que estos plantearon, y 4) las nociones teóricas —no fijas, sino cambiantes. Este es el camino que ha permitido una escritura historiográfica de valorización de esas narrativas, sin idealizarlas, entendiendo sus límites y también la riqueza que aportan. Para expresar más claramente a qué me refiero con esto, concluyo este texto con algunos párrafos que presentan algo de la narrativa de Stela del Patrocinio, y las posibilidades que ella abre para comprender el universo de la locura, o sea, todo lo que en ella está involucrado.

Las selección que realicé me permitió percibir en el *falatório* de Stela, transcrito y organizado como poesía, algo diferente —por ejemplo— del simple delirio. Esta fue la percepción de una “científica” —como llamaba Stela a los médicos y médicas con quien tenía contacto— en un raro registro del *falatório* en el expediente clínico:

La paciente asiste a la entrevista diciendo que tiene una cabeza pero que no quería tener una cabeza, que tiene un cuerpo, pero que no quería tener materia, que tiene ojos, pero no quería tenerlos. Cuando se le preguntó por qué no quería tenerlos, respondió que no quería nacer, no quería crecer, porque todo lo que ha hecho hasta hoy es sufrir, sufrir, sufrir... ella dice que es idiota, imbécil, burra, tonta. Le pregunto por qué (sic). Ella dice que el mundo siempre la ha maltratado, que todos siempre la han perseguido, dice fue una viajera, estudiante → viajera → estudiante. La paciente dice que está durmiendo bien y que las voces que escuchaba ya no las ha escuchado más y que ahora solo escucha voces de niños que la llaman para tomar la medicina, tomar el café, la cena, dice que son buenas voces. La paciente todavía es delirante, con alucinaciones auditivas, pero es tranquila, segura, con estereotipias motoras. Permanece (Colonia Juliano Moreira, 1962-1992).

El expediente clínico de Stela sigue la regla prevalente en otros registros de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas, es decir, contiene muy poca información sobre los sujetos quienes, entendidos de aquella forma —como pacientes—, son sometidos a diversas intervenciones, realizadas por un grupo de expertos —médicos, psicólogos, enfermeras, etc. Por lo tanto, encontramos en el archivo clínico de Stela, a excepción del pasaje citado, que contiene algunas de sus palabras, solo los diagnósticos y prescripciones de los saberes y sus operadores, además de informes de su

falta de colaboración, su negativa a hablar, a comer, a higienizarse, a participar en actividades, es decir, su incumplimiento de su rol de “paciente” (Colonia Juliano Moreira, 1962-1992; Wadi, Zara y Cordero, 2018).

Mientras tanto, el traslado del discurso de Stela a la palabra escrita, aunque es imposible saber si corresponde a lo que ella hubiera escrito, en caso de realmente hacerlo, es lo que permite una aproximación a “su forma de estar en el mundo, de comprender a los demás y el mundo que la rodeaba, realizando un notable proceso de subjetivación, compuesto por objetivación, sujeción, resistencia y autocreación” (Wadi, Zara y Cordeiro, 2018: 217).

En *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*, libro con alrededor de 100 páginas, podemos leer lo que afirmó Stela. ¡Y ella habló de muchas cosas! Habló de su relación con el hospital; de los tratamientos a que era sometida; de su relación con otros habitantes de aquel mundo laberíntico, de aquellos que circulan allí como pacientes y/o de aquellos que vigilan, fiscalizan, acompañan, de aquellos que no dejan pasar los portones de “un hospital que parece un hogar”, pero que es innegablemente “un hospital” (Patrocínio, 2001: 55).

La institución y sus prácticas fueron problematizadas así:

Yo estoy en un asilo de viejos. En un hospital de todo lo que es enfermedad. En un hospicio, lugar de loco, tonto.

Yo estaba con salud. Me enfermé. Yo no iba a enfermarme sola, no. Pero yo estaba con salud. Me enfermaron. Me internaron en el hospital. Y me dejaron internada. Y ahora yo vivo en el hospital como enferma.

El hospital parece un hogar. El hospital es un hospital.

El remedio que tomo no me cae bien. Y no me gusta tomar remedios para ponerme mal. Camino un poquito, tambaleo, me quedo tambaleando. Casi me caí. Y si me caigo, me levanto. Camino un poquito más, me vuelvo a caer.

Estar internada es quedarse todo el día presa. No puedo salir, no me dejan pasar por el portón. María del Socorro no me deja pasar del portón. El señor Nelson tampoco deja que pase allá el portón. Estoy acá hace veinticinco años o más.

Me sano por completo si no tomo medicamentos. No tomar la inyección, no tomar *electroshock*. Yo no me quedo cargada de veneno. Envenenada.

Acá en el hospital nadie piensa. No hay ninguno que piense. Ellos viven sin pensar. Comen, beben, fuman. Al día siguiente quieren saber de continuar nuevamente el día que pasó. Pero no hay nadie que piense. Y trabaje por la inteligencia.

Yo soy seguida, acompañada, imitada, asemejada. Tomada en cuenta, fiscalizada examinada, investigada. Aquí están esos, que son iguales a mí. Aquí están esos que se

visten y calzan igual a mí. Pero que son diferentes de la diferencia entre nosotros. Es todo bueno y nada vale (Patrocinio, 2001: 47, 51, 54, 55, 150, 61, 63).²⁰

También hay extractos en los que Stela reflexiona sobre quién era y en quién se transformó viviendo en la casa del “científico”, expresando claramente cómo lidiaba con los marcadores sociales —género, raza, clase, normalidad— evocados para definirla, situarla, subjetivarla...

Nací loca. Mis padres querían que yo fuese loca. Los normales tenían envidia de mí. Que era loca.

Yo sobreviví de la nada, de la nada. Yo no existía. No tenía una existencia. No tenía una materia. Empecé a existir con quinientos millones y quinientos mil años. Luego, de una vez, ya era vieja. Yo no nací niña, nací ya vieja. Después de eso es que yo me convertí niña. Y ahora me mantuve vieja. Me convertí de nuevo en una vieja. Volví a lo que era, una vieja.

Yo soy mundial podrida. Todo para mí es una mierda durita cuanto quieras. Hasta que esté contaminada y contaminada hasta que sea pura mierda. Y es mierda, heces, excremento, bosta, caca. Gusano, lombriz [...], pus, herida, vómito, saliva, semen, diarrea, disentería, agua de mierda, cagadera.

Mi verdadero nombre es ataúd, entierro; cementerio, difunto, cadáver; esqueleto humano, asilo de viejos. Hospital de todo lo que es enfermedad. Hospicio [...].

Yo todavía era clara, blanca. De la noche para el día me puse blanca. O si fue del día para la noche que me puse blanca. Me puse negra. Sé que tomé color. En los gases me formé. Tomé color [...].

Yo soy Stela del Patrocinio, bien patrocinada. Estoy sentada en una silla. Agarrada en una mesa negra, morena y criolla. Yo soy una negra, morena y criolla, que Ana me dijo.

Me convertí con esta falatório todo en un hombre feo. Pero, tan feo que no me soporto más de tanta fealdad. Porque quien vence el bello es el bello. Quien vence la salud es otra salud. Quien vence el normal es otro normal. Quien vence un científico es otro científico (Patrocinio, 2001: 68, 80, 123, 118, 81, 66, 143).

Al identificarse por adjetivos como loca, vieja, fea, podrida, mierda, bosta, caca, excremento, lombriz, gusano, pus, herida, vómito, esputo, semen, diarrea, disentería, agua de mierda, cadáver, esqueleto, Stela se muestra

²⁰ En el libro el *falatório* fue presentado en estrofas, pero para simplificar y mantenerme dentro de los límites de este capítulo opté por transformar las estrofas en frases. La organización de las páginas mantiene el orden de los trechos presentados, en esta y en las próximas citaciones de trechos del *falatório*. Mantuve en la medida de lo posible la puntuación original, pero algunas veces, fue necesario intervenir en la puntuación para preservar el ritmo y sentido del original.

abatida, quebrada, interrumpida por la vida institucional, constituyéndose por lo negativo —de la normalidad, de la salud, de la juventud, de la belleza— y por lo putrefacto —los excrementos y los fluidos corporales, el cuerpo muerto—” (Wadi, Zara y Cordeiro, 2018: 219). En este sentido, es parte de lo que la sociedad descarta, esconde y entierra “en asilos de viejos”, “hospital de todo lo que es enfermedad” o “cementerios” (Patrocínio 2001: 118), y no de lo que admira o venera.

Al afirmarse como una persona “clara y blanca”, que toma “color en los gases”, convirtiéndose en “negra, morena y criolla”, como le dijo una empleada de CJM, Stela también muestra cómo se constituyó y fue constituida como una mujer negra. A su *fatalório* se agrega el discurso construido en el expediente clínico, que nos muestra a una mujer negra como tantas otras mujeres negras que, en la escala social del mundo mencionado normal, ocupan los escalones más bajos, debido a la intersección entre los marcadores sociales —género, raza y clase especialmente, además de locura—, que “produce sobre las mujeres negras una especie de asfixia social con desdoblamiento negativos sobre todas las dimensiones [de su] vida” (Carneiro, 2011: 127). También en el mundo de las instituciones de atención psiquiátrica, durante mucho tiempo, esta intersección entre los marcadores sociales hizo que las mujeres negras fuesen consideradas las más propensas al enloquecimiento y acabaran formando el mayor contingente entre las mujeres hospitalizadas (Cunha, 1989, 1998).

En estas “casas de científicos”, en general, las familias originales dejan de tener importancia, ya sea porque colocan allí sus estorbos humanos, o porque son separados de sus afectos por determinaciones de saberes más legítimos que los suyos, o porque se desmantelaron a lo largo de la jornada de la persona de su familia que se tornó paciente.²¹ ¡Stela lo sabía!

Tú naces siempre. Tienes tus herederos y todos tus hereditarios. Tienes tu familia. Yo no tengo más familia. Toda mi familia ya está muerta. Estoy en la familia del científico.

Todo es familia. ¿Usted no es una familia? Una familia es una reunión, una reunión. Una familia para mí es una reunión de médicos y científicos. Mi familia era la familia que se garantizaba. Y desapareció de repente, desapareció, cambió. Cambió no sé si fue porque cambiaron las vestimentas.

En esta familia en la que estoy no me pagan. No gano salario. No puedo comprar una bebida Guaraná, una Coca-Cola, un paquete de cigarrillos. Una caja de fósfo-

²¹ Sobre las relaciones entre los pacientes, familias e instituciones psiquiátricas véase Ríos Molina (2004), Sacristán (2009) y Vasconcelos *et al.* (2014).

ros. Porque no me pagan. No gano salarios de quinientos millones y quinientos mil cruceros (Patrocinio, 2001: 129, 130, 72).

Entrelazado a los desencantos de Stela con la vida vivida —una supervivencia de cierta forma impuesta frente a dos intentos de suicidio—²² y su agotamiento ante todo esto, aparece en el *fatalório* también, y en fulguraciones, sus sueños, deseos minúsculos y éxtasis, que muestran a nuestros ojos, también deseosos, una subjetivación compuesta de resistencia a los saberes-poderes y de un trabajo sobre sí misma.

Me enseñaron a vivir. Me enseñaron a hacer el bien y el mal. Elegir entre el bien y el mal. Estoy empezando a ponerme mal. ¿Mal de cerebro? Sí estoy, estoy empezando a ponerme mal de mi cerebro. De la cabeza, me siento jodida.

No es a mí quien le gusta nacer. Son ellos quienes me ponen a nacer todos los días. Y siempre que muero, me resucitan. Me encarnan, me desencarnan. Me forman en menos de un segundo. Si yo desaparezco, ellos me buscan donde esté. Si estoy mirando para el gas, para las paredes, para el techo. O para las cabezas de ellos o para los cuerpos de ellos.

Perdí el gusto, el placer, el deseo, la voluntad, el querer.

No hubo tiempo. Yo estaba tomando claridad y luz. Cuando la luz se apagó, la claridad se apagó, todo se quedó en oscuridad. En la madrugada mundial, sin luz.

No sé qué hacer con mi vida. Así que estoy triste. Y sigo viendo todo sobre mi cabeza, sobre mi cuerpo. En todo momento buscándome, buscándome a mí. Y ya cargada de relación sexual, ya jodida. Poniendo al mundo entero para gozar y sin ningún goce.

Yo ya no tengo más voz. Porque ya hablé todo lo que tenía que hablar. Hablo, hablo, hablo, hablo todo el tiempo, y es como si no hubiera hablado nada. Siento hambre, matan mi hambre. Siento sed, matan mi sed. Me canso, hablo que estoy cansada. Matan mi cansancio. Me vuelvo perezosa, matan mi pereza. Tengo sueño, matan mi sueño. Cuando me quejo.

Mi pasado fue un pasado de arena. En el mar de Copacabana. Cascada de Paulo Alfonso. Bien adentro de la laguna Rodrigo de Freitas, en Río de Janeiro.

En el futuro yo quería ser feliz. Y encontrar la felicidad siempre. Y nunca perder el gusto de estar gustando.

²² En el expediente clínico de Stela existe el registro de dos intentos de suicidio. En el primer intento, en 1988, según informes de profesionales que la atendieron en ese momento, Stela dijo que escuchó voces que sugerían que ella no estaba siendo productiva y que no era muy apreciada en el núcleo en que vivía, por lo que debía suicidarse, arrojándose de la baranda de uno de los edificios, donde fue encontrada sentada y balanceándose. El segundo intento de suicidio de Stela fue descrito el 21 de enero de 1991 en su historia clínica. En relación con esto, solo queda la nota de que permaneció sentada en el balcón del segundo piso del pabellón 2, en el Núcleo Teixeira Brandão y que amenazó con arrojar desde allí (Colonia Juliano Moreira, 1962-1992).

Lo que pienso hacer de mi vida es encontrar la felicidad, ser feliz. Quedarme gustando y no perder el gusto. Ser feliz. Encontrar la felicidad. Y no perder el gusto de estar gustando (Patrocínio, 2001: 78, 79, 121, 124, 125, 142, 73, 73, 73).

Referencias bibliográficas

- Almeida, Heloísa; Julio Simões, Laura Moutinho, Lilia Schwarcz. 2018. “Numas, 10 años: um exercício de memória coletiva”, en Gustavo Saggese *et al.* (org.), *Marcadores sociais da diferença: gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica*, São Paulo, Terceiro Nome, Gamma, pp. 9-30.
- Amarate, Paulo. 1998. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, 2a. ed., Río de Janeiro, Fiocruz.
- Arfuch, Leonor. 2010. *O espaço biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea*, Río de Janeiro, EDUERJ.
- Arostégui, Julio. 2006. *A pesquisa histórica: teoria e método*, Bauru/SP, EDUSC.
- Borges, Viviane Trindade. 2019. *A invenção de Arthur Bispo do Rosário: loucura, arte e patrimônio cultural*, São Paulo, Letra e Voz.
- Butler, Judith. 2016. *Problemas de gênero*, 11a. ed., Río de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Campos Marín, Ricardo, Rafael Huertas. 2008. “Los lugares de la locura: reflexiones en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, v. CLXXXIV, núm. 731, pp. 471-480.
- Carneiro, Sueli. 2011. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*, São Paulo, Selo Negro.
- Chartier, Roger. 2002. “O poder, o sujeito, a verdade: Foucault leitor de Foucault”, en Roger Chartier, *À beira da falésia: a história entre certezas e inquietudes*, Porto Alegre, Universidade/UFRGS, pp. 181-198.
- Colônia, Juliano Moreira, “Núcleo Teixeira Brandão (1962-1992)”, *Pron-tuário*, núm. 0694, SP, Caixa 402.
- Cunha, Maria Clementina Pereira. 1989. “Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX”, *Revista Brasileira de História*, vol. 9, núm. 18, pp. 121-144.
- _____. 1998. “De historiadoras, brasileiras e escandinavas. Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX)”, *Tempo*, vol. 3, núm. 5, pp. 181-215.
- Deleuze, Gilles. 1998. “Um retrato de Foucault”, en *Conversações (1972-1990)*, São Paulo, Ed. 34, pp. 127-147.

- Duarte, Luiz Fernando D. 1998. “Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução”, en Luiz Fernando D. Duarte y Ondina F. Leal, (orgs.), *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*, Río de Janeiro, Fiocruz, pp. 9-27.
- Foucault, Michel. 1989. *História da loucura na idade clássica*, 2a. ed., São Paulo, Perspectiva.
- _____. 1990. *História da Sexualidade, 2: O uso dos prazeres*, 5a. ed., Río de Janeiro, Graal.
- _____. 1992. “A escrita de si”, en Michel Foucault, *O que é um autor?*, Lisboa, Vega, Passagens, pp. 127-160.
- _____. 1997. *A arqueologia do saber*, 3a. ed., Río de Janeiro, Forense Universitária.
- _____. 2006. “Polêmica, política e problematizações”, en Michel Foucault, *Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política*, 2a.ed., Río de Janeiro, Forense Universitária, pp. 225-233.
- _____. 2006. “O cuidado com a verdade”, en Michel Foucault, *Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política*, 2a. ed., Río de Janeiro, Forense Universitária, pp. 240-251.
- _____. 2006. “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”, en Michel Foucault, *Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política*, 2a. ed., Río de Janeiro, Forense Universitária, pp. 264-287.
- _____. 2010. “Poder e saber”, en Michel Foucault, *Ditos e escritos IV: Estratégia, Poder-Saber*, 2a. ed., Río de Janeiro, Forense Universitária, pp. 221-240.
- Le Goff, Jacques. 1990. “Documento/monumento”, en Jacques Le Goff, *História e Memória*, Campinas, Unicamp, pp. 535-553.
- Marx, Karl y Friedrich Engels. 1998. *Manifesto Comunista*, São Paulo, Boitempo.
- Patrocínio, Stela. 2001. *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*, 2a. ed., Río de Janeiro, Azougue.
- Paulin, Luiz Fernando, Egberto Ribeiro Turato. 2004. “Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 11, núm. 2, pp. 241-258.
- Petersen, Sílvia R.F. y Bárbara H. Lovato. 2013. *Introdução ao estudo da história: temas e textos*, Porto Alegre, Edição do Autor/Universidade Federal do Río Grande do Sul.
- Porter, Roy. 1985. “The Patient’s View: Doing Medical History from Below”, *Theory and Society*, vol. 14, núm. 2, pp. 175-198, en <<http://dx.doi.org/10.1007/BF00157532>>. [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2015].

- _____. 1991. *Uma história social da loucura*, 2a. ed., Río de Janeiro, Zahar.
- Ríos Molina, Andrés. 2004. “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. IV, núm. 2, en <www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16408>. [Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2010].
- _____. 2009. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- _____. 2009. “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, núm. 37, pp. 71-96, en <<http://www.scielo.org.mx/pdf/ehmcm/n37/n37a3.pdf>>. [Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2010].
- Scott, Joan W. 1995. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, *Educação & Realidade*, vol. 20, núm. 2, pp. 71-99.
- _____. 1994. “Prefácio a *Gender and Politics of History*”, *Cadernos Pagu*, núm. 3, pp. 11-27.
- _____. 1998. “A invisibilidade da experiência”, *Projeto História*, núm. 16, pp. 297-325.
- _____. 1999. “Experiência”, en Alcione L. da Silva, Mara C. de S. Lago, Tânia R. de O. Ramos (orgs.), *Falas de gênero. Teorias, análises, leituras*, Florianópolis, Mulheres.
- Tenório, Fernando. 2002. “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Río de Janeiro, vol. 9, núm. 1, pp. 25-59.
- Vasconcelos, Eduardo Mourão *et al.* 2014. *Reinventando a vida. Narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*, 3a. ed., São Paulo, HUCITEC.
- Venancio, Ana Teresa A. y Janis Cassilia. 2010. “A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil”, *Espaço Plural*, núm. 22, pp. 24-34.
- Venancio, Ana Teresa A. y Cristiana Facchinetti. 2016. “Historiografías: de la psiquiatría en Brasil y sus instituciones”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, núm. 127, pp. 220-247.
- Wadi, Yonissa Marmitt. 2005. “Recreando la vida: catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica”, en Antonio Castillo Gómez, Verónica Sierra Blas (orgs.), *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea, pp. 421-447.

- _____. 2005. “A escrita epistolar no hospício: documento médico, documento histórico”, *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Campinas, vol. VIII, núm. 1, pp.137-149.
- _____. 2006. “Quem somos nós, loucos!? Um ensaio sobre os limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas”, *Anos 90* (UFRGS), Porto Alegre, vol. 13, pp. 287-319.
- _____. 2009. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, EDUFU.
- _____. 2011. “Entre muros: os loucos contam o hospício”, *Topoi*, vol. 12, pp. 250-269.
- _____. 2014. “Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção de teses e dissertações na área de história (Brasil, 1980-2011)”, *História Unisinos*, vol. 18, núm. 1, pp. 114-135.
- _____. 2016. “Eu gostaria que estas cartas fossem tudo num jornal, para todo o povo saber...: a escrita epistolar como fonte para a história da loucura”, en Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira, (orgs.), *Uma historia brasileira das doenças*, vol. 06, Belo Horizonte, Fino Traço, pp. 73-98.
- _____. (org.). 2016. *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Máquina de Escrever.
- _____. 2017. “Estou no Hospício, deus”: problematizações sobre a loucura, o hospício e a psiquiatria no diário de Maura Lopes Cançado (Brasil, 1959-1960)”, *Asclepio*, vol. 69, núm. 2, pp. 196, en <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/753/1186>>. [Fecha de consulta: 20 de febrero de 2018.]
- Wadi, Yonissa Marmitt, Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman. 2019. “¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes”, *Iberoamericana (Madrid)*, vol. 19, núm. 71, pp. 173-195, en <<https://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/iberoamericana/article/view/2604>>. [Fecha de consulta: 20 de julio de 2019.]
- Wadi, Yonissa Marmitt y Diego Luiz dos Santos. 2018. “O que é normal e o que é louco? A vida com transtorno bipolar na autobiografia em quadrinhos *Parafusos* de Ellen Forney”, *Revista Eletrônica da ANPLAC*, núm. 24, en <<http://www.revistas.fflch.usp.br/anphlac/article/view/2948/2540>>. [Fecha de consulta: 01 de agosto de 2018.]
- Wadi, Yonissa Marmitt y Nádia Maria W. Santos (orgs.). 2010. *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*, Uberlândia, EDUFU.

- Wadi, Yonissa Marmitt y Telma Beiser de M. Zara. 2016. “Problematizando o mundo: vida institucional e subjetivação no ‘falatório’ de Stela do Patrocínio”, en Yonissa M. Wadi (ed.), *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Máquina de Escrever, pp. 65-91.
- Wadi, Yonissa Marmitt, Telma Beiser de Melo Zara y Solange Cordeiro. 2018. “A loucura e as mulheres: diálogos entre uma escritora, um faladora e três curiosas”, en Mônica Nunes y Tiago Pires Marques, *Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença*, Salvador, EDUFBA, pp. 203-246.
- Yasui, Sílvio. 2010. *Rupturas e desencontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- Zara, Telma Beiser de Melo. 2014. “Me transformei com esse ‘falatório’ todinho: cotidiano institucional e processo de subjetivação em Stela do Patrocínio”, 143 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo.

DIAGNÓSTICO: HISTERIA. ABORDANDO HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO GENERAL LA CASTAÑEDA



Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman***

Introducción

Según consta en la historia clínica de María López de 19 años, el 4 de octubre de 1956 la susodicha se presentó en el Manicomio General La Castañeda solicitando ser ingresada en la institución para que la “curen porque se siente enferma, porque hace cosas que no hacen las personas normales”. Relató que salió de casa y, sin saber cómo, se encontró en el automóvil de un extraño, de lo que solo tomó conciencia cuando este quiso abusar de ella, violencia que solo pudo evitar tirándose del vehículo. No fue esta la única vez que obnubilada se había subido a un camión o al vehículo de un extraño. Los problemas que la aquejaban venían de tiempo atrás, a los doce años padeció de sonambulismo, del cual la despertaban sus hermanos a golpes y a los quince, “su novio la violó, estando ella tomada y que no se dio cuenta, hasta que él se lo platicó, que de esa ocasión se embarazó... que abortó a consecuencia de una caída, que intentó suicidarse colgándose de una soga por el cuello, ya que el novio la había abandonado el día que la iba a pedir para casarse, pero que un tío la vio y la salvaron a tiempo”. A ello le siguieron otros intentos de suicidio y otro abuso sexual cuando un hombre la emborrachó, así como el casamiento con un marido con el que nunca convivió porque al acariciarla no le gustó “la brutalidad de la posesión como a ella le ha sucedido”.

Además de la narración de estos comportamientos, en el documento se la describió como una “enferma de estatura desproporcionada”, bien alimentada y en buenas condiciones de higiene, con reflejos normales, ruidos cardiacos y taquicardia, dolores de cabeza que la aquejaban desde ha-

* Investigadora del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

** Profesora adjunta de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

cía tres meses, así como expresiones “mímicas” y ademanes. A partir de estos signos y síntomas recibió un diagnóstico de reacciones histéricas; sin embargo, su condición no debió de haber sido considerada demasiado grave puesto que dos días después María fue dada de alta sin dejar mayor rastro.¹

Como en la mayoría de los casos, lo que poco sabemos de los problemas que llevaron a esta paciente a buscar ayuda con los psiquiatras de La Castañeda y las respuestas que obtuvo, proviene de la historia clínica redactada por las personas que la atendieron. Las narraciones ahí contenidas pueden analizarse desde diferentes perspectivas lo que convierte a este documento en una fuente privilegiada para los estudios históricos y sociales del campo *psi*. El objetivo de este capítulo es mostrar cómo hemos utilizado dichos registros para rastrear la impronta de la intersección del orden de género entendido como “...constructo social por el que se definen los roles, comportamientos, actividades y atributos que una determinada sociedad considera apropiados para un hombre o una mujer” (García Calvente, 2004) en su imbricación con la clase y la sexualidad en la práctica psiquiátrica en el México del siglo XX. El estudio de 104 historias nos ha permitido reconstruir la influencia de estos órdenes sociales en la construcción de la categoría diagnóstica “histeria” y su aplicación a personas concretas en el Manicomio a lo largo de sus 58 años de operación (1910-1968).²

En este capítulo reflexionamos sobre las estrategias metodológicas que seguimos, en un ir y venir entre un tipo ideal que nos proponen ciertas líneas teóricas y las expresiones concretas de los documentos que encontramos en el archivo. Retomamos los aportes de la narratología y la historia cultural de la psiquiatría para construir un modelo de análisis que nos permitió ubicar las características constitutivas de la historia clínica moderna, que describimos de manera somera, la cual posteriormente comparamos con los expedientes clínicos de las personas diagnosticadas con histeria del hospital en estudio.

¹ Caja, 889, expediente 45 584, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Expedientes Clínicos (SE-EC).

² Todos los expedientes del Manicomio General La Castañeda se encuentran en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Expedientes Clínicos (SE-EC).

Las historias clínicas como fuente de estudios históricos y sociales

Sally Swartz describe a las historias clínicas en psiquiatría como narraciones paradójicas en una permanente tensión entre los polos del orden y el desorden (Swartz, 2018). Trabajar con estos relatos escritos nos obliga a reconocer las dificultades que tiene el discurso médico —narrativa construida a partir de la racionalidad y el orden— para dar cuenta cabal de un fenómeno caracterizado por el caos y la irracionalidad. El intento de registrar la locura mediante un instrumento que busca establecer patrones estables trastoca el fenómeno que trata de explicar, y ejerce un borramiento de este por lo que únicamente nos permite realizar reconstrucciones parciales de la experiencia de la locura. Aun con todos estos condicionantes, el tipo de indicios a los que nos dan acceso los textos generados en ejercicio clínico realizado en manicomios y hospitales psiquiátricos nos aporta información invaluable construida desde, por y para la práctica de la medicina mental:

Los documentos producidos por los hospitales guardan una relación orgánica con las actividades que documentan y esta relación tan íntima les otorga un valor inigualable para los estudios históricos. A diferencia de los libros y artículos en revistas médicas, que son los productos conscientes y creativos de la actividad intelectual, y a diferencia de las autobiografías u otra recreación de la memoria, estos textos forman parte de las acciones que documentan (Craig, 1991: 264).³

Nuestro abordaje de estas fuentes abreva de los aportes de investigaciones realizadas principalmente desde la narratología y la historia de la psiquiatría. Trabajos realizados en el primero de estos campos disciplinares conciben los diferentes tipos de textos médicos como relatos particulares de la salud y la enfermedad. Entre estos, destacan las historias clínicas entendidas como narrativas, término que alude a la presentación discursiva de sucesos que pueden ser reales o ficticios, que “impone un orden a los eventos y es una representación que nunca es idéntica a los eventos que relata” (Gygax y Locher, 2015: 2). Asimismo, recuperamos como forma de proceder en el análisis de estos textos un primer momento en el que se establecen las características, lógicas de construcción y los elementos generales de las historias clínicas como modelo ideal para posteriormente compararlo con las historias concretas, lo que permite ubicar

³ La traducción de todas las citas de textos en inglés es nuestra.

patrones recurrentes y características locales en las formas de narrar las enfermedades y a las personas enfermas.

Por su parte, la historia las ha utilizado para examinar múltiples aspectos del discurso y práctica *psi*. Tan solo en español existen trabajos que analizan la relación que guardan con los discursos médicos (Gillis, 2006), sus aportes como textos productores de conocimiento (Hess y Mendelsohn, 2010) y la relación entre diagnósticos y poblaciones específicas (Ríos Molina, 2009). Existen también estudios de caso que dan cuenta de la individualidad y la subjetividad de las personas diagnosticadas, así como la manera en que el especialista relata su quehacer clínico mediante las descripciones psicopatológicas (Huertas, 2012: 156). Otros parten del uso combinado de un conjunto de historias clínicas distribuidas en el largo plazo y realizan un análisis diacrónico a partir del cual se puede establecer la evolución de criterios diagnósticos y terapéuticos, así como una epidemiología de la locura en contextos históricos y geográficos concretos (Huertas, 2012: 152; Golcman, 2017). Además, estas fuentes iluminan sobre cuestiones concretas de las instituciones manicomiales y psiquiátricas, su administración, su funcionamiento, los tipos de ingresos, la relación con otros establecimientos e instancias públicas, entre otros.⁴

Desde la historia cultural de la psiquiatría, y para la historiografía iberoamericana, se destaca el trabajo de Rafael Huertas, quien considera a las historias clínicas como fuentes idóneas para acometer uno de los desafíos actuales de esta especialidad: averiguar las características de las prácticas psiquiátricas a lo largo de la historia. Un relato que marque las diferencias entre lo que los médicos decían en sus tratados y lo que realmente hacían, el grado de cumplimiento de las normativas, las características de los modelos establecidos, etc. Las historias clínicas ponen de manifiesto las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los paradigmas imperantes (Huertas, 2012: 8). Retomando esta propuesta queremos analizar cómo, a pesar de las pretensiones de objetividad y neutralidad de los médicos, las historias clínicas muestran los sesgos de género —en intersección con la clase y la sexualidad— y la forma determinante en que influyeron en la construcción de la categoría y la atribución del diagnóstico de histeria.

⁴ Dada la amplitud de la bibliografía sobre el tema optamos por incluir solo algunos textos paradigmáticos, escritos en español, a modo de ilustración de los distintos abordajes que se pueden encontrar en la historia de la psiquiatría.

El modelo de la historia clínica en la modernidad

Las primeras historias clínicas de las que tenemos noticia aparecen en las inscripciones del templo de Asclepio (300 a.C.) y en *Las epidemias* de Hipócrates (entre 475 y 466 a.C.), para luego desvanecerse hasta finales del Renacimiento; desde entonces constituyen una herramienta fundamental del acervo de los galenos (Pomata, 2014). Por supuesto, a lo largo de todos estos siglos han registrado modificaciones relacionadas principalmente con los avatares de la ciencia médica: los diferentes modelos de explicación de la salud y la enfermedad, los cambios técnicos —incluyendo los soportes materiales, aunque el más recurrente ha sido el papel— y las transformaciones sociales en los contextos locales, nacionales e internacionales donde se produce y aplica el discurso y la práctica; fenómenos que se influyen unos a otros (Epstein, 1992).

Los documentos que analizamos en nuestra investigación pertenecen al formato narrativo que, con variaciones, aún opera en la actualidad, constituyendo el artefacto material arquetípico que permite reducir la multiplicidad de la experiencia de la enfermedad a la singularidad del diagnóstico (Street, 2011). Estos se redactaron en el encuentro clínico entre la persona enferma y el personal médico a partir de la información los datos del examen físico y mental. Podemos concebirlos una “puesta en escena” generada por el dispositivo de admisión y seguimiento hospitalario, el discurso médico, los protocolos legales vinculados a la medicina y la burocracia propia de la institución. Ello supone tener claro que no necesariamente reflejan de manera exacta lo que sucedía en la institución, sino aquello que se consideraba que se debía registrar.

El modelo de historia clínica utilizado actualmente adquirió sus características específicas a lo largo de los siglos XVIII y XIX, influenciado tanto por los requerimientos administrativos y burocráticos de los nacientes Estados nación, como por la consolidación de la medicina científica. Dos son los procesos que coadyuvan a su emergencia; en primer lugar, la implementación de racionalidad weberiana caracterizada por “una manera de ordenar el mundo en y a través del papel” (Volker y Mendelsohn, 2014), que impuso una nueva lógica de recolección y organización de la información y el conocimiento. En segundo, el funcionamiento de las instituciones modernas, incluidos los hospitales. La introducción, por parte de la burocracia hospitalaria, de libros de registro y formularios oficiales para asentar el proceso de la enfermedad en el expediente produjo, a su vez, transformaciones en el discurso y la práctica médica derivadas tanto

de nuevas formas de describir los fenómenos mórbidos como de la emergencia de un estilo estandarizado de razonamiento resultado del uso de formatos con preguntas específicas que determinaban los campos de observación considerados pertinentes (Class, 2014; Gillis, 2006). Al acotar el espacio para las respuestas se sustituyó la narración libre y fluida de la trayectoria de la enfermedad por prosas cortas que se separan en distintos componentes. Con variaciones, este documento contiene los siguientes elementos: una queja principal, una descripción presente de la enfermedad, una narración del pasado que establece los antecedentes fundamentales del evento, el examen clínico de la persona, una evaluación o diagnóstico, y un tratamiento a seguir (Monroe y Hollerman, 1992; Ordorika, 2016). Los datos ingresados en estos campos preestablecidos se conforman de trozos de información, seleccionados por el clínico, de una historia más amplia relatada por la paciente o algún otro informante que transfoman el padecimiento (como sentido subjetivo) en la enfermedad. Sin que necesariamente se expliciten las conexiones que existen entre los diferentes rubros, tomados en conjunto, estos construyen una narrativa especulativa de elementos distinguibles y relacionados a lo largo de una temporalidad (Currie y Sterelny, 2017). Dichos cambios reestructuraron los tipos de enunciados que pueden hacerse sobre las causas, los signos y síntomas, los diagnósticos y la prognosis de la enfermedad.

A través del uso de las historias clínicas se busca traducir el desorden de la enfermedad —para nuestro caso el caos de la locura— en una narrativa científica organizada, objetiva y neutral de la que supuestamente se ha extirpado todo sesgo, emocionalidad y subjetividad.⁵ Esta debe cumplir con las expectativas razonables de lo que es válido en y para la ciencia y ser comprendida y compartida por un público específico —en este caso el lector real o imaginario es otro profesional de la salud— (Class, 2014). La pretensión es que los datos contenidos en estos documentos deberían ser los mismos independientemente del médico que realice la observación; es decir, cualquier encuentro clínico debe producir un relato similar de la enfermedad y llegar a las mismas conclusiones. En psiquiatría, la falta de una verificación empírica mediante pruebas de laboratorio,⁶ mantiene la

⁵ En sus rasgos generales este modelo se aplica a las distintas ramas de la medicina, aunque adquiere sus matices según la especialidad de que se trate.

⁶ La única excepción es la parálisis general progresiva o neurosífilis, etapa tardía de la sífilis producida por el *treponema pallidum*.

explicación diagnóstica ligada a la teoría médica y por tanto en el ámbito de lo especulativo.

En nuestra investigación hemos hurgado en las historias clínicas de 104 personas diagnosticadas con histeria, escritas entre 1910 y 1968, que encontramos revisando los libros de registro del Manicomio General La Castañeda.⁷ Estas fuentes se ubican en los expedientes médicos de las pacientes que también suelen contener la boleta de admisión, dos certificados médicos —requerimiento obligatorio para el internamiento— y la historia clínica. En algunas ocasiones pueden incluir otros documentos disímbolos tales como pruebas de laboratorio, actas de defunción, cartas de familiares, cartas de los propios pacientes, oficios y cartas de diversas instituciones, fotografías, etcétera.

Las historias clínicas se nutren de las observaciones consignadas por el clínico y su extensión es muy variable ya que depende de diversos factores: la capacidad de comunicación y *rappport* establecido con la paciente, el interés por el caso particular, las normas de la institución y el tiempo de internamiento.⁸ Estas diferencias plantean problemas metodológicos a la hora de hacer comparaciones; por ejemplo, es complicado evaluar el carácter normal o excepcional de la información que solo aparece en los expedientes más extensos.⁹ En estos casos, es necesario tratar de valorarla en relación con otros textos médicos —libros o artículos en revistas— o investigaciones similares realizadas en otros contextos.

Claves para abordar las historias clínicas

En nuestro análisis descartamos la pretensión de objetividad del discurso y la práctica clínica pues esta se traduce en una concepción deslocalizada de las narrativas médicas, incluidas las historias clínicas, en las que los

⁷ Incorporamos todas las historias clínicas con primer diagnóstico de histeria que encontramos. Sin embargo, ello no constituye la totalidad de casos, pues no se incluyeron personas que fueron catalogadas como histéricas en un diagnóstico posterior. Asimismo, algunos de los expedientes no corresponden con el libro de registros. Retomamos este procedimiento de la investigación de Andrés Ríos Molina (2017).

⁸ El paso por La Castañeda de las personas diagnosticadas con histeria fue relativamente corto, 65% estuvo menos de seis meses (23% menos de un mes) 12% entre 6 meses y un año, 13% de 1 a 2 años y solo 8% más de 2 años.

⁹ Para una discusión más profunda sobre el carácter excepcional de algunas historias clínicas véanse los textos de Ana Teresa Venancio y Andrés Ríos Molina incluidos en este libro.

contextos y los sujetos de producción aparecen como si fueran abstractos, universales y en general intercambiables.

En ese sentido, consideramos fundamental enfatizar que estos relatos son redactados en contextos determinados por personas de carne y hueso, ello es precisamente lo que les confiere sus particularidades. Retomamos la perspectiva de la epistemología de la vida cotidiana de Lorraine Code para abordar estos actos performativos como producciones de conocimiento construidos en la práctica diaria, en lugares concretos, por sujetos concretos que se enfrentaron a problemas que intentaron resolver (Code, 2013). Para empezar nuestro análisis, retomamos de Sara Ahmed la noción de performatividad, enfatizando el carácter fundamental de la dimensión temporal. Por un lado, lo performativo requiere de discursos que se han sedimentado en el pasado, “reitera lo que ya se ha dicho, y su poder y autoridad dependen de cómo evoca aquello cuya existencia ya se ha producido”. En este caso, las teorías médicas sobre la histeria y la experiencia previa, con toda la autoridad que les fue conferida, precedieron y encuadraron el encuentro clínico concreto en el que se otorgó el diagnóstico. Por otro lado, hace alusión al futuro pues “genera efectos en la constitución o materialización de aquello que “todavía no es” (Ahmed, 2015: 149), de lo que se desprende que estas narrativas produjeron tanto a los histéricos como a los clínicos que los diagnosticaron.¹⁰ Dicha propuesta teórica nos conmina a reflexionar sobre las especificidades de los contextos locales y las personas involucradas en la producción de las historias clínicas.

Las características de los lugares en los que transcurren las relaciones clínicas y se realiza la escritura de las historias clínicas determinan en gran medida sus características, posibilidades y constreñimientos. En nuestra investigación se trata de documentos redactados en el Manicomio General La Castañeda como parte de una auscultación, cuyo objetivo fue dilucidar si la persona padecía una enfermedad mental, qué enfermedad y cómo proceder con base en conocimientos médicos. En ese sentido, aunque comparten ciertas características generales con las narraciones de

¹⁰ La teoría feminista ha enfatizado la necesidad de evitar un análisis que parta de una concepción de los espacios como naturales y los narradores como abstractos y universales. En su lugar propone concebirllos como espacios concretos poblados por sujetos concretos; entiende los intercambios, acciones y construcciones de sentido como producciones de personas que están determinadas, entre otras cosas, por desigualdades en cuanto a sus posibilidades de enunciación y autoridad epistémica (Code, 2013).

otras instituciones y latitudes, también presentan elementos que les son propios.

Asimismo, si bien trascendemos una visión que asume las historias clínicas exclusivamente como la materialización de un ejercicio de poder disciplinar para entenderlas también en su dimensión de actos que involucran la preocupación de curar por parte de los médicos, es necesario reconocer que su producción involucra a personas insertas en una relación médico/paciente, marcada por asimetrías de poder. La posición de los médicos les es conferida socialmente por su posesión de un conocimiento y práctica que los convierte en expertos y les otorga la capacidad de identificar la existencia de una enfermedad, determinar el diagnóstico y el tratamiento —si este existe. Por su parte, los pacientes se caracterizan por presentar la enfermedad, aunque no necesariamente la reconocen como tal ni tienen la capacidad de distinguir cuál es, razón por la que acuden o son llevados con el médico para ser tratados.

Aunada a esta asimetría, es necesario ubicar para cada investigación qué otros determinantes estructurales —como clase, género, etnia, etc.— operan también en las relaciones médico/pacientes concretas que se analizan. Esto antecede al encuentro clínico, pero influyen en el diagnóstico, así como en las preocupaciones y objetivos de los participantes. Su intersección determina el lugar que ocupan las personas en el encuentro clínico y se traduce en grandes diferencias en la autoridad cognitiva y las posibilidades de enunciación de cada uno de los participantes. Aun sin proponérselo, en la redacción de estos textos se reprodujeron las distancias valorativas de los sujetos involucrados a quienes precedió una distribución desigual de privilegios y autoridad cognitiva. Esto se constata en la facilidad con que los médicos desestiman el testimonio de los pacientes. De ahí que los trabajos realizados desde la historia de la psiquiatría y la narratología enfatizan la necesidad de situar a los sujetos que narran y los sujetos narrados, el lugar y el objetivo de la narración, la lógica que le otorga reconocimiento y el contexto donde se produce la historia clínica.¹¹

Tener conciencia de los diferenciales de poder propios del encuentro médico/paciente ha llevado a los investigadores a preguntarse sobre la naturaleza de la información a la que las historias clínicas dan acceso. Una

¹¹ Los actos performativos involucran procesos comunitarios donde participan múltiples sujetos. En el caso de la historia clínica no sólo implican a las personas que están materialmente presentes en el encuentro clínico, sino evocan también a elementos y sujetos tales como la existencia del discurso y la práctica psiquiátrica, la institución, la sociedad y el sistema jurídico que hacen posible la práctica clínica concreta.

revisión de la historiografía muestra un debate acerca de la posibilidad de recuperar la voz de pacientes psiquiátricos a partir de diversas fuentes. Mientras algunos trabajos sostienen la presencia de una polifonía en los expedientes médicos —los relatos de los pacientes, la instancia remitente, los médicos, etc.— (Ríos, 2009b), otros hablan de un silencio estructural que es preciso considerar para llevar adelante cualquier investigación en este tipo de población (Gorbach, 2016).

Nosotros concebimos a la historia clínica como una narración coproducida que requiere de dos relatos para su elaboración, uno producido por el médico y otro por la paciente —aunque su voz directa no se encuentre—, entre los cuales existe la asimetría de poder arriba mencionada. Si bien ambos se ven sujetos a ciertos constreñimientos, estos no responden a las mismas razones ni les afectan en la misma medida; marcadores, tales como el género, la clase y la sexualidad, se traducen en diferencias en la capacidad y el reconocimiento social para elaborar “una verdad” sobre la experiencia. Al relato médico lo constriñe la lógica de su modelo de explicación y la estandarización del formato. Por su parte, la narrativa de la paciente es resignificada en clave médica por lo que sufre una traducción; aun más, en los casos en donde otros —familiares, conocidos, policía, entre otros— proveyeron la información necesaria al clínico, la persona se vio sometida a una doble interpretación. “Aunque esta narración habla sobre el paciente, no le pertenece. Es el clínico quien tiene el privilegio de ser el narrador, y construye la historia en función de sus propias necesidades” (Ordorika, 2016: 54).

Consideramos que en estos textos se plasma la voz del médico, quien concentra la autoridad de enunciación sobre la persona que es diagnosticada. Lo que se registra, por lo general, es un discurso del saber médico sobre los dichos del paciente o de quienes lo llevan a la institución. Se pueden escuchar las voces de los profesionales de la salud atravesadas por una teoría y un posicionamiento, y es con este registro con el que podemos trabajar (aunque en casos excepcionales en los expedientes se encuentran escritos de pacientes que sí permiten un acercamiento a la subjetividad de los mismos).

Una posible puerta de entrada para paliar los silencios de los pacientes, desde la lógica de la “historia desde abajo”, es abordar el estudio de las historias clínicas desde una metodología cuantitativa que permite llenar ciertos huecos con números (Golcman, 2017). De este modo, los datos masivos y en el largo plazo aportan información sobre los pacientes, aunque su voz directa no esté presente en los documentos. Sea cual sea la

postura que se tome en este debate, o la metodología que se utilice, debe quedar claro que no escuchamos en su totalidad a ninguna de las personas involucradas —los médicos, las personas enfermas o los informantes— pues en su realidad concreta todas ellas rebasaron con mucho los límites del lenguaje médico plasmado en estos documentos (Brookes y Dunk, 2018).

Leyendo la histeria y a las personas histéricas en las historias clínicas

En una primera lectura de nuestras historias clínicas aplicamos las perspectivas de la epistemología de la vida cotidiana y de género porque nos interesaba analizar la influencia de este marcador en la construcción de conocimiento sobre la histeria y las histéricas. Entendemos el enfoque de género como:

...el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela desigualdades sociales. Su interés no es la mujer o el hombre; son las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres en torno a la distribución de poder, [es] uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social, de modo que algunos autores y autoras definen el “sistema de género” como un principio organizador que está en la base de otros sistemas (García, 2004).

Como es bien sabido, a lo largo de su historia, la histeria ha sido una categoría diagnóstica con un claro sesgo de género tanto por las características de su sintomatología como por afectar mayormente a las mujeres. Múltiples investigaciones han mostrado cómo, incluso después de que la matriz dejara de ser su locus, los signos de esta enfermedad —hipersensibilidad, emocionalidad exacerbada y patologización de la sexualidad— mantuvieron un fuerte carácter feminizado; ello se tradujo en una altísima prevalencia de mujeres concretas que recibieron el diagnóstico (Scull, 2009; Tasca *et al.*, 2011).

Este hecho se reprodujo también en el Manicomio General La Castañeda; en nuestra muestra de 104 casos, 93 de las personas diagnosticadas fueron mujeres y 11 hombres.¹² En las historias clínicas ubicamos sesgos de género en tópicos comunes, donde el discurso médico incorpora nocio-

¹² La revisión de las historias clínicas nos lleva a hipotetizar que existe una feminización de los varones diagnosticados con histeria. Por ejemplo, las tendencias homosexuales se convierten en síntomas importantes. Sin embargo, requerimos más información para decantarnos por esta interpretación.

nes del sentido común sobre los modelos de feminidad que se materializan como construcción diagnóstica y persona diagnosticada. Sin embargo, una lectura más profunda de estos documentos reveló que ni el diagnóstico de histeria ni las personas a las que este se les adjudicó, pueden ser explicadas utilizando únicamente la categoría de género pues las narraciones tienen poco que ver con la histérica arquetípica de los relatos médicos y literarios cuyos rasgos se basaron en modelos de feminidad de la mujer blanca burguesa —por ejemplo, la sensibilidad extrema. En el caso de personas diagnosticadas con histeria en La Castañeda, otros dos marcadores —la clase y la sexualidad— se revelaron como fundamentales para las especificidades del contexto y de los sujetos.

La mayoría de las personas diagnosticadas con histeria en este manicomio fueron mujeres jóvenes que nacieron en el seno de familias aquejadas por la marginación social y la precariedad económica y emocional.¹³ La pobreza, la desnutrición, la enfermedad y el abandono tras la maternidad constituyeron su realidad cotidiana; situación que en muchas ocasiones fue consignada entre los antecedentes de la enfermedad: “Por la misma paciente sabemos sus condiciones de vida desesperantes, muy mal nutrida, en pésimas condiciones higiénicas, soportando fríos al grado de que para calentarse la colocaban cerca de la hoguera por falta de cobertores”.¹⁴

Probablemente, en cuanto a su estrato económico y social, estas pacientes no diferían del grueso de los internos que pasaron por esta institución pública. La clase devino un marcador fundamental para entender tanto las características de la histeria, como las personas que recibieron el diagnóstico; en tanto las carencias económicas y la falta de redes sociales aparecen como temáticas constantes relacionadas con sus reacciones emocionales, leídas como signos de enfermedad

Sin embargo, las inequidades de género y sexualidad agravaron su situación, entendida en su acepción amplia como “el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por este, [que] constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas” (Lagarde, 2015: 184). La corporalidad sexuada de las mujeres las inscribe en situaciones caracterizadas

¹³ La edad de la mayoría de estas pacientes se sitúa entre los 15 y 40 años (82%), destacando el rango de 21 a 30 (36%). De estas personas, 83% fue ingresada en la categoría de no pensionista o indigente.

¹⁴ AHSS, F-MG, SE-EC, exp. 4, 1950.

por la violencia sexual, la obligatoriedad heterosexual, relaciones sexualizadas e inferiorizantes con varones y maternidades recurrentes. Asimismo, su cuerpo femenino, en particular relacionado con sus órganos reproductivos, nunca desapareció completamente de las causas de la enfermedad.

A partir de estos marcadores diseñamos un enfoque interseccional¹⁵ que reconoce la imbricación del género con la clase y la sexualidad, que utilizamos para analizar la construcción tanto del diagnóstico de histeria como de las personas a las que se les aplicó. Tal como se constata en el caso de María López, su clasificación como histérica devino de la lectura médica, en clave de signos y síntomas, a sus reacciones emocionales frente a la violación y el abandono por parte de su novio, el aborto, otros abusos sexuales y el rechazo a ser tocada por su marido, entre otras experiencias.

Reconstruyendo los contextos

Reconocer las características del Manicomio General La Castañeda como contexto concreto donde se redactan las historias clínicas nos permite valorarlas tal y como son, entendiendo sus divergencias con el modelo o tipo ideal no como defectos sino como eventos pragmáticos de producción de conocimiento en lugares específicos.¹⁶ Dado que nuestro objetivo es rastrear la influencia del orden de género-clase-sexualidad en la construcción y aplicación de la categoría histeria a personas específicas, adoptamos perspectivas tanto “internalistas” como “externalistas” a la propia medicina. Contextualizamos dicha intersección en las narrativas médicas tomando en consideración diferentes temporalidades y niveles como círculos concéntricos que nos dan indicios sobre su producción: las características específicas de las historias clínicas de La Castañeda, los usos del discurso y la práctica clínica tanto en la institución como en el país en el México de la época (1910-1968).

¹⁵ Aunque no existe una definición fija de interseccionalidad, actualmente es aceptado que el análisis interseccional explora cómo los diferentes ejes de la diferencia se articulan en niveles múltiples y crucialmente simultáneos en la emergencia de modalidades de exclusión, desigualdad y formación de sujetos específicos en un contexto (Brah, 2013: 16).

¹⁶ Las historias clínicas realizadas en la práctica clínica del hospital pueden ser comparadas con otro tipo de producciones médicas de corte teórico que aparecen en los libros y los artículos con el fin de determinar sus relaciones —cómo la teoría influye en la práctica médica; o cómo la práctica médica incide en la teoría reforzándola o rebatiéndola. Es vital entender que su contexto de producción es diferente y por tanto cada una tiene características específicas aun cuando sean los mismos sujetos quienes las están produciendo.

Para reconstruir las influencias que ejercen estos contextos, comenzamos comparando las características específicas de nuestros documentos con el modelo ideal con miras a determinar lo que es particular a los segundos. Estas narraciones respondieron al cruce de ideas teóricas vigentes en cada momento histórico, a ciertas necesidades administrativas de la política de turno y a las singularidades de quienes las escribían. Así, el análisis de esas narrativas requiere partir de un principio de incertidumbre que juega en contra de la generalización de su uso, puesto que, en cada institución, se vivieron realidades administrativas y clínicas diferentes, se realizaron las admisiones y seguimientos de diversas maneras y por distintas personas y/o profesionales, se registró de manera particular tanto la presencia familiar como la evolución de los pacientes, entre otros múltiples factores.

En la Castañeda, las historias clínicas fueron llenadas por los médicos en la primera evaluación de la paciente, la que se realizaba en el pabellón de observación.¹⁷ Llama la atención el hecho de que, a lo largo de sus 58 años de funcionamiento, e independientemente de los diferentes formatos utilizados, los psiquiatras dejaron vacías una cantidad importante de las preguntas. En ese sentido, los formatos siempre excedieron las posibilidades o las necesidades reales de obtener información. Los silencios y los campos que no fueron respondidos pueden significar tanto indicios de las dificultades propias que signaron estos encuentros clínicos, como de que la información necesaria en el trabajo cotidiano no era tan detallada. Podemos plantearnos varias hipótesis que lo explican: la falta de personal y tiempo para llenar cabalmente los formatos, el desconocimiento de los pacientes y sus acompañantes sobre su historial médico, la incapacidad de lograr algún tipo de comunicación o *rapport* con la histérica o la inutilidad de muchos de los datos que aparecían en los formatos frente a las posibilidades reales de tratamiento.

Sea cual sea la razón, el hecho es que contamos con narraciones muy desiguales en cuanto a la información que aportan, lo que plantea dificultades al momento de cotejarlas; en particular al tratar de determinar la excepcionalidad de un caso singular. Por ejemplo, las narraciones de los varones son muy escuetas y en algunos casos inexistentes; ello, aunado a la escasez de casos de histeria masculina, hace más difícil establecer las

¹⁷ La auscultación determinó el pabellón al cual era dirigida la persona en virtud de criterios no solo médicos sino económicos. Las categorías derivadas de la capacidad de pagar el internamiento son: distinguidos, pensionistas, no pensionistas e indigentes.

diferencias entre las mujeres y los hombres que ayuden a determinar, con mayor claridad, la impronta del género en la construcción de la categoría diagnóstica y las personas a las que se adjudicó.

Asimismo, son pocos los seguimientos posteriores consignados en estos documentos. Las hipótesis pueden apuntar a la imposibilidad del personal de completar esta información, el poco interés que el caso suscitaba y, claramente, la falta de exigencia de la institución a que se cumpliera con este requerimiento. Por tanto, en muchos casos, la información que poseemos pertenece al primer encuentro entre el médico y la paciente; contamos con “la fotografía” de un momento específico y poco —o nada— del proceso que le sigue. En ocasiones aparecen otros indicios, a manera de pequeñas notas escritas al margen, relacionadas con algún problema de salud, cambio de pabellón de internamiento y/o el alta o muerte de la paciente.

Otro elemento a considerar es el carácter inestable de los diagnósticos adjudicados, hecho que los propios psiquiatras reconocen con el uso de las palabras “diagnóstico tentativo”, lo cual muestra la inestabilidad constante del estatus de la psiquiatría como ciencia objetiva. Revisando las historias clínicas de las pacientes encontramos en observaciones posteriores, o en segundas y terceras admisiones, que a muchas de ellas se les adjudicaron otras enfermedades. Un ejemplo elocuente de esta falta de certeza lo encontramos en el caso de una paciente donde el diagnóstico quedó consignado de la siguiente forma: “Neurosis tipo histérico?? Con datos obsesivos compulsivos, excitación maniaca, con gran depresión y angustia y agresividad muy marcada. Neurosis de carácter??”. Ello puede ser resultado de la dificultad que tuvieron los clínicos para distinguir con claridad entre las diferentes enfermedades mentales. Puede deberse también a la aplicación de una mirada médica flexible que no se queda con la primera clasificación, dejando abiertas otras posibilidades para evitar lo que se ha denominado como clausura diagnóstica anticipada (Street, 2011).

En términos metodológicos, esta variación en el diagnóstico de una misma persona nos obligó a tomar decisiones en cuanto a la construcción de la muestra que se va a analizar. Retomando la decisión de Ríos (2017), hemos trabajado con las historias clínicas en las que la histeria aparece como primer diagnóstico, independientemente de que posteriormente se den otros. Una vez tomadas en consideración estas problemáticas, es posible encontrar patrones y recurrencias, palabras y temáticas repetidas en las historias que nos permiten reconstruir cómo se concibió la histeria y a las histéricas en La Castañeda.

Las características locales de categoría diagnóstica histeria y las histéricas

Procedemos a nuestro análisis estableciendo relaciones entre lo universal y lo particular en varios sentidos (Class, 2014). En un primer camino, partimos de las teorías sobre la histeria, tanto aquellas de autoridades médicas emblemáticas como su recepción por médicos mexicanos, concebidas como el universal, con el fin de analizar cómo estas influyen en los casos específicos y cómo la práctica clínica las retoma reforzándolas o rebatiéndolas. Si bien los expertos en la materia son bien conocidos —como los clásicos: Charcot, Freud, Bleuler, Janet, etc.—; para conocer cómo sus teorías fueron recibidas e interpretadas en México acudimos a textos, artículos y tesis médicas producidas en el país a lo largo del periodo estudiado. Consideramos que es importante ubicar no solo las referencias a autoridades y terminologías específicas sino también —y quizá más importante en nuestro caso dado que dichas referencias son escasas— a la lógica que subyace a la comprensión de la enfermedad que se está analizando. Por ejemplo, ubicamos en nuestras narraciones la polifonía que siempre ha acompañado a las teorías de la histeria, misma que aparece en distintos tiempos y latitudes. Tal como sostiene Micale:

Quando leemos los textos médicos nos damos cuenta pronto que la histeria a lo largo del tiempo se ha definido de formas muy diferentes. Sería muy difícil encontrar otra categoría médica que sea tan elástica a través de un periodo de tiempo tan largo... Muchos médicos se han quejado fuertemente acerca de la vaguedad e imposibilidad de definir la histeria (Micale, 1990: 42).

En esta profusión de síntomas destacan muchos que pertenecen a los tropos clásicos y recurrentes de las teorías médicas sobre esta enfermedad, tales como los movimientos teatralizados, la estereotipia, la invalidez, la discapacidad física, las convulsiones y los excesos o carencias de emoción; aunque queda claro que las histéricas de La Castañeda son mucho menos impactantes en todas sus manifestaciones que las pacientes de Charcot. Según la historia clínica María López:

...cuando llegó a la sala le dio una crisis histeriforme: se tendió en la cama... y empezó a agitar las manos y agitar en forma estereotipada y teatral... Enferma de estatura desproporcionada; que se viene a internar por sí misma. Ha tenido experiencias anormales, que hacen suponer disociación mental, actuando con “automatismos histéricos”.¹⁸

¹⁸ AHSS, F-MG, SE-EC, exp. 4, 1950.

Por otro lado, como ya comentamos, existen grandes diferencias entre la histérica prototípica blanca y clasemediera y las pacientes que ingresaron a esta institución pública que resulta prácticamente en la desaparición de la delicadeza, la sensibilidad frente a la vida y el carácter etéreo de la histérica.

El segundo camino procede de forma inversa, aquí lo particular —los casos— sirve para reconstruir las características de lo general —la serie—; es decir, tomando el caso como la expresión específica de la histeria vamos ubicando como se producen construcciones locales de la histeria y de las personas a quien se les otorga este diagnóstico en el contexto específico de La Castañeda. También aquí buscamos ubicar patrones y regularidades —palabras, problemáticas, signos y síntomas que aparecen recurrentemente— que den cuenta de constantes que caracterizan la construcción del diagnóstico y a quiénes se les otorga. Encontramos temas mencionados con frecuencia, tales como la limpieza/suciedad, el arreglo personal, las expresiones faciales y corporales, el contenido del discurso, la obediencia/rebeldía, las actitudes frente al matrimonio y la maternidad y prácticas relacionadas con la sexualidad —en particular la homosexualidad—, entre otros.

De María López se dijo que había que “Tomar en cuenta su historia biográfica: la enferma puerilmente dice que desea casarse con un hombre bueno; pero parece rehuir al matrimonio integral”. De otra paciente que:

Sus afectos maternos para su hija por ejemplo son variables, por momentos llora y clama por su hija, adopta actitudes defensivas, inclusive renegando de quienes han pretendido arrebatarla, en cambio, en otros momentos, parece olvidarla [y] Hace dos semanas se volvieron a presentar las crisis pitáicas. Nos dice la enferma que fue porque una de las enfermeras le dijo que era “manflora” —eso quiere decir, en caló mexicano, que tenía alteraciones homosexuales— [...] Tiene francas tendencias homosexuales. Es necesario vigilar que duerma sola.¹⁹

Estos tópicos y adjetivos repetidos no son meras descripciones pues incorporan sesgos, cargas valorativas y estereotipos sociales que se incorporan en los discursos médicos a partir del uso de adjetivos negativos (Swartz, 2018). Trazamos relaciones entre los temas y las descripciones de estas narraciones y el orden género-clase-sexualidad, tanto a nivel de las teorías de la histeria como en la configuración de dichos dispositivos en el México de la época. Encontramos en la atribución de la patología fuertes conte-

¹⁹ *Ibid.*

nidos moralizantes frente a transgresiones al modelo ideal de feminidad relacionadas con comportamientos, expresiones del pensamiento y el exceso o la falta de emociones, entre otros.

La categoría histeria y las pacientes están plagadas de adjetivos tales como: pueriles, infantiles, caprichosas, malhumoradas, etc., que pertenecen a construcciones sociales sobre la feminidad y que, incorporadas a la construcción cotidiana del conocimiento médico, muestran el encono que los médicos sentían, mismo que en ocasiones se tradujo en prácticas violentas disfrazadas de terapia, tal como aparece en esta narración de una paciente de 14 años:

A su ingreso muy excitada se escapó en 2 ocasiones a su casa, siendo internada por sus familiares. Es prácticamente incontrolable; necia, caprichosa, agresiva con los enfermos pequeños, desordenada, perezosa, con crisis agudas de excitación psicomotriz cuando se le contraría y ordena algo. Últimamente se han observado anomalías de conducta: tendencia a buscar a los enfermos adultos, a coquetearles, a recibir regalos de ellos y a cometer raterías y sustracciones hasta de objetos sin valor... Es muy coqueta, se pinta y se arregla y busca contacto con hombres, motivo por el [cual] su estancia en el servicio es peligrosa. Se solicita su traslado a observación pensando que el tratamiento convulsivante puede ser útil.²⁰

Con estos dos procedimientos hemos comenzado a reconstruir patrones estables, que dan cuenta de la influencia del género en el diagnóstico de histeria y a las histéricas plasmados en las historias clínicas del Manicomio General La Castañeda. Adicionalmente, en las historias clínicas también se puede ubicar discontinuidades, elementos desordenados discrepancias, e incluso contradicciones entre la teoría y la clínica o entre los distintos elementos que pueden ser considerados síntomas. Los casos en donde el particular y el universal no se corresponden pueden servir para ubicar casos excepcionales.

Como muestran los ejemplos, estas fuentes nos han permitido rastrear algunos rasgos en la construcción y uso de esta categoría diagnóstica similares a las de otras latitudes, así como características locales derivadas de la imbricación de este marcador con la clase y la sexualidad.

A modo de conclusión

Las historias clínicas son valiosas fuentes para las ciencias sociales y la historia de la psiquiatría, pues aportan información que no podemos encon-

²⁰ AHSS, F-MG, SE-EC, Caja 756, exp. 38904, 1951.

trar en otro tipo de escritos médicos. Se trata de registros que tuvieron una finalidad legal, clínica y práctica y que fueron parte de las acciones que documentan. Sin embargo, para que aporten información útil hay que proceder con cautela y orden en su análisis. En particular, es preciso desnaturalizarlas a partir de comprenderlas como construcciones sociales y culturales, redactadas en contextos concretos, por personas concretas, insertas en relaciones asimétricas de poder, con desigualdades estructurales como el género, la clase y la sexualidad. En este dispositivo es preciso agregar a la jerarquía que brinda el saber médico y la posición de profesional, las disparidades que existen en tanto estatus económico, prestigio social, diferencia de género, etc., las cuales también influenciaron el encuentro médico/paciente.

El estudio de un diagnóstico en particular puede ser un disparador para entender cierta problemática que nos interese analizar como, en este caso, los sesgos de género en intersección con los de clase y sexualidad en el ejercicio de la clínica. Para comprender este aspecto, sostenemos que es preciso entender que las categorías diagnósticas tienen un carácter performativo, por tanto, dinámico e histórico.

Consideramos que algunas de las tareas que el trabajo con este tipo de documentos requiere son: el cruce obligado con otras disciplinas, como la sociología del trabajo y la antropología; el conocimiento en profundidad de la disciplina médica psiquiátrica; el manejo de herramientas de la historia cuantitativa —en caso de que se analicen poblaciones totales—; el diálogo cuidadoso de las historias clínicas con otros documentos como revistas médicas, documentos administrativos, entrevistas —en los casos que sea posible—, registros fotográficos, entre otros; las dinámicas internas de la institución hospitalaria que se analiza; los aspectos legales sobre insania en cada momento histórico, y el conocimiento del campo de los saberes *psi*.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, Sara. 2017. *La política cultural de las emociones*, México, UNAM, Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG).
- Brah, Avtar. 2013. “Pensando en y a través de la interseccionalidad”, en Marta Zapata *et al.*, *La interseccionalidad a debate*, Actas del Congreso Internacional “Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior”, Berlín, Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Freie Universität Berlin, pp. 14-20.

- Brookes, Barbara y James Dunk. 2018. "Papering over Madness: Accountability and Resistance in Colonial Asylum Files: a New Zealand Case Study", *Rethinking History*, vol. 22, núm. 3, pp. 356-374.
- Class, Monika. 2014. "Medical Case Histories as Genre: New Approaches" (Introduction), *Erschienen in: Literature and Medicine*, vol. 32, núm. 1, pp. VII-XVI.
- Code, Lorraine. 2013. *Rhetorical Spaces: Essays on Gendered Locations*, Nueva York, Routledge.
- Craig, Barbara L. 1991. "A Guide to Historical Records in Hospitals in London, England and Ontario, Canada, c. 1800-c. 1950. Part I: An Overview of the Continuities and Changes in the Content and the Form of Records", *CBMH/BCHM*, núm. 8, pp. 263-287.
- Currie, Adrian y Kim Sterelny. 2017. "In Defense of Story-Telling", *Studies in History and Philosophy of Science*, núm. 62, pp. 14-21.
- Epstein, Julia. 1992. "Historiography, Diagnosis and Poetics", *Literature and Medicine*, vol. 11, núm.1, pp. 23-44.
- García Calvente, María del Mar. 2004. "Género y salud: un marco de análisis e intervención", *Diálogo Filosófico*, núm. 59, pp. 212-222.
- Gillis, Jonathan. 2006. "The History of the Patient History since 1850", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 80, núm. 3, pp. 490-512.
- Golcman, Aída Alejandra. 2017. *El trabajo clínico psiquiátrico en el Buenos Aires del siglo XX*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- Gorbach, Frida. 2016. "El historiador, el archivo y la producción de evidencia", en Frida Gorbach y Mario Rufer (coords.), *(In)disciplinar la investigación. Archivo, trabajo de campo y escritura*, México, Siglo XXI/UAM, pp. 187-203.
- Gygax, Franziska y Miriam A. Locher. 2015. "Introduction", *Narrative Matters in Medical Contexts across Disciplines*, pp. 1-14.
- Hess, Volker y J. Andrew Mendelsohn. 2010. "Case and Series. Medical Knowledge and Paper Technology, 1600- 1900", *History of Science*, vol. 48, núms. 3-4, pp. 287-314.
- Huertas, Rafael. 2012. *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2015. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- Micale, M.S. 1990. "Hysteria and its Historiography: The Future Perspective", *History of Psychiatry*, núm. 11, pp. 33-124.

- Monroe, William Frank, Warren Lee Hollerman y Marcha Cline Hollerman. 1992. "Is there a Person in this Case?" *Literature and Medicine*, vol. 1, núm. 1, pp. 45-63.
- Ordorika, Teresa. 2016. "Las historias clínicas: narraciones útiles para el análisis de la psiquiatrización", en Yonissa Marmitt Wadi, *Narrativas sobre locuras, sufrimientos e traumas*, Curitiba, Maquina de Excrever, pp. 43-63.
- Pomata, Gianna. 2014. "The Medical Case Narrative: Distant Reading of an Epistemic Genre", *Literature and Medicine*, vol. 32, núm. 1, pp. 1-23.
- Ríos Molina, Andrés. 2009. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- _____. 2009. "Un mesías, ladrón y paranoico, en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, núm. 37, pp. 71-96, en <<http://www.scielo.org.mx/pdf/ehmcm/n37/n37a3.pdf>>. [Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2010].
- Ríos Molina, Andrés. 2009. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- _____. 2009b. "El Manicomio General La Castañeda en México", *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, en <<http://nuevomundo.revues.org/50242>>; <DOI: 10.4000/nuevomundo.50242>. [Fecha de consulta: 09 de febrero de 2015.]
- Scull, Andrew. 2011. *Hysteria: The Disturbing History*, Gran Bretaña, Oxford University Press.
- Siegler, Eugenia L. 2010. "The Evolving Medical Record", *Annals of Internal Medicine*, vol. 153, núm.10, pp. 671-677.
- Street, Alice. 2011. "Artefacts of Not-Knowing: The Medical Record, the Diagnosis and the Productions of Uncertainty in Papua New Ginean Biomedicine", *Social Studies of Science*, vol. 41, núm. 6, pp. 815-834.
- Swartz, Sally. 2008. "Colonia Lunatic Asylum Archives: Challenges to Historiography", *Kronos*, vol. 34, núm. 1, pp. 285-302.
- _____. 2018. "Asylum Case Records: Fact and Fiction", *Rethinking History*, núm. 3, pp. 289-301.
- Zavala Ruiz, Roberto. 1997. *El libro y sus orillas*, México, UNAM (Biblioteca del editor).

**SEVERO AMADOR. UN ARTISTA ANDRÓGINO Y PARANOICO
OBSERVADO POR UN JOVEN PSIQUIATRA (MÉXICO, 1930).
IMPLICACIONES METODOLÓGICAS SOBRE
UN ENCUENTRO CLÍNICO**



*Andrés Ríos Molina**

Introducción

Edmundo Buentello (1905-1979) presentó la tesis *Consideraciones clínicas y nosológicas sobre el delirio de interpretación* en la Escuela de Medicina en 1930. Su objetivo era profundizar sobre las dificultades para establecer los límites y diferencias entre delirio de interpretación, delirio sistemático, paranoia y esquizofrenia paranoica. La investigación clínica la realizó con ocho pacientes del Manicomio General La Castañeda, institución donde el joven psiquiatra había ingresado tres años atrás como practicante. De los mencionados casos, el que analiza con mayor detalle es el del pintor y poeta Severo Amador (1879-1931). Este artista ingresó en tres ocasiones y finalmente falleció un año después de haberse entrevistado con Buentello. Severo fue hijo del reconocido historiador Elías Amador, quien llegó a ser director de Museo de Arqueología. Oriundo de Zacatecas, Severo se desplazó a la capital mexicana en 1904 para estudiar artes plásticas en la Academia de San Carlos. Fue un empedernido bohemio, autor de numerosos poemas, cuentos y novelas cortas, algunas de las cuales recibieron premios locales y fueron publicados de manera profusa en los periódicos; además, fue un pintor costumbrista cuya obra circula entre coleccionistas particulares.

Este hombre de amplia cultura y de conocida producción artística en el México posrevolucionario, presentó conductas que fueron interpretadas por sus familiares como signos inequívocos de locura: se encerraba durante semanas a consumir alcohol y posteriormente salía lleno de agresividad, al punto de romper sus propios cuadros después de una exposi-

* Investigador del Instituto de Investigaciones Históricas (IIH), UNAM.

ción. Una vez internado, Severo tuvo entrevistas con psiquiatras que le diagnosticaron delirio sistemático y paranoia: tenía numerosos proyectos para resolver los problemas de la humanidad, manifestaba que era “andrógino”, definido por él como un hombre que se sentía como mujer, razón por la cual proponía un conjunto de cirugías para cambiar de sexo; además, creía que su familia lo perseguía y, como si fuera poco, tenía un conjunto de ideas que fueron interpretadas como delirios de grandeza. Buentello se interesó por tan singular personaje y dedicó siete sesiones con el fin de psicoanalizarlo; además, compiló numerosas cartas y autobiografías escritas por el artista, cuyos fragmentos se reproducen en la tesis. Además, según menciona el joven médico, tuvo acceso a dibujos donde Severo plasmaba sus numerosos inventos, los cuales han desaparecido. El expediente clínico no tiene toda la información relacionada con los diferentes ingresos; se limita a algunas descripciones y un conjunto de cartas del paciente. Por consiguiente, las fuentes para abordar este caso son la tesis del médico y el expediente.¹ Documentos que dan cuenta de un encuentro ocurrido en algún momento de 1930 entre un famoso artista delirante de cuarenta y seis años y un joven psiquiatra de apenas veinticinco.

En trabajos anteriores propusimos que los expedientes clínicos y las tesis de los psiquiatras son documentos polifónicos en la medida que aglutinan diversas voces: de los pacientes, los médicos, los familiares, jueces, policía y todos aquellos que intervinieron en la internación (Ríos Molina, 2004). Sin embargo, acá proponemos es que estos documentos no contienen las voces de los actores sociales cual si fueran palabras que fueron lanzadas al vacío para que fueran escuchadas por un historiador en el futuro. Partimos de que es muy difícil “escuchar” la voz del loco en estado de pureza que se manifiesta de manera prístina, lo cual podría encontrarse en diarios personales, los cuales son fuentes excepcionales. Las voces que escuchamos en los expedientes y en las tesis siempre están mediadas por la intencionalidad en función de la lógica emisor-receptor. Así, debemos tener presente que dichas voces emergen en diálogo con otras, lo cual implica una selección de lo que se dice y lo que se calla en función del interlocutor. Dicha selección la podemos ver en Buentello, quien retoma para su tesis solo lo que le sirve para fundamentar su argumento, mientras que Severo decide callar cuando se siente invadido por la sesión psicoanalítica que el joven médico trata de conducir.

¹ El expediente reposa en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Expedientes Clínicos (SE-EC), caja, 177, exp. 9999.

Severo Amador. Pintor y poeta delirante en La Castañeda

Severo tuvo tres ingresos al Manicomio General La Castañeda: el primero fue de julio a octubre de 1925, el segundo de mayo de 1927 a noviembre del mismo año, y el tercer ingreso tuvo lugar de agosto de 1928 al 18 de febrero de 1931, cuando falleció de una úlcera estomacal, según quedó registrado en el expediente clínico. Este último, además de conservar la documentación administrativa sobre las tres internaciones, también contiene descripciones que fueron hechas por diversos médicos: Gregorio Oneto Barenque, Enrique Gomar, Leopoldo Salazar Viniegra, Nicolás Martínez de Arellano y Salvador Quevedo y Zubieta.² Todos ellos describieron al paciente en algún momento, le hicieron preguntas, lo diagnosticaron e imprimieron algún tipo de tratamiento. Pese a la diversidad de miradas, Buentello retoma todas las entrevistas y observaciones hechas por sus colegas para armar un solo relato coherente y homogéneo sobre el pasado y los diferentes momentos de Amador. De manera que gracias al expediente podemos notar que las observaciones de Buentello no son propias, sino que retoma y selecciona observaciones de otros. Si bien el relato de este joven tesista puede ser comprendido como “la mirada médica”, el expediente clínico evidencia una pluralidad de observaciones que no necesariamente coincidían. Por ejemplo, Enrique Gomar mencionó que el paciente dibujaba todo el día, tenía una admirable cultura general, “siempre está tranquilo” y no había razón alguna para sospechar de locura; es más, señaló que no debían mantenerlo internado, lo cual no es mencionado por Buentello en su tesis. Leopoldo Salazar Viniegra también reconoció la riqueza intelectual del paciente, pero no dudaba en que había un serio problema debido a la “interpretación falsa de cosas ciertas”, hecho que llevaba a diagnosticar “carácter paranoide”, el cual, debido a que obedecía a una naturaleza constitucional, no era posible que presentara un cuadro de remisión, más bien, era evidente que empeoraría poco a poco. Otro médico que observó y medicó a Severo fue el dramaturgo Salvador Quevedo y Zubieta, quien muy probablemente conocía a este paciente del mundo de las letras.³ Su descripción se limitó a una exploración física y a la hora de abordar los antecedentes solo mencionó el gusto de Severo por el alcohol. Por consiguiente, es necesario dudar de la aparente homogeneidad de la “mirada psiquiátrica”, la cual se vuelve plural en casos complicados como el del artista en cuestión.

² Para una historia de los primeros psiquiatras mexicanos véase Ríos Molina, 2017.

³ Sobre Salvador Quevedo y Zubieta, véase Maya González, 2010.

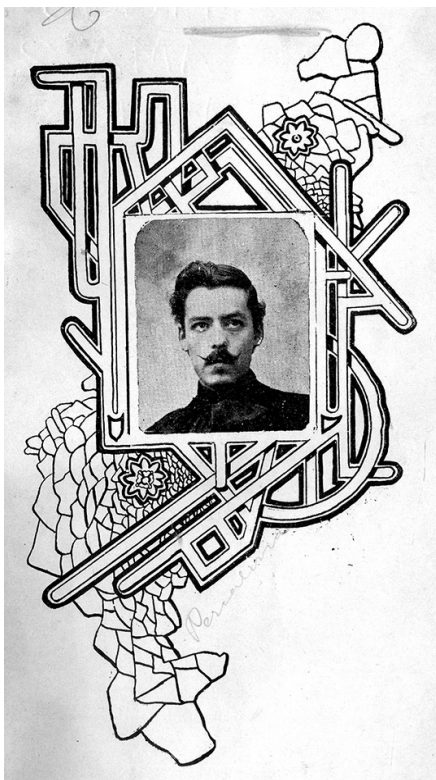
Por lo anterior, podríamos argumentar que en la tesis no es posible encontrar la información “real” sobre el paciente ya que lo ahí contenido está filtrado por Buentello; sin embargo, una revisión al expediente nos permite comprender que hubo una pluralidad de miradas a las que tuvo acceso el joven médico. Esto devela una contradicción: el tesista nos presenta una realidad clínica homogénea, pero el expediente nos habla de diferentes perspectivas, al punto de que algunas eran opuestas, razón por la cual Buentello excluyó aquello que no le era útil para su argumento. De manera que vamos a recorrer un camino a contrapelo: tratar de reconstruir la historia de Severo incluyendo aquello que Buentello excluyó.

Pero volvamos a la historia de nuestro artista. Severo Amador nació en Zacatecas y fue un muy reconocido literato y pintor. A los 16 años comenzó sus estudios de artes en la Academia de San Carlos, donde fue discípulo de José María Velasco. Tres años después se fue a vivir a Aguascalientes para impartir clases de artes y allí tuvo entre sus discípulos a Saturnino Herrán. De sus 20 hermanos, ocho murieron en la temprana infancia. En su familia hubo figuras públicas importantes: su hermano Neftalí fue Subsecretario de Relaciones Exteriores durante la presidencia de Venustiano Carranza (1917-1920); Octavio fue un militar que estuvo junto a Carranza hasta la muerte del caudillo; Graciela, reconocida artista, folklorista e impulsora del teatro guiñol, fue esposa del pintor David Alfaro Siqueiros. Además, la figura paterna tuvo una fuerte impronta en Severo: Elías Amador fue el historiador más importante de Zacatecas y en 1917 llegó a ser director del Museo de Arqueología, Historia y Etnología. Es posible que la influencia del padre le haya generado un interés particular por lo nacional y por lo mexicano. De hecho, es notable que tanto su obra pictórica como la poética tuvieron un tinte folklorista. Sus cuadros fueron paisajes, calles y personajes típicos, principalmente. Sin embargo, de su exposición en el Circulo Zacatecano de México en 1920, Carlos Mérida hizo una crítica demoledora y afirmó que Severo era mejor poeta que pintor y que su obra pictórica carecía de originalidad, crítica que como veremos, es muy posible que haya afectado la estabilidad mental del artista:

Ante todo nos parece que la labor del señor Amador es más de literato que de pintor; en todos sus trabajos priva la idea literaria antes que la idea plástica y eso es un defecto capital para el que pretenda hacer obra pictórica [...] Creemos que a este mismo afán literario se deba el que no se observe, en toda la obra expuesta, ningún esfuerzo por resolver problemas del color, de composición, problemas de arte nacionalista, aunque haya en exhibición cuadros con asuntos del país [...] Como pintor de figura el señor Amador es más pobre (Mérida, 1920: 5 y 31).

El interés de Severo por el folklor se evidencia en sus primeros libros: *Brozas* (1907), *Cantos de la Sierra* (1918), *Bocetos provincianos* (1907) y *Baladas del terruño* (1931); textos signados por un romanticismo bucólico construido con elementos propios de la geografía y del paisaje social.⁴ Este acercamiento al folklor se evidencia en haber sido fundador, junto a Higinio Vázquez Santa Ana, de la primera Sociedad Folklórica de México en 1916, la cual no tuvo mayor éxito, pero que fue la primera institución interesada en fomentar el folklor nacional. Llama la atención que Amador se encargó, junto a Ciro B. Ceballos, de prologar el libro de Vázquez titulado *Canciones, cantares y corridos mexicanos* (1925), el cual reunía canciones y poesía folklórica. Por lo tanto, podemos ubicar a Severo como un continuador del paisajismo y representante del arte nacionalista. Sin embargo, la contradicción no tardó en emerger.

IMAGEN 1.



Fuente: Severo Amador (1905). *Confesión. La sorpresa. Palabras póstumas*, Aguascalientes, Imprenta de J.T. Pedroza e Hijos.

⁴ Para un análisis de la obra literaria de Severo Amador véase Ana Laura Zavala (en prensa), “Los poetas hablan la lengua del infinito”: notas a propósito de la obra de Severo Amador”.

Severo Amador tuvo que vivir en dos contextos culturales opuestos y complementarios propios de su momento histórico. Además del paisajismo y la literatura nacionalista, también vivió durante el auge de lo que se denominó “decadentismo”: una corriente artística interesada en explorar los “bajos fondos”: el alcoholismo, las drogas, la promiscuidad sexual, la homosexualidad y todo aquello prohibido en aras de acercarse a la realidad de lo humano, huyendo siempre del arte que pregona el “deber ser” planteado por el establishment. Inspirados en los poetas franceses como Boudelaire, Rimbaud, Mallarmé y otros, los “decadentistas” mexicanos revolucionaron el mundo de las letras; entre ellos encontramos a Ciro B. Ceballos, Juan José Tablada, Bernardo Couto Castillo, Alberto Leduc y Amado Nervo, para mencionar solo algunos.⁵ Todos ellos desafiaron las normas de la época e hicieron de la muerte, el erotismo, las adicciones y la perversión, posibilidades para una renovación estética; razón por la cual fueron tachados de “decadentes” por sectores de la sociedad que veía en ellos una amenaza moral para la nación mexicana. Según el expediente clínico, cuando Severo llegó a vivir a la capital mexicana se dedicó la “vida bohemia”, que se hizo evidente en su adicción al alcohol, el gusto por las “parrandas y por frecuentar el trato sexual con las mujeres”.⁶ Su afección al licor lo llevó a la violencia y a la comisaría de policía en varias oportunidades. Se menciona que solía encerrarse a beber durante un mes y después vivía en completa sobriedad por dos o tres meses. Así, vemos que este artista nacionalista no estuvo al margen del estilo de vida rebelde que de-safiaba la normatividad.

El decadentismo también se evidencia en algunos trabajos de Severo: por una parte, las ilustraciones hechas para las portadas de *El Mundo Ilustrado*, dejan ver un claro interés por lo oscuro y tenebroso, muy alejado de sus paisajes idílicos y de parajes típicos.

Además, sus textos tardíos también se acercan a esa decadencia tan temida en la época. Por ejemplo, en *Himno a Salomé* (1918) la protagonista es la mujer oscura de la Biblia que inspiró tantos relatos debido a su maldad. Tengamos presente que en 1896 se estrenó en Francia una obra de Oscar Wilde con el nombre de esta mítica mujer, lo cual evidencia la forma en que ella se convirtió en musa para el decadentismo. Severo revela en *Himno a Salomé* un conocimiento detallado de la Biblia, principalmente en las metáforas que aparecen en ella para describir la belleza fe-

⁵ Sobre los decadentistas en México véase Zavala, 2012 y Leyva, 2013.

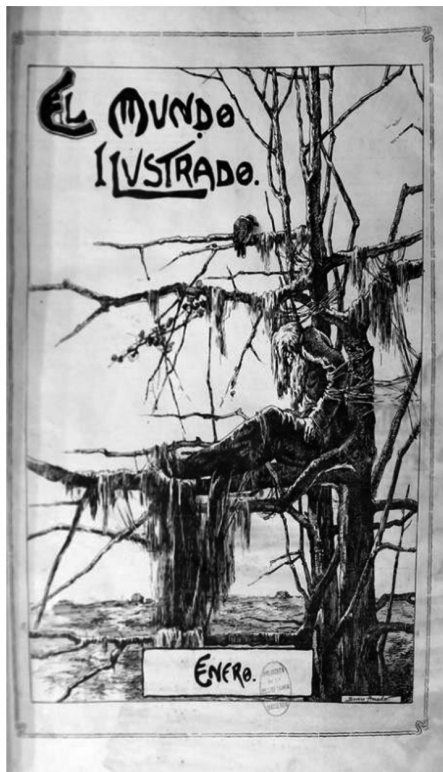
⁶ AHSS, F-MG, SE-EC, caja 177, exp. 9999, s.f.

IMAGEN 2.



Fuente: *El Universal Ilustrado*, 14 de enero de 1906.

IMAGEN 3.



Fuente: *El Universal Ilustrado*, 5 de enero de 1913.

menina, como en *El Cantar de los Cantares*. La musa que lo inspira y erotiza es aquella que solicitó a Herodes como regalo la cabeza de Juan el Bautista en una bandeja de plata.

Empero así tu frente atormentada, engañosa, pecaminosa, histórica, nivosa como de corza del Senir, plegada por la triple obsesión del orgullo, de la pasión y de la muerte. ¡Ah, la Muerte es la frente del amor infinito! (Amador, 1918: 18).

Así las cosas, estamos frente a un artista que creció y se formó en un contexto donde el arte nacionalista era altamente valorado, razón por la cual vemos su interés en el folklorismo; pero también vivió el auge del decadentismo, corriente de la que formó parte, muestra de ello es su obra plástica tardía, su vida en el alcoholismo y buena parte de sus narraciones des-

de el Manicomio, atravesada por su deseo por convertirse en mujer, como veremos más adelante. De manera que Severo fue un protagonista de las contradicciones culturales propias de su época. En palabras de Ana Laura Zavala, Amador “fluctuaba entre el realismo nacionalista y el decadentismo” (Zavala, en prensa).

Los severos delirios de Severo

En el expediente clínico se menciona que el padre, Elías Amador, murió cuando él era pequeño, que lo engendró en estado de alcoholismo y falleció de una afección cardíaca. Esto no es cierto, ya que Elías Amador murió en 1917 en la capital mexicana; de manera que, suponemos, Severo quiso dar a su padre por muerto, y no sabemos por qué. En relación con la madre, ella “siempre ha sido extravagante en su carácter, egoísta y autoritaria, trata a sus hijos como extraños y es sumamente ridícula en su manera de vestir”. No sabemos si esta información es ofrecida por Severo, por algún familiar, o si en verdad algún médico se percató de la apariencia “ridícula” de la madre. En la entrevista menciona la pésima relación con ella: “como todas las mujeres es metalizada, muy amante del dinero, como todas, absolutamente todas las mujeres”. Severo la consideraba como una persona “perfectamente ignorante y que aún no sabe casi escribir”; además, era “ayankada” debido a su admiración por Estados Unidos, lo cual le disgustaba enormemente a nuestro protagonista, quien era un ferviente nacionalista. Por ello él siempre se refería a ella como su “exmadre”. Pero la relación pésima no era solo con ella: de sus primas decía que “han salido degeneradas, borrachas, heroínas, prostitutas, una hasta se volvió jesuita”. La excepción fue una tía que se enamoró de él y un par de veces tuvieron relaciones sexuales en un establo. En algún momento ella se suicidó (Buentello, 1930: 21-23).

Sabemos que se unió a las filas de los zapatistas cuando ingresaron a la capital mexicana en 1914 (Zavala, en prensa), y después de haberse retirado comenzaron a manifestarse los primeros síntomas de locura: destruyó sus propios cuadros antes de que fueran enviados a San Antonio Texas para una exposición que estaba planeada. En esa época vivió con una mujer durante seis años, quien suponemos estuvo atenta a lo que él requería durante sus internamientos, según vemos en el expediente clínico. Ella dijo que siempre le llamó la atención que Severo tenía un cofre “perpetuamente cerrado”. Después de varios años de convivencia descu-

brió su contenido: ropa de mujer.⁷ Al respecto Severo manifestó que él siempre había tenido “alma de mujer”. Después de que fue descubierto su secreto, Severo se mantuvo totalmente encerrado durante 16 meses, y en las noches “daba grandes gritos profiriendo injurias y amenazas”. La sexualidad de este artista se convirtió en un tópico central para la reflexión clínica. ¿Cómo se identificaba Severo? Según la transcripción de sus palabras que aparecen en la tesis, mencionó:

Yo llamo andróginos a aquellos individuos que pueden sentir como hombre y como mujer, y he propuesto (existiendo en ellos además todas las características de la mujer psíquicamente hablando), operaciones consistentes en injertar grandes labios alrededor del esfínter anal e injertos en los senos. Marco diferencia entre los andróginos (yo soy uno de ellos y aquí y en todas partes hay muchos), y los que llaman cuarenta y uno. Estos últimos son degenerados, la mayor parte por senilidad o por alcoholismo (Buentello, 1930: 23).

Él proponía que se reconociera “legalmente la existencia de los andróginos puesto que las leyes deben ir de acuerdo con la naturaleza”. También sugería cirugías para transformar los cuerpos de hombres en mujeres. Proponía: injerto de pestañas rizadas, transfusión de sangre femenina en los andróginos para poder convertirlos en mujeres, injerto de pezones femeninos, y la reversión del pene. Se dispuso a escribir un certificado médico para que fuera firmado por el médico en el cual decía:

Por la presente certificamos que el llamado SAS el cual ha adoptado el nombre de Philae de Lesbos por profundos disgustos de su exfamilia, es andrógino, es decir: hombre-mujer, predominando tanto en su organismo como en su psiquis el sexo femenino, según exámenes científicos que hemos hecho en su persona, y aspirando como aspira, a acercarse más, tras serie de operaciones de muestra y de su invención, al tipo mujer. Y para los usos que convengan al interesado le extendemos el presente certificado (Buentello, 1930: 34).

Esta es una interesante propuesta que en su momento fue tildada de locura: querer que el cuerpo de hombre cambiara a cuerpo de mujer. Más que una preferencia sexual por los hombres, Severo enfatiza que él era “andrógino” ya que sentía y pensaba como mujer, razón por la cual solicitaba a los médicos intervenciones quirúrgicas y un reconocimiento legal frente a las autoridades civiles. Sabemos que en la generación de los llamados artistas decadentes, la homosexualidad fue un elemento presente. Pero no solo eso: el famoso caso de los 41 cuando miembros de la clase alta

⁷ AHSS, F-MG, SE-EC, caja 177, exp. 9999, s.f.

mexicana fueron sorprendidos en una fiesta donde bailaban vestidos con ropa de mujer es referenciado por Severo.⁸ Por ello él dice que estos casos obedecían a la “degeneración” propia de la senilidad o del alcoholismo; mientras que su androginismo era explicado en función de su propia naturaleza. De hecho, Amado Nervo escribió el poema *Andrógino* en 1898, lo cual nos permite deducir que esta palabra formaba parte del léxico de los poetas de la época.

Por ti, por ti, clamaba cuando surgiste,
 infernal arquetipo, del hondo Erebo,
 con tus neutros encantos, tu faz de efebo,
 tus senos pectorales, y a mí viniste.

Sombra y luz, yema y polen a un tiempo fuiste,
 despertando en las almas el crimen nuevo,
 ya con virilidades de dios mancebo,
 ya con mustios halagos de mujer triste.

Yo te amé porque, a trueque de ingenuas gracias,
 tenías las supremas aristocracias:
 sangre azul, alma huraña, vientre infecundo;

porque sabías mucho y amabas poco,
 y eras síntesis rara de un siglo loco
 y floración malsana de un viejo mundo.

El deseo de un hombre por convertirse en mujer era una clara trasgresión a los parámetros de género construidos y validados social y culturalmente. Podemos afirmar que Severo fue, en palabras de Nervo “una síntesis rara del mundo loco”. Si bien a la mujer que vivía con Severo le causó sorpresa enterarse de que en un baúl guardaba ropa de mujer que solía usar en momentos de soledad, esta preferencia no fue el centro de los debates psiquiátricos. Más bien, lo que sí resultaba “anormal” era la firme creencia en que, gracias a los avances de la medicina, y después de numerosas intervenciones quirúrgicas pudiese llegar a tener un cuerpo de mujer. Amador encontró en la categoría “andrógino” la posibilidad de ubicar su condición en un terreno científico, muy alejado de los “degenerados” que preferían a los de su mismo sexo. Este conjunto de operaciones quirúrgicas para convertir su cuerpo en uno de mujer, fue considerado por los

⁸ Sobre el caso de los 41 hombres capturados que vestían atuendos femeninos durante el porfiriato, véase Barrón Gavito, 2010.

médicos de La Castañeda como manifestación delirante y propia de un paranoico, lo que en otro contexto podría ser visto como ciencia ficción y 70 años después como algo perfectamente posible.

Como se desarrollará más adelante, el delirio razonado consiste en una, pero llegan a un punto en el cual se convierten en delirantes en tanto carentes de sustento. Por consiguiente, las propuestas de Amador están tejidas bajo una misma lógica, pero Buentello retoma solo las ideas que él considera delirantes. Por ejemplo, además de la mencionada propuesta quirúrgica, el expediente contiene varias hojas con detallados proyectos que no llegaron a la tesis de Buentello. Entre ellas encontramos la idea de crear colonias agrícolas donde trabajaran los militares para producir alimento y así hacer de los soldados personas útiles a la economía nacional. Otra de sus ideas partía de sus observaciones en el Manicomio: sugería que muchos de los locos internados tenían capacidad para aprender y así mejorar sus condiciones de vida, razón por la que sugería crear una orquesta, abrir una escuela, enseñar bellas artes, crear jardines y huertos, lo cual posibilitaría, además, que la institución fuera autosustentable. Le asombraba ver la cantidad de terrenos desperdiciados que podían convertirse en hermosos campos de hortalizas.

He observado en el Manicomio General La Castañeda que de 300 locos hay 200 que no lo son. Muchos son hombres que necesitan una pequeña curación y luego quedan aptos para regresar a sus hogares [...] un agricultor se desespera acá y se debilita. Un artista, un pensador o un obrero pierden sus energías [...] de aquí saldrían hombres útiles si se les tratara con menos rigor, si se les dieran sus alimentos apropiados, si hubiera menos ruido que produce la neurastenia.⁹

Estas ideas de Severo datan de 1925, tres años antes de que llegara a la dirección del Manicomio La Castañeda el doctor Samuel Ramírez Moreno, quien creó la Escuela para Niños Anormales, fomentó las clases de gimnasia, educación física, e impulsó un ambicioso proyecto para convertir en cultivos agrícolas los terrenos del Manicomio, los cuales en un par de años lograron producir la cantidad de comida suficiente para alimentar a todas las instituciones dependientes de la Beneficencia Pública.¹⁰ Severo solicitaba audiencia con las autoridades de la institución para exponer sus propuestas, pero esta no le fue concedida.

⁹ AHSS, F-MG, SE-EC, caja 177, exp. 9999, s.f.

¹⁰ Sobre los cambios introducidos en el Manicomio General La Castañeda bajo la dirección de Samuel Ramírez Moreno, véase Sacristán, 2008 y 2005.

IMAGEN 4. Tierras cultivadas en el Manicomio General La Castañeda, 1938.



Fuente: Fototeca INAH. Inv. 462138.

Así, estas ideas, consideradas delirios por los psiquiatras, a las que le dedicó Severo extensas reflexiones y que no fueron tomados en cuenta por Buentello, eran posibilidades reales que se concretizaron a la vuelta de los años; de manera que no todos sus proyectos eran tan delirantes. Sin embargo, hubo otros delirios que si bien tenían una base lógica, su realización era imposible. Por ejemplo, debido a que la inoculación fue durante mucho tiempo el principio para crear la vacuna contra enfermedades tan letales como la viruela, Severo proponía inocular pus de personas con tuberculosis, cáncer y sífilis en cuerpos sanos para lograr crear vacunas contra tales afecciones. Si bien la base es bastante lógica, el desconocimiento de cómo funcionan estas enfermedades hacía que la propuesta fuera totalmente inviable. Otra idea de Severo era el transporte de mercancías desde la costa veracruzana hasta la capital mexicana en canastos que se desplazaran por cables soportados por postes de hierro, como los del tranvía, con alambre de cobre. Así habría pescado fresco en el Manicomio todos los días en caso de que allí se construyera una base para la descarga y, a su vez,

se enviaría verdura fresca producida en La Castañeda. También se trasportaría la correspondencia en dichos canastos.¹¹ La idea parte de premisas lógicas; sin embargo, económicamente es totalmente inviable debido a los elevados costos y la complejísima estructura que se debía construir a lo largo de casi 400 kilómetros. Aunque lo que más llamó la atención de los médicos no fueron estas ideas, sino la insistencia de Severo en que el Estado debía pagarle una cantidad proporcional a las ganancias que generarían sus inventos. Una muestra de ello es la cantidad de cartas escritas al director del Manicomio en las cuales le informaba que había diseñado una máquina para producir platos en grandes cantidades. Le solicita personal para ser capacitado, material y herramientas. También señala que es un gran negocio ya que pueden fabricarse hasta 20 millones de platos para venta en el exterior. Afirma que cederá la patente a la Beneficencia Pública y solo pide a cambio un mejor nivel de vida en el Manicomio. A Buentello le llamaba la atención que del “espíritu cultivado” de Severo salieran propuestas que si bien eran lógicas y coherentes “no están de acuerdo con las posibilidades de la realidad por lo cual constituyen tan solo verdaderas utopías, creadas por la personalidad poderosamente intuitiva del paciente”. Así, el joven tesista tomó aspectos de la vida de Severo que, desde su punto de vista, fuesen útiles para justificar el diagnóstico, mientras que un conjunto de ideas para mejorar la vida de la institución quedó en el expediente.

La paranoia y un encuentro psicoanalítico

¿Qué diagnóstico recibió Severo Amador? Además de su interés por convertirse en mujer, tener numerosos proyectos —algunos viables y otros no tanto— y haber tenido una conducta agresiva con la familia, hubo dos aspectos que llevaron tanto a Buentello como a otros médicos de La Castañeda al diagnóstico de paranoia. Un primer aspecto se relacionaba con la “sobre-estimación del yo”, la cual se evidenciaba en la cantidad de cartas dirigidas al presidente de la República y al presidente de la Confederación Regional Obrera de México (CROM). En estas cartas Severo ofrece compartir con la nación sus descubrimientos científicos y, además, solicitaba que se hiciera una impresión de folletos con sus proyectos, los cuales serán vendidos a todos los mexicanos y a su vez ellos podrían usarlos para me-

¹¹ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 177, exp. 9999, s.f.

jorar sus vidas y su economía. Una notable muestra de su locura, según Buentello, es una carta escrita al Presidente de la República Emilio Portes Gil, en la cual solicita un millón de pesos cada año durante un cuatrienio debido a las obras artísticas que estaba produciendo en La Castañeda; además, señala que recibirá todos los regalos que “el pueblo mexicano” le enviara voluntariamente en agradecimiento por todos sus aportes a la nación.

El segundo aspecto que lleva a Buentello a diagnosticar paranoia tiene que ver con un fenómeno que comenzó seis años atrás, allá en 1914: Severo comenzó a oír voces. Vivía en una vecindad donde sentía que los españoles, quienes eran sus vecinos, lo espían y le gritaban improperios. Decidió cambiarse a un hotel y allí también escuchó voces que lo ofendían. Donde quiera que iba escuchaba voces que lo insultaban, principalmente a media noche, razón por la que frecuentemente cambiaba de domicilio. Decía haber encontrado cables escondidos en las paredes los cuales eran usados para espíarlo. Él suponía que los dueños de las casas donde había vivido formaban parte de una sociedad secreta desde donde acordaban estrategias para acosarlo. En el Manicomio también oía las voces, aunque no lograba comprender lo que decían. Severo le dijo a Buentello que la silla donde trabajaba estaba conectada a un imán ya que cuando él se sentaba se sentía muy pesado, razón por la cual les puso unos aislantes a las patas; en consecuencia Severo deducía que había un sistema de magnetismo alrededor de él cuyo funcionamiento buscaba espíarlo día y noche (Buentello, 1930: 35-36).

Cuando Severo ingresó a La Castañeda, su acompañante presentó una carta del doctor Gregorio Oneto Barenque en la cual se afirmaba que el paciente tenía parálisis general progresiva. Sin embargo, en el análisis que le hicieron en La Castañeda y que reposa en el expediente, el resultado de la prueba Wasserman fue negativo, lo cual nos lleva a dudar de que la locura de Severo fuese originada por la sífilis. Buentello en ninguna parte de su tesis menciona a la sífilis como posible causa del complejo cuadro clínico del paciente, más bien dedica decenas de páginas a una revisión de los autores que en ese momento eran considerados como los referentes para comprender lo que le ocurría a Severo. En las primeras décadas del siglo XX hubo un fenómeno interesante en la clínica psiquiátrica: la hegemonía se desplazó de Francia a Alemania. Después de haber sido durante todo el siglo XIX el referente mundial de la psiquiatría, Francia dejó de serlo frente a la solidez de la propuesta germana liderada por

Emil Kraepelin y Eugen Bleuler (Huertas, 2005; Bercherie, 2014). Debido a que México había tenido una medicina claramente francófila, en las décadas de 1920 y 1930 los primeros psiquiatras comenzaron a discutir sobre la utilidad o no de las propuestas de Kraepelin frente a los autores franceses; debates que se llevaron en el terreno de la demencia precoz principalmente (Ríos Molina, 2017). En el marco de la clínica psiquiátrica francesa, Buentello se acercó a la obra de Serieux y Capgras quienes abordaron el delirio de interpretación como un estado caracterizado por la desviación de las funciones intelectuales, lo cual no necesariamente implicaba una decadencia o un desorden general, pero con ideas delirantes sistematizadas; fenómeno que es ubicado en el carácter individual al margen de lesión orgánica alguna. Así, lo que se evidencia es un “exceso” de razonamiento donde el sujeto sobreanaliza las cosas, llegando a conclusiones delirantes; esto es justamente un delirio de interpretación. Por su parte, Kraepelin, quien introdujo la variable temporal en su nosología, señaló que la paranoia era una afección endógena, sin causa orgánica, sin evolución demencial incurable y con un delirio coherente. Buentello menciona que Severo tenía todos estos síntomas; además, la sobre estimación del valor propio lo llevaba a un conjunto de errores en las apreciaciones sobre sí mismo, lo cual lo lleva a ser vanidoso y aislarse del mundo para desarrollar inventos. Desarrolló una desconfianza hostil, vanidad y falsedad en el juicio; es decir, las características propias de lo que Jules de Gaultier en 1892 denominó “Bovarismo”, entendido como la insatisfacción emocional permanente generada por la negación de la realidad, lo que llevaba al sujeto a verse de manera muy diferente de lo que en realidad era; tal como le ocurrió a Madame Bovary, quien veía una imagen de ella muy alejada de la real.

Buentello menciona una interesante tensión en la que él se encontraba: la constitución y la herencia habían sido la base durante mucho tiempo en la psiquiatría y seguían siendo determinantes, pero, por otra parte, el psicoanálisis invitaba a abandonar el tema de la constitución con el argumento de que “como conjunto de caracteres innatos y no modificables, constituye un obstáculo al esfuerzo terapéutico, haciendo prevalecer las ideas de determinismo y fatalismo” (Buentello, 1930: 63). Según Buentello, limitarse a lo hereditario y a lo orgánico era “incompatible con las tendencias de nuestra generación que busca ante todo, obrar, tratar, a esta clase de enfermos, como se hace en las demás ramas de la medicina”. Para este joven médico, el psicoanálisis era una ruta para poder comprender estos

casos en los cuales no había falla orgánica y el problema era claramente psicogénico con evidentes componentes sociales, por consiguiente, las propuestas de Sigmund Freud le abrían una interesante puerta analítica.

En la generación de Edmundo Buentello estuvieron los primeros lectores de Freud en México. Manuel Guevara Oropeza presentó en 1923 la primera tesis en la Escuela de Medicina titulada *Psicoanálisis*; (Guevara Oropeza, 1923) además, José Quevedo presentó en 1929 una tesis que se podría considerar como el primer psicoanálisis del cual tenemos información en México (Quevedo, 1929). De manera que La Castañeda durante sus primeras dos décadas de vida fue un espacio donde se leyó tanto a Kraepelin como a Freud.¹² Sin embargo, a diferencia de Guevara Oropeza quien critica ampliamente el “pansexualismo” freudiano, Buentello consideró que la perspectiva de Freud sobre la sexualidad era una interesante ruta analítica para comprender el caso de Severo, ya que era la única forma para “encontrar en lo posible algunos datos de orden inconsciente que pudieran haber producido el elemento paranoide”. Buentello no se limitó a analizar la autobiografía y el expediente clínico ya que los consideró como un conjunto de datos que no debían ser tomados como fidedignos “dado que el sujeto puede haber expulsado de su memoria por represión las pruebas de anteriores sensaciones causa de su perturbación”. Buentello no pasó por un psicoanálisis sistemático, pero sabía cómo funcionaba e hizo un intento por analizar a Severo. Hubo siete sesiones hasta que el paciente se negó a asistir ya que se consideraba objeto del “jesuitismo” debido a que parecía una confesión de pecados (Buentello, 1930: 66). Manifestó arrepentimiento por lo dicho y amenazó a Buentello con una denuncia penal. ¿Qué dijo? Solo tenemos muy breves fragmentos que editó el joven practicante.

Severo comenzó manifestando que cuando era niño, en la escuela lo “tomaban como mujer” por el trato que le daban; le solían decir “chula”; máxime desde cierta ocasión en que llegó a un evento especial con zapatos de mujer. “En mí siempre ha habido tendencia al feminismo, pero entonces, como inocente que era no me daba cuenta de mi sexo andrógino”. Manifestó haber tenido, desde su infancia, el gusto por usar zapatos de las mujeres de la familia. Su primer contacto sexual lo tuvo con una tía que se suicidó. Pero su “pasión sexual” despertó con una hermana con la que dormía y aunque nunca tuvo sexo con ella, era quien poblaba sus

¹² Sobre los primeros lectores de Freud en México véase Capetillo, 2012 y Velasco, 2015.

sueños eróticos. Además, se dedicó al “vicio de Onan”, pero el placer real lo encontró en la estimulación anal: “hacía exactamente lo que hacen las mujeres cuando les falta hombre, se introducen el dedo, a veces hasta la mano o cuerpos extraños” (Buentello, 1930: 69). Según Buentello, a partir de esa confesión imperó el silencio en la entrevista; silencios cada vez más prolongados y siempre se negó a relatar sus sueños. El tema se desvió por completo hacia tópicos como el movimiento estudiantil, hasta que Severo decidió no conversar más.

Para Buentello, el psicoanálisis era el medio ideal “para obtener resultados fundamentales y acertados” (Buentello, 1930: 72). De manera particular, el abordaje de la sexualidad era la opción analítica para este tipo de casos ya que “los síntomas representan pues un substitutivo de tendencias que toman su fuerza de la fuente del instinto sexual”. Para este joven médico resultaba muy obvio lo narrado por Severo sobre la relación con la madre, donde la persona amada se convierte en perseguidora; razón por la cual ella aparecía como protagonista de sus delirios. En relación con la homosexualidad, esta aparece primero como “subconsciente” y luego como “motivo delirante en su trastorno establecido”, al punto de no generar resistencia alguna, sino que más bien era motivo de orgullo. Finalmente, al abordar la figura del padre, Buentello afirma que el profundo respeto y miedo a Elías había generado una renuncia a la mujer, lo cual significa que el sujeto eludía la competencia con el padre.

Conclusión

El análisis de la “voz” del paciente es un tema que recientemente se ha puesto como prioridad historiográfica. La leyenda negra de la psiquiatría se encargó de fomentar la idea de que la voz del paciente era silenciada desde el poder psiquiátrico que se encargaba de opacarlo y someterlo. Frente a dicha realidad, la historiografía ha abordado un gran número de casos donde las fuentes, ya sean cartas, diarios o entrevistas, nos permiten acceder al punto de vista del paciente (Waddi, 2009, Villasante, *et al.*, 2018). En el caso de los expedientes clínicos, ¿allí podemos acceder a la voz de los pacientes pese a que muchas veces son el resultado de entrevistas extensas transcritas por los psiquiatras? Es obvio que no, ya que el documento entero está mediado por la mirada y acción del psiquiatra. En el caso de las tesis, los psiquiatras eligen casos que les permiten desplegar sus teorías, mientras que en los expedientes se registra lo que es considerado como relevante desde la mirada clínica. Por consiguiente, en lugar de lamentar

que ahí no aparece la verdadera voz del paciente cual esencia a rescatar, es necesario partir de que la fuente nos pone frente a un encuentro doble: entre sujetos, a saber, el psiquiatra —o los psiquiatras— con el paciente, y entre contextos: la institución psiquiátrica con el contexto sociocultural del sujeto. Las fuentes aquí analizadas nos hablan de un encuentro, y debe así analizarse. En los textos médicos aparece aquello que el especialista considera relevante, por ello es una narración que ofrece “su” versión de las cosas y excluye lo que desde su punto de vista es intrascendente. En ocasiones tenemos varias observaciones hechas por diferentes médicos y lo interesante es que muchas veces terminan en diferencias de criterio, algunas veces substanciales, ya que la descripción clínica es una versión de la realidad, no es la realidad del paciente. De la misma forma, aquello que según el expediente dijo el paciente, fueron palabras emitidas en función de las especificidades del interlocutor y del contexto. Por consiguiente, tanto las palabras del psiquiatra como las del paciente se entretajan cual hilos que le dan forma a la narración; y tomar solo uno de los hilos sería la ruta para interpretar de forma descontextualizada.

En Buentello vemos un interés por aquello difícilmente clasificable: el paranoico. Su explicación se distancia del imperante modelo organicista y se acerca al psicoanálisis como ruta explicativa. Después de varias sesiones Buentello señaló aquello que fue un fracaso terapéutico ya que Severo no le permitió seguir con las sesiones ni tampoco quiso compartir sus sueños. Sin embargo, su lectura de Freud le permitió concluir que la compleja sexualidad del paciente solo podía comprenderse a partir de la pésima relación con la madre y el desdibujamiento de la figura paterna, razón por la cual había renunciado a la madre en un claro rompimiento del triángulo edípico. Por su parte, las “locuras” de Severo que aparecen tanto en el expediente como en la tesis, adquieren sentido en el marco de un momento histórico de transición, donde este artista vivió la tensión entre el arte nacionalista y el folklor, por una parte, y el decadentismo por otra. Así, en lugar de comprender las fuentes clínicas como una relación de poder vertical y jerarquizada entre médico y paciente, debemos pensarlas como un conjunto de fragmentos de los contextos médico y sociocultural, que adquieren sentido y se articulan en el encuentro clínico.

Referencias bibliográficas

- Amador, Severo. 1918. *Himno a Salomé*. México, s.p.i.
- Barrón Gavito, Miguel Ángel. 2010. “El baile de los 41: la representación de lo afeminado en la prensa porfiriana”, en *Historia y Grafía*, núm. 34, pp. 47-73.
- Bercherie, Paul. 2014. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial.
- Buentello, Edmundo. 1930. *Consideraciones clínicas y nosológicas sobre el delirio de interpretación*, tesis de licenciatura, México, Escuela de Medicina.
- Capetillo, Juan. 2012. *La emergencia del psicoanálisis en México*. México, Universidad Veracruzana.
- Chakrabarty, Pratik. 2013. *Medicine and Empire, 1600-1960*. Palgrave, Macmillan, 2013
- Guevara Oropeza, M. 1923. *Psicoanálisis*, tesis de licenciatura, México, Escuela de Medicina.
- Huertas, Rafael. 2013. “Another History for Another Psychiatry. The Patient’s View”, *Culture & History Digital Journal*, vol. 2, núm. 1, e021.
- _____. 2005. *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia.
- Lacan, Jaques. 1984. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI.
- Leyva, José Mariano. 2013. *Perversos y pesimistas. Los escritores decadentes mexicanos en el nacimiento de la modernidad*, México, Tusquets.
- Maya González, José Antonio. 2010. *Salvador Quevedo y Zubieta: de la escritura errante a la medicina mental en el Manicomio General de La Castañeda. 1859-1935*, tesis de maestría en Historia Moderna y Contemporánea, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Mérida, Carlos. 1920. “La exposición de Severo Amador”, *El Universal Ilustrado*, 30 de septiembre, p. 5 y 31.
- Porter, Roy. 1989. *Historia social de la locura*, Barcelona, Crítica.
- Quevedo, J. 1929. *Isaena. Un caso psicoanalítico*, tesis de licenciatura, México Escuela de Medicina.
- Ríos Molina, Andrés. 2017. “Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva”, en Andrés Ríos Molina (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, UNAM-Instituto Mora, pp. 71-122.

- _____. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI.
- _____. 2004. “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. VI, núm. 2, pp. 17-35.
- Sacristán, Cristina. 2008. “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, pp. 99-123.
- _____. 2005. “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 12, núm. 3, pp. 675-692.
- Vázquez Santa Ana, Higinio. 1925. *Canciones, cantares y corridos mexicanos*, México, M. León Sánchez
- Velasco, Jose. 2015. *La génesis social de la institución psicoanalítica en México*, México, UAM-Xochimilco/Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Villasante, Olga, Ruth Candela, Ana Conseglieri, Paloma Vázquez de la Torre, Raquel Tierno y Rafael Huertas. 2018. *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Catarata.
- Wadi, Yonissa. 2009. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, Minas Gerais, EDUFU.
- Zavala Díaz, Ana Laura. 2012. *De asfódelos y otras flores del mal mexicanas. Reflexiones sobre el cuento modernista de tendencia decadente (1893-1903)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Filológicas, Seminario de Edición Crítica de Textos.
- _____. En prensa. “Los poetas hablan la lengua del infinito’: notas a propósito de la obra de Severo Amador”.

SEGUNDA SECCIÓN



PROCESOS JUDICIALES

EL JUICIO DE INTERDICCIÓN COMO FUENTE PARA LA HISTORIA: PISTAS Y RUTAS PARA SU ANÁLISIS*



*Cristina Sacristán***

En 1873, el catedrático de obstetricia Ignacio Torres participó en un juicio de incapacidad por enajenación mental en la ciudad de México (Ruiz, 1963: 13, 56). En su informe pericial rendido ante el juez Leocadio López, sostuvo la cordura del demandado por la serenidad demostrada en un proceso donde se jugaba todo lo que daba sentido a su vida: familia, trabajo, bienes y honor. Para Torres:

En los seis días que por espacio de una hora o más lo he observado, [...] percibe bien las ideas, forma juicios rectos y racionios exactos. Algo más, estando en una situación lamentable, separado de la compañía de su esposa, de sus hijos que deben serle queridos, y privado del derecho más natural del hombre, cual es la defensa propia; rebajada su inteligencia hasta la niñez, que necesita de pupillaje; y temiendo perder sus intereses si la opinión médica le fuese contraria, en esta triste situación, repito, ningún acto de irritabilidad o arrebato le he notado, tan propio en una persona interrogada por tanto tiempo, y en que nota [que] se le habla de actos que han pasado en el interior de la sociedad conyugal, y otros que, por no ser comunes, se le ridiculizan (Linares, 1873: 75-76).

Luis Hidalgo y Carpio fue otro de los médicos que también colaboró en este juicio en su calidad de especialista en medicina legal (López, 1944: 541-542), pero a diferencia de su colega, consideró que la nula inclinación por defenderse y la pasividad exhibida durante los interrogatorios, evidenciaba su estado de insania:

* Agradezco los comentarios recibidos para mejorar este texto a los integrantes del proyecto “El estudio del campo *psi* en América Latina desde las ciencias sociales: aspectos teóricos y metodológicos”, en particular a Martha Santillán Esqueda y a Yonissa M. Wadi. Asimismo, agradezco las valiosas aportaciones recibidas en los seminarios *Salud, Historia y Sociedad Contemporánea y Familia y Diversidad*, ambos del Instituto Mora, especialmente a los comentaristas Emma González y Ricardo Guzmán Wolffer.

** Profesora-investigadora, Instituto Mora, México.

El señor Raygosa, encontrándose hoy bajo el peso de un juicio de interdicción, que si le fuese declarado injustamente sería su completa ruina, permanece impasible y hasta cierto punto indiferente; pues no quiere recibir al curador nombrado interinamente por el juzgado, ni al abogado de aquél, para suministrarles los datos de su defensa; suponiéndolos influidos y del partido de sus contrarios. Por otro lado, no busca a los médicos para demostrarles la lucidez de su estado mental, ni se desempeña en esto por escrito o de palabra; fastidiándose algunas veces, de que se le pidan explicaciones sobre los hechos que fundan el pedimento de interdicción hecho por la parte contraria [...] de consiguiente, no se encuentra hoy en un lúcido intervalo perfecto ni en un período de intermitencia, ni menos completamente sano (Linares, 1873: 89-91).

Estas pocas líneas condensan el drama de un hombre que a sus cincuenta años y tras una brillante carrera como abogado y político, se vio envuelto en un procedimiento judicial que puso en duda el goce de sus facultades mentales. Interrogado por jueces, médicos y abogados, y expuesto al minucioso registro de la prensa y a las veleidades de la opinión pública, recibió el último fallo tras cuatro largos años de un proceso donde su propia familia tuvo una parte muy activa. Sin duda, Felipe Raygosa despertó el interés de los 16 médicos que intentaron establecer la capacidad de un sujeto para la vida civil mediante la exploración de su mundo interior (Gauchet, 2009: 24), y no solo porque entre ellos hubo francos desacuerdos como los señalados en las citas referidas, sino por la complejidad que significó trazar la delgada línea que separaba la locura de la cordura, al punto de que Raygosa fue declarado parcialmente incapaz.¹

Este caso me atrapó por muchas razones cuando me detuve en la lectura de las diferentes sentencias que, de acuerdo con el Código civil, debían hacerse públicas.² Desde la perspectiva de la ciencia, no dejó de sorprenderme el elevado número de médicos que concurrió al llamado de los jueces y sobre todo, el diagnóstico final de monomanía, una entidad clínica ambivalente utilizada por el alienismo francés en los tribunales civiles y criminales para posicionarse como un saber experto en

¹ Las sentencias pueden verse en “Interdicción absoluta por causa de enajenación mental”, *El Foro. Periódico de Jurisprudencia y de Legislación*, t. IV, núm. 41, 18 de agosto de 1874: 162-164. “Interdicción absoluta por causa de enajenación mental”, *Ibid.*, t. VI, núm. 9, 15 de enero de 1876: 33-34. “Interdicción parcial por causa de enajenación intelectual parcial”, *Ibid.*, t. I, 2ª época, núm. 107, 12 de junio de 1877: 426-427. “Interdicción parcial por causa de enajenación intelectual parcial (concluye)”, *Ibid.*, t. I, 2ª época, núm. 108, 13 de junio de 1877: 430-431.

² Código 1879 [1870]: art. 525. A lo largo del capítulo se citará el primer Código civil que rigió en la capital de la República mexicana, promulgado en 1870 aunque entró en vigor al año siguiente, así como el primer Código de procedimientos civiles promulgado en agosto de 1872 y que entró en vigor al mes siguiente, Código 1882 [1872].

el ámbito forense (Goldstein, 1987: 162-196). Al parecer, la monomanía también había encontrado eco en la medicina mexicana, por lo que se abría la oportunidad de estudiar la recepción de una teoría científica y su uso en los medios judiciales. Que el implicado en cuestión fuera abogado y miembro de la élite política, añadía un ingrediente extraordinario a este proceso pues al tratarse de un letrado, Raygosa tuvo conciencia de lo que suponía la pérdida de la capacidad civil apenas comenzado el juicio. Una suma de pruebas tan dispar como un inventario de los bienes muebles de una hacienda, una receta de *cold-cream*, el acta de nacimiento de una niña recién venida al mundo y una extensa genealogía que retrocedía en el tiempo hasta mediados del siglo XVIII, avivaron mi interés. En efecto, como supe después, el caso Raygosa se podía encaminar hacia tres rutas de análisis: el largo camino recorrido por los médicos para certificar la locura en el campo judicial cuando aún no existía en ese momento en México una especialidad denominada psiquiatría, el impacto de un fallo de este tipo en la administración de los bienes de una familia de la élite que había estado precedido por desencuentros, pugnas y lucha de poderes entre los parientes, y la situación de minoría de edad a la que se vio reducido en unos cuantos días quien hasta entonces había sido un ciudadano de pleno derecho y que, a los ojos de propios y extraños, figuraba como loco. Había dado con “el caso”, como después descubrí al escudriñar la prensa que, incrédula, se vio sacudida por la magnitud de la “infamia”, de la que poco a poco se fue olvidando.³

Acudí entonces al archivo del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal para hacerme con el expediente judicial.⁴ No parecía complicado pues contaba con la fecha de inicio del proceso: 7 de febrero de 1873, el nombre del implicado, Felipe Raygosa, y el de la parte demandante, su esposa Manuela Moncada. En dicho archivo, los juicios se encontraban muy bien ordenados distinguiendo lo penal de lo civil, por cronología y

³ Las notas periodísticas fueron muy abundantes al inicio de la causa, pero después se limitaron a reportar los distintos fallos judiciales sin entrar en debate respecto a la locura o cordura de Raygosa. Véase a manera de ejemplo, “¡¡¡Escándalo!!! ¡¡¡Arbitrariedad!!!”, *El Monitor Republicano*, núm. 41, 16 de febrero de 1873: 4; “Boletín del Monitor. El Sr. Raigosa”, *Ibid.*, núm. 42, 18 de febrero de 1873: 1, “Boletín del Monitor. Otra vez el negocio Raigosa”, *Ibid.*, núm. 43, 19 de febrero de 1873: 2, y “Negocio ruidoso”, *Ibid.*, núm. 47, 23 de febrero de 1873: 4. Si bien en la prensa y en otros documentos el apellido de nuestro personaje aparece escrito de diversas maneras (Raigosa, Raygoza, Raygosa), hemos optado por esta última debido a que así se consignó en las sentencias.

⁴ En mi pesquisa por archivos y bibliotecas, conté con el invaluable apoyo de Jaime del Arenal Fenocho, historiador del derecho y maestro, a quien le estoy muy agradecida.

en orden alfabético de la parte actora, en este caso, Moncada. Para mi sorpresa, el juicio de interdicción contra Raygosa se había esfumado. Constató la “Certificación de haberse recibido en la secretaría del Tribunal Superior de Justicia los cuadernos relativos a los autos promovidos por la señora doña Manuela Moncada de Raygosa, esposa del ciudadano licenciado Felipe Raygosa sobre interdicción legal por demencia”, es decir, el acuse de recibo de 19 cuadernos que comprendían alrededor de 500 fojas y que habían llegado a la tercera sala del Tribunal a principios de 1874, pero nada más.⁵ Encontré, sin embargo, asuntos de orden procesal relativos a este caso, así como causas civiles y penales iniciadas por el propio Raygosa que despertaron aún más mi curiosidad: una demanda de poca monta contra un carnicero, otra contra su vecino por privarle de luz en su vivienda, y escritos dirigidos al juez de su puño y letra, redactados tras recibir el último y definitivo fallo que lo incapacitó, por lo que no tuvieron ningún efecto jurídico, pero me dieron acceso a su intimidad.

Así las cosas, durante varios años reuní innumerables fuentes para suplir el documento primordial del que carecía, pero también para comprender los entresijos ocultos en un juicio de esta naturaleza en el que se disputaba la conservación de un patrimonio de cierta cuantía. Por ello, en este trabajo quiero compartir mi experiencia de investigación frente al reto de cubrir las omisiones del archivo. El objetivo es señalar el camino recorrido en la búsqueda de fuentes alternativas y rutas metodológicas para adentrarse en las posibilidades analíticas de la interdicción a través de un estudio de caso que por su relevancia pública dejó huellas que podemos rastrear más allá del expediente judicial. Lo haremos en diálogo con la historiografía latinoamericana sobre la historia de la psiquiatría —por el despliegue de la competencia médica en la certificación de la locura en un contexto judicial donde coexistían saberes legos y expertos—, la historia de la familia —en tanto el fallo por incapacidad incidía directamente sobre la gestión del patrimonio familiar y suponía un reacomodo de las atribuciones propias del núcleo familiar desde el momento mismo en que se dudaba del estado mental de uno de sus miembros e iniciaba la querrela—, y la historia de la subjetividad —un lugar que permite recupe-

⁵ Archivo Histórico del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, Sección civil, Paquete Monc-Monrr. El fondo documental correspondiente a este archivo se encuentra actualmente en el Archivo General de la Nación, México, pero aún no se ha catalogado en su totalidad, por lo que refiero la catalogación original de los documentos cuando se hallaban bajo resguardo del Tribunal. La consulta fue realizada entre 1993 y 1996.

rar de manera directa la experiencia de la exclusión, conformada por narrativas donde los supuestos locos niegan dicha condición y apuestan a ser escuchados. Desde una perspectiva hermenéutica, daremos cuenta de las dificultades de interpretación que presentan los procesos de incapacidad por la cantidad de intereses en juego y en conflicto que desata un juicio de esta naturaleza, el muy diverso y considerable número de testimonios requeridos para llegar a una resolución, y las ambigüedades que el propio código civil abrió, dejando al arbitrio del juez y de los actores implicados más de lo que el modelo codificador suponía, como enseguida veremos. Pero antes, para aquilatar el significado de la interdicción, iremos al contexto de su producción: los inicios de la modernidad política y el nacimiento de la medicina mental en el siglo XIX.

Incluir desde la exclusión

La interdicción —dirigida a la protección de la persona considerada incapaz de dirigir su vida y administrar sus bienes mediante la intervención de un tercero— fue establecida por primera vez en el Código civil francés, aprobado en 1804 bajo el gobierno de Napoleón Bonaparte, un instrumento destinado a enterrar la estructura jurídica del Antiguo Régimen. El impacto de este corpus alcanzó al mundo latino por compartir una misma tradición procedente del derecho romano, de ahí que tras las revoluciones liberales en Europa y las independencias en América, muchos países se sumaron a la promulgación de códigos y con ello, defendieron una noción de Estado y de justicia centrada en el individuo, la propiedad privada y su libre contratación (Merryman, 1994: 15-58). Para comprender el juicio de interdicción, analizaremos bajo qué presupuestos jurídicos y políticos se transitó al llamado Estado liberal o Estado de derecho, basado en la división de poderes, y en cuyo seno se transformó radicalmente la suerte de los llamados incapaces.

La codificación fue resultado de un proceso de racionalismo jurídico sostenido durante los siglos XVII y XVIII que se afanó, a imitación de las leyes que explicaban la naturaleza física, en descubrir las leyes que regían la convivencia social al margen de toda especulación o sesgo religioso. Así, mediante las luces de la razón, teóricos de la política y el derecho arribaron a principios generales fundados en el conocimiento de la naturaleza humana como el derecho a la propiedad, a la vida y a la libertad, máximas que se constituyeron en las leyes del derecho natural y que se pretendieron universales, aunque las mujeres quedaron excluidas cuando estos

preceptos abstractos se materializaron en los códigos. Una consecuencia de este racionalismo fue la necesidad de contar con un derecho recopilado claro y evidente que ofreciera a los jueces una respuesta certera y única. La codificación, encaminada a unificar y dar coherencia a las leyes, pretendió evitar que su sentido pudiera ser interpretado, pues bajo el Antiguo Régimen los jueces disfrutaron de un amplio arbitrio para sentar jurisprudencia, dando lugar a un derecho casuístico que no simpatizaba con la idea de un solo derecho. Los códigos constituyeron precisamente el instrumento para impedir tales prácticas. En un segundo momento, el racionalismo jurídico, al colocar a los jueces en una posición de aplicar lisa y llanamente la ley sin interpretarla, se avino muy bien con la división de poderes de los estados constitucionales decimonónicos, diseño político que influyó de manera muy importante en la codificación, ya que el poder legislativo alcanzó una situación de preeminencia por ser el depositario de la soberanía nacional, además de asumir la función principal de un Estado, la de legislar (Tomás y Valiente, 1992: 194, 393-395, 475). Fue así como la separación de poderes y el énfasis en la soberanía del Estado devino en un monopolio estatal en la creación del derecho, lo que conocemos como derecho positivo, escrito y producido únicamente por el Estado a través del legislativo para ser aplicado por jueces profesionales autorizados por ese Estado. El tercer elemento que intervino de forma significativa en el proceso codificador fue la idea de igualdad plasmada en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), noción que impulsó aún más la necesidad de contar con un solo derecho para equiparar a todos ante la ley, a diferencia del pluralismo jurídico de Antiguo Régimen que se nutría de muchas fuentes (la costumbre, los fueros y privilegios de los cuerpos, el derecho de juristas o el derecho público promulgado por el rey), opuesto a la idea de igualdad jurídica y completamente ajeno a la noción de un poder central (Merryman, 1994: 40-58; Arenal Fenochio, 1999: 303-322; Speckman, 2006: 1411-1417).

Ahora bien, el nacimiento de la psiquiatría a principios del siglo XIX también ha sido interpretado como fruto de la utopía democrática, igualitaria e individualista que promovió la Revolución francesa en tanto reconoció en el loco su naturaleza humana. Una nueva mirada, que lo alejó de la animalidad asociada a sus rasgos furiosos, permitió entrar en comunicación con su yo. Así, las revolucionarias ideas que imaginaron una sociedad donde todos podían caber, incluso aquellos definitivamente diferentes, apuntalaron la llamada “revolución de la pertenencia”. Los

locos, pero también los ciegos, los sordomudos y los idiotas e imbéciles (diferentes grados de deficiencia mental), empezaron a ser tratados o educados en el tránsito del siglo XVIII al XIX para incidir sobre su capacidad de intercambio con otros seres humanos. Así, la lectura por el tacto, la lengua de signos, la educación especial y el “diálogo con el insensato”, articulado sobre la base de ese resto de razón que los enajenados conservaban, se constituyeron en los medios para traerlos de regreso al mundo del que habían sido excluidos y hacerlos partícipes del nuevo universo igualitario, donde todos parecían caber. De hecho, este intento de los primeros alienistas por restablecer la comunicación con el enajenado en medio de su propia turbación, ha sido interpretado como el mayor aporte del tratamiento moral: descubrir que la subjetividad del loco subsistía aun cuando pareciera abolida o inaccesible, siendo la palabra, medio terapéutico por excelencia, la puerta de entrada a ese yo íntimo (Gauchet y Swain, 1980; Swain, 2009: 103-133).⁶

Este esfuerzo, realizado desde la medicina mental para dejar de percibir al loco como el otro, como fundamentalmente distinto al ser humano, tuvo su correlato en el derecho y el juicio de interdicción —dirigido a dementes, idiotas e imbéciles y a sordomudos analfabetos incapaces de comunicar su voluntad—, es su expresión más acabada en tanto proporcionó herramientas jurídicas a quienes no podían desenvolverse desde la diferencia en una sociedad pensada bajo el signo de la igualdad.⁷

Por otro lado, la interdicción formó parte del derecho de familia, particularmente de las instituciones de tutela reguladas por los códigos civiles. En el caso mexicano, según el Código civil de 1870 aplicable a Raygosa, para dar inicio a la demanda, bastaba con que las personas autorizadas por la ley hicieran la solicitud, es decir, el cónyuge, los futuros herederos o el ejecutor testamentario, a quienes directamente concernía la protección de su patrimonio por el riesgo de acabar totalmente desposeídos. De hecho, la interdicción podía impedir contraer obligaciones como “litigar, tomar prestado, dar o recibir capitales a interés, donar, ce-

⁶ Recientemente se ha revalorado la obra de Gladys Swain como un enfoque historiográfico que destaca la importancia de la subjetividad del mundo moderno en el nacimiento del alienismo, véase Huertas (2013) y (2010).

⁷ Además de la interdicción de dementes, idiotas e imbéciles y sordomudos analfabetos, en el mundo latino algunos códigos establecieron la prodigalidad y la ebriedad consuetudinaria como causa de incapacidad. Para Colombia, véase Arroyave Moreno (2018: 77-86), para Brasil, Petrini (2013: 101-106). En México, en 1884, se promulgó un segundo código para el Distrito Federal que eliminó la interdicción por prodigalidad (Villarello, 1884).

der derechos, transigir, enajenar”, con el fin de resguardar los intereses de terceros. Por ello, en algunos casos el ministerio público resolvía actuar de oficio en defensa de la sociedad, pues quien contratara con un incapaz ignorando su condición mental podía verse estafado (Código 1879 [1870]: arts. 430-432, 456-457, 466, 525).

Para determinar la capacidad jurídica, esto es, la aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones, el juez podía apoyarse en interrogatorios al demandado, en testigos y documentos, pero el código estableció además la certificación de dos médicos, pues se trataba de probar “el estado de demencia” (Código 1879 [1870]: art. 458), expresión genérica que, tanto en el ámbito penal como en el civil, no aludía a una entidad nosológica en particular, sino a la locura o la alienación mental en lo general, es decir, a la pérdida de la razón (Goldstein, 1987: 162).⁸ Los médicos designados por el juez debían ser llamados en el transcurso de las primeras 72 horas y, dado que una sentencia de interdicción suponía la supresión del ejercicio de los derechos civiles, el código previó el nombramiento de un tutor encargado de “la seguridad, alivio y mejoría del demente”, es decir, de su protección, de la conservación de sus bienes y de llevar su representación legal. Ordenó también la intervención de un curador, a quien se encomendó garantizar el buen desempeño del tutor y poner en conocimiento del juez cualquier hecho que pudiera dañar al incapacitado por una mala ejecución de la tutela. Si el tutor o la defensa del presunto incapaz disentían de los peritajes, podían llevar pruebas en contrario, presentar testigos o pedir nuevos reconocimientos por parte de otros médicos, alargando el litigio por años, como ocurrió en la demanda contra Felipe Raygosa. Tutor y curador recibían su nombramiento de manera interina en cuanto iniciaba la demanda y de forma definitiva al causar sentencia irrevocable, pero de cualquier manera debían rendir un

⁸ Respecto a la expresión “estado de demencia”, Dalmacio Vélez Sársfield, autor del Código civil de Argentina de 1871 proporciona una explicación muy elocuente: “nombramos sólo en el artículo a los dementes, porque la demencia es la expresión genérica que designa a todas las variedades de locura; es la privación de la razón con sus accidentes y fenómenos diversos. Todas las especies de demencia tienen por principio una enfermedad esencial de la razón, y por consiguiente falta de deliberación y voluntad. La demencia es el género y comprende la locura continua o intermitente, la locura total o parcial, la locura tranquila o delirante, el furor, la monomanía, el idiotismo, etcétera...”, citado en Martínez y Daray (2012: 250-251). En el caso chileno, el planteamiento es muy similar, pues mientras para la medicina la demencia estaba asociada a la disminución de las facultades intelectuales en la vejez, en el derecho se refería a “todos los casos en que la razón no puede manifestarse con perfecta conciencia de las acciones”, según un testimonio de la época citado en Correa (2014: 16).

informe anual; además, estaban facultados para solicitar que se levantara la interdicción si su pupilo sanaba, para lo cual se requería la apertura de un nuevo juicio. Finalmente, dictada la sentencia a favor o en contra de la interdicción, se hacía pública para conocimiento general (Código 1879 [1870]: arts. 450, 458, 464, 484, 487, 525, 594, 674; Código 1882 [1872]: arts. 2195, 2216-2217).⁹

Una vez pronunciada la interdicción, cualquier acto futuro por parte del incapacitado se consideraba nulo (Laurent, 1890: 335-336). Ello aplicaba incluso si se actuaba en un “intervalo de lucidez” ya que, si bien en esos momentos de claridad “los privados de inteligencia por locura” conservaban la capacidad de obrar, a juicio del jurista belga François Laurent, gran conocedor del código Napoleón, determinar si se encontraban o no bajo dicha condición en un momento determinado, resultaba en extremo complejo. Por ello, en los códigos civiles se eliminó esa posibilidad existente desde el derecho romano (Laurent, 1894: 346-347).

De hecho, antes de la codificación, ponderar los estados de lucidez implicaba valorar el estado mental del sujeto al realizar un acto determinado en una situación particular, de manera que el juez podía anular un testamento o una compraventa si se probaba que el sujeto estaba privado de razón al momento de celebrarlos (Iglesias, 1990: 545-550; Castro y Bravo, 1984, t. I: 289), pero también admitir actos consumados durante sus “intervalos lúcidos”, circunstancia en la que conservaba el goce y el ejercicio de sus derechos, si bien durante el delirio solo retenía el goce, transfiriendo el ejercicio a un curador (Legrand du Saulle, 1864: 19-30). Por el contrario, a partir de la codificación, el juez se vio compelido a pronunciarse sobre la condición de la persona —loca o cuerda— para desprender de ahí la validez jurídica de todos y cada uno de sus actos.

Obviamente, en el caso Raygosa no era posible introducir la noción de los intervalos lúcidos, aunque la sentencia de “interdicción parcial” paradójicamente le reconoció a nuestro abogado el ejercicio de algunos derechos y le privó de otros. Podía continuar con su profesión y educar a sus tres pequeños hijos, pero quedó impedido para vivir bajo el mismo techo y cohabitar con su mujer por su peligrosidad; le fue negado vender o gravar sus bienes muebles e inmuebles y litigar por su propio derecho, actos que podría llevar a cabo con el consentimiento —según el caso—

⁹ El lapso de las 72 horas para el llamado a los médicos se introdujo en el Código Civil de 1884, (Código 1886 [1884]: art. 1391).

del juez, de su esposa o de su tutor, a los que quedó subordinado desde ese momento.¹⁰ Esta peculiar sentencia se apoyó en el mencionado diagnóstico de monomanía, enfermedad que no lo despojaba por completo de la razón, ya que podía dañar la voluntad o los afectos dejando intactas las funciones intelectuales (Goldstein, 1987: 169-178), lucidez que le permitió a Raygosa anticipar su propia caída.

Como dijimos, el juicio de interdicción, en el contexto del nacimiento de la psiquiatría y de la modernidad política, constituye una fuente idónea para acercarse a los orígenes del alienismo en su relación con el derecho, es decir, al proceso que llevó a la construcción del peritaje psiquiátrico en el terreno forense. Dado que la incapacidad civil formó parte del derecho de familia y quienes podían interponer la demanda eran los parientes más próximos, este tipo de procesos atañe también a las relaciones de poder forjadas en el núcleo familiar. Toca, desde luego, a la exclusión de la persona incapacitada que puede vivir su nueva condición desde una extrema reflexividad cuando decide tomar la pluma y revelar su intimidad. Comenzaremos con los problemas que planteaba un diagnóstico de locura en el medio forense.

La certificación de la locura en los tribunales civiles: un desafío para la naciente psiquiatría

La prensa de la Ciudad de México se hizo eco del juicio contra Felipe Raygosa por el carácter público del demandado, quien años atrás fuera diputado al Congreso nacional, oficial mayor en varios gobiernos y finalmente, ministro y subsecretario de Justicia bajo el llamado Segundo Imperio, establecido como resultado de la invasión francesa a México que proclamó emperador a Maximiliano de Habsburgo;¹¹ pero quizás también por la sorpresa de que en pocas horas el juez ordenara su encierro en el muy conocido Hospital de San Hipólito para dementes, en pleno centro de la capital (Juicio, 1873: 19-25). Una primera incursión en los archivos de este hospital resultó infructuosa, pues no se ha conservado ninguna evidencia de este ingreso, quizá porque la reclusión tan solo duró una semana y

¹⁰ Esta última sentencia se encuentra en “Interdicción parcial por causa de enajenación intelectual parcial”, *El Foro. Periódico de Jurisprudencia y de Legislación*, t. 1, 2ª época, núm. 107, 12 de junio de 1877: 426-427; y núm. 108, 13 de junio de 1877: 430-431.

¹¹ “Crónica nacional. Últimas noticias de México”, *Diario Oficial del Gobierno*, tomo I, núm. 129, México, 3 de julio de 1863: 4, y Sacristán (2001).

fue motivo de una gran polémica. Consta, sin embargo, un segundo ingreso que sí quedó acreditado en los registros de pacientes del departamento de “distinguidos” en el mes de diciembre de 1884, siete años después de la última sentencia.¹² Esta parte del hospital se reservaba a quienes podían pagar por su estancia en una habitación individual donde recibían alimentos de mejor calidad, y debió lucir limpia y ventilada si creemos en los testimonios que dejaron los directores de esta institución cuando rendían informes a la Beneficencia Pública, de la que dependían (Alfaro, 1866: 240; Labastida, 1878: 69-71). Por su acta de defunción sabemos que Raygosa murió en San Hipólito el 29 de marzo de 1886.¹³ Nacimientos, bautizos, matrimonios y muertes han sido documentados por la demografía histórica gracias a los archivos parroquiales, una fuente útil para reconstruir redes articuladas a partir de lazos de parentesco no consanguíneo, ya que el matrimonio constituía un medio para ello, y que nos resultó muy valiosa.

Sin embargo, la fuente más importante la encontramos en los llamados “alegatos”, una parte de la literatura jurídica conocida como folletos o folletines procesales, impresos que podían superar las cien páginas. Con el título de *Alegatos de buena prueba o Informes en estrados*, fueron escritos por las partes en un juicio para argumentar sobre la fuerza de las pruebas aportadas a fin de “conseguir un fallo favorable en la causa defendida”. Costear su impresión suponía informar de la marcha de un asunto que involucraba a familias respetables, expresar confianza en la ley o denunciar el comportamiento irregular de un juez, pero los litigantes pretendían ante todo ejercer presión sobre los magistrados. Exponer los procedimientos judiciales al calor de los acontecimientos significaba invocar a una “instancia moral”, la sociedad letrada que opinaba (Arenal, 1987). Así, la autoría de estos alegatos los coloca como una fuente subjetiva y objetiva al mismo tiempo; extremadamente partidista por la causa que

¹² “Noticias de los asilados distinguidos, diciembre, 1884”, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Beneficencia Pública, Establecimientos Hospitalarios, Hospital de San Hipólito, legajo 4, exp 10, citado en Ballenger (2009: 101-102).

¹³ Libro de entierros de 1883 a 1917, en Archivo General de la Nación (en adelante AGN), Academia Mexicana de Genealogía y Heráldica, Parroquia de la Santa Veracruz, México D. F., partida 38, f. 7r. Ahí se puede leer que el 29 de marzo de 1886 “murió Felipe Raygosa de enajenación mental en el Hospital de San Hipólito”, nueve años después de la sentencia que declaró su incapacidad. Referencia facilitada por Alejandro Mayagoitia, historiador del derecho y genealogista, a quien mucho agradezco.

defienden, pero apogada a los hechos por las evidencias presentadas que los respaldan.

De cara al juicio que nos ocupa, la notoriedad de don Felipe, pero también la de su esposa doña Manuela, descendiente de la nobleza novohispana y dama de palacio de la emperatriz Carlota entre 1864 y 1867 (Sánchez-Navarro, 1951: 250), justificaba acudir al “tribunal” de la opinión pública. En los alegatos, abogados, tutores y curadores analizaron de manera pormenorizada los interrogatorios al demandado, las declaraciones de los testigos, las pruebas a favor o en contra y los peritajes psiquiátricos, recurriendo a razones de índole jurídica, legal y médica para deshacer los argumentos de la parte contraria. A fin de proporcionar mayor veracidad a sus dichos, transcribieron los documentos que consideraron más importantes y los incluyeron como anexo en los mismos alegatos; ello nos permitió reconstruir el juicio.

Como dijimos, los alegatos también apelaban a mover los sentimientos del público lector y de los magistrados, de ahí que la argumentación desplegada se nutriera de un claro contenido emocional al señalar, por ejemplo, el desconcierto que la locura del supuesto incapaz provocó en una familia que hasta entonces había vivido en la mayor armonía y que a causa de una desgracia de esta naturaleza se veía obligada a recurrir a los tribunales (Linares, 1873: 1-13), afirmación revirada por la defensa al sostener que la petición de incapacidad se desató cuando “sobrevinieron ciertas dificultades domésticas enlazadas con algunos choques de familia, que no nos es lícito revelar, y a poco tiempo empezó a hacerse correr la especie de que dicho señor había perdido la razón” (Juicio, 1873: 18). Testimonios como estos valen en tanto estrategias judiciales, pues se apoyan en valores que determinados grupos sociales consideraban encomiables —la familia como unidad emocional—, de manera que tanto por lo que tienen de objetividad como de subjetividad y parcialidad, estas fuentes pueden ser aprovechadas con el rigor de la crítica histórica.

En el caso Raygosa, el primero de estos alegatos vio la luz a solo tres meses de iniciada la demanda de interdicción bajo la encrespada pluma de Trinidad García de la Cadena, cuñado de nuestro protagonista, abogado como él e infatigable militar (Vidal, 1969; Cosío, 1988: 80, 264-267, 550-574, 881-886), que fue designado curador interino, cargo que lo facultaba, como dijimos, para presentar cualquier evidencia probatoria de un mal desempeño del tutor, ya fuera en la administración de los bienes o en la protección de la persona. García de la Cadena, haciendo honor a su nombramiento, dio cuenta de las irregularidades de procedimiento come-

tidas desde el inicio de la causa, dejando entender que algún motivo oscuro se encontraba en el origen de la demanda, aunque nunca lo develó con claridad. Además, incorporó los primeros diagnósticos médicos y plasmó una reflexión personal sobre cada una de las personas involucradas en el litigio (Juicio, 1873). El segundo alegato responde al anterior y fue escrito por el abogado de doña Manuela, José Linares, eminente jurista, posiblemente amigo de la familia y viejo conocido de Raygosa pues colaboraron juntos bajo el II Imperio. Continúa el relato de los procedimientos donde los dejó García de la Cadena y expone un resumen de las pruebas esgrimidas por él para documentar la locura de don Felipe y un apéndice con los peritajes médicos ordenados por el juez (Linares, 1873). Como era de esperarse, nuestro tercer testimonio correspondió a la defensa de Raygosa y fue escrito al alimón entre el tutor, el general José Gil de Partearroyo, y el abogado defensor Manuel Lombardo; presentan nuevas razones sobre la cordura de don Felipe, discuten los diagnósticos médicos y las declaraciones de los testigos. A todo ello, sumaron un extenso interrogatorio a Raygosa, donde trajo a la memoria los momentos más significativos de su vida (Gil de Partearroyo, 1874). Dos años después, la defensa solicitó revocar la ratificación de la sentencia de interdicción absoluta por considerar que la disparidad de los diagnósticos médicos restaba legitimidad al fallo, de ahí que Lombardo, en un cuarto alegato, citó y rebatió cada uno de los peritajes habidos desde el inicio de la causa, así como las pruebas que dieron sustento a dicha sentencia (Lombardo, 1876). Concluido el juicio, el tutor escribió un último opúsculo para dar cuenta de la parcialidad que caracterizó a los jueces. Este es un documento muy interesante porque el tutor se explayó en describir cómo hubo de documentarse acerca de sus deberes, la pésima relación que mantuvo con su “pupilo”, pues Raygosa no confiaba en él y rechazaba su tutela, así como la manera en que administró el patrimonio de la sociedad conyugal, tema este que casi no salió a relucir en los alegatos anteriores, aunque aparentemente el despilfarro en que estaba incurriendo Raygosa fue una de las motivaciones de la demanda (Gil de Partearroyo, 1877).

Pero, ¿cómo discutir con estos textos impresos, que suman más de cuatrocientas páginas, el problema de la certificación de la locura en los tribunales cuando la psiquiatría aun no despuntaba como ciencia? El debate historiográfico se centró en discutir el camino que condujo a la legitimación de la psiquiatría ya que comenzó planteando la rivalidad entre médicos y jueces, pero hoy ha tomado la senda de la construcción de los saberes expertos en un inevitable diálogo con los saberes legos y ha adver-

tido la complejidad del diagnóstico en el entramado judicial. Así, el llamado “siglo de la clínica”, que va de Pinel a Kraepelin en un arco temporal que recorre todo el siglo XIX, fue muy rico en la producción teórica que llevó a la medicalización de la locura, pero diverso y carente de unanimidad (Huertas, 2004), lo que también contribuyó a la pluralidad de posturas que se manifestaron en los procesos, incluso entre los propios alienistas. Pese a la dificultad, lograr que la certificación de la locura recayera en los expertos ha sido considerado un elemento central en el proceso de profesionalización de la psiquiatría. Para los primeros alienistas, significó su reconocimiento como peritos en la materia frente a voces menos doctas (Wright, 1998) que históricamente habían sido escuchadas, como las de la familia, servidumbre, amigos, vecinos o curas, pertenecientes al entorno del supuesto demente y por ello, conocedores del día a día de su pariente, amo, amigo o feligrés. Si bien antes de la codificación, los médicos podían ser llamados por el juez para pronunciarse sobre la locura, su participación no estaba formalizada ni resultaba vinculante (MacDonald, 1981: XII-XIV, 1-11; Peset, 1983: 82-84; Sacristán, 1994). Por el contrario, el Código civil reservó un espacio capital para los galenos, ya que el magistrado estaba obligado a consultarlos como parte del procedimiento para arribar a la sentencia, aunque también recurría a otros testimonios y documentos para probar la locura. Por ello, ya fuera para el ingreso en los manicomios, para esclarecer la responsabilidad penal en la comisión de un delito o la capacidad civil en los juicios de interdicción, la participación del médico en estos ámbitos contribuyó a posicionar a la incipiente psiquiatría entre el gremio médico, el ámbito judicial y la esfera pública.

Durante el siglo XIX e incluso las primeras décadas del XX en el contexto latinoamericano, el peritaje en los tribunales como espacio para la certificación de la locura supuso una ardua encomienda porque la psiquiatría como especialidad se encontraba en proceso de formación, de ahí que establecer la locura quedó en manos de médicos de muy distintas trayectorias y experiencias como el obstetra cuyo informe pericial encabeza este trabajo. La falta de especialistas en psiquiatría derivó en el llamado a médicos generales, médicos de hospitales, médicos de cárceles o médicos de la familia (Di Liscia, 2003a: 152-154; Correa, 2013) aunque también fueron convocados facultativos de mucho prestigio, cirujanos afamados o con inclinación por la medicina legal, pero con menos frecuencia alienistas, ya que estos constituían una auténtica minoría (Maya González, 2005). Por ello, se ha cuestionado la idea de que la determinación de la locura habría tenido como escenario únicamente una pugna entre sabe-

res expertos —médicos, jueces y abogados— y se ha sostenido que el saber psiquiátrico abrevó del conocimiento lego (Correa, 2012a, 2012b, 2015). De hecho, el análisis de la interdicción puede argumentar en ese sentido; al ser el quebranto del patrimonio familiar una de las razones más poderosas para iniciar un litigio de esta naturaleza, la familia es la primera en identificar un comportamiento inusual y en participar muy activamente ante los tribunales, proporcionando pruebas de la demencia o presentando testigos del entorno doméstico, como sabemos que ocurría en las peticiones de internamiento (Ríos, 2009; Remartínez, 2018).

En el caso de Felipe Raygosa, la defensa pidió la revisión en una tercera instancia tras dos fallos previos, uno declarando la interdicción absoluta y el segundo ratificándola, y centró su argumento en los diagnósticos médicos presentados ante los jueces hasta ese momento (seis a favor de su cordura, otros seis en pro de su locura y tres que creyéndolo loco reconsideraron porque lo encontraron en “estado de sanidad”). Acudir a los peritajes médicos para justificar la revocación de la sentencia, otorgaba legitimidad a esa incipiente medicina de la mente que buscaba posicionarse en los tribunales, aunque evidenciar la disparidad de los diagnósticos al mismo tiempo se la restaba. Quizá por ello, la defensa también apeló al comportamiento público del demandado, expuesto al escrutinio de cualquier observador, con lo cual, al tiempo que develaba las contradicciones entre los peritajes, acudía al llamado de los no profesionales: el sentido común seguía teniendo un peso muy importante (Lombardo, 1876: 61).

Para interpretar la existencia de posturas tan diferentes vertidas en esta fuente judicial, es necesario recurrir a los conocimientos médicos vigentes en esa época publicados en tratados médicos, artículos en revistas y tesis de medicina, y tomar nota del laberinto que representó coadyuvar a dirimir la capacidad civil por las dudas que despertaban las formas de enajenación mental poco definidas o el hecho de que un mismo síntoma habitara en distintas variedades de locura (Berrios, 2008: 41-44). Sin embargo, importa también rastrear los intereses de quienes se encontraban detrás de esos diagnósticos en juicios donde se disputaba el patrimonio de una familia, de ahí que las pruebas testimoniales aportadas, la elección de los médicos o los nombramientos de tutores y curadores fueran producto de presiones por parte de las familias. Y ello, a consecuencia de los vacíos legales existentes.

Como ya dijimos, el Código civil obligaba al juez a solicitar el parecer de dos médicos, pero también la defensa del presunto incapaz y la parte demandante tenían derecho a exigir nuevos reconocimientos por

otros facultativos. Dado que aún no existía formalmente la figura del “perito médico-legista”, cualquier médico podía ser llamado para ejercer esta función, cabiendo la elección deliberada de facultativos para inclinar la causa en un sentido o en otro, distorsionando el rol científico que les tocaba jugar.¹⁴ Así, los tres primeros médicos que acudieron por la parte demandante en el caso Raygosa estaban emparentados entre sí por lazos de parentesco consanguíneo y político. Se trataba del médico de la familia, Francisco Ortega —“don Pancho” como le decía la servidumbre de la casa—, su hermano Lázaro Ortega y su cuñado Rafael Lucio. No eran alienistas, pero dos de ellos ocuparon posiciones de primer nivel en las instituciones médicas nacionales y mantuvieron vínculos muy cercanos con las élites políticas mexicanas, lo que influyó en su elección (Cárdenas de la Peña, 1979: II:399; Álbum 1933; Ruiz, 1963: 55). Tales características y la unanimidad de sus diagnósticos derivaron, en un primer momento, en el ingreso de Raygosa en el hospital para dementes de la ciudad de México en tan solo unas horas, como ya se dijo (Juicio, 1873: 19-25), aunque apenas permaneció una semana y posteriormente un segundo juez desechó estos peritajes por carecer de la formalidad estipulada en el Código civil (se requería la presencia del juez y que este los designara), cuando salió del hospital, descubrió con sorpresa que durante su encierro su mujer había obtenido la anuencia judicial para vivir en casa de su hermana junto con sus tres hijos, permiso que nunca se revirtió.¹⁵ De manera que estos primeros diagnósticos, realizados fuera del marco legal y por médicos afines a la parte demandante, determinaron el futuro del supuesto incapaz de forma irreversible pese a las constantes quejas de Raygosa que clamaba por sus pequeños vástagos y su mujer, totalmente fuera de su alcance y control (Linares, 1873: 55-56; Lombardo, 1876: 56-57).

Un elemento muy importante que nos recuerda “la base cultural y social de la ciencia médica y sus patologías” (Correa, 2015: 7), lo encontramos en la serie de preguntas que el juez dirigió a los médicos en apego al Código civil cuando quiso averiguar cómo vivía don Felipe: si sería capaz de cumplir sus deberes de marido y padre, administrar sus bienes y convivir con su señora esposa e hijos sin riesgo para ellos (Linares, 1873: 69-70, 80-81, 91-93, 100-101). Dichas así, sin darles mayor contenido, dejaban a la libre interpretación de cada médico determinar qué significaba ser buen esposo y padre. Como cabía esperar, las respuestas se construyeron con

¹⁴ La figura del perito médico se estableció en 1880, “Ley” (1886 [1880]).

¹⁵ “Interdicción absoluta por causa de enajenación mental”, *El Foro. Periódico de Jurisprudencia y de Legislación*, t. IV, núm. 41, 18 de agosto de 1874: 163.

el testimonio de la esposa que precisamente solicitaba la interdicción y el de tres “domésticos” de la casa, quienes notaron sus cambios de humor, el trato cruel hacia sus hijos, celar a su mujer por cualquier minucia, impedir la entrada a su casa a parientes cercanos, rodearse de armas durante la noche, hablar solo y dormir mal (Linares, 1873: 31). Como sabemos, finalmente la declaración de incapacidad no le permitió administrar sus bienes ni seguir con la vida en familia que había llevado hasta entonces. Ello supuso perder su rol de padre y esposo, pero ¿qué significó para doña Manuela?, ¿acaso la interdicción del marido estaba pensada para que la esposa ocupara una posición de poder en la familia?, ¿desde esta fuente podemos acercarnos a la historia de las mujeres bajo el Estado liberal?

La interdicción de los maridos: una oportunidad para las mujeres casadas

Al iniciar una demanda de interdicción, el juez debía nombrar tutor interino quedando el supuesto incapaz sujeto a su autoridad. Como por lo regular el nombramiento del tutor recaía en un miembro de la familia, salvo que este hubiera promovido la interdicción, el conflicto entre los parientes estaba servido (Código 1879 [1870]: arts. 450, 452). Declarada la sentencia, las consecuencias eran aún mayores tanto para la constitución como tal de la familia que podía verse desmembrada, como sucedió con los Raygosa-Moncada al dejar doña Manuela el hogar conyugal, como porque rearticulaba las relaciones de poder al interior de una institución eminentemente tradicional y poco proclive a los cambios, sobre todo para las mujeres. Acaso sin advertir las consecuencias de esta medida, algunos códigos otorgaron a la esposa la tutela del marido, a la hermana la del hermano, y a la hija la del padre, invirtiendo por completo las atribuciones de autoridad. Al administrar los bienes del marido, del hermano o del padre, la mujer se convertía en el agente escogido para regular los comportamientos desviados o bien para asumir una potestad nunca antes tenida y que ahora lograba de manera oficial (Correa, 2012a).

Por otro lado, desde la creación misma de la interdicción, los juristas decimonónicos tuvieron la firme convicción de que la tutela de los incapaces por enajenación mental estaba destinada al control del patrimonio. Si el supuesto demente carecía de bienes, no tenía sentido para las familias iniciar un procedimiento muy costoso desde el punto de vista económico que, además, podía ser devastador moralmente por las intimidades ex-

hibidas para probar la incapacidad.¹⁶ El control de la locura se resolvía entonces mediante el encierro manicomial, sin necesidad de llegar a los tribunales. El jurisconsulto belga ya citado lo afirmaba con claridad meridiana:

La inhabilitación no tiene más que un solo objeto, impedir que el inhabilitado disipe en actos de locura su patrimonio y el de su familia; para proteger la fortuna del inhabilitado y para conservársela a él y a sus herederos, es para lo que son admitidos los padres a promover la inhabilitación. Supóngase que nada posee el inhabilitado, en ese caso no tiene razón de ser la inhabilitación. [...] Por eso, de hecho, hay pocas inhabilitaciones, aunque sea considerable el número de los enajenados (Laurent, 1890: 423).

También la historiografía ha centrado su interés en la interdicción como un instrumento de orden patrimonial utilizado por las familias para no verse en la ruina, mecanismo que podía prestarse para despojar de sus bienes a un miembro incómodo sin probar plenamente su falta de capacidad (Bercovitz, 1976). ¿Pero qué pasaba cuando las propiedades subyacentes a la querrela no pertenecían al supuesto incapaz? En este caso, el patrimonio que estaba en juego podía ser el de las mujeres casadas, administrado por sus maridos. A diferencia de los casos de incapacidad femenina, que se utilizaron para restringir la libertad de las solteras o de las viudas, es decir, para reforzar la autoridad masculina (Correa, 2012a), doña Manuela encontró un espacio de acción no solo para preservar su patrimonio, sino su propia libertad.

De acuerdo con el Código civil de 1870, las mujeres solteras emancipadas y las viudas disfrutaban de soberanía plena sobre sus acciones legales, pero la perdían al casarse ya que el marido era “el administrador legítimo de todos los bienes del matrimonio” y el “representante de su mujer”; ella no podía comparecer en juicio, adquirir o enajenar sus bienes u obligarse con terceros sin su licencia; aunque no la necesitaba “para defenderse en juicio criminal, ni para demandar o defenderse en los pleitos con su marido” (Código 1879 [1870]: arts. 205-207, 212). Sin embargo, esta “incapacidad” no se fundaba en la condición de ser mujer sino en la de estar casada; a las mujeres se les reconoció competencia para realizar de manera independiente cualquier transacción legal —podían pensar

¹⁶ Entre los gastos de la interdicción había que contemplar los honorarios de los abogados, las remuneraciones del tutor y el curador, las tarifas de los peritajes ordenados por el juez y, en general, gastos de administración de las propiedades, Gil de Partearroyo (1877: 32-34).

por sí mismas—, pero la subordinación al marido hacía “impropio” que se manejaran sin su consentimiento; “aumentar su autonomía personal” fue visto como “una amenaza a la estabilidad de la unidad social básica” (Arrom, 1988: 76-97, 121). En efecto, las mujeres casadas se encontraban subordinadas a los maridos porque estos gozaban de pleno derecho para ejercer su autoridad sobre ellas. Sin embargo, doña Manuela logró invertir esa relación de dominio gracias al juicio de incapacidad que podía empoderar a las mujeres, al menos a las que disponían de un patrimonio propio.

En efecto, antes de verse sometido al juicio, Raygosa hipotecó la residencia familiar en la ciudad de México y una propiedad rural en el cercano estado de Puebla, ambas recibidas en herencia por su mujer (Gil de Partearroyo, 1874: 65-66), y pudo hacerlo sin su consentimiento porque la ley lo permitía por tratarse de bienes habidos durante el matrimonio (Arrom, 1981: 504). Los detalles de estas transacciones los descubrimos gracias a la existencia de archivos privados. El Archivo Histórico del Banco Nacional de México conserva un fondo denominado Marqueses de Jaral de Berrio, familia de la que descendía doña Manuela. Pudimos conocer las propiedades de sus antepasados y las desavenencias por el reparto de dichos bienes. Ciertamente, el temor a perder su fortuna y desde luego, su posición entre la élite mexicana pudo ser uno de los motores de la demanda de doña Manuela. Su abogado aseguró que ella era “la propietaria de la mayor parte de los escasos bienes” con que subsistía la familia, los cuales daban “moderados productos, apenas bastantes para conseguir un modesto bienestar”, por lo que se hacía “preciso emplear una administración exquisita” en el futuro, so riesgo de perderlos por completo (Linares, 1873: 4-5). No sabemos si estas palabras correspondían fielmente a la realidad o pretendieron conmovir al juez presentando a doña Manuela como una mujer desvalida, pero lo cierto es que la vida también podía colocar a las mujeres, incluso a las de las élites, en condiciones insospechadas en un siglo XIX convulsionado por las guerras. Suponemos que antes del juicio, doña Manuela se vio en la tesitura de llevar las riendas de su casa y la administración de sus bienes sin el auxilio de su marido. En 1867, tras la victoria de la República sobre el Imperio de Maximiliano, quienes colaboraron con el ejército francés que, a punta de bayoneta, instauró un gobierno extranjero en México, fueron sentenciados a diversas penas. Es muy posible que los ingresos de la familia Raygosa-Moncada se vieran seriamente afectados por la aprehensión de nuestro abogado, condenado a cuatro años de prisión por apoyar de manera directa el establecimiento

del Imperio (Márquez, 1904: 390, 419). En ese momento y ante la ausencia de su marido, doña Manuela, con poco más de 25 años, debió tomar decisiones importantes relacionadas con su patrimonio, en particular con la administración de la hacienda de San Felipe, un recurso importante para el sustento de la familia. De hecho, ella vendió esta propiedad en cuanto obtuvo el permiso del juez Leocadio López, en pleno transcurso de la demanda de interdicción.¹⁷ Con parte del dinero obtenido, liquidó una deuda contraída con su hermana Francisca, quien seguramente la apoyó en tiempos difíciles, transacción para la que también contó con la autorización del juez y que pudimos rastrear en los archivos notariales, una fuente indispensable para detectar el movimiento patrimonial de los implicados en un juicio de esta naturaleza y los poderes otorgados para llevar la representación legal.¹⁸

Esta primera experiencia de tener preso a su marido, pudo favorecer la intromisión de los hermanos de doña Manuela que, según algunas fuentes, la instaron a demandar (Juicio, 1873: 20-21). En apoyo a esta hipótesis juegan las extraordinarias redes de parentesco y de poder político desplegadas en el juicio y que vincularon a los querellantes de manera muy estrecha con abogados, médicos y jueces. Exponerlas aquí sería muy extenso, pero las reconstruimos sobre todo con fuentes genealógicas, en general, bien documentadas para el caso de las élites, el grupo social que solía verse embarcado en este tipo de juicios.¹⁹ Sin embargo, también pudo suceder que la propia doña Manuela, al llevar en solitario la economía doméstica y dirigir su vida con mayor libertad durante los años en que se vio privada de su marido, haya decidido interponer la demanda de la que se arrepintió al menos en dos ocasiones cuando la publicidad de la misma alcanzó límites insospechados (Linares, 1873: 11-12). Este hecho nos lleva a cuestionar la idea de que el control del patrimonio constituya el único detonante en estos juicios; a doña Manuela le permitió, antes que cualquier otra cosa, liberarse del control de su marido y huir de su casa, donde temía por la suerte de sus hijos. Aunque continuó dando la

¹⁷ Venta otorgada por la Sra. Doña Manuela Moncada de Raigosa a favor del Sr. licenciado Don Ángel Zavalza, Ciudad de México, 19 de julio de 1875, en Archivo Histórico de Notarías de la Ciudad de México (en adelante AHNCM), Notario Francisco Villalón, vol. 4900, protocolo núm. 146, ff. 22v-34.

¹⁸ Cesión otorgada por la señora Doña Francisca Moncada de Linares a favor de la señora su hermana doña Manuela Moncada de Raigosa, CdMx, 13 de septiembre de 1875, en AHNCM, notario Francisco Villalón, vol. 4900, protocolo núm. 180, ff. 113v-116.

¹⁹ Véase <<https://es.geneanet.org/>>.

pelea de orden patrimonial y vendió una de sus propiedades, salir del hogar conyugal fue su primera victoria ya que el juez autorizó su nueva residencia en casa de su hermana en cuestión de días, seguramente por los argumentos sobre la peligrosidad de don Felipe.²⁰ Estos procedimientos, derivados de un juicio de incapacidad, modificaron los roles social y jurídicamente establecidos al interior de la familia para cada uno de sus integrantes. Para Raygosa significó ver mermada su autoridad como marido, por no decir abolida; para nosotros, asomarnos a su mundo interior.

Subjetividad y locura: quién es esa persona a la que llamamos loco

Los escritos de los locos, ya sea bajo condiciones de internamiento, posteriores a su encierro o bien en medio de un proceso judicial, son más comunes de lo que podría pensarse. Formulados por voluntad propia o a petición de médicos y jueces, su escritura y resguardo en los archivos, ha permitido empezar a construir una historiografía “de subjetividades, de prácticas del yo y de estrategias de resistencia” (Wadi *et. al*, 2019: 186). Hace ya varias décadas Roy Porter sostuvo que una de las vías para acercarse a esta subjetividad es considerar tales narrativas como textos legítimos, que valen por sí mismos y no solo por su interés clínico, “comunicaciones coherentes por derecho propio”, en modo alguno irracionales o sin sentido. Para encontrar esa lógica, sugiere explorarlos “como fruto de su situación y de su tiempo”, tal y como trataríamos cualquier otra fuente, e intentar identificar qué significó estar loco o pasar por estar loco (Porter, 1989: 11-13).

En el caso Raygosa, la pérdida de autoridad en el seno familiar, particularmente sobre su mujer, destaca por encima de cualquier otra consideración en los escritos que dirigió a los jueces. Perder el control de su esposa, que pocos días después de iniciada la causa pudo moverse con plena libertad, sin rendirle cuentas, fue vivido como una afrenta a su hombría y al derecho que la ley le concedía sobre ella. El último fallo, que lo alejaba de sus tres vástagos y le impedía la administración del patrimonio familiar, liberaba a doña Manuela de obtener su consentimiento. ¿Cómo procesar

²⁰ Doña Manuela tenía la opción de promover el divorcio por mutuo consentimiento como un mecanismo para evitar la convivencia conyugal, ya que la demencia de uno de los cónyuges no autorizaba el divorcio. Pero ello implicaba llegar a un acuerdo sobre la administración de los bienes y la educación de los hijos, una materia en la que francamente Manuela y Felipe disientían. Véase Código (1879 [1870]: arts. 163, 239-243, 246-270).

semejante ruptura del orden familiar? ¿A qué achacar la nueva situación? Quizá por ser abogado, quiso llevar su propia defensa; acaso porque nunca aceptó estar loco, insistió en demostrarlo. Como haya sido, contamos con varios testimonios que fluyeron de una pluma abatida.

Mientras corría el procedimiento para la revisión de la sentencia de segunda instancia, el 23 de septiembre de 1876 tuvo lugar una junta por instrucción de la sala del Tribunal que llevaba la causa, sin que sepamos el motivo de la misma. A ella asistió el magistrado José María Guerrero, el abogado y el tutor de Raygosa, el abogado de su mujer y el propio don Felipe. Unos días después, Raygosa presentó “unos apuntes firmados por él” para que se incorporaran a la redacción del acta de dicha junta. El abogado de doña Manuela no tuvo el menor reparo en darlos a conocer a la opinión pública en el periódico *El Foro*. Con ello pretendía “que el público se forme idea perfecta del estado que guarda en estos momentos la salud del incapacitado, y para que los hombres científicos estudien este caso curioso de medicina legal”, es decir, que pretendió evidenciar la locura de Raygosa y presionar a los jueces ante la proximidad del fallo de la tercera instancia, última oportunidad para revirar la sentencia de incapacidad absoluta y restituir a Raygosa en sus derechos civiles.²¹

El testimonio de Raygosa es muy extenso, pero se centra en el asunto de que doña Manuela se había ausentado de la casa conyugal con sus hijos y el personal del servicio por el miedo que le infundía vivir con él. Raygosa negó que pudiera causarles algún daño y señaló que la verdadera razón de su huida había sido “una dificultad invencible”.²² Para argumentar su posición, aseguró que tiempo atrás el abogado de doña Manuela le había recordado la diferente condición social de su matrimonio cuando le dijo:

su esposa de Vd. es una señora nobilísima de muy alta clase, demasiado joven, virtuosa, muy honesta y sumamente rica, que al concedérsela le hicieron a Vd. un inestimable favor, porque Vd. es enteramente plebeyo, miserable, pobrete y sin valía de ningún género; que por solo esto está Vd. obligado a hacer siempre lo que quiera y mande su esposa.²³

También doña Manuela así lo creía, cuando en tono de burla —siempre según el testimonio de Raygosa— le habría dicho a su propia familia:

²¹ “Correspondencia”, *El Foro. Periódico de Jurisprudencia y de Legislación*, t. VII, núm. 80, 24 de octubre de 1876: 317-318.

²² *Ibid.*: 318, énfasis en el original.

²³ *Ibid.* En ese momento el abogado de doña Manuela era el licenciado Juan N. Rodríguez de San Miguel, eminente jurista que dejó la causa en poco tiempo por razones que desconocemos.

*Este mi indio, pie en el suelo, es todo un don esfuerzo: si piensa que me he de humillar yendo a su jonuco, está equivocado; yo soy rica y tengo a mis hijos, y él pobrete: no lo necesito para nada: tampoco él a mí, porque sabe trabajar.*²⁴

Don Felipe concluyó que su mujer “se cree muy alta, noble y muy rica, y a mí me tiene por hombre de casta indígena, plebeyo, enteramente pobre y sin valía ninguna”, que “ella se creía altísima, noble y sumamente rica, y que yo le debía estar subalternado absolutamente en todo”.²⁵

Ante estas revelaciones, nos preguntamos si la experiencia psicótica de Raygosa, expresada con su propia pluma, permite develar esa “dificultad invencible” que llevó a doña Manuela a alejarse de él y si el delirio puede ser una fuente para la historia de la subjetividad.²⁶

En este testimonio, Raygosa se colocó en una situación de franca inferioridad frente a su mujer. Mientras él se autocalificó de plebeyo, pobre, de casta indígena y doblegado ante ella —pues jurídicamente ya no podía exigirle obediencia—, doña Manuela figura como noble, rica, de alta cuna e independiente (podía disponer de su patrimonio y de su libertad), en pocas palabras valiosa. Como ya se dijo, doña Manuela descendía de la nobleza novohispana y era la propietaria de los bienes, hecho que pudo favorecer la celebración de un enlace consumado dos décadas atrás cuando Raygosa apareció en el horizonte como un político y abogado que prometía, reuniendo entre ambos fortuna y poder político. No sabemos si la locura acabó con este matrimonio, pero lo que ya no pudo ofrecer Raygosa tras la caída del Imperio de Maximiliano fue ese capital intangible que en otro momento lo hizo atractivo para la familia de una joven de 16 años, la edad de Manuela cuando se casó en el Sagrario Metropolitano, anexo a la Catedral de la Ciudad de México.²⁷

Al salir de la cárcel, don Felipe pudo beneficiarse de la amnistía que el presidente de México, Benito Juárez, concedió a los colaboradores del Imperio al permitir que los antiguos funcionarios ocuparan puestos públicos (Katz, 1992: 19). Sin embargo, hasta donde tenemos noticia, nunca más desempeñó ningún cargo, de ahí que los ingresos para el sustento de

²⁴ *Ibid.*,: 319.

²⁵ *Ibid.*: 318-319.

²⁶ La comparación del caso Raygosa con el caso Schreber es muy tentadora por las similitudes entre ambos, pero dados los fines de este capítulo, en este momento no podemos desarrollarla. Para un acercamiento a los delirios de Schreber y a la lógica de su locura véase Álvarez (2008: 403-504).

²⁷ Libro de matrimonios de noviembre de 1857 a diciembre de 1863, en AGN, Academia Mexicana de Genealogía y Heráldica, Parroquia del Sagrario Metropolitano, México D. F., partida 67, f. 19v.

la familia debieron proceder únicamente de su labor privada como abogado y de los bienes de su esposa. Sus mermadas rentas pudieron conducirlo a hipotecar algunas propiedades precisamente para mantener el nivel de vida de antaño, bajo una lógica económica que pudo motivar la demanda, aunque para él haya sido perfectamente congruente intentar frenar el declive patrimonial de la familia por este medio.

Así las cosas, y ante la inminencia del último y definitivo fallo judicial que desde una perspectiva jurídica lo incapacitaba por locura, pero que desde lo social recalaba en su pobre desempeño como padre y marido y en la consiguiente pérdida de la potestad sobre su esposa, Raygosa trazó su propia visión del momento: esa “dificultad invencible” que doña Manuela achacaba a su peligrosidad y que la movió a demandar su incapacidad, en realidad obedecía a la diferencia de estatus entre ellos. Tal percepción de sí mismo, si bien lo colocaba en lo más bajo de la escala social, lo preservaba de los atributos de loco peligroso, mal padre y peor esposo, imposibles de asumir. Creemos que, en efecto, Raygosa se salvó del abismo poco antes de la interdicción cuando rescató para sí un valor muy importante: se definió como “un don esfuerzo”, un hombre que “sabe trabajar”. Así, aunque se colocó en una situación de inferioridad de clase (pobre), de raza (indio) y de cuna (plebeyo), quedó intacto como hombre de bien, esforzado y trabajador y, al hacerlo, apostó por el modelo burgués del trabajo (Groethuysen, 1981). Ciertamente, la trayectoria profesional de Raygosa nos descubre a un hombre que se hizo a sí mismo y se encumbró a fuerza de talento, educación y oportunidad. Tras haber nacido en un pequeño pueblo, estudió leyes, fue diputado al congreso local del estado de Zacatecas, escogido para ser orador cívico en la ceremonia del 15 de septiembre de 1846 —en plena guerra con los Estados Unidos—, electo legislador al congreso nacional de 1850-1851 e incluso ministro de Justicia (Sacristán, 2001). Ahora bien, ¿tenía motivos para verse disminuido frente a su mujer? Probablemente sí, sobre todo desde que su estrella se apagó con los últimos destellos del Imperio. Vivir con eso pudo ser difícil, aceptar la interdicción imposible. Por ello, la experiencia psicótica pudo jugar en su favor aportando sentido a la nueva realidad que en breve quedaría plasmada en una sentencia.²⁸

²⁸ Seguimos aquí la concepción del delirio en Freud como un recurso subjetivo encaminado a dotar de nuevos significados un universo que se ha vuelto inhóspito (Álvarez 2008: 542-570). Véase también Colina (2007), para quien el delirio constituye una respuesta creativa del psicótico orientada a un fin terapéutico, pues con él inicia un trabajo de reparación que el propio psicótico pone en marcha a favor de su propia integridad.

No obstante, a su muerte en 1886 fue sepultado en el Panteón del Tepeyac, el cementerio más antiguo de la Ciudad de México ubicado junto a la Basílica de la Virgen de Guadalupe, donde yace junto a personajes ilustres.²⁹ Sin duda, un guiño en esta historia.

Conclusiones

Este acercamiento al juicio de interdicción para la historia de la medicina mental decimonónica en el contexto de la modernidad política, nos remitió a una diversidad de fuentes. Puerta de entrada al expediente judicial fueron las extensas sentencias que con todo detalle dieron cuenta de los hechos y las pruebas presentadas, así como de la argumentación de cada fallo hasta llegar a la tercera instancia. Dado que en los casos de interdicción la ley obligaba a su publicación, generaban un impacto en la prensa que rápidamente las daba a conocer opinando sobre la credibilidad de las salas del Tribunal implicado. En un segundo momento, las fuentes de orden legal y jurídico, directamente relacionadas con el procedimiento judicial como los alegatos judiciales con su carga probatoria, encaminada a defender la razón en la *litis*, también pretendieron provocar controversia y ejercer presión sobre los magistrados frente a la opinión pública. La estrategia de exhibir en la prensa jurídica los procedimientos seguidos en los tribunales e incluso documentos que hoy consideraríamos claramente reservados, seguramente buscó debilitar a la contraparte e inclinar la balanza en favor propio ya que, por tratarse de una prensa especializada, discurría por círculos más estrechos. Los códigos civiles y de procedimientos civiles, conjuntos sistematizados de normas encaminadas a regular las relaciones entre los privados, es decir, las relaciones civiles entre las personas, sus derechos y obligaciones, resultaron indispensables para comprender el alcance de la ley.

Por tratarse de juicios que pueden referirse a las elites, estas dejan un rastro importante en los archivos notariales, donde se registra el movimiento patrimonial a través de acciones de hipoteca, compra-venta, testamentos, donaciones y otorgamiento de poderes entre otros; los archivos privados también son ricos en información de este tipo y de documentos que dan cuenta de la composición de las familias y sus relaciones, así como

²⁹ Comunicación personal de Alejandro Mayagoitia, a quien mucho agradezco. El archivo histórico del Panteón no está abierto al público, sino únicamente a las familias de los deudos.

los archivos parroquiales con datos sobre nacimientos, bautizos, matrimonios y defunciones que permiten la reconstrucción de genealogías y redes de poder. Finalmente, la prensa constituyó una fuente importante porque los personajes públicos despertaban el interés de la sociedad letrada, más aun, cuando se ponía en duda la cordura de individuos prominentes.

Para recuperar la voz de los sujetos incapacitados, generalmente opacada por tutores, curadores, abogados, médicos, jueces y también por la familia, los propios escritos de los llamados locos constituyen un excelente nicho. La experiencia psicótica, pese a la dificultad de su abordaje, no solo abre un resquicio a lo que podían sentir los locos desde la exclusión, sino que refleja las ideas y los valores de sus contemporáneos, en cuyos parámetros también se inscribe esta otra manera de estar en el mundo.

Referencias bibliográficas

- Álbum de los directores de la Facultad Nacional de Medicina, 1833-1933. 1933. México, Comité del Centenario de la Facultad de Medicina.
- Alfaro, Ramón. 1866. "Breve noticia histórica del Hospital de Dementes de San Hipólito", *Gaceta Médica de México*, v. II, pp. 238-240.
- Álvarez, José María. 2008. *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos.
- Arenal Fenochio, Jaime del. 1987. "Hacia el estudio de la folletería jurídica mexicana (1851-1910)", *Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas*, vol. 2, núm. 4, pp. 79-116.
- _____. 1999. "El discurso en torno a la ley: el agotamiento de lo privado como fuente del derecho en el México del siglo XIX", Brian Connaughton, Carlos Illades y Sonia Pérez Toledo (coords.), *Construcción de la legitimidad política en México*, México, El Colegio de Michoacán/ Universidad Autónoma Metropolitana/ Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/El Colegio de México, pp. 303-322.
- Arrom, Silvia Marina, 1981. "Cambios en la condición jurídica de la mujer mexicana en el siglo XIX" en *Memoria del II Congreso de Historia del Derecho Mexicano*, México, UNAM, pp. 493-518.
- _____. 1988. *Las mujeres de la ciudad de México*. México, Siglo XXI Editores.
- Arroyave Moreno, Alejandro. 2018. "La demencia como objeto judicial en Antioquia. La interdicción entre 1886 y 1936", tesis de licenciatura en historia, Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

- Ballenger, Stephanie S. 2009. "Modernizing Madness: Doctors, Patients and Asylums in Nineteenth-Century México City", tesis de doctorado en Filosofía de la Historia, Berkeley, University of California.
- Bassa, Daniela. 2003. "Insania y justicia en el territorio nacional de la pampa argentina (1880-1930)", *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. 3, núm. 1, pp. 31-65.
- Bercovitz, Rodrigo. 1976. *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus.
- Berrios, Germán E. 2008. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Bojalil Daou, Andreé. 2018. "Médicos contra jueces: la responsabilidad y la incapacidad de los individuos en los juicios de interdicción en la Puebla del Porfiriato", *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 4, núm. 7, pp. 105-130.
- Campos Marín, Ricardo y Rafael Huertas García-Alejo. 2008. "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, vol. CLXXXIV, núm. 731, pp. 471-480.
- Cárdenas de la Peña, Enrique. 1979. *Mil personajes en el México del siglo XIX, (1840-1870)*, 3 tt, México, Banco Mexicano Somex.
- Castel, Robert. 1980. *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, Las Ediciones de La Piqueta.
- Castro y Bravo, Federico de. 1984. *Derecho civil de España*, 2 tt, Madrid, Civitas.
- "Código civil para el Distrito Federal y la Baja California". 1879 [1870]. *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublán y José María Lozano*, México, Imprenta del Comercio, de Dublán y Chávez, a cargo de M. Lara (hijo), t. 11, pp. 201-449.
- "Código de procedimientos civiles para el Distrito Federal y el territorio de la Baja California". 1882 [1872]. *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublán y José María Lozano*, México, Imprenta del Comercio, t. XII, pp. 240-380.
- "Código de procedimientos civiles para el Distrito Federal y el territorio de la Baja California". 1886 [1884]. *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de*

- la República ordenada por los licenciados Manuel Dublán y José María Lozano*, t. 15, México, Imprenta y Lit. de Eduardo Dublán, pp. 749-897.
- Colina, Fernando. 2007. *El saber delirante*, Madrid, Síntesis.
- Correa, María José. 2012a. “De la información rendida y de lo expuesto por facultativos... Testimonios legos y medidas probatorias en el entendimiento judicial de la locura. El caso de Pablo Bartels. Valparaíso, Chile, 1869”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Coloquios, 29 marzo, en <<http://nuevomundo.revues.org/62736>>, <DOI: 10.4000/nuevomundo.62736>. [Fecha de consulta: 07 de mayo de 2013.]
- _____. 2012b. “Lo lego en la negociación de la autoridad médico judicial en Santiago de Chile, 1890-1892. Trinidad Álvarez y su idiotismo congénito”, *SudHistoria*, núm. 5, pp. 152-176.
- _____. 2013. “De la casa de orates al juzgado. Pericia alienista y evaluación judicial de la locura en Santiago de Chile hacia 1860”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 20, núm. 2, pp. 571-585.
- _____. 2014. “Enfermedad mental y marginación. Aproximación histórica a incapacidad ciudadana en Chile, siglo XIX”, *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, vol. 14, núm. 2, pp. 13-26.
- _____. 2015. “La locura desde los archivos. Chile, 1850-1930”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Coloquios, 11 junio, en <<http://nuevomundo.revues.org/68043>>, <DOI: 10.4000/nuevomundo.68043>. [Fecha de consulta: 15 de julio de 2015.]
- Cosío Villegas, Daniel. 1988. *Historia Moderna de México. La República Restaurada. La vida política*, México, Hermes.
- Di Liscia, María Silvia. 2003a. “Locura y peritaje médico legal. Acerca de la justicia civil en el interior argentino, 1890-1930”, *Estudios Sociales, Revista universitaria semestral*, vol. XIII, núm. 25, pp. 147-165.
- _____. 2003b. “Mujeres, locura e incapacidad civil en Argentina, 1890-1920”, *Aljaba. Nueva Época*, vol. VIII, pp. 89-105.
- _____. y Daniela Bassa. 2003. “Médicos, jueces y locos. Sobre peritaje de insania y justicia en el Interior argentino, 1890-1930”, *Horizontes, Braganca Paulista*, núm. 21, pp. 15-26.
- Gauchet, Marcel. 2009. “En busca de otra historia de la locura”, en Gladys Swain, *Diálogo con el insensato*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 7-43.
- _____. y Gladys Swain. 1980. *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

- Gil de Partearroyo, José. 1874. *Alegato de buena prueba presentado por el general Don José Gil de Partearroyo, como tutor ad interim del señor Licenciado Don Felipe Raygosa, bajo el patrocinio del Lic. D. Manuel Lombardo, en los autos de interdicción que en contra del expresado señor Raygosa, ha promovido su esposa legítima la señora Doña Manuela Moncada*, México, Imprenta de Ignacio Escalante.
- _____. 1877. *Los ex-magistrados Carlos M. Echenique y José María Herrera presentados ante el tribunal de la opinión pública por el General José Gil de Partearroyo*, México, Imprenta de Francisco Díaz de León.
- Goldstein, Jan. 1987. *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Groethuysen, Bernhard. 1981. *La formación de la conciencia burguesa en Francia durante el siglo XVIII*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Hidalgo y Carpio, Luis. 1869. *Introducción al estudio de la medicina legal mexicana*, México, Imprenta de I. Escalante y Compañía.
- Huertas, Rafael. 2004. *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia.
- _____. 2010. “Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. X, pp. 11-27.
- _____. 2013. “Another History for Another Psychiatry. The Patient’s View”, *Culture & History Digital Journal*, vol. 2, núm. 1, <doi: <http://dx.doi.org/10.3989/chdj.2013.020>>.
- Iglesias, Juan. 1990. *Derecho romano. Historia e instituciones*, Barcelona, Ariel.
- Juicio crítico de la interdicción por demencia seguida ante el juzgado 3º de esta capital por el Ministerio Público, contra el señor Licenciado Don Felipe Raygosa, escrito por el curador interino*. 1873. México, Imprenta de Ignacio Cumplido,
- Katz, Friedrich. 1992. “México: la restauración de la República y el Porfiriato”, Leslie Bethell, (ed.), *Historia de América Latina. 9. México, América Central y el Caribe, c. 1870-1930*, Barcelona, Crítica, pp. 13-77.
- Labastida, Sebastián. 1878. “Informe del director del hospital de San Hipólito sobre el Establecimiento, presentado a la Dirección de Beneficencia Pública”, *Gaceta Médica de México*, vol. XIII, pp. 64-73, 114-118.
- Laurent, François. 1890. *Principios de derecho civil*, tomo II, México, Joaquín Guerra y Valle (ed.).
- _____. 1894. *Principios de derecho civil*, tomo V, México, Tipografía de Barroso, Hermano y Cía.

- Legrand du Saulle, Henri. 1864. *La folie devant les tribunaux*, París, F. Savy Libraire-Editeur.
- “Ley orgánica de los tribunales del Distrito Federal y territorio de la Baja California”. 1886 [1880]. *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublán y José María Lozano*, t. XIV, México, Imp. y Lit. de Eduardo Dublán y Comp., pp. 466-480.
- Linares, José. 1873. *Alegato de buena prueba presentado por el Licenciado José Linares como apoderado de la señora Doña Manuela Moncada de Raygosa en el juicio sobre interdicción del señor Licenciado Don Felipe Raygosa*, México, Imprenta de Ignacio Escalante.
- Lombardo, Manuel. 1876. *Informe producido en los estrados de la primera sala del Tribunal Superior por el Licenciado Manuel Lombardo, en el juicio de interdicción legal provocado por la señora Doña Manuela Moncada, en contra de su esposo el Licenciado Don Felipe Raygosa, y en defensa de la tutela interina representada por el General Don José Gil de Partearroyo*, México, Imprenta del Porvenir.
- López, J. G. 1944. “El Dr. Luis Hidalgo Carpio, primer director de la ‘Gaceta Médica de México’”, *Gaceta Médica de México*, LXXIV, pp. 541-542.
- MacDonald, Michael. 1981. *Mystical Bedlam. Madness, Anxiety and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Márquez, Leonardo. 1904. *Memorias y manifiestos*, México, F. Vázquez.
- Martínez, Matías Juan y Federico Manuel Daray. 2012. “Interdicción e inhabilitación: consideraciones acerca de su evolución normativa y conceptual”, *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 17, núm.3), pp. 249-259.
- Maya González, José Antonio. 2005. “Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891”, *Trashumante. Revista americana de historia social*, núm. 5, pp. 128-148.
- Merryman, John Henry. 1994. *La tradición jurídica romano-canónica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Peset, José Luis. 1983. *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Barcelona, Crítica.
- Petrini, Abigail D. 2013. “Interdito: jogos de loucura, saber e poder nos procesos de interdição de Guarapuava_PR (1940-1950)”, tesis de maestría en historia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Marechal Cândido Rondon.
- Porter, Roy. 1989. *Historia social de la locura*, Barcelona, Crítica.

- Remartínez Martín, María Teresa. 2018. "Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes en la ciudad de México, 1877-1910", tesis de doctorado en historia moderna y contemporánea, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.
- Ríos Molina, Andrés. 2009. *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- Ruiz, Luis E. 1963. *Apuntes históricos de la Escuela Nacional de Medicina*, México, UNAM.
- Sacristán, Cristina. 1994. *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*. México, El Colegio de Michoacán/Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- _____. 2001. "Construyendo la nación en el México Independiente: una experiencia desde la locura", *Artefacto. Revista de la escuela lacaniana de psicoanálisis*, núm. 8, pp. 155-183.
- Sánchez-Navarro y Peón, Carlos. 1951. *Memorias de un viejo palacio (La Casa del Banco Nacional de México), 1523-1950*, México, Impresora y Litografía Nacional.
- Speckman Guerra, Elisa. 2006. "Los jueces, el honor y la muerte. Un análisis de la justicia (ciudad de México, 1871-1931)", *Historia Mexicana*, vol. 4, núm. 220, pp. 1411-1466.
- Swain, Gladys. 2009. *Diálogo con el insensato*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Tomás y Valiente, Francisco. 1992. *Manual de historia del derecho español*. Madrid, Tecnos.
- Villarello, Juan de Dios. 1884. "Estudios sobre las reformas del Código Civil", *El Foro. Periódico de jurisprudencia y de legislación*, t. XXII, año XII, núm. 65, pp. 255-256.
- Vidal, Salvador. 1969. *Gobernadores del estado de Zacatecas, 1823-1974*, Zacatecas, Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Wadi, Yonissa Marmitt, Teresa Ordorika y Aída Alejandra Golcman. 2019. "¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes", *Iberoamericana*, vol. XIX, núm 71, pp. 173-195.
- Wright, David. 1998. "The Certification of Insanity in Nineteenth-Century England and Wales", *History of Psychiatry*, núm. 9, pp. 267-290.

PROCESOS JUDICIALES: ¿ÚNICAS FUENTES PARA EL ESTUDIO SOCIOCULTURAL DE LA LOCURA CRIMINAL?



*Martha Santillán Esqueda**

Los historiadores deben tener cuidado con
los matices de las fuentes, con los huecos
que hay entre lo que se dice
y lo que no se dice; con sus ritmos
y sus síncopas.

John Arnold (2003: 96)

El historiador se debe a sus fuentes; de esto no cabe la menor duda. El oficio de la historia implica descubrir y revelar procesos, y para ello se requieren fuentes. Encarar el pasado implica emprender una búsqueda —a veces larga, a veces frustrante— de pistas, de indicios, de huellas... de piezas de un rompecabezas que se pretende armar para conocer un trozo de pasado que, en el presente, nos interpela.

Durante varios años me he dedicado a estudiar la criminalidad con perspectiva de género; ello me abrió la posibilidad de historiar la tensión existente entre los sujetos y los poderes hegemónicos que buscaban consolidar un orden político específico por medio de la implementación de mecanismos de control judiciales, policiales y carcelarios. Para ello, como es de suponer, las fuentes principales fueron los expedientes judiciales, a los que se sumaron en segunda instancia, pero no de menor relevancia, los marcos legislativos y otras de orden cultural como la nota roja. La revisión exhaustiva que hice en aquel entonces de procesos penales tenía como finalidad primordial desentrañar las prácticas criminales femeninas; sin embargo, pude reparar en la escasa cantidad de casos en los que las acusadas aludían a trastornos mentales como elemento fundamental ligado al delito cometido. Así, fui orientando mis intereses hacia este resquicio de las prácticas delictivas: el de la salud mental y el crimen.

* Profesora-investigadora del Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades, Universidad Autónoma de Morelos.

El estudio de la locura criminal —esto es, de los delitos cometidos en el marco de trastornos mentales— tiene sin duda como punto de partida los peritajes psiquiátricos contenidos en los expedientes penales, pero ¿son estos suficientes? Todo dependerá de lo que se esté indagando y de las condiciones del documento; sin embargo, a bote pronto, podemos decir que no son suficientes. Como sea, es importante tener un punto de partida: los procesos penales, en tanto que el loco-criminal se determina jurídicamente.

Mi experiencia con los procesos penales me permitió darme cuenta muy pronto de que, más allá de la comprensión médica, social e individual que pueda hacerse del acto delictivo y de la salud mental de la persona procesada, la locura criminal se constituye en un punto importante desde lo jurídico. Así, investigar sobre este tipo de conductas abre varias rutas para su inspección: la de la justicia penal, la de la psiquiatría y la de lo cultural. ¿Cómo se imbrican estos saberes y los poderes institucionales detrás de estos?, ¿en qué otros ámbitos sociales se conforman las ideas de la locura y su relación con el crimen?, ¿qué significa, en distintos espacios sociales, ser loco-criminal o un “simple” criminal?, ¿cuál es el papel del sujeto que opta, si fuera el caso, por presentarse como un loco-criminal antes que un “simple” criminal? Responder a estas preguntas exige introducirse por el camino del control social, las prácticas culturales y, más hondamente, por el de la subjetividad como terreno de conflicto social. Y cada derrotero nos invita a transitar por diversas fuentes.

Así, el objetivo de este trabajo es explicar cómo he utilizado los procesos penales y cómo busco nutrir mis investigaciones con el uso de otras fuentes al adentrarme en el estudio de los saberes *psi*. Para dicho efecto, me sirvo de una causa judicial que me permita dar cuenta, a partir de la elaboración de preguntas —que no respondo, pues no es el espacio para hacerlo—, de las posibles vetas de análisis que se pueden abrir con este tipo de fuentes y, en todo caso, reflexionar sobre los posibles derroteros para la resolución de dichas interrogantes.

Empecemos por lo jurídico...

Para estudiar la locura criminal he de comenzar mi andar en el acervo del Tribunal Superior de Justicia localizado en el Archivo General de la Nación. Ahí localicé un proceso penal donde se expone un trozo de la vida de Ma-

ximiliano Rodríguez.¹ En 1945, por los rumbos de Coyoacán, a unos diez kilómetros de la Ciudad de México, la perrita de una familia llevó a la casa un brazo, aparentemente de una niña, que tenía las uñas de los dedos pintadas de rojo. Los dueños de la mascota, intrigados por el hallazgo, la siguieron hasta una cueva de la cantera del Pedregal de San Francisco. Ahí encontraron el cadáver de un infante con signos de putrefacción. En seguida dieron parte a las autoridades, era el 14 de marzo. El cuerpo presentaba tal grado de descomposición que los médicos forenses no pudieron precisar ni el sexo ni la edad del menor, mucho menos la causa de la muerte.

Tras las pesquisas judiciales, se relacionó este hallazgo con una denuncia hecha por la señora María García Morales, el 26 de febrero, para reportar la desaparición de su hijo Alberto, de cinco años de edad. Le mostraron las ropas que acompañaban los restos de aquel cuerpo localizado en las barrancas: eran de su hijo. Las autoridades lograron precisar entonces que el brazo, aunque trajera las uñas pintadas, pertenecía a un varón.

Varios enredos vecinales, en los cuales estaba implicada la mamá de Alberto y las dueñas de un estanquillo, llevaron a los investigadores policiacos con Maximiliano, el velador de una fábrica de botones que recientemente se había establecido en la edificación contigua a la casa de los Morales. El sujeto confesó haber violado y después, accidentalmente, matado al niño. Los jueces de primera instancia, apoyándose en peritajes psiquiátricos, desecharon la posibilidad de inimputabilidad —esto es: que Maximiliano no padecía ningún tipo de trastorno mental al ejecutar sus fechorías— y lo condenaron a 30 años de prisión por homicidio calificado y violación.

Dado que no todos los procesos judiciales tienen peritajes psiquiátricos, es muy probable que debamos revisar varios procesos hasta encontrar alguno en donde el hecho delictivo haya ameritado la intervención de especialistas para determinar si el crimen se cometió en el marco de algún tipo de trastorno mental. La actuación de los peritos —médicos, psiquiatras o criminólogos— solo acontecía cuando alguna de las partes implicadas en el proceso —la defensa, la que acusa o el juez— lo solicitaban expresamente.

¿Existen otros caminos para acceder a los peritajes psiquiátricos además de un expediente judicial? Sí los hay: la prensa de nota roja, las

¹ AGN-TSJDF Maximiliano Rodríguez, Isabel Lozada y Ma. Trinidad Castañeda viuda de Lozada, Homicidio, apelación, 30 de julio de 1946, Archivo Histórico 1, caja 3862, folio 680400.

revistas especializadas —criminológicas o psiquiátricas— y los acervos médicos. De cualquier modo, estas rutas, si bien son viables, pueden ser más largas y no necesariamente fructíferas en función de nuestro interés, que es el analizar los peritajes psiquiátricos en el marco de un juicio penal.

Comencemos por la nota roja. Habrá que revisar una buena cantidad de revistas o diarios de nota roja, concentradas en las hemerotecas, hasta que localicemos un acontecimiento criminal en donde algún enfermo mental haya sido el protagonista. Por ejemplo, la prensa informó el 15 de marzo sobre el hallazgo del cadáver en descomposición de una niña en las barrancas del Pedregal de San Francisco; incluso publicaron varias fotos donde se mostraban restos del cuerpo en muy mal estado.² El impreso aseguraba que, para localizarlo, a petición del agente del Ministerio Público, la familia mantuvo a su mascota, de nombre Nelly, todo un día sin alimento. Así, cuando la perrita salió a buscar comida la siguieron hasta el lugar preciso de la barranca donde había encontrado el brazo.

Según el relato periodístico, la policía se encontró con un “cuerpecito decapitado, horriblemente destrozado a machetazos en el pecho, semi-desnudo y amoratado por la acción del tiempo y de la muerte, mostrando a las gentes toda la bestialidad, toda la crueldad e ignominia de que es capaz un hombre vesánico, enloquecido por la lujuria y por la sed de sangre”.³ Sin embargo, nosotros que conocemos el proceso judicial podemos asegurar que, mientras el redactor del diario sostenía que un hombre loco y perverso, digno de un “relato de Edgar Allan Poe”, había dado muerte a la criatura tras “ultrajarla” —es decir, violarla—, lo cierto es que nada de esto había sido asentado en el proceso judicial. El reporte del médico forense no podía ni siquiera precisar el sexo del cuerpo, mucho menos si había sido vejado sexualmente o tenía heridas de machete —de hecho, la violación se estableció con la mera declaración de Maximiliano. Tampoco se llamó a psiquiatra alguno para definir el estado mental del procesado.

Otro dato más muestra la narrativa efectista del diario. Cuando Maximiliano finalmente confesó el delito, un reportero del diario *La Prensa* narró una entrevista que sostuvo con él. Extraigo un fragmento:

— ¿Cuál crees que sea el castigo que mereces por tu infamia? —le preguntamos con sorpresa. Maximiliano levanta la cabeza y nos mira fijamente, como si pretendiera medir el alcance de la pregunta. Calla largo rato y al fin, dice:

² “Una perrita hambrienta descubrió el cadáver cerca de Coyoacán”, *La Prensa*, 15 de marzo de 1945, contraportada.

³ “Crimen bestial cometido con una niña...”, *La Prensa*, 15 de marzo de 1945, p. 33.

— Pos la verdad no tengo idea... ¡Quién sabe qué irán a hacer conmigo!
 — Te alcanza la pena de muerte —le decimos—. ¿No tienes miedo de que te fusilen?
 El chacal no responde.⁴

En México la pena de muerte no era una sanción penalmente establecida, el mayor castigo que podía llegar a recibir un delincuente era 30 años de prisión, y se obtenía por delitos considerados muy graves como el parricidio, no por homicidio o violación. En el mismo tono sensacionalista, el diario le dio seguimiento a la noticia durante un mes, hasta que se dictó formal prisión. Después se olvidó del caso.

De este modo, podemos dar cuenta que la información que nos proporciona la prensa dista en muchas ocasiones de lo que realmente estaba pasando durante el proceso penal. Al lanzar con mucha facilidad adjetivos descalificativos contra un delincuente, puede confundir con respecto a la mirada de los juzgadores, que eran quienes establecían si el sujeto procesado padecía problemas mentales. No obstante, las notas periodísticas pueden resultar útiles porque llegan a narrar elementos del caso que no se asientan en el proceso judicial y que nos permiten tener una mirada un poco más amplia de cómo sucedieron los hechos, de la existencia de otras personas implicadas que no fueron llamadas a declarar judicialmente, de la actuación de la policía, etc. Por ejemplo, en el proceso que nos ocupa, la prensa nos ayudó a saber cómo fue que la policía logró localizar los restos del infante muerto.

Así, debemos tener siempre muy presente que la prensa sensacionalista suele exagerar los sucesos o incluso sostener dichos de sucesos que en la realidad no existieron, tales como asumir que el delincuente era un loco sin que ni siquiera se haya solicitado la presencia de psiquiatras para el caso penal. Esto es justamente lo que puede llegar a hacer larga —e infructuosa— la búsqueda si no contamos con el proceso penal que nos permita ponderar los relatos de la nota roja cuando estamos buscando un caso de locura-criminal.

¿Qué hacer entonces con la prensa? Servirnos de ella como una guía que nos lleve al archivo, y después como una fuente que nutra lo mostrado en el expediente penal. Los diarios llegan a dar mucha información que puede ser relevante para comprender el caso; sin embargo, lo ideal es cotejarla con la fuente penal. En síntesis, si comenzamos nuestras pesquisas sobre el tema con la prensa roja, lo que debemos hacer es anotar

⁴ “Truculenta confesión del chacal asesino...”, *La Prensa*, 11 de abril de 1945: 26.

toda la información posible del caso periodístico que nos pudiera ayudar a localizar el expediente penal correspondiente en el archivo judicial: nombres de los implicados, delito cometido, juzgado donde se llevó el asunto penal, etcétera.

La siguiente opción: existen algunos acervos documentales de médicos o revistas especializadas donde se podrían localizar peritajes psiquiátricos. Sin embargo, al igual que la prensa, si no tenemos el expediente penal no podremos saber bien lo sucedido porque no siempre el peritaje médico narra con detalle los hechos delictivos, además de que no tendremos la resolución de los jueces que son quienes determinan, a final de cuentas, si el crimen se cometió en el marco de un trastorno mental. Habrá que ir también en este caso a la búsqueda del expediente penal. Y correremos con suerte si el acervo judicial cuenta con una buena base de datos que, con las pistas recopiladas, ya sea en la prensa o en los acervos médicos, nos permita dar con el documento —suponiendo que este se conserve.

Así pues, el expediente penal es un punto de partida prioritario en tanto que ahí se encuentra el nódulo del conflicto que buscamos estudiar. Sin sujeto transgresor detenido por las autoridades no se movilizan jueces, psiquiatras, abogados, familiares, vecinos, relatos, verdades, mentiras, etc. Entonces, es indispensable comprender el funcionamiento de este documento. Para ello, el análisis exige la comprensión de otras fuentes de orden jurídico.

Empecemos por la Constitución. De acuerdo con la Carta Magna de 1917, era competencia exclusiva de un juez penal designar cuándo un procesado era imputable o no, sirviéndose, claro, de la ciencia médica. El código penal ayuda a entender las acciones tipificadas como delitos y sus respectivos castigos; esto es, ¿cómo se tasan las acciones delictivas según el poder político? Es indispensable conocer el código de procedimientos penales y la ley orgánica de tribunales para comprender los límites de operación de los implicados en el contexto de un juicio penal: ¿qué pueden hacer jueces, abogados, médicos y partes implicadas en el caso durante el proceso? La jurisprudencia da argumentos a los juzgadores a partir de procesos anteriores que sentaron precedentes en casos similares a la hora de dictar sentencia.

Hay que aclarar que, aun cuando estamos partiendo de fuentes legales, ello no le resta de ninguna manera peso a la realidad social, subjetiva o médica que estamos historiando. Simplemente es importante conocer el marco jurídico porque, más allá del motivo que impulsó el accionar del

sujeto, será desde el terreno de lo legal donde se establezca si el acusado es inimputable por cuestiones mentales.

El Código Penal de 1931 precisaba, en la fracción II del artículo 15, que no se podía imputar a alguien cuando “al cometer la infracción [se hallaba] en un estado de inconciencia de sus actos, determinado [...] por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio”. En el artículo 68 se precisaba que “los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan [delinquido] serán recluidos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación”. Así pues, en lo que respecta al estado mental de un presunto delincuente como coadyuvante del crimen, estas eran las únicas cláusulas contempladas para interpretar su caso judicial. Ahora bien, los jueces, con apoyo en los peritajes psiquiátricos, tomaban la decisión definitiva, tal como lo decretaba la Constitución; en otras palabras, tenían total libertad para decidir, más allá de lo establecido por los especialistas, si el acusado era imputable o no penalmente.

Regreso al caso de Maximiliano. El hecho de que se hayan realizado peritajes fue porque se buscaba reconocer si él gozaba de conciencia plena cuando cometió la violación y el homicidio del niño Alberto; de ello dependería la eximente penal o la sentencia —ya fuera condenatoria o absolutoria. Lo que estaba en juego aquí para la justicia era la razón, la voluntad y la conciencia de los actos al momento de perpetrar el delito.

Desgraciadamente, no se cuenta con el proceso completo, solo con la apelación. ¿Qué significa esto? Debemos revisar el código de procedimientos penales (1931) para comprender el funcionamiento de una fuente penal, y para discernir si solo con una apelación o segunda instancia podemos seguir adelante. Tenemos entonces que un proceso penal consta de dos grandes partes: la primera instancia y la segunda instancia.

La primera instancia comienza cuando, tras la acusación formal realizada por el agente del Ministerio Público, se abre el expediente penal que será llevado por un juez llamado de instrucción. En esta etapa se presentan pruebas, se hacen los interrogatorios necesarios, se realizan los careos entre los implicados y/o se solicita el apoyo de peritos especialistas en materias diversas para resolver inquietudes —aquí es cuando los psiquiatras pueden entrar en acción. Terminada esta fase, el juez turna el caso a una Corte Penal o Tribunal de Primera Instancia, conformada por tres jueces —que incluye al que llevó la instrucción—, para dictar el castigo correspondiente o la absolución. Tras la resolución de la Corte, tanto el

acusado como el agente del Ministerio Público pueden apelar dicha decisión. De ser así, el caso se turna al Tribunal Superior de Justicia o de Segunda Instancia, en donde tres magistrados serán los encargados de dictar la sentencia definitiva e inapelable —absolutoria o condenatoria.

Dado que del expediente penal de Maximiliano solo tenemos la apelación o la segunda instancia, no contamos más que con una recapitulación de lo sucedido en la instrucción y de los razonamientos esgrimidos por la Corte Penal para fundamentar su sentencia. Este resumen es realizado por el Tribunal Superior de Segunda Instancia como punto de partida para la formulación de los argumentos jurídicos que sustentarán la sentencia definitiva. Entonces, al no tener la primera parte del expediente, no se conserva todo lo que esta contiene, incluidos los peritajes psiquiátricos en su totalidad. Así que me aventuré por algunos acervos médicos y revisé revistas especializadas para ver si me encontraba los peritajes que se le realizaron a Maximiliano, o bien algunos otros que me pudieran dar luces sobre conductas similares. Encontré algunos peritajes relacionados con violaciones de niños varones, pero no el de Maximiliano. Lo que pude constatar al transitar el camino de estas fuentes es que, en general la violación de varoncitos provocaba mucha alarma y, aun cuando se podía tildar de “anormales” y perversos a los procesados, generalmente se les consideraba sujetos que debían ser imputados penalmente.

Entonces, ¿se debe desechar el caso de Maximiliano? Por supuesto que no. La apelación cuenta con citas textuales elaboradas por los magistrados del Tribunal Superior que recuperan lo referido por los peritos psiquiatras, por abogados, por el agente del Ministerio Público y por los jueces de primera instancia; con ello tenemos interpretaciones jurídicas, médicas y culturales de los hechos acontecidos. En este punto, podemos intentar adentrarnos por otras rutas de análisis, lo cual exige la búsqueda de más y diversas fuentes. Con ello se robustecerá la investigación. Veamos:

Los jueces de primera instancia condenaron a Maximiliano a 30 años de prisión por violación y homicidio calificado; tomaron en cuenta que, en los peritajes psiquiátricos, a pesar de haber sido etiquetado como una persona con sexualidad perversa, fue estimado como un “sujeto mentalmente normal”. La defensa apeló tal resolución alegando que la violación nunca se pudo comprobar y que, en todo caso, el homicidio cometido fue simple pues nunca buscó matar al niño Alberto con premeditación.

Por otro lado, el abogado enfatizó que si bien los peritajes psiquiátricos demostraban que su defendido era un sujeto normal, tales estudios se habían utilizado, más bien para hacerlo parecer un perverso con volun-

tad. Insistió en que el procesado fue torturado y que le hicieron firmar declaraciones que nunca hizo con la finalidad de presentarlo como una persona morbosa y con

...un estado mental equívoco que lo asemeja más a un loco que tan pronto admite una cosa como que la niega para después establecer una nueva versión lo cual revela un estado psíquico contrario al que dictaminan los peritos médicos tiene el procesado, lo cual debió haberse pesado y analizado en la sentencia [de primera instancia] que se revisa.⁵

El alegato del abogado era claro: si no era considerado loco, tampoco debía ser estimado como un perverso con voluntad ya que con esto último se agravaría el castigo penal.

Por su parte, los magistrados de segunda instancia consideraron que no había “en la causa [penal] ningún indicio serio que haga dudar de la responsabilidad del sentenciado”;⁶ es decir, era totalmente responsable de sus actos y no un enfermo mental. A los dictámenes médicos realizados durante la instrucción penal, los magistrados sumaron “la paladina y hasta cínica confesión, aceptando reiteradamente la cópula, y causado la muerte del niño por haberle tapado la boquita y la nariz para evitar que gritara o llorara, hasta que dejó de moverse porque había muerto”. Para este tribunal:

...aunque el reo pretendía hacer creer que el morboso deseo de violar a la criaturita le vino de improviso, ello es absolutamente inadmisibile, bastando para convencer de lo contrario la circunstancia de que empleó vacelina [sic], como lubricante, para facilitar sus perversas intenciones y toda la serie de maniobras que detalladamente se refiere en su declaración [...]; todo lo cual revela una reflexión consciente y duradera en el propósito de satisfacer sus apetencias sexuales.⁷

Esto es: Maximiliano tenía conciencia plena de lo que hacía; de otra forma no hubiese asfixiado al menor tratando de acallar sus gritos. En el marco procesal penal no había indicios de locura, arrebato, obnubilación o de alguna emoción que anulara su voluntad al momento de delinquir —de violar o de matar—, tal como se establecía en el artículo 15 del Código Penal. El procesado era imputable. ¿Para que sirvieron los peritajes entonces?

⁵ AGN-TSJD Maximiliano Rodríguez, Isabel Lozada y Ma. Trinidad Castañeda viuda de Lozada, Homicidio, apelación, 30 de julio de 1946, Archivo Histórico 1, caja 3862, folio 680400, f. 5.

⁶ *Ibid.*: 19.

⁷ *Ibid.*: 19-20.

Dado que Maximiliano había sido declarado imputable por los jueces de primera instancia, y que así lo convenían los magistrados de la segunda, lo que realmente estaba en juego para los segundos, en términos de salud mental, era el grado de perversión que orillaría a Maximiliano a reincidir en el futuro. En tal sentido, los peritajes valieron para dictaminar, por parte de los juzgadores, su grado de “temibilidad” y, por tanto, la severidad de la pena aplicada, tal como marcaba el artículo 52 del Código Penal y que brindaba a los jueces un amplio arbitrio judicial para dictar los años de prisión que se merecía.

Para comprender esto se buscó apoyo en otras fuentes de orden conceptual, y se acudió en búsqueda de tesis y textos especializados de derecho de la época. Ahí se pudo constatar que, a diferencia de la “peligrosidad” —que era entendida en aquel contexto como “la probabilidad que existe de que un individuo se transforme en delincuente”—, la “temibilidad criminal” se relacionaba con el “grado de probabilidad de que un delincuente se transforme en reincidente” (Moncada, 1943); esto es, que “el delito sea la expresión más directa del temperamento individual” (Almaraz, 1931: 51).

La “temibilidad” de Maximiliano, “lindante con la máxima”, asentaron los magistrados en el expediente, se midió con el siguiente listado que aludía a lo establecido por los peritos psiquiatras:

...su especial monstruosidad; la astucia y cautela con que procedió el reo para captarse la confianza de la víctima; la absoluta desvalidez de esta, dada su cortísima edad; que el acusado es un invertido sexual, por afán de lucro, sin que se sepa si habitualmente practica el homosexualismo en forma activa [de incubo], o pasiva [de súcubo]; que reveló absoluta falta de consideración a la ingenuidad, candor e inocencia de la víctima y total menosprecio de los más respetables valores morales; que se reveló calumniador a sabiendas y con perseverancia, al inculpar, por motivos de venganza, rencor y represalias, a personas que bien sabía eran inocentes y una de las cuales se le había entregado sexualmente varias veces en forma gratuita; que, salvo en la esfera sexual, el reo es normal psicofisiológicamente hablando, en opinión de los expertos que lo reconocieron; que se jacta de haber observado antes conducta antisocial, cuando se refiere un antecedente sexual con una pariente cercana suya, que motivó su salida del hogar, de haber tenido comercio carnal con hombres y de ser desertor del Ejército Nacional.⁸

Por otro lado, para dictar sentencia definitiva el Tribunal Superior de Justicia de Segunda Instancia estableció que Maximiliano no era un loco-cri-

⁸ *Ibid.*:19-20. Las cursivas son mías.

minal pero que, en efecto, había matado al infante sin premeditación. Así, lo condenaron a 20 años de prisión, el máximo por homicidio simple dada su temibilidad.⁹

Y además del derecho, otras fuentes...

Si dejamos nuestro estudio a nivel de los mecanismos de control y el análisis de la tensión discursiva existente entre la psiquiatría y la justicia penal, nos quedaríamos en el entendido de que el loco-criminal se construye exclusivamente y a fin de cuentas a raíz de su designación judicial.

El hecho de que fuesen los jueces quienes tenían la última palabra para designar a un loco-criminal, como lo establecía la Constitución, no significa que en los procesos penales no hubiese tensiones discursivas entre el derecho, la psiquiatría y la criminología. En el caso de Maximiliano aparentemente no hay tal tensión porque jueces y médicos estuvieron de acuerdo en la designación sobre el tipo de persona que era; sin embargo, sí hay tensión. ¿Cómo justificaron los psiquiatras la temibilidad del procesado?, ¿qué argumentos los llevó a sostener que Maximiliano era normal con patologías sexuales?

Aquí se abre otra veta de análisis: la tensión discursiva y conceptual entre saberes. Es indispensable analizar los contextos intelectuales e ideológicos en los que se desarrollan tanto la psiquiatría como el derecho penal y la criminología, para lo cual es necesario ir a otras fuentes: tratados médicos, artículos especializados y tesis de psiquiatras y abogados relacionados con las concepciones que desde su trinchera defienden con respecto a una problemática específica, por ejemplo, la peligrosidad o la “temibilidad” de un sujeto, la sexualidad perversa, el estado alienado o de obnubilación de la conciencia que se traduce en inimputable, etcétera.

El psiquiatra Alfonso Millán (1938), director del Manicomio General La Castañeda entre 1934 y 1938, insistía en que sin la intervención de la psiquiatría los jueces llegaban a ponderar equivocadamente el grado de peligrosidad de sujetos que tras ser puestos en libertad pudieran, dada su salud mental, cometer más delitos. Reseñó el caso de un esquizofrénico externado del manicomio por el poder judicial a pesar de la negativa de la institución mental, que tiempo después fue enviado nuevamente en calidad de detenido tras perpetrar un homicidio. Por su parte, el jurista

⁹ Este homicidio se castigaba entre 13 y 20 años de cárcel (art. 313).

Alfonso Teja Zabre, uno de los redactores del Código Penal de 1931, aseguraba que los delincuentes eran seres humanos comunes, no eran buenos o malos por naturaleza, sino producto de las circunstancias sociales, económicas e, incluso, biológicas (Teja, 1936: 8 y 26). De ahí que se pensara en la importancia de los peritajes vinculados a la salud mental de los delincuentes como apoyo, más no como un argumento determinante para sentenciar.

Ahora bien, los peritajes psiquiátricos los hay de diferentes procedencias científicas: los realizados por los médicos legistas, los de los criminólogos y los de los psiquiatras. ¿Qué buscan en general estos peritajes?, ¿qué buscan los criminólogos a diferencia de los otros?, ¿cuáles son más empáticos con la mirada de juzgadores?

¿Existen discordancias teórico-metodológicas entre los tres grupos? Responder estas preguntas requiere una investigación aparte que nos desviaría del objetivo de este trabajo. Sin embargo, por ahora podemos comentar que la discusión en torno a nociones tales como las de “temibilidad” o “peligrosidad” generalmente se inclinó a favor del manejo conceptual que los juristas hicieron de los mismos en función de los propios intereses que perseguía la administración de la justicia penal en aquellos años. Lo que más preocupaba a los psiquiatras de la época era la existencia de los delincuentes en potencia —peligrosidad—, y la falta de sensibilidad ante esta problemática social por parte de las autoridades. En cambio, los juristas, sin desconocer ese fenómeno, mostraban en la práctica punitiva una mayor inquietud ante la posibilidad de que un criminal volviese a delinquir —temibilidad—; de ahí la ampliación del arbitrio judicial para condenar, en ese dilatado margen entre el mínimo y el máximo de un castigo, en función de las características del sujeto procesado.¹⁰ Atribución que dio a los magistrados que sentenciaron a Maximiliano la prerrogativa para castigarlo severamente dada su temilidad “lindante con la máxima”, esperando que, con pena tan grave, desistiera de continuar con sus fechorías.

Por otro lado, uno pensaría que cualquier peritaje hubiese buscado satisfacer a su cliente, sobre todo si fue contratado *ex profeso*, ya sea por la parte acusadora, por la defensa o incluso por los jueces. Me parece que habría que conceder a los peritos la posibilidad de expresar un punto de vista comprometido con respecto a la situación mental del procesado desde su *expertise* criminológico, psiquiátrico o de médico legista. ¿Se podían

¹⁰ Para una revisión historiográfica más puntual sobre la discusión conceptual entre la temibilidad y la peligrosidad, puede revisarse Speckman (2008) para lo jurídico y Ríos (2016) para lo médico.

corromper estos peritos? Sin duda, pero ello es parte más bien del teatro de la justicia; en todo proceso judicial pobres y ricos podían utilizar todas las argucias a su alcance para disminuir los costos de la situación que enfrentaban: mentir, huir, contratar abogados privados, sobornar peritos, etcétera.

Y aquí, no para demostrar la corrupción del sistema, habría que considerar otras fuentes que permitan desentrañar otros muchos valores que están en juego en todo proceso judicial: la clase, el género, la sexualidad y las posibilidades materiales, sociales y cognitivas de los procesados. Maximiliano era pobre y considerado “retorcido” por sus prácticas homosexuales. Del otro lado, están los controladores quienes no perciben igual al violador de un niño que al de una niña. Por lo visto en varios procesos y peritajes recopilados en mis investigaciones, los del primer tipo son considerados despreciables; los del segundo son vistos como delincuentes que deben ser castigados pero que no necesariamente son sujetos viles.

Tanto jueces como psiquiatras son producto de su tiempo y defienden, además de paradigmas científicos, valores morales con respecto a los comportamientos de los sujetos.

¿Desde dónde contrastar estos valores? En el caso de Maximiliano, por ejemplo, habría que atender a manuales sexuales de la época, concepciones de sexualidad que defiende el Código Penal, concepciones de sexualidad relacionada con la peligrosidad o la perversidad existentes en tesis médicas y jurídicas, en artículos o conferencias de psiquiatras, de criminólogos y de abogados. Concepciones todas insertas en el imaginario social, y a partir de las cuales los sujetos significan el mundo del cual forman parte y dan sentido a sus acciones, tanto controladores como subalternos.

Ahora pasemos a otro rumbo posible para la investigación. El nódulo del conflicto: el sujeto transgresor. Maximiliano declaró que se llevó a Alberto con engaños a la fábrica, ofreciéndole dulces. Ahí lo desvistió a la fuerza. Luego lo embrocó en el lavadero y utilizó vaselina como lubricante para penetrarlo; cuando el niño comenzó a sangrar y a gritar le tapó la boca y murió. Maximiliano, asustado, lavó la sangre, metió el cadáver en un costal y fue a tirarlo al Pedregal de San Francisco. Entre todo lo que declaró, siempre negó haberle pintado las uñas a Alberto. Y esto no es un dato menor. Para los magistrados la

...manifestación de la perturbación sexual del acusado es el hecho de que hubiera pintado de rojo las uñas del niño, presumiblemente dentro del cuarto del reo que ocupaba en la fábrica porque, aunque el acusado negó haber hecho eso, es induda-

ble que lo verificó, porque el primer bracito encontrado tenía las uñas coloreadas y no es creíble que así las trajera la víctima habitualmente, dados su sexo y su normalidad, así como “las costumbres comunes sobre el particular en nuestro medio”.¹¹

Además, la policía judicial encontró en su cuarto la vaselina que supuestamente el acusado utilizaba en los encuentros sexuales que ahí sostenía regularmente con un hombre. Para jueces y magistrados no había más: Maximiliano pintó las uñas de Alberto antes de violarlo. Ahí su perversión.

Luego entonces, lo que está en juego es la práctica social del sujeto sometido en razón a lo que esta implica en el marco del orden social defendido por los controles formales que se sustentan en argumentaciones especializadas —médicas y jurídicas, en este caso. Estamos en el terreno de lo simbólico, de las concepciones, de los dichos, de la moral, de las subjetividades.

Si concedemos que Maximiliano le pintó las uñas a Alberto previo a la violación, ¿qué podía significar esto para él?, ¿con qué elementos simbólicos construía y ejercía su sexualidad?, ¿qué nos dicen las prácticas sexuales de Maximiliano del contexto mexicano de los años cuarenta? Otro dato: se asentó en el proceso que Maximiliano tenía relaciones sexuales con la vecina del estanquillo. Esto habría que explicarlo con otras fuentes: sus testimonios, escritos, cartas y diarios. Documentos que habría que ponderar con otras narrativas para reconstruir el contexto simbólico en torno a sus actos. Los dichos de otras personas: testigos, querellantes, vecinos, delatores, etc., de este y de otros procesos judiciales, en historias clínicas y jurisprudencia con problemáticas similares.

Pero también se podría voltear al cine, a la prensa, a la nota roja, a los *comics*, a los fotorreportajes o a algunos de los más de 200 reportajes sobre “mujercitos” que se publicaron a partir de los años sesenta en *¡Alarma!* (Vargas, 2014). Por ejemplo, en abril de 1947 hubo una redada judicial en el cabaret El Dragón de Oro, lugar considerado por el periodista que reseña la acción policial en *Magazine de Policía*, como un “cubículo de travestidos, antro de degenerados donde nadie sabe quién es quién, ni nadie sabe con quién se pierde; en lugares de este tipo [continúa la nota], los asistentes ya llevan, hasta la médula, el virus de la pederastia” (Pulido, 2016: 227-228). Como podemos notar, estas adjetivaciones no distan mucho de las recibidas por Maximiliano de parte de psiquiatras y jueces.

¹¹ AGN-TSJDJF Maximiliano Rodríguez, Isabel Lozada y Ma. Trinidad Castañeda viuda de Lozada, Homicidio, apelación, 30 de julio de 1946, Archivo Histórico 1, caja 3862, folio 680400, fs. 19-20. Las comillas son mías.

En esta línea de investigación, es fundamental comprender el sentido social que adquieren las actuaciones de los individuos partiendo de los sistemas de significación de su contexto histórico, lo cual nos permite delinear mejor la idea de salud mental en relación con el crimen, pero también en función al significado que los sujetos otorgaban a sus propios actos y que les representaba una forma de existencia en el mundo, proceso por medio del cual se construye la identidad.

Ahora bien, para ponderar las subjetividades hay que adentrarse en las representaciones y en los imaginarios sociales.¹² Si buscamos en otras fuentes culturales esas formas de entender el mundo, se puede comprender el entorno social en el que esos sujetos están construyendo su identidad. ¿Qué imaginarios había en el contexto histórico que orientó el sentido de los actos de Maximiliano? Por ejemplo, la violación, incluso la de menores, era un delito poco castigado. Se castigaba con entre dos y ocho años si la víctima era impúber. De acuerdo con el Código Penal, 30 años de prisión era el castigo máximo que podía recibir un sentenciado, y solo se alcanzaba con el parricidio o por acumulación de delitos. Esto quiere decir que si a Maximiliano le dieron 20 años de prisión fue en realidad más por el homicidio que por la violación de Alberto.

La apertura a formas diversas de sexualidad y los derechos sexuales de los infantes hoy en día son distintos a los que había en 1940.¹³ ¿Qué implica todo esto? Hay que historiar la subjetividad buscando entender el cómo se comprende en ese contexto específico el ejercicio de la violencia sexual contra infantes, y en particular de un hombre adulto contra un niño varón; casos como el de Maximiliano nos abren esa posibilidad.

¹² Entiendo por imaginario social “una instancia de creación del modo de una sociedad: instituye las significaciones que producen un determinado mundo” (Tello, 2003: 114). De acuerdo con Cornelius Castoriadis, las significaciones son por medio de lo que —y a partir de lo cual— los individuos son formados como individuos sociales, con capacidad de participar en el hacer y representar social y dan, en última instancia, sentido a las prácticas sociales (Tello, 2003: 115-116).

¹³ En el siglo XX, el delito de violación comenzó a ser bastante visible en las estadísticas oficiales hasta la década de los años setenta, sin precisar la diferencia en las cifras el tipo de víctimas, es decir, si eran infantes o adultos, hombres o mujeres los violados. Respecto a las prácticas sexuales con infantes, la pederastia se tipificó penalmente hasta 2014 (art. 209 bis). De acuerdo con el actual Código Penal Federal, pederastia es el acto sexual de un adulto en situación de autoridad con un menor; se castiga si no media violencia entre nueve y 18 años de prisión; si hay violencia aumenta a una mitad más. Si no hay relación de autoridad entre el victimario y la víctima se puede procesar como violación si la víctima es menor de 15 años, aun cuando no haya mediado violencia; y se castiga entre ocho y hasta 30 años de prisión; el mayor castigo que se puede recibir según el actual Código Penal Federal es de 60 años de prisión (art. 25). En 2014 se emitió la Ley General de los Derechos de las Niñas, los Niños y los Adolescentes.

Esto nos regresa al terreno de los controles formales: el enfrentamiento entre poderes institucionales —psiquiátrico y judicial— y subalternos; y, por otro lado, entre las propias instituciones. Indagar en el contexto ideológico-político imperante, nos ayudará a comprender qué tipo de transgresiones llamaban más la atención de autoridades y especialistas. Hay que volver a los marcos legislativos que permiten ver el funcionamiento de las instituciones, pero ahora de la mano de otras fuentes: las numéricas. Estadísticas penales, detenciones judiciales, presuntos delincuentes frente a sentenciados, censos, registros carcelarios, registros manicomiales. Ello nos invita a recuperar nuestras propias fuentes en términos cuantitativos. ¿A qué delitos se les otorgaba la etiqueta de inimputable por salud mental?, ¿quiénes hacían regularmente los peritajes, médicos legistas, criminólogos o psiquiatras?, ¿los marcos sociales donde se verificaban las prácticas criminales eran pobres, ricos, de clase media, hombres, mujeres, parientes, amigos, vecinos?

La cantidad de preguntas que se pueden elaborar con una fuente pueden ser muchas y de diversos tipos. Todo depende de las temáticas que buscamos desarrollar, por ejemplo, sexualidad, violencia, cuerpo, infancia, género, etc. En síntesis, es fundamental trabajar con una variedad de fuentes alrededor de los principales hallazgos localizados en los procesos judiciales con peritaje psiquiátrico.

A manera de conclusión

La búsqueda de fuentes nos lleva a recorrer un camino de encuentros y desencuentros; en muchas ocasiones sucede que los indicios que buscamos no están donde suponíamos, o bien, que debemos buscar en otras fuentes, quizás insospechadas, para poder armar lo mejor posible el rompecabezas al que nos estamos enfrentando. En este trabajo no busqué analizar el caso de Maximiliano en términos médicos o jurídicos, sino servirme de un expediente penal que tuviese indicios de un peritaje psiquiátrico para explicar los diversos caminos existentes para enriquecer los estudios *psi* al enfrentarnos a estas fuentes y sus problemáticas. Asimismo, se mostró que a partir de un peritaje psiquiátrico se abren diversas temáticas para ser investigadas y que nos llevan a consultar otro tipo de fuentes.

Bibliografía

- Almaraz, José. 1931. *Exposición de motivos del Código Penal, promulgado el 15 de diciembre de 1929*, México.
- Arnold, John. 2003. *Una brevísima introducción a la historia*, México, Océano.
- Millán, Alfonso. 1938. “Consideraciones generales sobre la situación legal de los alienados en México”, *Criminalia. Revista de Sociología Criminal*, año IV, núm. 9, pp. 525-529.
- Moncada Garza, Arturo. 1943. “El derecho frente al problema del alcoholismo”, tesis de licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho.
- Pulido Llano, Gabriela. 2016. *El mapa “rojo” del pecado. Miedo y vida nocturna en la Ciudad de México, 1940-1950*, México, INAH/Secretaría de Cultura.
- Ríos, Molina, Andrés. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Siglo XXI /UNAM-IIIH.
- Speckman, Elisa. 2008. “Reforma legal y opinión pública: los códigos penales de 1871, 1929 y 1931”, en Arturo Alvarado (ed.), *La reforma de la justicia en México*, México, Colmex, pp. 575-613.
- Teja Zabre, Alfonso. 1936. “Exposición de motivos”, en *Código Penal para el distrito y territorios federales en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal (1931)*, México, Botas.
- Tello, Neri. 2003. *Cornelius Castoriadis y el imaginario radical*, Madrid, Campo de Ideas.
- Vargas, Susana. 2014. “Mujercitos”, en *¿Qué pasa? ¿Ya nadie quiere ser hombre? Más “Mujercitos!” festines secretos de invertidos!*, Madrid, RM Verlag.

TERCERA SECCIÓN



NOVELAS Y PERIÓDICOS

UNA REEVALUACIÓN DE LOS ARCHIVOS, LOS DERECHOS
HUMANOS Y LA PSIQUIATRÍA EN LA ARGENTINA
DEL PROCESO (1976-1983)



*Jonathan Ablard**

Entre 1996 y 2006 —periodo en el que realicé la investigación para *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983* (Ablard, 2008)— se escuchaban afirmaciones de que la dictadura argentina había utilizado a los hospitales psiquiátricos para detener —y torturar— a prisioneros políticos con el conocimiento y, en algunos casos, la anuencia de los psiquiatras. En aquel momento, mantuve una actitud cautelosa frente a estas acusaciones principalmente por dos razones: la primera tuvo que ver con el amplio acceso que tenían la policía y los militares a una gran variedad de instalaciones para la detención/tortura; ¿qué sentido tenía hacer uso de espacios públicos colmados de personal, doctores, pacientes y familiares? Sencillamente, no podía imaginar que los agentes del Estado consideraran a estos hospitales como lugares viables donde colocar a los detenidos. Ello requería de la organización y disciplina propia de los soviéticos, cualidades de las que siempre careció el caótico régimen dictatorial argentino. La segunda y más importante razón fue que, en ese momento, no localicé ninguna evidencia de dichos internamientos. Retrospectivamente, hoy me doy cuenta que existían indicios; por ejemplo, la asignación por parte del gobierno militar de oficiales como interventores en estas instituciones debió de haberme alertado a la necesidad de indagar más.

La manera en la que un historiador enmarca su trabajo puede llevarlo a perder claves o información importante. En mi caso, mi libro se centró en el periodo anterior al primer gobierno peronista; únicamente en el último capítulo hice referencia a eventos que ocurrieron entre 1948 y el final de la última dictadura. Lamentablemente, en el mo-

* Profesor de historia, Ithaca College, Ithaca NY.

mento de investigar, no había documentos primarios sobre esa época. Basado en la evidencia documental que encontré —que incluye procesos legales en los que la corte declaraba que las personas padecían de insania y un gran archivo de documentos administrativos de los hospitales Moyano para mujeres y Borda para varones; argumenté en contra de la concepción prevalente de que los asilos mentales eran instituciones de control social y represión. Percibí matices en la forma en que las mujeres y los hombres fueron internados en ellos y di cuenta de la compleja relación que existió entre familias, doctores, autoridades públicas y pacientes en la conformación del proceso de confinamiento, tratamiento y retorno a la sociedad. Asimismo, ubiqué tensiones entre las autoridades públicas y los familiares que utilizaban estas instituciones para contener comportamientos problemáticos, y los administradores que buscaban evitar que se convirtieran en depósitos para mujeres inmorales y criminales. Ejemplo de ello son los intentos sistemáticos del personal del hospital de mujeres para deshacerse de las prostitutas dejadas a su cuidado. Dos factores motivaron a los hospitales a sacar a personas que, si bien eran difíciles en su trato, no padecían aflicciones mentales. El permanente hacinamiento con el que operaban los llevó a promover activamente entre la población la idea de que estas instituciones eran espacios eminentemente médicos. Los psiquiatras pensaron que si lograban alcanzar ambos objetivos, las personas buscarían tratamiento de forma voluntaria. Así pues, los médicos tenían incentivos propios para no querer que sus hospitales se convirtieran en espacios carcelarios.

A comienzos de siglo XXI solamente existía evidencia circunstancial acerca del uso de las instituciones psiquiátricas por parte de la dictadura. A la caída del régimen, las *Madres de la Plaza de Mayo* entraron al Borda, hospital para hombres de la ciudad de Buenos Aires, buscando tanto a seres queridos como evidencia de detenciones/torturas/asesinatos políticos llevadas a cabo en dicho lugar. En un principio no encontraron nada definitivo, únicamente un listado de más de 300 personas enlistadas bajo la categoría N.N. y reportadas como fallecidas. Sin embargo, no ubicaron mayor información sobre los familiares a quienes buscaban. Retrospectivamente, el gran número de casos N.N. debió de haberme alertado a la necesidad de investigar esta cuestión con mayor profundidad. Volveré sobre este incidente más adelante.

La historiografía crítica argentina de los hospitales y los psiquiatras formuló interrogantes importantes acerca de la relación de los médicos y

los hospitales con las tradiciones y prácticas autoritarias. A mediados de los años ochenta del siglo pasado, el historiador Hugo Vezzetti escribió acerca de los fuertes lazos que existían entre los psiquiatras y la policía desde las primeras décadas del siglo XX, por ejemplo, las creencias compartidas entre los médicos tanto de que los locos eran criminales innatos como de que los anarquistas estaban locos, etc. Posteriormente, Jorge Salessi amplió estos descubrimientos, añadiendo a ellos un análisis sobre el lugar que ocupó la homosexualidad en el discurso psiquiátrico (Vezetti, 1985; Salessi, 2000). El trabajo de Vezzetti estuvo fuertemente fundamentado en su conocimiento de la última dictadura, aduciendo que esta paradójicamente había desencadenado el terror entre los expertos en salud mental que en décadas anteriores supuestamente habían apuntalado al Estado. Este historiador no tomó en consideración la posibilidad de que algunos de los psiquiatras continuaron laborando en las instituciones a lo largo del Proceso. También estudié con seriedad los aportes de la antipsiquiatría argentina que asociaba la terapia electro-convulsiva al horrible instrumento de tortura inventado en el país: la picana. Sin embargo, en ninguno de los textos que revisé aparecía una relación claramente documentada entre los hospitales y la represión del Proceso (Ablard, 2008: 200-207).

Desde entonces, múltiples acontecimientos me han llevado a reevaluar mi interpretación inicial. Comencé a preguntarme si había obviado algo tras leer la detallada historia de Ray Craib (2016/2017) sobre el anarquismo chileno. Este texto, uno de los pocos testimonios respecto al paso de la prisión al psiquiátrico con los que contamos, narra el tránsito del poeta anarquista José Domingo Gómez Rojas de reo a paciente psiquiátrico. Su descenso a la locura comenzó tras ser arrestado y enviado a la penitenciaría de Santiago acusado de subversión; posteriormente fue transferido a la cárcel de la ciudad donde se le aisló y torturó. Como resultado de los tormentos sufridos, los guardias de la prisión determinaron que había perdido la razón y lo enviaron a la Casa de los Orates, único asilo público de la ciudad, donde falleció ocho días después por causas desconocidas (Craib, 2016: 156-159).

La trágica historia de los últimos meses de Gómez Rojas no genera ninguna sorpresa en los lectores modernos. Sin embargo, lo que sí llama la atención es la discusión sobre los estragos que comúnmente ejercía la encarcelación en la mente de los escritores anarquistas. Craib cita la novela autobiográfica de Víctor Serge, *Men in Prison*, a modo de exploración de

la conciencia que manifestaron los anarquistas sobre el impacto que podía tener la prisión en las personas.

El libro de Craib también plantea preguntas inquietantes acerca del papel político-policial que juegan los hospitales mentales y la relación que guardan con las cárceles y prisiones. El *vía crucis* de Gómez Rojas de la prisión al asilo puede ser leído como un proceso de medicalización del encarcelamiento, o también como una complicidad entre la profesión psiquiátrica y el proceso carcelario. Una tercera interpretación es que la administración del hospital era tan laxa que prácticamente no supervisaba las admisiones, este además era un espacio poroso, fácilmente manipulable por parte de los funcionarios de la prisión.

Si bien la historia del poeta chileno me alertó a la posibilidad de la existencia de una relación entre los hospitales psiquiátricos argentinos y la dictadura, lo que me llevó a reevaluar mi postura anterior fue la lectura del libro *Ana alumbrada: militancia, amor y locura en los 60*, en el que Alejandra Slutzky narra la historia de su madre, Ana Svennson, quien, junto a su marido, se unió a un grupo militante. Ambos fueron entrenados en Cuba y arrestados en Argentina tras su regreso. Tiempo después de ser liberada de prisión, Svennson fue confinada en el Hospital Neuropsiquiátrico Moyano donde estuvo internada como paciente hasta su muerte en 1982. Durante su internamiento, los militares mataron a su esposo, tras lo cual Slutzky y su hermano fueron enviados a vivir a Holanda. Otros miembros de la familia también abandonaron Argentina durante la dictadura. Para la autora, Ana fue una “víctima indirecta” del terror del Estado. En el proceso de dar sentido a la vida y trágica muerte de su madre, comenzó a descubrir un capítulo poco conocido de la historia del Proceso.

Como resultado de visitas realizadas al hospital Moyano —que resultó difícil de penetrar—, al hospital para hombres Borda —que siempre ha sido más accesible— y de consultas a otros archivos, Slutzky localizó documentos. En el caso del Borda, estos estaban escondidos a simple vista, muchas veces abandonados en algún oscuro pasillo (Slutzky, 2018). Su trabajo abre nuevas brechas en dos niveles. Metodológicamente, procedió como antropóloga y archivista, realizando entrevistas con los sobrevivientes de la detención, así como a los familiares con los que se topó buscando la historia de su madre. Asimismo, la autora localizó documentos no catalogados que nunca habían sido vistos por otro investigador. Antes de compartir algunas de sus ideas y contribuciones más importantes, debo

mencionar que el libro tiene pocas citas y hace referencia a muchos documentos que localizó en el hospital Borda y que no son del dominio público. Asimismo, es un trabajo que hasta la fecha no ha atraído la atención de los profesionales de la historia.

La autora, quien vive en Holanda, revisó el archivo de la Comisión Provincial por la Memoria que contiene legajos de la Dirección de Inteligencia de la Policía de la provincia de Buenos Aires (DIPBA), y el Archivo Nacional de la Memoria, donde se aloja el antiguo centro de detención conocido como la Escuela Superior de Mecánica de la Armada (ESMA). Aunado a las pesquisas realizadas en los lugares tradicionales, también pasó un tiempo en los dos hospitales buscando materiales abandonados. En el hospital Borda fotografió una variedad de historias clínicas —especialmente las del Pabellón 6, donde se ingresaba y trataba a los soldados. Slutzky da cuenta, y no es de sorprender, de los vacíos de la información contenida en los expedientes que localizó: “En todas las historias clínicas que leí, no vi registrada la aplicación de *electroshocks* ni una sola vez, aunque sabemos, por los testimonios, que sí se utilizaba” (Slutzky, 2018: 302). Su descripción de los documentos abandonados, así como su habilidad de “volar por debajo del radar” en el Borda —pero no en el hospital Moyano de mujeres—, se asemeja mucho a mi propia experiencia una década atrás (Ablard, 2008: 12-15). Además, para su investigación y escritura del libro, también realizó entrevistas a familiares de personas desaparecidas, así como a algunos sobrevivientes de hospitales y centros de detención. Este material es particularmente llamativo pues las historias orales constituyen una rareza en la historia de la psiquiatría.

Su abordaje heterodoxo del campo se tradujo en hallazgos importantes que considero han trastocado nuestro entendimiento del papel de los profesionales de la salud mental durante la dictadura. Sin embargo, el libro también plantea un dilema a los académicos: si bien los documentos de los archivos se pueden rastrear, lo que encontró en los hospitales no ha sido catalogado. Slutzky tomó fotos de los documentos y, hasta donde sabe, los originales siguen en los oscuros pasillos del hospital Borda donde ella los encontró.

Este libro brinda un poderoso y preocupante análisis del papel que desempeñaron los psiquiátricos en la dictadura. Como todas las instituciones durante este periodo, este hospital estuvo dirigido por un oficial del ejército. “En ambos hospitales se nombraron médicos y otros profesiona-

les, militares, sus aliados o colaboradores” (Slutzky, 2018: 324). Algunas de las mujeres y de los hombres que sufrieron colapsos nerviosos como resultado de la tortura fueron transferidas a la Unidad 20 del Borda, la tristemente célebre Sección para Prisioneros. Muchas de las personas enviadas al Borda fueron soldados rasos y marinos. Según la autora, la mayoría de los conscriptos y suboficiales —cabos y sargentos— internados en el hospital provenían de tres centros clandestinos de detención: la Base Militar Campo de Mayo —la más grande de Argentina—, la Escuela Superior de Mecánica de la Armada —la ESMA se destaca por su brutalidad— y la Base Naval Puerto Belgrano (Slutzky, 2018: 105). En la sección del libro “Hallazgo de un archivo de las FFAA” narra los casos de 30 soldados transferidos de hospitales militares a la Unidad 6, pabellón de militares del Borda, quienes fueron registrados utilizando sus identificaciones militares, pero sin mencionar sus números de DNI. La autora relata que:

En todas las historias clínicas aprendí que a todos, sin excepción, les pasó “algo”, fundamentalmente durante el servicio militar. Todos tienen una historia previa de violencia, maltrato o desacuerdo ideológico con el entorno o las tareas que debían hacer. Una gran mayoría parece quebrarse bajo esas circunstancias y son hospitalizados justamente por esa razón, para sacarlos del medio sin asesinarlos ni regresarlos con sus familias, donde estarían en condiciones de “hablar” con sensatez y coherencia. Era mejor declararlos insanos para que, una vez liberados, nada de los que dijese o declarasen pudiera ser válido (Slutzky, 2018: 268-269).

En sus conclusiones, Slutzky se refiere brevemente a su metodología. Considero que el relato sobre cómo encontró estos documentos es muy revelador.

Encontré las historias clínicas de las FFAA del oscuro servicio 6 en un armario olvidado del hospital Borda, en un cuartito al fin del último pasillo. De ese armario y su valioso contenido solo sabían una enfermera y un enfermero antiguos (Slutzky, 2018: 318).¹

Actualmente no es posible analizar sistemáticamente los casos que Slutzky localizó —aproximadamente 168. Sorprendentemente, en el amplio acervo de documentos de la justicia miliar que trata sobre conscriptos y soldados voluntarios durante el Proceso, no existen registros sobre el envío de

¹ Posteriormente, el autor señala que tras el cierre de la Unidad 6, los registros fueron trasladados a otras zonas del Borda y al “hospital penitenciario de Ezeiza” (Slutzky, 2018: 319).

soldados a hospitales psiquiátricos. Es necesario investigar a fondo, si esto es posible, para determinar qué criterio se utilizó para el internamiento involuntario de algunos soldados y la baja de servicio de otros (Archivo Justicia Militar, Archivo General de la Nación-Intermedio).

A estas alturas sabemos que es extremadamente difícil encontrar evidencia concreta acerca de los prisioneros civiles que acabaron en el Borda. Existe un artículo publicado en 2008 sobre el cura uruguayo Mauricio Silva —a quién Slutzky menciona—, donde se asegura que “su rastro se pierde a pesar de que existen algunos testimonios que aseguran que fue terriblemente torturado y personas que creen haberlo visto incluso en el Hospital Borda. Nada se pudo comprobar” (Uranga, 2007). Sin embargo, ese es uno de los pocos casos que ha aparecido en la prensa.

Slutzky sostiene que pudo “comprobar que a la cárcel penitenciaria, la U20 del Borda, no llevaban solo hombres, sino también mujeres. Y que no sabemos las circunstancias específicas del encierro de ellas porque ninguna está viva” (Slutzky, 2018: 320). Según la autora, el hecho de que un número importante de personas fueron ingresadas al Borda bajo el rubro “N.N.” y de que se admitió a mujeres en un hospital de hombres “no tiene otra explicación que la dictadura misma” (Slutzky, 2018: 323). Asimismo, sostiene que también existen casos en los que las familias internaban a miembros involucrados con la militancia, especialmente a las mujeres, en los hospitales psiquiátricos (Slutzky, 2018: 42).

La lectura de este texto me obligó a regresar a la única noticia que encontré sobre la famosa visita que realizaron las Madres al Borda, la cual tuvo lugar a finales de diciembre de 1983 o principios de enero de 1984 (Slutzky, 2018: 37). Según *La Prensa*, estas comprobaron “que hubo numerosos casos de pacientes que ingresaron sin ser identificados, especialmente en septiembre de 1976 [cinco meses después del golpe de Estado]”. Las Madres recibieron el permiso de visitar a sus anchas todos los pabellones, excepto la Unidad 20 que estaba bajo el control del Servicio Penitenciario Federal. Los oficiales encargados de dicha unidad les comunicaron que todos los pacientes de esta sección habían sido transferidos a la Unidad 2 de la cárcel Villa Devoto. Asimismo, aproximadamente en las mismas fechas, las mujeres prisioneras ingresadas en la prisión psiquiátrica del hospital Moyano para mujeres fueron enviadas a la Unidad 3 de la cárcel de Ezeiza.

Al revisar los registros, los familiares comprobaron que en el mes de enero de 1975 ingresaron al Borda 70 personas como “N.N.”, hecho que volvió a producirse en

otros meses posteriores, pero principalmente en septiembre de 1976, cuando el número de no identificados llegó a los 302. Empleadas del Borda, al ser consultadas [nótese que estas empleadas eran mujeres] por *Noticias Argentina*, dijeron que tenían conocimiento de “algunos rumores” sobre que en los años 1976, 1977 y 1978 ingresaron a la unidad U-20 algunos subversivos. Otras fuentes, por su parte, indicaron que el asesinato de personas como “N.N.” en hospitales neuropsiquiátricos “es normal”.²

Durante la visita, las Madres se reunieron con el doctor Joaquín Spallina, director del Borda, quien les aseguró que ninguno de los nombres de las personas desaparecidas estaba asentado en el registro oficial. Tanto ellas como su equipo “se mostraron interesadas por conocer detalles acerca del servicio de neuropsiquiatría para el personal de las Fuerzas Armadas que funciona en el lugar” —probablemente la Unidad 6. Según el director de la unidad, doctor Jorge Martini, esta contaba con personal civil que se dedicaba a tratar a los conscriptos, soldados y suboficiales (correspondencia por correo electrónico con Alejandra Slutzky, 16 de junio de 2019). En el artículo de *La Prensa*, el doctor Martini negó que los veteranos de la Guerra de las Malvinas estuvieran hospitalizados ahí, “sin embargo, otras fuentes del hospital aseguraron que hubo ex combatientes internados en ese lugar.”

Dado que en la prensa y en la academia argentina aparecen discusiones frecuentes acerca de la psiquiatría y sus hospitales —por ejemplo, las deplorables condiciones del hospital de hombres es un tópico recurrente en los periódicos—, llama mucho la atención lo poco que sabemos de los tres hombres que fungieron como directores del Borda durante la dictadura. Casi nada se ha escrito sobre Carlos Sisto (1968-1976), quien murió en 2004 (Carpintero y Vainer, 2000), Cristóbal Copes (1976-1980) quien fue un médico capitán de Fragata, y Joaquín Spallina (1980-1984). El mencionado doctor Martini solo fue encargado del pabellón para soldados.

Slutzky encontró algunas historias clínicas firmadas por Copes (Slutzky, 2008: 78, 87). Asimismo, sus indagaciones en el Borda revelaron una fuente poco convencional, un pizarrón en donde estaban escritos los nombres de todos los servicios de los militares —Fuerza Aérea, Ejército, etc.—, así como el nombre del jefe de la Unidad 6, Jorge J. Martini, lo que sugiere que este fue usado para asentar los nombres de nuevos ingresos que provenían de distintas áreas de las

² “Visita al hospital Borda de psiquiatría”, *La Prensa*, 4 de enero de 1984: 6.

fuerzas armadas (Slutzky, 2018: 301). ¿Quiénes fueron estas personas? Probablemente todos ellos fueron militares. Es extraordinario lo poco que sabemos acerca de los tres hombres que dirigieron uno de los más grandes hospitales psiquiátricos de América Latina durante uno de los más brutales regímenes del continente. Este silencio sugiere la posibilidad de una complicidad entre la institución y la dictadura. Aunque es mucho lo que todavía no se puede confirmar mediante la revisión de documentos, lo cierto es que la narrativa de Slutzky se torna convincente si tomamos en consideración el contexto de los hospitales.

En primer lugar, históricamente, estas instituciones se han mostrado siempre claramente susceptibles a presiones externas, vengan estas de la policía, la familia o sus propios empleadores. No es difícil encontrar expedientes de personas que fueron internadas sin cumplir los controles y requisitos exigidos tanto por la ley como por los reglamentos de la institución. En segundo, aproximadamente desde los años cincuenta del siglo pasado, el Borda se caracterizó por tener una organización “feudal” en el sentido de que cada pabellón operaba siguiendo los dictados, pasiones y prejuicios de su jefe. Mientras una unidad podía estar dominada por la perspectiva psicoanalítica, la de junto podía inclinarse por un abordaje biomédico. En tercer lugar, aun en sus periodos más luminosos, el hospital siempre mantuvo una relación estrecha con las fuerzas del orden y los tribunales (Ablard, 2008).

Otro elemento importante que debemos considerar versa sobre el estado de las profesiones de la salud mental. Tal como han mencionado varios investigadores, durante la década de los sesenta del siglo pasado, en el ejercicio de la psiquiatría y la psicología se presentaron líneas de fractura producto de las posiciones políticas. Recientemente, Marcos Ramos mostró que la percepción de que los distintos abordajes clínicos se correspondían necesariamente con una posición política específica —la biomedicina con la derecha, el psicoanálisis con la izquierda, etc.— es errada. Lo que sí se puede comprobar es que los profesionales de la salud mental que se decantaron por una postura política de izquierda fueron despedidos de los trabajos del sector público, y que incluso muchos de ellos fueron detenidos, torturados y asesinados por la dictadura (Ramos, 2013).³ Es lógico asumir —requerimos de investigaciones específicas sobre el tema para apuntalar esta hipótesis, aunque es improbable que se puedan encontrar

³ Ramos no aborda la cuestión de la complicidad de los médicos con el régimen.

estos datos— que el personal que tomó su lugar en instituciones como el Borda fue proclive, si no necesariamente en sus objetivos, por lo menos en su filosofía, con el nuevo régimen militar. ¿Quiénes fueron esas mujeres y hombres? Sabemos que en el mejor de los casos se vieron obligados a aceptar el régimen y en el peor lo apoyaron con entusiasmo, lo cual nos lleva a preguntarnos: ¿qué tan dispuestos estuvieron a colaborar con la dictadura? Algunos grupos de derechos humanos, incluyendo la Subcomisión de Salud Mental-Casa Argentina en México, construyeron una lista con los nombres de los médicos y psiquiatras que fueron despedidos, desaparecidos y asesinados (*Cuadernos Americanos*, 1977: 36-46). Sin embargo, hasta el momento no contamos con un listado de aquellos que se quedaron, lo que, de entrada, no supone que fueron culpables; sin embargo, hay preguntas que deben formularse.

Otro elemento que creo opera en tándem con la pregunta sobre quién se quedó trabajando en los hospitales tras las pugnas, versa acerca de las formas en que algunos sectores de la profesión psiquiátrica “patologizaron” aspectos de la rebelión de los jóvenes —política o apolítica— y de la izquierda concebida de manera amplia (Manzano, 2014). Es difícil determinar si ello predispuso a ciertos miembros de la profesión a actuar o no en consecuencia con estas creencias, lo que es claro es que el tratamiento de la rebeldía estuvo bien incorporado a las normas de la profesión. Sin embargo, los historiadores tendremos que movernos más allá de la retórica anti-izquierdista e indagar qué es lo que se hizo en la práctica.

Una última pregunta, para la cual hasta este momento tenemos pocas respuestas, trata sobre el papel que jugaron los médicos militares o los médicos civiles empleados por las fuerzas armadas. No sabemos cuántos de estos profesionales trabajaron para este sector al momento del golpe; asimismo, tenemos poca información sobre las formas de operar de hospitales tales como la Base Militar Campo de Mayo, probablemente una de las más grandes instituciones de salud de Argentina.

Existen investigaciones sobre los psiquiatras chilenos y uruguayos que nos aportan algunos datos sobre estas cuestiones (Ugalde y Vega, 1989: 759-767). Recientemente, Sabina Regueiro analizó la formación y operación de las “maternidades clandestinas” en las diferentes bases militares y la labor de los médicos que atendieron los partos de las prisioneras políticas. Este estudio de caso apunta a un campo de investigación más amplio (Regueiro, 2013). Otros académicos han investigado sobre la formación

de médicos y la militarización de las escuelas estatales (Justo, 2003: 1405; Zysman, 2016: 47-63).

El periodista Andrew Graham-Yooll, del *Buenos Aires Herald*, nos ofrece otras pistas sugerentes. En relación con los años del Proceso narra que “Algunos oficiales involucrados en redadas tuvieron que someterse a un tratamiento psiquiátrico, hecho necesario por el impacto duradero de lo que habían pasado y por el miedo a los vengadores en el futuro” (1986: 153). Presenta el testimonio que le dio un oficial retirado del ejército, quien estuvo involucrado en la tortura:

El costo en la mente y el hígado de los hombres es terrible. Una vez, cuando fui al hospital militar, el médico dijo que el ejército había contratado a 150 psicólogos en 1978 y 1979 para tratar a los jóvenes oficiales que habían operado contra los subversivos. No sé si es cierto. Pero cuando te dicen algo así, siempre hay una raíz de verdad en ello. Los jóvenes oficiales debían ser atendidos, porque no todos podían dejar el servicio. Algunos tuvieron que ser promovidos (Graham-Yooll, 1986: 156).

Asimismo, existen otros elementos que apuntan hacia una probable integración de los médicos militares al aparato represivo. Por ejemplo, el tristemente célebre médico y coronel Julio Ricardo Esteves fungió como interventor del Instituto Nacional de Salud Mental durante la dictadura de Onganía y se encargó de un centro clandestino de detención que funcionó en el Hospital Posadas durante el Proceso (Ginzberg, 2007; Ablard, 2008). Por su parte, el reporte *Nunca más*, de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Conadep), compila un listado de otros médicos militares que participaron en la tortura. Este comportamiento se enmarcó en el contexto más amplio de la doctrina y práctica de la contra-insurgencia durante la Guerra Fría. Según Alfred McCoy, los operativos de seguridad nacional de Estados Unidos, en particular los de la Central Intelligence Agency (CIA) colaboraron estrechamente con los psiquiatras desarrollando sistemas de interrogatorios “científicos” que incluyeron la tortura. Dichos modelos fueron “exportados” a América Latina por medio del Proyecto X. En el caso de Honduras, Estados Unidos subcontrató a oficiales argentinos para impartir parte del entrenamiento (McCoy, 2006: 86-99).⁴

Por último, es necesario considerar un ángulo comparativo. A principios del milenio aparecieron documentos que indican que los hos-

⁴ Véase también la película uruguaya *Una noche en 12 años* que narra el encarcelamiento de presos políticos, incluido el futuro presidente Pepe Mujica.

pitales psiquiátricos fueron parte del arsenal que utilizó el Estado mexicano durante la guerra sucia de los años setenta y ochenta. Se recuperaron 134 expedientes clínicos de presos políticos —mujeres y hombres— internados en uno de los hospitales psiquiátricos del país (Castillo, 2004).⁵ La historiadora de la Syracuse University, Gladys McCormick, compartió conmigo el expediente de una prisionera política que fue evaluada por un psiquiatra durante sus interrogatorios.⁶

Una mirada retrospectiva

Para analizar el funcionamiento del Hospital Borda durante el Proceso es necesario que volvamos nuestra mirada a lo que ocurría en Argentina antes de 1970. Asimismo, debemos indagar sobre cuestiones más generales que den cuenta del papel que jugaron los hospitales psiquiátricos durante la represión política: ¿cuál ha sido la relación entre la represión política y la profesión psiquiátrica, los psiquiatras y la psiquiatría —que en este caso alude a todo el arsenal de conocimientos, ideas y opiniones acerca de lo que es salud y enfermedad mental— durante la dictadura y en la democracia formal? Desgraciadamente, la evidencia documental es mínima para dar cuenta de la multiplicidad de capas que implican estas preguntas. Tal como sucede en el periodo reciente, ello nos obliga a basarnos en un nivel alto de especulación. Tradicionalmente, los psiquiatras argentinos, al igual que sus contrapartes italianos y españoles, se preguntaron si la afiliación al anarquismo suponía un signo de psicopatología. Para los médicos de fin de siglo, esta ideología constituía una actitud atávica relacionada con degeneraciones criollas bien reconocidas. En sí mismo, el anarquismo nunca fue considerado una enfermedad, sino más bien un síntoma de pensamiento delirante (Vezzetti, 1985; Ablard, 2008). Sin embargo, no se han localizado documentos que demuestren si los médicos actuaron con base en estas creencias y, de ser así, si lo hicieron adjudicando un diagnóstico o una decisión médico-legal basada en la afiliación a esta vertiente política.⁷

⁵ Véase también la película *El paciente interno* (2012) sobre el hombre que intentó asesinar al presidente Díaz Ordaz y fue internado en un centro psiquiátrico mexicano..

⁶ Archivo General de la Nación (México), Ramo Dirección Federal de Seguridad, Expediente 100-10-16-4, Legajo 5, Hojas 13-14, 36-37 (6 de julio, 1976), información que me compartió la doctora Gladys McCormick, de la Universidad de Syracuse (mayo de 2019).

⁷ Podríamos decir lo mismo de la eugenesia. Los médicos argentinos hablaron extensamente sobre el tema, pero parecen haber carecido de los medios para ejecutar proyectos.

Igualmente, es poco lo que sabemos de las concepciones de los anarquistas sobre la psiquiatría y los hospitales psiquiátricos, un silencio bastante sorprendente si consideramos todas las teorías que produjeron los psiquiatras acerca de ellos. Una revisión de los periódicos anarquistas de Argentina revela ciertos patrones de la forma en que los libertarios de principios de siglo XX escribieron sobre la salud mental. En primer lugar, periódicos como *La Protesta* ocasionalmente publicaron artículos sobre estos hospitales. El tema central de los mismos eran las huelgas de sus empleados. Asimismo, esporádicamente aparecieron historias acerca del maltrato que recibían los pacientes anarquistas en estas instituciones. Una publicación anarquista tardía, que apareció en *El Libertario*, publicado por la Alianza Libertaria en 1928, habló sobre las condiciones de la penitenciaría de Ushuaia. El texto mencionaba reportes que afirmaban haber sido enviados por los prisioneros. Señalaba que Radowitzky —asesino del jefe de policía de Buenos Aires en 1909— y otros tres prisioneros “sociales” fueron colocados en confinamiento solitario durante tres años. De uno de ellos, el chileno Domingo Zúñiga, se escribió “lo han vuelto loco” como resultado del aislamiento y la tortura y por ser obligado a ver cómo se torturaba a otros. Eventualmente fue trasladado al Hospicio de las Mercedes.⁸

La relación entre la psiquiatría y la política también puede constatare en el caso de Esteban Lucich, aunque su historia no acaba de quedar clara. Este denostado inmigrante yugoslavo fue un ejemplo famoso del loco peligroso debido a que a lo largo de 20 años asesinó a dos doctores. Recluido en la cárcel de Las Heras, en 1919, tras el asesinato del primer médico, fue transferido al Hospicio de las Mercedes —primer nombre del Hospital Borda. En 1925 trabajó como “mucamo” en un pabellón pensionista donde se cruzó con Ernesto Pérez Millán Temperley, un antiguo oficial de policía y miembro de la Liga Patriótica Argentina quien durante su trabajo de guardia de prisión había asesinado a su tutelado, Kurt Wilckens. El reo, nacido en Alemania, estaba preso por haber asesinado a Héctor Varela, oficial responsable de la masacre de 1 500 a 2 000 trabajadores de rancho, en su mayoría chilenos, entre 1920 y 1922. Esta historia resulta extraña pues, tras el asesinato a sangre fría de Wilckens, Millán Temperley fue enviado inmediatamente al hospicio, evadiendo completamente la prisión. Aún

⁸ “Del presidio maldito”, *El Libertario*, 10 de marzo de 1928: 1.

más sugerente es que fuera alojado en calidad de pensionista, en una sección relativamente confortable del hospital. ¿Acaso tuvo injerencia en esta decisión Francisco Scárano, director del hospicio, quien fue un miembro importante del Partido Radical en el poder? Dado el historial homicida de Lucich, no es de sorprender que asesinara a Millán Temperly; lo interesante del caso es que existe la posibilidad de que fuera incitado a cometer el acto por “órdenes” o “sugerencia” del anarquista Germán Boris Wladimirovich (1876-¿1927?), quien también se encontraba recluido en el hospicio. Algunos años antes, este paciente, nacido en Rusia, había logrado su transferencia de la cárcel Ushuaia al hospicio simulando padecer de locura (Carofile, 2010; Ablard, 2008: 121; Bayer, 1980).⁹

Este caso tiene extrañas similitudes con el asesinato del doctor López Lecube, por Rojas, paciente nacido en España. El evento, relatado décadas después por el psiquiatra Enrique Pichón Riviere, sugiere que los pacientes anarquistas conspiraron para asesinar a este doctor quien era famoso por su autoritarismo. En ambos casos contamos con pocos detalles, pero estos nos sugieren posibilidades interesantes (Ablard, 2008: 206).

También es posible que los funcionarios de las prisiones utilizaran a los pacientes mentales para aterrorizar a los presos políticos. Según Simón Radowitzky, en los casos en que estos no eran enviados a confinamiento solitario, eran colocados en las celdas de bien conocidos enfermos mentales, tales como Petiso Orejudo —un famoso asesino serial de niños. Esto es un ejemplo de lo que Agustín Comotto, escritor barcelonés radicado en Argentina, denomina como “justicia sucia” en “lugares oscuros”.¹⁰

Conclusiones

El objetivo de este capítulo es instar a futuros historiadores de la psiquiatría a examinar con mayor profundidad la forma en que la profesión se intersecta con los Estados represivos. En el caso de Argentina, mis conclu-

⁹ Carofile (2010: 50) sostiene que el asesinato del doctor Cisternas —la tercera víctima—, por Lucich, fue motivado por la política. También sugiere que Lucich ya era un conocido “ácrata peligroso” en 1919. Véase también “El suceso del hospicio de Las Mercedes: ¿se trata de una pelea entre locos o de un hecho consciente de venganza?”, *La Protesta*, 11 de noviembre de 1925, pp. 2-3.

¹⁰ Conversación vía correo electrónico el 10 de septiembre de 2018. Comotto es autor de *Prisoner 155: Simón Radowitzky* (Chico, California, AK Press, 2018).

siones acerca de cómo explicar la relación entre los hospitales psiquiátricos, su personal y el Proceso son preliminares. Sin embargo, considero que la existencia de esta relación es plausible por las siguientes razones: en primer lugar, muchos de los médicos que pudieran haberse opuesto al régimen y que no estaban en el exilio, fueron encarcelados o asesinados; en segundo, los hospitales psiquiátricos llevaban ya décadas de interacción con la policía y las fuerzas armadas y podían haber estado habituados a la idea de que la oposición política era tanto una fuerza desestabilizadora, como un objeto apropiado de la medicalización; y en tercer lugar, para 1976, muchos médicos eran supervisados por oficiales de las fuerzas armadas.

De manera más general, mi experiencia de reevaluar conjeturas implica también cuestiones metodológicas. Es imperativo que la historia de la psiquiatría se mantenga conectada con las historiografías políticas y sociales más amplias. Es muy sencillo perderse en el archivo de un hospital o clínica y no ver el contexto en el que este se enmarca. En los últimos diez años, la historiografía argentina sobre la dictadura se ha transformado radicalmente como resultado de investigaciones que reexaminaron la vida cotidiana durante el Proceso (Levin, 2018). Al mismo tiempo, en la medida en que se abren archivos que antes eran secretos, sabemos cada vez más acerca del aparato de represión (Águila, Garaño y Scatizza, 2016).¹¹ Como resultado de la creciente evidencia, lo que hace una década parecía posible pero no se podía probar, aparece hoy como altamente probable. Sin embargo, se necesitan más estudios sobre el tema. Asimismo, el libro de Alejandra Slutzky es una llamada para que los historiadores vayamos a buscar fuentes en los recovecos oscuros de instituciones a las cuales no hemos sido invitados. Y también a realizar entrevistas con personas que fueron pacientes y sobrevivientes.

Este capítulo se basa en la afirmación de que la fuente nunca se agota. Como otros académicos, los historiadores debemos tratar de volver a nuestras fuentes y archivos, mantenernos atentos a la necesidad de mirarlos con nuevos ojos. Requerimos más investigaciones sobre la relación entre los profesionales de la salud mental y el Estado a lo largo del siglo XX. Actualmente, el texto de Alejandra Slutzky es el mapa principal para que la academia avance en la indagación del papel que jugó la psiquiatría en la

¹¹ Marina Franco escribe actualmente una larga historia sobre la represión estatal en Argentina, es un trabajo que busca conectar la cuestión a lo largo del siglo XX.

operación de la dictadura. Siguiendo su metodología, los investigadores deben volver a los hospitales y buscar todo lo que sea posible, localizar a los sobrevivientes y sus familiares y ampliar las redes de información.

Bibliografía

- Ablard, Jonathan D. 2008. *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press/Ohio University Press.
- Águila, Gabriela, Santiago Garaño y Pablo Scatizza (eds.). 2016. *Represión estatal y violencia paraestatal en la historia reciente argentina: nuevos abordajes a 40 años del golpe de Estado*, La Plata, Universidad Nacional de la Plata.
- Archivo Justicia Militar, *Archivo General de la Nación-Intermedio*, Argentina.
- Bayer, Osvaldo. 1980. *La Patagonia rebelde*, Buenos Aires, Nueva Imagen.
- Brechner, Álvaro (dir.). 2017. *Una noche en 12 años*, película, Uruguay.
- Carofile, Alfonso. 2010. *El endemoniado Estaban Lucich*, Buenos Aires, Milena Caserola.
- Carpintero, Ernique y Alejandro Vainer. 2000. “La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)”, *Topio*, marzo, en <<https://www.topia.com.ar/articulos/la-historia-de-la-desaparecida-federacion-argentina-de-psiquiatras-fap-0>>.
- Castillo García, Gustavo. 2004. “En centros psiquiátricos, expedientes con nombres de 134 desaparecidos”, *La Jornada*, 5 de septiembre.
- Comotto, Agustín. 2018. *Prisoner 155: Simón Radowitzky*, Chico, California, AK Press.
- Craib, Raymond B. 2016. *The Cry of the People: Politics and Poetry in Interwar Chile*, Nueva York, Oxford University Press.
- Cuadernos Americanos*. 1977. “¿Salud mental en la Argentina de hoy?”, vol. 36, núm. 214, septiembre-octubre, pp. 36-46.
- El Libertario*. 1928. “Del presidio maldito”, 10 de marzo, p. 1.
- Ginzberg, Victoria. 2007. “El hospital que también fue un centro clandestino”, *Página12*, 22 de noviembre, en <<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-95068-2007-11-22.html>>.
- Graham-Yooll, Andrew. 1986. *A State of Fear: Memories of Argentina's Nightmare*, Nueva York, Hippocrene Books.
- Justo, Luis. 2003. “Argentina: Torture, Silence, and Medical Teaching”, *British Medical Journal*, núm. 326, 21 de junio, p. 1405.

- La Prensa*. 1984. “Visita al Hospital Borda de psiquiatría”, 4 de enero, p. 6.
- La Protesta*. 1925. “El suceso del hospicio de las Mercedes: ¿ se trata de una pelea entre locos o de un hecho consciente de venganza?”, 11 de noviembre, pp. 2-3.
- Levin, Florencia (ed.). 2018. *Tramas del pasado reciente argentino: historia, memoria y transmisión*, Buenos Aires, UNGS.
- Manzano, Valeria. 2014. *The Age of Youth in Argentina: Culture, Politics, and Sexuality from Perón to Videla*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- McCoy, Alfred W. 2006. *A Question of Torture: CIA Interrogation, from the Cold War to the War on Terror*, Nueva York, Metropolitan.
- Ramos, Marco. 2013. “Psychiatry, Authoritarianism and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983”, *Bulletin for the History of Medicine*, núm. 87.
- Regueiro, Sabina. 2013. “Maternidades clandestinas. Tramas burocráticas en la administración de nacimientos”, en *Apropiación de niños, familias y justicia. Argentina (1976-2012)*, Rosario, Prohistoria.
- Reverby, Susan M. 2001. “‘Normal Exposure’ and Inoculation Syphilis: A PHS ‘Tuskegee’ Doctor in Guatemala, 1946-1948”, *The Journal of Policy History*, vol. 23, núm. 1, pp. 6-28.
- Salessi, Jorge. 2000. *Médicos, maleantes y maricas*, Rosario, Beatriz Viterbo.
- Savelli, Mat. 2018. “Beyond Ideological Platitudes: Socialism and Psychiatry in Eastern Europe”, *Palgrave Communications*, núm. 45, pp. 1-29.
- Slutzky, Alejandra. 2018. *Ana alumbrada: militancia, amor y locura en los 60*, Buenos Aires, Deixis.
- Solar Luna, Alejandro (dir.). 2012. *El paciente interno*, película, México.
- Ugalde, Antonio y Rodolfo R. Vega. 1989. “Review Essay: State Terrorism, Torture and Health in the Southern Cone”, *Social Science of Medicine*, vol. 28, núm. 7, pp. 759-767.
- Uranga, Washington. 2007. “Por la memoria del cura barrendero Mauricio Silva”, *Página 12*, 8 de octubre, en <<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-92647-2007-10-08.html>>.
- Vezetti, Hugo. 1985. *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.
- Zysman, Nadia. 2016. “La militarización del ámbito educativo: la última dictadura militar argentina y su vínculo con la historia escolar, 1976-1983”, *Latin American Research Review*, vol. 51, núm. 3, pp. 47-63.

EL ARCHIVO LITERARIO: NARRATIVAS DE FICCIÓN COMO FUENTES PARA LA HISTORIA CULTURAL DE LA PSIQUIATRÍA



*José Antonio Maya**

En historia, todo comienza con el gesto de poner aparte, de reunir, de convertir en “documentos” algunos objetos repartidos de otro modo. Esta nueva repartición cultural es el primer trabajo.

En realidad consiste en producir los documentos por el hecho de recopilar, transcribir o fotografiar dichos objetos cambiando a la vez su lugar y condición.

Michel de Certeau, *La escritura de la historia*.

Introducción

Bajo el sinuoso manto de la locura reposan las huellas de una historia inacabada, permanecen los ecos de una batalla; los vestigios de un territorio en disputa. Como objeto de observaciones múltiples, los estudios sobre la enajenación mental en perspectiva histórica, tanto en Iberoamérica como en América Latina, han desplegado diversos instrumentos de indagación, novedosas metodologías de análisis y sugerentes posicionamientos teóricos, develando así un campo de investigaciones más amplio, interdisciplinario y complejo (Huertas, 2001; Sacristán, 2005). En décadas recientes, médicos, historiadores, antropólogos, sociólogos y profesionales de la salud dedican sus esfuerzos a estudiar, analizar y comprender la construcción de los saberes psicopatológicos, los ambientes científicos, la circulación de conocimientos, las actividades de los expertos, las prácticas médicas, los procedimientos terapéuticos, las instituciones de aten-

* Profesor-investigador del Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

ción, los mecanismos de confinamiento, la importancia de las familias y las vivencias de los pacientes en situaciones de encierro psiquiátrico, en un arco temporal que va de la primera mitad del siglo XIX hasta la segunda del XX (Ablard, 2008; Wadi, 2009; Ríos, 2009, 2016; Correa, 2013; Golcman, 2017; Gutiérrez, 2018). Sin embargo, historiar ese extenso conglomerado de experiencias, padecimientos, instituciones, espacios, relaciones, tecnologías y procedimientos que atraviesa el campo de la locura, implica reflexionar y evaluar la disposición de las fuentes y los instrumentos teóricos para interpretarlas. Las fuentes, examinadas con detalle por los autores mencionados, muestran la enorme riqueza del patrimonio documental resguardado en una diversidad de acervos —archivos nacionales, fondos estatales, museos, fototecas, bibliotecas especializadas, gabinetes médicos, hemerotecas digitales, entre otros—, asimismo, exhibe una pluralidad de documentos imprescindibles: informes administrativos, escritos gubernamentales, artículos científicos, historias clínicas, planes educativos, correspondencia institucional, intercambios epistolares, diarios íntimos, cartas de pacientes, fotografías y todo tipo de impresos (Ríos, 2017; Villasante, 2018; Araya, 2018). En este amplísimo espectro de fuentes disponibles, cabría entonces preguntarse sobre la importancia que han tenido los cuentos y las novelas en la edificación de esas historias locales y transnacionales de la locura. Mejor aún, ¿cuáles son los alcances y las limitaciones de ese “archivo literario” en la comprensión de las enfermedades mentales y de sus representaciones en el pasado? Más específicamente, ¿qué procedimientos metodológicos son los que posibilitan la conversión de la literatura en una fuente legítima para una historia cultural de la psiquiatría?¹ Plantear estas interrogantes nos conduce a re-pensar las zonas ocultas, los mecanismos vedados y los procedimientos que realiza el historiador por debajo del relato histórico.

Como es sabido, los historiadores realizamos “operaciones intelectuales” que se caracterizan por un “racionalismo crítico”, según la expresión de Ivan Jablonka, se trata del proceso mediante el cual el profesional del pasado busca plantear un problema, reunir las fuentes, comparar los acontecimientos y reformular las hipótesis con las pruebas disponibles a su al-

¹ Una historia cultural de la psiquiatría, sostiene Rafael Huertas (2012: 12), abre posibilidades de indagación que van más allá del conocimiento de las instituciones, las prácticas y los discursos psiquiátricos. Es una línea de investigación que pretende evaluar el tejido social, las actitudes individuales y colectivas que dan forma a “elaboraciones culturales” sobre determinadas enfermedades mentales.

cance (2016: 169). De hecho, hace algunas décadas, Michel de Certeau (2006: 68) mostró que la llamada “operación historiográfica” es resultado de un conjunto de “procedimientos previos” muchas veces desconocidos para el historiador; los que irremediablemente lo sitúan en un lugar de producción —social, cultural, político, económico—, mismo que define sus métodos de indagación y organiza los documentos con los que trabaja. De manera tal que, este lugar, fabrica, produce y transforma la materia de su interés en objetos históricos e historiables. Así, la elaboración de un texto histórico no solamente implica la búsqueda de fuentes, la comparación de los hechos y la formulación de un argumento, en lo primordial, exige de habilidades, intuiciones, sensibilidad y de cierto olfato detectivesco para hallar los vestigios y conectar los acontecimientos. Las interrogantes que planteo arriba surgen de una investigación doctoral que comencé hace algunos años y concluí recientemente,² pero que en su momento no logré resolver. Con este trabajo pretendo saldar algunas deudas metodológicas sobre los usos de las narrativas de ficción en el campo de la historia cultural de la psiquiatría. La urgencia de esta reflexión radica en lo siguiente: si en nuestra modernidad el vínculo con el pasado está amenazado por la escritura de historias imaginadas e imaginarias, como sostiene Roger Chartier, resulta apremiante dar cuenta de las condiciones que permitan considerar “un discurso histórico como representación y una interpretación adecuada de la realidad que fue” (2005: 81). Evocar la realidad será una tarea siempre deseable en nuestra disciplina, porque utilizar la literatura de ficción como “reflejo de”, como veremos más adelante, abre posibilidades históricas para captar, examinar y comprender algo de esas realidades psicopatológicas mediadas por un conjunto de prácticas literarias ocurridas en el tiempo. En suma, la producción artística es capaz de producir una realidad que encierra mundos con significados diversos susceptibles de ser interpretados (Lukács, 1966).

El objetivo es mostrar, por un lado, el proceso mediante el cual los materiales literarios logran transformarse en “fuentes” y, por otro, examinar los principales debates teóricos en el terreno historiográfico. Deseo compartir las experiencias subjetivas de mi investigación presentándolas a manera de ensayo, procurando en la medida de mis posibilidades visibili-

² Mi trabajo llevó por título: “Ficciones psicopatológicas: medicina mental, prensa y literatura en el tránsito del siglo XIX al XX, Ciudad de México, (1882-1903)”, tesis para optar por el grado de doctor en historia, Programa de Maestría y Doctorado en Historia, Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, 2019.

zar los caminos andados, las interrogantes suscitadas, los periodos de ansiedad y los momentos de incertidumbre que me suscitó trabajar con poemas, cuentos y novelas,³ en particular con todas las producciones que se publicaron en México en el tránsito del siglo XIX al XX. Busco “deconstruir” esas operaciones historiográficas que quedaron sujetas a los automatismos y olvidos de un trabajo por lo regular inconcluso. Porque, en definitiva, aquello que llamamos “documento” es un trabajo de elección, discernimiento, separación y exclusión que desemboca en la “materia viva” denominada fuente (Le Goff, 1991: 236). Me centraré en detallar el proceso de recolección, elección, organización, identificación e interpretación, aunque advierto que dichos “momentos” de la investigación operan de manera simultánea y azarosa, con avances fructíferos e insalvables retrocesos. Visibilizar los intersticios del oficio con una propuesta analítica, como la que expongo, no es agotar las perspectivas sino recrear una ruta andada por caminos diversos.

Recorrer, recolectar, discernir

“En la adquisición de piezas —menciona Mauricio Tenorio Trillo (2012: 164)— lo encontrado es tan importante como la búsqueda”. En efecto, solemos transitar entre bibliotecas, archivos y fondos documentales con la esperanza de hallar nuestros objetos de deseo; sin embargo, con frecuencia obviamos el hecho de que esos caminos también forman parte del proceso mismo de la investigación en su fase inicial. Al voltear la mirada, encuentro que no conté con un itinerario preestablecido, por el contrario, realicé auténticos peregrinajes por diversos lugares de búsqueda, unos inciertos, otros más expectantes, aunque la mayoría fortuitos. ¿Dónde hallar materiales literarios que me hablaran de personajes enloquecidos?, ¿cómo procedería con lo encontrado? No sabía a dónde acudir, tampoco entendía qué deseaba encontrar, lo cierto es que la incertidumbre pronto movilizó los horizontes de posibilidad.

Como estudiante de doctorado pasé el primer semestre tratando de definir el objeto de estudio, aunque la vagancia universitaria, los recorri-

³ Frida Gorbach y Mario Rufer advierten sobre la necesidad de desmontar o “desnaturalizar” las “producciones de evidencia” en el trabajo histórico con el archivo y, con ello, “mostrar las reglas del juego con las que cada uno opera, las encrucijadas éticas, los momentos de confusión, la tensión entre la pregunta central y lo que los ‘datos’ devuelven, a veces como interrogante y otras como espectro” (Gorbach y Rufer, 2016: 9).

dos por los recintos escolásticos y las visitas insospechadas a los institutos y bibliotecas, resultó una de las mejores estrategias para lograrlo. Al más puro estilo del *flâneur* baudelaireano,⁴ llegué a la Hemeroteca de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) fascinado por la sinfónica arquitectura del edificio, atravesé un magnífico corredor de madera como si franqueara un túnel del tiempo, y ahí, sobrecogido por un silencio abrumador, me encontré con el fondo reservado. Es un espacio cómodo, frío e inquietante, con cierto misticismo, un lugar para los durmientes en el cual reposan multitud de documentos que conforman la memoria cultural de la nación: periódicos —del antiguo régimen a la modernidad—, almanques, tratados médicos, manuales de urbanidad, libros de contabilidad, estadísticas sanitarias, revistas literarias, novelas en sus ediciones primigenias y una infinidad de materiales que en ese instante no alcanzaba a vislumbrar debido a su contenido, estructura, profundidad y diseño. También me encontré con sus guardianes, mujeres y hombres de ceremoniosas actitudes y palabras indulgentes, tesoreros del tiempo y artesanos del orden clasificatorio; salvaguardas de un patrimonio invaluable por sus extensiones acuáticas:

...el archivo se presta a evocaciones marinas, puesto que se divide en fondos; es el nombre que se da al conjunto de documentos, bien sean homogéneos por la naturaleza de las piezas que contienen, o encuadernados juntos únicamente por el hecho de haber sido donados por un particular que los poseía (Farge, 1991: 9).

Estuve meses frente al ordenador, sentado en los escritorios, solicitando materiales, examinado impresos, descifrando periódicos, atraído por la sensación que produce la novedad, aunque apabullado por la desmesura. Por consejo de mi director de tesis, visitaba de manera simultánea otros recintos que por entonces ya conocía: las bibliotecas “Miguel Lerdo de Tejada”, la “Nicolás León” del Palacio de Medicina y la “Ernesto de la Torre Villar” del Instituto Mora, todas en la Ciudad de México. Sorprendido por la presencia de un cúmulo de autores, primeras ediciones y otros impresos raros, pensaba que la literatura dormitaba en todas las estanterías del mundo.

⁴ Para el historiador Peter Gay, el poeta Charles Baudelaire fue el primer héroe de la modernidad del siglo XIX, porque abogó por una idea de la belleza alojada en el “espectáculo de la vida moderna”. El *flâneur* representa a ese paseante indiscreto, al callejero circundante que sortea las calles abierto a las calamidades del bullicioso mundo urbano. Es el “observador apasionado”, ese que se inmiscuye en el seno de las multitudes con el fin de capturar la belleza en “lo efímero, fugaz y contingente” (Gay, 2007: 55).

En las distintas bases de datos ensayaba con palabras clave: locura, literatura, enfermedad, siglo XIX, México; aparecieron títulos, obras cuyos nombres sospechaba, autores inadvertidos, novelas inconclusas que no imaginaba y otros papeles sueltos redactados por literatos con seudónimos que, al averiguar, remitían a los tiempos de la dictadura de Porfirio Díaz (1877-1911). En ese momento, comenzaba a comprender las metáforas empleadas por varios historiadores al referirse a sus experiencias de investigación; no solo me parecía que estaba convirtiéndome en un *gallofero* que recorre los basureros para hallar los restos de comida y ropa “apresados con su grifo” para después transformarlos en objetos (De Certeau, 2003: 101), también me percibía como un “Robinson Crusoe” que circunda su isla para “excavar, nombrar, inventariar, descifrar el mundo que ha heredado” (Jablonka, 2016: 147). En este caso, el mundo indescifrado y los restos de la cena literaria se encontraban esparcidos por diversos espacios institucionales. Al cabo de un año, el cuarto piso de la Hemeroteca Nacional y su fondo reservado, así como las apacibles salas de lectura de las bibliotecas mencionadas, se convirtieron en mis islotes veraniegos que, sin saberlo, resguardaban un pasado literario de incalculables dimensiones.

Posteriormente conocí a la doctora Ana Laura Zavala Díaz, investigadora del Instituto de Investigaciones Filológicas de la UNAM, quien me orientó y ofreció valiosos materiales debido a que teníamos intereses comunes: explorar las relaciones entre la literatura y la medicina en el México de finales de siglo XIX (Zavala, 2012b). Pese a ello, no tenía claridad sobre cuáles debían ser los criterios que guiarían mis búsquedas, pero actuaba con la sospecha de que dichas producciones debían “hablarme” de alguna forma de locura que en ese momento se estaban discutiendo en los círculos académicos de la medicina porfiriana.⁵ Además, estaba obsesionado con que el manicomio debía ocupar un lugar preponderante en la trama, pero no fue así. Aparecieron facultativos que ya conocía por parte de mi director y de otros investigadores, pero los desconocía en su faceta literaria; por ejemplo, Porfirio Parra y José Peón Contreras.⁶ El

⁵ Los padecimientos mentales más discutidos por los médicos porfirianos fueron la histeria, la epilepsia y las locuras criminales, afecciones observadas, comprendidas y clasificadas bajo dos modelos teóricos: el de las neurosis y el de la degeneración (Molina, 2008; Gorbach, 2005; Maya, 2015).

⁶ Porfirio Parra (1854-1912) fue médico, diputado, redactor en diversos periódicos y difusor del positivismo. Fundó las revistas *El Método* y *Revista Positiva* y escribió diversas obras, como *Nuevo sistema de lógica inductiva y deductiva* (1903), *La Reforma en México* (1906), entre otras. Por su parte, José Peón y Contreras (1843-1907) impartió lecciones de patología mental en la Escuela Nacional de Medicina y se desempeñó como alienista en los hospitales de la capital (San Hipólito

primero escribió una extensa obra titulada *Pacotillas*, publicada en forma de libro en 1900, en la que narra la infortunada vida de un estudiante de medicina que muere de tifo en la cárcel; el segundo escribió varias novelas cortas, de ellas me interesaban *Taide. Contornos de la vida ideal* (1885) y *Veleidosa* (1891), dado que exploraban la vida pasional de señoritas que padecían accesos de nerviosismo. Así, la primera sospecha resultó fructífera, las novelas de estos médicos —¿escritores?— mostraban a personajes nerviosos, susceptibles y pasionales, con comportamientos transgresores según la moral imperante de la época.

Frente al ordenador, otros autores despertaban mi curiosidad debido a sus actividades extraliterarias; por ejemplo, Pedro Castera pasó una temporada corta en el hospital de San Hipólito para hombres dementes de la capital. Averigüé sobre dicho autor, minero y científico, descubrí que había escrito varias novelas cuyos personajes sucumbían a la locura pasional: *Carmen. Memorias de un corazón* (1882); *Dramas de un corazón* (1890) y *Querens*, (1890). Ciro B. Ceballos (1873-1938), Alberto Leduc (1867-1908), Bernardo Couto Castillo (1880-1901), entre otros escritores, aparecían en las pantallas bajo un manto de oscuridad debido a sus comportamientos subversivos y fatales desenlaces. Al sondear sus biografías, encontré que todos habían escrito cuentos publicados en la prensa y en las revistas literarias más importantes de la época: *Revista Azul* y *Revista Moderna*.⁷ Posteriormente sus producciones fueron reunidas en forma de libro: *En torno a una muerta* (1897), de Alberto Leduc, *Asfódelos* (1897) de Bernardo Couto Castillo, *Claro oscuro* (1896), *Croquis y sepias* (1898) y *Un adulterio* (1903) de Ciro B. Ceballos, entre otros, son solo algunos ejemplos de un cúmulo de obras que reunían cuentos que detallaban, con elegante prosa y profundidad analítica, sucesos de vejación sexual, narraciones de criminalidad y locura mediante los cuales los lectores podían acercarse a la vida anormal de sus protagonistas. Con cada hallazgo, mi mente trazaba líneas de fuga que deseaba conectar. De la ingenuidad pasaba a la expectación, ¿médicos que escribían nove-

y el Divino Salvador), además de ser considerado como uno de los más destacados poetas y dramaturgos.

⁷ La *Revista Azul* fue fundada por Manuel Gutiérrez Nájera y Carlos Díaz Dufoo, apareció como suplemento dominical de *El Partido Liberal*, periódico promotor del progreso y la vida social porfirista, del domingo 6 de mayo en 1894 al 11 de octubre de 1896. El objetivo de la revista era dar cabida a las manifestaciones literarias del modernismo nacional y extranjero. Por su parte, la *Revista Moderna* apareció en 1898 y cerró su primera etapa en 1903. Esta incorporó el uso de la fotografía y la reproducción de obras famosas, además, contó con ilustraciones de Julio Ruelas, flamante dibujante de la publicación.

las?, ¿literatos que narraban en clave médica? Pronto me percataría de que eran productores de textos diferentes con intencionalidades literarias diferenciadas. Estas primeras referencias se volvían “indicios” que conectaban con fenómenos más generales o con las visiones de mundo de los escritores (Ginzburg, 2003: 252-254). Así, conformé un primer listado generacional clasificando a los autores como un grupo homogéneo, el cual, según creía en un primer momento, compartían intereses mutuos por la locura finisecular. Luego, por instrucción de mi director, debía situarlos en el contexto de la emergencia de la medicina mental. Pero, ¿cómo contextualizarlos?

Reunía los materiales mientras leía y transcribía con lápiz varios de los pasajes que me resultaban interesantes: episodios de locura pasajera desarrollados en el espacio doméstico, celos y furias contenidas ocurridos en la alcoba, sucesos de criminalidad urbana. En el ejercicio romántico de la transcripción no buscaba una redención espiritual en tiempos digitales, al contrario, estaba convencido de que al copiar fragmentos de las novelas y cuentos que leía podría memorizar más datos, hilvanar los sucesos y tejer acontecimientos. Aunque esos textos fragmentarios todavía no eran “evidencia” de algo, me develaban aspectos de los autores y de las condiciones en que fueron producidos, es decir, abrían ante mi “posibilidades históricas” (Ginzburg, 2010: 439) para vincular en lo específico locura y literatura en un espacio científico particular. Si el novelista imagina, “el historiador va imaginando y ‘desimaginando’ sin parar, mientras imagina, mientras escribe” (Tenorio, 2012: 115). No entendía de literatura, pero me sobrecogían los fatales desenlaces, la vida pasional de los protagonistas, las enfermedades que los aquejaban y la manera en que asumían su condición de anormalidad. Si su lectura me estremecía, me preguntaba sobre las reacciones que habrían despertado estas obras en los lectores de aquel momento. Preguntas iniciales para futuras rutas analíticas. Al enterarme en un diplomado que cursé (Puentes entre la historia y la literatura) de que muchas de las novelas y cuentos que estaba leyendo habían aparecido publicados en la “parte baja” de los diarios y en las secciones dominicales,⁸

⁸ En 1836 comenzó a publicarse en Francia la novela por entregas en “la parte baja” de los periódicos, dichos textos compartían el espacio con otras series narrativas de pintura, crítica literaria, informes de academias y crónica parisina. La gran innovación del periodista y publicista francés Émile Girardin, fue integrar la ficción en las obligadas secciones de política y economía, abriendo un potencial mercado a los hombres de letras (Thérenty, 2013: 16). Tomemos como ejemplo la aludida novela *Pacotillas*, de Porfirio Parra, la cual comenzó a publicarse “por entregas” el domingo 13 de noviembre de 1892 en el suplemento del diario *El Universal*, en el cual se incluyeron los primeros tres capítulos del que sería el primero de dos libros de la novela completa. Entre el 20 de septiem-

y que muchos de los cuentos aludidos solían competir con la prensa de tono sensacionalista para atraer lectores, entendí que debía dimensionar la importancia de los periódicos en la conformación de un campo narrativo interesado en las psicopatías de fin de siglo.

A medida que iba adentrándome en la recolección de materiales, el espacio virtual facilitó el trabajo, pero también implicó otros retos metodológicos. La *Hemeroteca digital* de la UNAM es una valiosa plataforma de búsqueda, en ella se pueden consultar periódicos, revistas —científicas y literarias— y otros magazines, nacionales e internacionales. Mi encuentro con ese enjambre de información digital tuvo repercusiones favorables. Teclear la palabra “epilepsia”, por ejemplo, permite un rastreo puntual, sistemático y específico en infinidad de soportes, el resultado fue que esta aparecía indistintamente en periódicos, artículos políticos o de opinión, en gacetas y en la publicidad médica, lo que me hizo pensar acerca de los usos culturales de los referentes científicos en el espacio periodístico finisecular (Maya, 2017). Por su parte, la *Enciclopedia de la Literatura Mexicana* es un portal que contiene diversas obras y autores, remite a diferentes acervos y fondos digitales destinados a un público general.⁹ Estos espacios virtuales crean redes que socializan la información, así descubrí que la Universidad Autónoma de Nuevo León lanzó un proyecto de *Colección Digital* conformado por documentos (siglos XVI-XIX), en el que pude encontrar otras novelas, tratados médicos y ensayos criminológicos en sus primeras ediciones, además de otros recursos electrónicos de enorme valor documental. La llamada “revolución digital” cambió mis hábitos de historiador al menos en un doble sentido; por un lado, la búsqueda en bancos electrónicos reducía los tiempos haciendo innecesarios los viajes y traslados; por otro, el uso de una cámara y el fácil acceso a documentos digitalizados me convirtieron en un acumulador impulsivo (Caimari, 2017: 75; Trillo, 2012: 180). En definitiva, estos espacios de resguardo —físico y digital— no conformaban en estricto sentido un “archivo literario”, porque no respondía a los supuestos objetivos de una investigación todavía indefinida.

bre y el 11 de octubre del mismo año aparecieron cuatro entregas más, no obstante, para el 26 de octubre se suspendió la publicación sin que el diario ofreciera algún tipo de explicación. Ocho años después se publicó en la casa editorial española Salvat e hijos. Es una muestra elocuente de la importancia del rescate y edición de textos literarios que, hasta el día de hoy, siguen apresados en las páginas de los diarios decimonónicos.

⁹ La Fundación para las Letras Mexicanas es una iniciativa fundada en 2003 para la promoción, investigación y difusión de la cultura, y es la responsable de colocar el portal de búsqueda digital.

Interrogar, transformar, organizar

¿Podemos hablar de un archivo literario? No en sentido estricto, sobre todo si lo comparamos con el Archivo General de la Nación, el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud o el Archivo Histórico de la Ciudad de México, lo que hay son repositorios con un extenso material, dado y por rescatar, de los intrincados resquicios de la prensa finisecular. En todo caso, el “archivo literario” es gestionado a partir de las obras reunidas, de las piezas seleccionadas con criterios medianamente establecidos que van constituyendo un “archivo propio”. La diferencia entre el “archivo dado” —público, privado, material, digital— y el “archivo propio”, es que este se “construye” para un proyecto determinado, sea individual o colectivo, justamente porque las piezas de la investigación están elegidas, organizadas y dispuestas independientemente de su origen (Caimari, 2017: 11).

Esos documentos que descendían a mi archivero personal se hacían con las preguntas que iba planteándome, porque no hay “fuentes” ni “hechos” sin interrogantes e hipótesis previas:

Son las preguntas del historiador las que consiguen que las huellas que el pasado nos ha legado se conviertan en fuentes y documentos. Antes de que las interroguemos, las huellas del pasado no se perciben como huellas posibles de algo (Prost, 2001: 92; Ricoeur, 2004: 219).

Son las interrogantes y sus vicisitudes, los virajes inesperados, los estancamientos sorprendidos y las viabilidades de un problema, las que desencadenan los razonamientos históricos. De su formulación depende “el marco dentro del cual trabajará el investigador” (Jablonka, 2016: 173). Mientras seguía prendado a las solitarias bancas del fondo reservado, las dudas me acechaban, ¿qué intenciones tenían esos galenos y escritores interesados en las cuestiones mentales con sus propuestas literarias?, ¿por qué recurrían a la terminología médica para construir la vida pasional de sus personajes? De pronto, los materiales literarios se posaban como una fuente inagotable de información colorida. Mientras descubría los hallazgos en los diferentes soportes aludidos —revistas, periódicos, compilaciones de libros—, me interrogaba acerca del perfil social de los escritores, sus filias y fobias estéticas, de su labor como literatos en el contexto de su producción, así como por las escuelas literarias vigentes en el último tercio del siglo XIX. ¿Quiénes eran los autores interesados en los fenómenos de la

locura?, ¿dónde habían escrito?, ¿por qué estaban interesados en abordar la demencia con sus propuestas estéticas?

Con la búsqueda, siguió la organización y sistematización de las fuentes. Volví al listado generacional luego de meses de lecturas, entendí que no debía abordar a los autores como un grupo homogéneo, esto valía también para sus obras. Dadas las biografías intelectuales de los escritores, las características de los impresos y los recursos narrativos que empleaban, ahora me encontraba ante dos proyectos narrativos diferentes en cuanto a sus intenciones estéticas. Así, organicé las obras en dos frentes: aquellas que habían sido escritas por letrados con formación médica y/o con intereses en el ámbito científico, y otras que habían sido redactadas por intelectuales inmersos en labores periodísticas. La primera correspondía a los “médicos-escritores” y eran los representantes del nacionalismo cultural, esto significaba ubicarlos dentro de una constelación convencida de que la literatura debía ser útil a la sociedad, instruyendo, deleitando y formando a los nuevos ciudadanos (Lara, 2005: 35). Mientras que la segunda estaría conformada por los “escritores-periodistas” del modernismo decadente, lo que implicaba situarlos como un grupo de intelectuales que estaba en contra de ese nacionalismo cultural y del positivismo científico, defendiendo su realidad como artistas sometidos a las reglas de la oferta y la demanda (Zavala, 2012a: 14, 28, 86).

Cada proyecto narrativo también apuntaba hacia direcciones diferentes: mientras que los primeros escribían con pretensiones de verdad sobre asuntos pasionales que desembocaban en locuras pasajeras, por el hecho de haber sido escritas bajo el influjo del positivismo científico, los segundos detallaban sobre la mentalidad de locos pasionales con un estilo refinado y punzante, por medio del cual mostraban su autonomía creativa. Los primeros escribían relatos sentimentales de infortunados encuentros amorosos con la finalidad de ilustrar virtudes, exaltar modales y comportamientos deseados, condenando los vicios y castigando los excesos pasionales de sus personajes femeninos con la locura. En cambio, los segundos escribían narrativas perversas sobre personajes masculinos descritos como lujuriosos, amorales y viciosos, mediante las cuales buscaban despertar sensaciones ambivalentes de fascinación y rechazo. Con sus propuestas estéticas, los escritores decadentes pretendían traducir las contradicciones de su modernidad a partir de protagonistas que asumían las psicopatías con voluntad de malicia.

Así, mi “archivo literario” suponía un conjunto variado y heterogéneo de fuentes compuestas por novelas y cuentos que fueron pensados, escritos y publicados en un medio específico, destinados a un lector particular. Es un terreno de exploración amplio que convoca a una multitud de personajes, mujeres y hombres de diferentes sectores sociales, en el cual se despliegan escenarios, se desarrollan dramas, se describen tragedias y se detallan los comportamientos pasionales de sus protagonistas. Exhibe a delincuentes siniestros, caballeros indulgentes, médicos sacerdotales, locos reflexivos, alcohólicos enfurecidos, jovencitas enamoradas, muchachitas delirantes, sabios incomprendidos; en fin, muestra un repertorio constituido por transgresores y sujetos pasionales con poco dominio de sus existencias.

Me resultaba evidente que las actitudes de los personajes subvertían, de algún modo, muchos de los códigos jurídicos, morales y sociales que estaban instituidos en el México finisecular. Para llegar a estos razonamientos históricos resultaba necesario cotejar mis fuentes con otras de carácter “científico” propias de la época: artículos médicos, estudios criminales o tratados de higiene pública. Comparar las actitudes esperadas de un ciudadano moderno en los discursos científicos, permitía identificar los comportamientos transgresores, criminalizados e incluso “patologizados”, representados en las propuestas literarias. En este aspecto, resultaba apremiante entender que una fuente literaria podía conducirme a otras, así, el correlato de fuentes estaba produciendo un saber sin el cual no lograría avanzar en el anclaje histórico. En suma, mi “archivo literario” reunía vidas “ficcionalizadas” marcadas por arranques de furia incontrolada, dejando una sensación de realidad en mí y que, seguramente, para los lectores de la época se encargaban de regir el sentido de su cotidianeidad.¹⁰ Mi archivo también me permitía aglutinar a sus creadores y valorar sus actividades literarias; así, era posible examinarlos como trabajadores asalariados que buscaban profesionalizarse en el campo de la escritura.

Después de todo, ¿cuál era el eje común en ambas propuestas? Me resultaba fascinante descubrir que la dimensión pasional atravesaba y

¹⁰ Los relatos de ficción contienen un mundo representado que da cuenta de las condiciones de emergencia de los textos. Gerardo Bobadilla (2009: 22) ha resaltado que estas narrativas tienen la virtud de “objetivar” las coordenadas sociohistóricas del momento, ya que constituyen “una de las manifestaciones culturales que concretizan de manera más clara y decidida ese carácter híbrido y heterogéneo de la cultural nacional”, y porque “manifiestan estéticamente las peculiaridades del imaginario sociocultural vigente al momento de la enunciación”.

sostenía el perfil de los personajes y el desarrollo de las tramas. Por tanto, debía observar lo que sucedía en el contexto médico con la finalidad de encontrar una posible explicación a estas obsesiones literarias. La necesidad de “contextualizar” las obras y a los autores en el escenario de la medicina mental —aspecto que mi director me había sugerido hacía tiempo— volvió cual fantasma hamletiano. Me puse a leer tesis médicas, artículos científicos y demás discursos médicos, ahí descubrí la centralidad que tenían las pasiones en las discusiones etiológicas de los facultativos porfirianos, a pesar de que la perspectiva anatomopatológica que vinculaba lesión corporal con función intelectual era el paradigma que orientaba sus pesquisas. Entre lecturas, descubrimientos, hallazgos y tensiones metodológicas, iba desentrañando ese terreno por donde se vehiculizaban y circulaban las representaciones literarias. En definitiva, si quería analizar las obras debía contextualizarlas, de lo contrario me encontraría con enfoques sesgados o episodios anecdóticos sin ningún anclaje histórico. De esta manera, para que las novelas y cuentos funcionaran como un “modelo de referencia” (Vila, 2009), convenía anclarlas a las prácticas y los discursos científicos de la época, identificando analogías y diferencias entre las perspectivas médicas y las representaciones literarias. Menciono un par de ejemplos. En los cuentos de los escritores decadentes encontramos un esfuerzo de los protagonistas-narradores por explicar las motivaciones que los condujeron a cometer asesinatos: estas se resumían en el despecho amoroso, los celos, las sospechas de traición y el deseo irrefrenable por asesinar. A diferencia de muchos individuos de la vida real, que durante la época acudían al robo como una estrategia de subsistencia,¹¹ los criminales literarios de los decadentes no realizaban asesinatos con fines utilitarios, simplemente buscaban satisfacer sus deseos perversos. En el cuento titulado “El caso Pedro”, del escritor-periodista Ciro B. Ceballos, el protagonista-narrador consideró que su infortunada historia familiar había actuado psicológicamente en su decisión para asesinar a su hermano Renato:

Yo fui la consecuencia de un devaneo juvenil, el intruso, el bastardo, el espurio a quien la madre postiza aborreció siempre por suponerlo un obstáculo para hacer efectivo los derechos de su vástago al capital del marido. Soy caviloso, e imagino, arrancando mi suposición de muchas observaciones astutas, que la mujer que me

¹¹ Muchas veces, algunas personas de los sectores desfavorecidos recurrían al robo de mercancías para empeñarlas y obtener algo de dinero. Estas personas, además, establecían redes de solidaridad con los empleados de las casas de empeño, garantizando así la subsistencia de algunos individuos más pobres (Dolores, 2011: 205).

asilo en su materno claustro no era muy virtuosa, también estoy persuadido de que mi engendrador me despreció siempre, porque sospechaba, con buenas o malas razones, que yo no era hijo suyo, sino de cierto oficial imperialista a quien mató en desafío por rivalidades amorosas y políticas intrigas (Ceballos, 1898: 3).

Por otro lado, en el cuento “El ratero”, del mismo autor, la pobreza y marginación explicaban la predisposición del personaje hacia el crimen. El personaje principal había nacido en un tugurio y bajo el cobijo de una “madre malvada”, por la sangre de aquel hombre corrían “herencias de añejos vicios, atavismos de una raza degenerada” (Ceballos, 1896: 191). La biología, el tono de piel y la desdicha social eran las condicionantes que explicaban sus fatales estigmas. El narrador se colocaba en el lugar del psiquiatra y criminalista que observa “objetivamente” las marcas fisiológicas de la criminalidad:

¡Observadle!: en sus andrajos que no logran ocultar su carne enjuta y de bronceos tonos, en su sonrisa horrible y la mirada cobarde de sus selváticas pupilas, lleva un drama forjado en la noche, es el tipo que persigue el alienista para determinar al desequilibrado (Ceballos, 1896: 193).

Sus narrativas ponían en circulación conceptos “científicos” sobre el criminal nato de Lombroso, pero su postura estética se alejaba de la función política de la antropología criminal y la medicina mental. Así, muchos escritores de tendencia decadente ofrecían a los lectores propuestas estéticas en las que visibilizaban el fundamento orgánico de los criminales, pero en ningún momento declararon la exclusión de los transgresores y el confinamiento “manicomial” por su fisonomía anómala. Los relatos sobre criminales coincidieron con la clínica psiquiátrica decimonónica en su visión fisiológica del crimen, dado que identificaban lo anormal con las herencias morbosas y los estigmas físicos (Campos, 2007).

Regresemos al proceso investigativo. Mientras organizaba, también releía las fuentes y volvía a interrogarlas, entre los retrocesos y la apacible tranquilidad del transcurso complejo, iba tomando forma un argumento inicial bastante embrionario; creía que dichas propuestas literarias participaban de las preocupaciones y obsesiones que tenían los médicos por la locura pasional. La toma de distancia hizo que la investigación pudiera aterrizar en suelo más concreto. Consolidé los ejes del trabajo en las relaciones entre la literatura del amplio modernismo y la medicina mental porfiriana, en un arco temporal delimitado de enorme importancia para la definición de un campo literario y una práctica médica como el tránsito

del siglo XIX al XX en la Ciudad de México. Me preguntaba sobre los contenidos “psiquiátricos” de las narrativas de ficción y los usos que los autores daban a las teorías y conceptos, pero también me interesaba lo que los propios facultativos opinaban sobre la literatura de sus contemporáneos.

Al tiempo que estructuraba mi “archivo literario”, realizaba un ejercicio de acopio bibliográfico; en este punto, me sentía escindido entre dos mundos en apariencia irreconciliables: los estudios literarios y la historia de la psiquiatría. La enorme producción bibliográfica me parecía caótica y disgregada en infinidad de propuestas metodológicas; sin embargo, al organizarla según fuera la disciplina y las preguntas que los investigadores se hacían, me percaté que en el aparente caos reinaba cierta distribución. Los trabajos estaban claramente bifurcados en dos frentes: una proveniente de los estudios filológicos con una fuerte impronta en el análisis del discurso; y la otra historiográfica con una marcada tendencia foucaultiana —poder, saber, cultura. Sentí la necesidad de unir esos mundos sin “traicionar” las especificidades epistémicas de las disciplinas; en una palabra, como investigador, buscaba colocarme en un espacio de “reconciliación” que permitiera visibilizar su carácter necesariamente complementario.

Perspectivas, horizontes, interpretaciones

Por espacio de dos años logré aglutinar una cantidad desbordante de fuentes y trabajos especializados que leía de manera simultánea, al tiempo que, para disipar mis ansiedades, volvía a los viejos repositorios, vagaba por las aceras de la hemeroteca tratando de esclarecer mi argumento inicial. Transcribía, reunía los materiales, discutía con colegas, asumía con responsabilidad la edificación paulatina de un archivo propio sin pretender sobredimensionarlo, “sino de ver en él un zócalo que permite al historiador buscar otras formas del saber que faltan al conocimiento” (Farge, 1991: 45). Era inevitable interrogarse, ¿cuál era ese conocimiento histórico producido a partir de la revisión, la sistematización y el análisis con fuentes literarias? Como mencioné antes, de la acumulación bibliográfica pasé al esclarecimiento de esos dos campos de batalla que se disputaban el reinado histórico de la locura literaria.

De un lado estaban los estudios de corte interdisciplinario que mostraban que las novelas “naturalistas”, que recurrían al método científico para elaborar sus narrativas, habían sido de utilidad para las naciones modernas de la segunda mitad del siglo XIX, en tanto que cumplían una fun-

ción claramente política puesto que denunciaban a criminales, prostitutas, alcohólicos y otros transgresores. Por ejemplo, autores “canónicos” de la Francia decimonónica incorporaron elementos de la medicina, la fisiología y la antropología criminal para construir un discurso normativo sobre el sujeto moderno y excluir desde la ficción a los infractores, delincuentes y amorales (Felman, 1978, 2003). Cabría resaltar que diversos escritores, que siguieron el modelo inaugural propuesto por el afamado escritor Émile Zola,¹² construyeron sus narrativas mediante relaciones discursivas entre medicina e instituciones científicas, permitiendo a los autores tener un acercamiento a los campos de la medicina positivista, la psicopatología y la teoría de la degeneración (Greenslade, 1994; Cardwell, 1996; Clúa, 2009; Nouzeilles, 1997). Finalmente, muchos de los escritores vinculados al paradigma cientificista de finales de siglo produjeron una galería de personajes dementes con la finalidad de exponer sus vicios y coadyuvar en el proceso de legitimación de la medicina mental (Fernández, 1997; Huertas, 1984). Con todo esto, México no era un caso excepcional. La relación entre locura y literatura de “fin de siglo” era un fenómeno transnacional.

Y en el otro frente estaban investigaciones que examinaban la dimensión simbólica de la locura a partir del estudio de personajes enloquecidos, así como los recursos narrativos usados por los autores para enunciar la enfermedad mental. Estos trabajos señalan que la emergencia de la locura literaria finisecular representó, por un lado, el fracaso de los Estados para construir ciudadanos saludables en el entendido de que los propios escritores podían ser considerados dementes; y, por otro, evidenció que las narrativas también eran espacios para la descalificación de la autoridad del psiquiatra y la crítica social, al construir un discurso subversivo sobre la enfermedad mental en el marco de una modernidad profundamente amenazante (Kottow, 2014; Freire de Araujo, 2009; Weber, 2006). En medio de la batalla, me parecía relevante que en varios rincones del planeta diversos novelistas usaran el conocimiento psiquiátrico para sondear el alma humana, así como para persuadir a los sectores ilustrados con ficciones que muchas veces lograban validar las percepciones científicas del momento.

Como apunta Jan Goldstein (1991: 136) para el caso francés: “*nine-*

¹² Émile Zola (1840-1902) utilizó el método clínico del médico Claude Bernard (*Introducción al estudio de la medicina experimental*), para fundar otro de exploración literaria conocido bajo el nombre de naturalismo. El escritor francés declaró que dicha corriente literaria proclamaba “el regreso a la naturaleza y al hombre, es la observación directa, la anatomía exacta, la aceptación y descripción exacta de lo que existe” (Zola, 2002: 150).

*teenth-century French novelist sought in the medical texts superior insight into the human psyche, or scientific legitimation of their native intuitions, or a borrowed voice of authority with which to address the reading public.*¹³

En definitiva, a pesar de las valiosas aportaciones de los trabajos mencionados, pronto me surgió la necesidad de debatir algunas cuestiones teórico-metodológicas que ayudarían a delinear el hilo conductor de mi investigación y situarme en un espacio de reconciliación entre dichas perspectivas.

En medio de la batalla, pensaba que los estudios que privilegiaban la función política de la literatura, a menudo soslayaban que las clasificaciones y conceptos psiquiátricos también eran históricos, en tanto que respondían a configuraciones discursivas y prácticas científicas realizadas en un momento determinado (Berrios y Porter, 2012: 12). Por otro lado, creía que las investigaciones que focalizaban la mirada en el análisis del discurso y la función simbólica de la locura, evitaban dar cuenta de las condiciones sociales en que se producían, circulaban y recibían los impresos. Aunque las fuentes literarias “reflejaran” ideas sobre la salud/enfermedad, consideré que no se tomaba en cuenta cómo el contexto social y cultural iba modelando, estructurando y articulando su contenido temático. Por los recorridos, acercamientos e interrogantes que para entonces me inquietaban, era claro que los objetivos y las metodologías de los estudios citados eran otros, por tanto, buscaba que mi propuesta de investigación fuera en todo momento un acercamiento histórico a la cultura literaria en el contexto de producción de las obras. Para lograrlo, debía abordar las novelas y cuentos a partir de un doble análisis: externo e interno; es decir, necesitaba observarlas como objeto de conocimiento y fuente de saber.

Respecto al primero, trataba de realizar “una revisión externa” de los impresos que permitiera reflexionar sobre el papel que tuvieron los periódicos y las revistas como espacios de inserción de textos literarios, su transformación a la estructura del libro y el mundo editorial que lo posibilita, los mecanismos de circulación y venta de los impresos, así como a los lectores a los que estaban dirigidos (Suárez, 2005). Además, resultaba necesario no solo destacar el perfil intelectual de los escritores, sino ponderar su pertenencia a alguna asociación literaria, identificar los tirajes de los periódicos y la circulación de las revistas, con la finalidad de comprender la confor-

¹³ N. del E. Traducción: “El novelista francés del siglo XIX buscaba en los textos médicos una visión superior de la psique humana, o la legitimación científica de sus intuiciones nativas, o una voz de autoridad prestada con la que dirigirse al público lector.”

mación de un campo literario específico (Lara, 2017; Suárez, 2017).

Y como fuente de saber, me resultaba evidente que las obras literarias informaban sobre los procesos psicopatológicos, las ideas médicas, los conceptos científicos, las teorías y las prácticas curativas, los modelos de asistencia y las relaciones médico-pacientes vigentes durante el periodo (Weber, 2010: 93; Montagut, 2000: 8; Montiel, 2014: 9). Mejor aún, insistir en esta “revisión interna” me llevó a indagar sobre cómo son representados los personajes, cuáles son las descripciones de sus dolencias, los espacios y las circunstancias en las que aparecen, quién define la locura y cuáles son los referentes de enunciación. Consideré necesario tomar cierta distancia respecto a las rutas que estaba abriendo, dado que no podía exigirle a una fuente literaria conocimientos “fidedignos” y apegados a las prácticas médicas de ese momento. Es claro que las fuentes no eran tratados médicos ni expedientes clínicos, pero sí estaban tejiendo diálogos que visibilizaban procesos intertextuales. Esto me obligó a pensar mi fuente más allá del impreso: estoy convencido de que las producciones literarias representan “objetos culturales polisémicos” que, en todo caso, se adjudican licencias para usar los términos, teorías y clasificaciones médicas de acuerdo a los fines e intereses de los autores.

Luego de peregrinajes, saltos de mata entre bibliotecas, transcripciones y lecturas sistematizadas, logré identificar las discusiones médicas y comprender sus repercusiones en la conformación y organización interna de las producciones de ficción. Suponía que el abordaje externo/interno de mis impresos-fuentes me permitiría tener una mirada de conjunto sobre las analogías y diferencias entre el discurso médico y el literario, además, estaba convencido de que esta ruta analítica ayudaría a identificar con mayor claridad cuáles eran las ideas, las valoraciones y las actitudes sobre la locura representadas en el espacio literario. Ante la cascada de interrogantes, posicionamientos teóricos y reflexiones metodológicas, me cuestionaba con firmeza: ¿cuál era la función de las narrativas de la locura en el contexto de emergencia de la medicina mental? Para responder a la pregunta central, contaba con un contexto histórico específico, el de la emergencia de la medicina mental y su fuerte preocupación por la dimensión pasional de los mexicanos, gozaba de una organización diferenciada de proyectos narrativos, los representantes del nacionalismo cultural y los del modernismo decadente; tenía un soporte indispensable como los periódicos, los cuales actuaban como agentes de difusión de noticias médicas y científicas. Así, medicina mental, prensa y literatura eran tres escenarios

fundamentales en la edificación, estructuración y circulación de las representaciones, además, resultaban tres dispositivos narrativos que mostraban una misma preocupación: la locura. Faltaba, pues, un marco idóneo para insertar mi hipótesis y reformularla.

En ese sentido, cobró mayor importancia pensar que las representaciones de la enfermedad mental eran resultado de la ferviente circulación de conocimientos y diseminación de saberes expertos en amplios sectores de la sociedad (Secord, 2004; González y Polh-Valero, 2009; Koppen y Sánchez, 2013). Así que volví a la hipótesis inicial, ahora estaba convencido de que ambos proyectos narrativos producían lo que he llamado “ficciones psicopatológicas” independientemente de si sus funciones específicas eran legitimar la medicina, como el caso de los médicos-escritores, o bien criticar la moral pública, como los escritores-periodistas, con sus propuestas estéticas diferentes. Al tratarse fundamentalmente de “productores de bienes simbólicos” (Bourdieu, 2011), mi argumento se orientó a que las narrativas de los escritores funcionaban como auténticos catalizadores de los miedos, angustias y fantasías que suscitaban las enfermedades mentales en el medio científico, social y cultural. Mejor aún, hoy en día considero que, como categorías de análisis, las “ficciones psicopatológicas” pueden funcionar como instrumentos para examinar las relaciones entre la medicina mental y la sociedad, dado que permiten dimensionar el tránsito de saberes expertos (Secord, 2004), conocimientos profanos y propuestas estéticas allende los círculos académicos y, sobre todo, su estudio permite comprender las formas en que los escritores se valieron de recursos narrativos para comunicar la locura en el otro fin de siglo. Es posible que en el reconocimiento de las trayectorias, en la declaración de los momentos de angustia y en la reconversión de los argumentos, como procuré presentarlo aquí, podamos seguir dialogando y tejiendo caminos de investigación que, desde luego, siempre resultarán inconclusos por las urgencias del recorte. El punto final de un texto histórico suele desatar duelos por un proceso de investigación siempre inacabado.

Bibliografía

- Ablard, Jonathan. 2008. *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State. 1880-1983*, Ohio, University of Calgary Press.
- Araya Ibacache, Claudia. 2018. *La locura es nuestra. Profesionalización de la psiquiatría en Chile. Saberes y prácticas (1826-1949)*, Rosario, Prohistoria.

- Berrios, German y Roy Porter (eds.). 2012. *Una historia de la psiquiatría*, Madrid, Triacastela.
- Bourdieu, Pierre. 2011. *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*, Barcelona, Anagrama.
- Bobadilla Encinas, Gerardo. 2009. *Estudios sobre literatura mexicana del siglo XIX. Reflexiones críticas e historiográficas*, Madrid, Pliegos.
- Caimari, Lila. 2017. *La vida en el archivo. Goces, tedios y desviaciones en el oficio de la historia*, Argentina, Siglo XXI.
- Campos Marín, Ricardo. 2007. "Crimen y locura. La patologización del crimen en la España de la Restauración", *Norba. Revista de Historia*, vol. 20, pp. 85-105.
- Cardwell, R. 1996. "The Mad Doctors: Medicine and Literature in Finisecular Spain", *Journal of the Institute of Romance Studies*, núm. 4, pp. 167-183.
- Ceballos, Ciro B. 1898. *Croquis y sepias (Retrato por Julio Ruelas)*, México, Eduardo Dublán.
- _____. 1896. *Claro oscuro*, Madrid, Librería Madriña.
- Certeau, Michel de. 2006. *La escritura de la historia*, México, Universidad Iberoamericana.
- Chartier, Roger. 2005. *El presente del pasado. Escritura de la historia. Historia de lo escrito*, México, Universidad Iberoamericana.
- Clúa Ginés, Isabel. 2009. "La morbidez de los textos: literatura y enfermedad en el fin de siglo", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. IX, pp. 33-52.
- Correa Gómez, María José. 2003. *Historia y psicoanálisis*, México, Universidad Iberoamericana/ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- _____. 2009. *Letras mexicanas del siglo XIX. Modelo de comprensión histórica*, México, UNAM, p. 60.
- _____. 2013. *Historias de locura e incapacidad (1857-1900)*, Chile, Acto.
- Dolores Lorenzo, María. 2011. *El Estado como benefactor. Los pobres y la asistencia pública en la Ciudad de México 1877-1905*, México, El Colegio de México/El Colegio Mexiquense.
- Farge, Arlette. 1991. *La atracción del archivo*, Valencia, Ediciones Alfons El Magnanim/Institutio Valenciana D'Estudis i Investigació.
- Felman, Shoshana. 1978. *La folie et la chose littéraire*, París, Seuil.
- _____. 2003. *Writing and Madness. (Literature, Philosophy, Psychoanalysis)*, Stanford, Stanford University Press.

- Fernández, Pura. 1997. “*Scientia sexualis* y saber psiquiátrico en la novela naturalista decimonónica”, *Asclepio*, vol. XLIX, núm. 1, pp. 227-244.
- Freire de Araujo Lima, Elizabeth María. 2009. “Machado de Assis e a psiquiatria: um capitulo das relações entre arte e clínica no Brasil”, *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, vol. 16, núm. 3, julio-septiembre, Río de Janeiro, pp. 641-654.
- Gay, Peter. 2007. *Modernidad. La atracción de la herejía de Baudelaire a Beckett*, España, Paidós.
- Ginzburg, Carlo. 2003. *Tentativas*, México, Morelia, Universidad de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Historia.
- _____. 2010. *El hilo y las huellas. Lo verdadero, lo falso y lo ficticio*, Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Golcman, Alejandra. 2017. *El trabajo clínico psiquiátrico en el Buenos Aires del siglo XX*, Madrid, Catarata (col. Investigación y Debate).
- Goldstein, Jean. 1991. “The Uses of Male Hysteria: Medical and Literary Discourse In Nineteenth-Century France”, *Representations*, num. 34, primavera, pp. 134-165.
- González Silva, Matiana y Stefan Polh-Valero. 2009. “La circulación del conocimiento y las redes del poder: en la búsqueda de nuevas perspectivas historiográficas sobre la ciencia”, *Mem. Soc.*, vol.13, núm. 27, pp. 7-11.
- Gorbach, Frida. 2005. “La histeria y la locura. Tres itinerarios en el México de fin de siglo”, en Laura Cházaro y Rosalinda Estrada (eds.) *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, México, BUAP/Colmich/Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, pp. 97-116.
- Gorbach, Frida y Mario Rufer (coords.). 2016. *(In) disciplinar la investigación. Archivo, trabajo de campo y escritura*, México, Siglo XXI/UAM.
- Greenslade, William. 1994. *Degeneration, Culture and The Novel 1880-1940*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Gutiérrez Avendaño, Jairo. 2018. *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental. La modernidad colombiana (1870-1968)*, Colombia, Fondo Editorial Institución Universitaria de Envigado.
- Huertas, Rafael. 1984. “La novela experimental y la ciencia positiva”, *Llul*, vol. 7, pp. 29-52.
- _____. 2001. “Historia de la psiquiatria, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, *Frenia*, vol. I, núm. I, pp. 9-35.
- _____. 2012. *Historia cultural de la psiquiatria*, Madrid, Catarata.

- Jablonka, Ivan, 2016. *La historia es una literatura contemporánea. Manifiesto por las ciencias sociales*, Horacio Pons (trad.), Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Koppen Prubmann, Elke y Mauricio Sánchez Menchero (coords.). 2013. *Los trazos de las ciencias. Circulación de conocimiento en imágenes*, México, UNAM.
- Kottow, Andrea. 2014. "Historias de locuras en la literatura chilena del siglo XIX, o la modernidad y sus vicisitudes", *Nuevo Mundo Nuevos Mundos*, Colloques, 09 junio, en <<http://nuevomundo.revues.org/66914>>; DOI: 10.4000/nuevomundo.66914. [Fecha de consulta: 15 de junio de 2015.]
- Lara, Belem Clark de. 2005. "¿Constelaciones o generaciones?", en Belem Clark de Lara y Elisa Speckman Guerra (comp.), *La república de las letras. Asomos a la cultura escrita del México decimonónico*, México, UNAM, vol. I, pp. 11-46.
- Le Goff, Jacques. 1991. *El orden de la memoria. El tiempo como imaginario*, España, Paidós.
- Lukács, György. 1966. *Problemas del realismo*, México/Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Maya González, José Antonio. 2015. "Entre la afección cerebral y la perversión moral. Clínica, terapéutica y criminalización de la epilepsia en la medicina mental de finales del siglo XIX, Ciudad de México", *Temas de historia de la psiquiatría argentina*, 2º semestre, vol. XVIII, núm. 34, pp. 40-52.
- . 2017. "De peligrosos a compradores. Remedios 'milagrosos' para la epilepsia durante el Porfiriato, Ciudad de México", en Andrés Ríos Molina (coord.), *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo*, México, UNAM, pp. 133-182.
- Montagut, Asunción Doménech. 2000. *Medicina y enfermedad en las novelas de Emilia Pardo Bazán*, Valencia, Centro Francisco Tomás y Valiente, UNED Alzira- Valencia (col. Inter-ciencias 9).
- Montiel, Luis. 2014. *Alquimia del dolor. Estudios sobre medicina y literatura*, Tarragona, Publicacions URV.
- Nouzeilles, Gabriela. 1997. "Narra el cuerpo propio. Retórica modernista de la enfermedad", *Estudios. Revista de Investigaciones Literarias*, año 5, núm. 9, enero-junio, Caracas, pp. 149-176.
- Prost, Antoine. 2001. *Doce lecciones sobre historia*, Madrid, Universitat de Valencia/Cátedra (col. Frónesis).

- Ricoeur, Paul. 2004. *La memoria, la historia, el olvido*, Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Ríos Molina, Andrés. 2008. “Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del Manicomio La Castañeda, 1910”, *Antípoda*, núm. 6, enero-junio, pp. 73-90.
- _____. 2009. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.
- _____. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, UNAM/Siglo XXI.
- _____. 2017. *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo*, en Andrés Ríos Molina (coord.), México, UNAM.
- Sacristán, Cristina. 2005. “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia*, vol. V, núm. 1, pp. 9-33.
- Secord, James A. 2004. “Knowledge in Transit”, *Isis*, vol. 95, núm. 4, diciembre, pp. 654-672.
- Suárez de la Torre, Laura. 2005. “La producción de libros, revistas, periódicos y folletos en el siglo XIX”, en Belem Clark de Lara y Elisa Speckman Guerra, *La república de las letras. Asomos a la cultura escrita del México decimonónico*, México, UNAM, vol. II, pp. 9-25.
- _____. (coord.). 2017. *Estantes para los impresos. Espacios para los lectores. Siglos XVII-XIX*, México, Instituto Mora.
- Tenorio Trillo, Mauricio. 2012. *Culturas y memoria: manual para ser historiador. Una invitación teórica y práctica para reescribir el pasado y reinventar el presente*, México, Tusquets.
- Thérenty, Marie-Eve, 2013. *La invención de la cultura mediática. Prensa, literatura y sociedad en Francia en el siglo XIX*, México, Instituto Mora (col. Cuadernos Secuencia).
- Vila Vilar, Enriqueta. 2009. “Historia y literatura: un largo debate para un caso práctico”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 31 de enero, en <<http://nuevomundo.revues.org/52533>>, DOI: 10.4000/nuevomundo.52533. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2016.]
- Villasante, Olga *et al.* (coords.). 2018. *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la casa de Santa Isabel de Leganés*, España, Catarata.
- Wadi, Yonissa Marmitt. 2009. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, EDUFU.

- Weber Santos, Nádia Maria. 2006. “‘Você, Quaresma, é um visionário’: alma nacional e loucura em Triste fim de Policarpo Quaresma de Lima Barreto”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Débats*, núm. 6, 28 de enero, en <<http://nuevomundo.revues.org/1513>;DOI:10.4000/nuevomundo.1513>. [Fecha de consulta: 11 de agosto de 2014.]
- _____. 2010. “História cultural e fontes literárias: o caso da loucura na literatura simbolista de Rocha Pombo”, *Antores*, núm. 4, julio-diciembre, pp. 73-94.
- Zavala, Ana Laura. 2012a. *De asfódelos y otras flores del mal mexicanas. Reflexiones sobre el cuento modernista de tendencia decadente*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Filológicas.
- _____. 2012b. “En cuerpo y alma: ficciones somáticas en la narrativa mexicana de las últimas décadas del siglo XIX”, tesis de doctorado en letras hispánicas, México, UNAM.
- Zola, Émile. 2002. *El naturalismo. Ensayos, manifiestos y artículos polémicos sobre la estética naturalista*, Barcelona, Península.

ACERCAMIENTO A LA HISTORIA DE LA PSICOFARMACOLOGÍA EN MÉXICO A PARTIR DE LA PRENSA ESPECIALIZADA Y LA NOTA ROJA A MEDIADOS DEL SIGLO XX



*Esteban Terán**

Introducción

En la actualidad, las redes sociales conforman un foro cibernético al cual es posible acudir desde casi cualquier rincón del mundo. Allí, en esa maraña virtual de conversaciones que son más bien una sinfonía de soliloquios, se encuentra uno de pronto siendo espectador de una realidad que si bien no es ajena cuando menos puede parecer distante. Tratando de ir al paso de la memoria, nuestros ojos se desplazan por la pantalla leyendo todo lo que está a su alcance, como si estuviésemos frente a cientos de ventanas por donde asoman diversos paisajes. En una de ellas aparece el escrito de un periodista chileno llamado Alberto Fuguet, a quien se le encargó describir brevemente su experiencia como consumidor de un fármaco llamado Rivotril; el intrigante título del artículo es por demás directo en su manera de expresar aquella experiencia: “Qué se siente meter Rivotril”.¹

El título atrajo poderosamente mi atención, principalmente motivado por mi propia ignorancia; un eco lejano semejante al recuerdo me traía de vuelta aquella palabra que, desde hace medio año, por lo menos, instaló un puesto fronterizo en la vasta zona de mi desconocimiento. El Rivotril me era tan ajeno como sustancia psicotrópica que comencé a leer ávidamente aquel somero texto, donde la droga estaba cargada de tantos significados que más parecía un muñeco de barro “asexuado” y “trans-

* Profesor del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

¹ Alberto Fuguet, “Qué se siente meter rivotril”, *Soho*, sección: Entretenimiento, 13 de mayo de 2011, en <<http://www.soho.co/entretenimiento/articulo/sintomas-y-consecuencias-de-consumir-rivotril-drogas-alucinogenas/23171>>.

versal” —en palabras del propio Fuguet— que un comprimido de Clozapam. Para sentirse acompañado, Fuguet retrata un cuadro colectivo donde “ejecutivos y políticos, dueñas de casas y profesores, editores de revistas y poetas cesantes” comparten la dosis de esta sustancia “como un rito de paso para entrar a la adultez”. Lejos de los supuestos estigmas que, según Fuguet, rodean al Valium, con su cauda de eventos protagonizados por la histeria o las actrices de cine suicidas, el Rivotril aparece como una novedosa arma defensiva que se toma no tanto para enfrentar al mundo sino, quizás, “para que el mundo no te aplaste”. Tal como había acontecido con la actriz mexicana Pina Pellicer, en 1964, aunque ella no figura en las líneas de Fuguet.

Pina Pellicer falleció a los 29 años, posiblemente en la cúspide de su carrera artística como actriz internacional de la pantalla grande. Durante su trayectoria compartió el escenario con personajes hoy icónicos como Marlon Brando o Ignacio López Tarso, y fue galardonada con la “Diosa de Plata”, máximo reconocimiento actoral en México, por su actuación en la película *Macario*, dirigida por Roberto Gavaldón e ilustrada magistralmente por la lente de Gabriel Figueroa. Sin embargo, durante los primeros días de diciembre de 1964, Pina Pellicer decidió suicidarse con ayuda de diversas pastillas que la prensa mexicana de nota roja de mediados del siglo pasado englobaba ambigüamente bajo el rubro de los “barbitúricos”.

Desde su producción en 1903 por los químicos alemanes Emil Fischer y Joseph von Mering, así como su masiva comercialización durante la primera década del siglo XX, los barbitúricos se posicionaron como una de las sustancias paradigmáticas de las firmas farmacéuticas Bayer y Schering. Su denominación hacía homenaje a la esposa del inventor original de la síntesis en 1864, llamada Bárbara; aparentemente por los efectos “sedativos e hipnóticos” que tanto ella como la sustancia provocaban (Shorter, 1997: 202). Sin detenernos demasiado en la somnífica alusión que algunos hombres hacen de sus parejas, la anécdota nos invita a pensar en la descripción de los efectos de los barbitúricos en el cuerpo, en la manera en que influyen en nuestro comportamiento, en nuestra experiencia de vida. ¿Qué se siente meter barbitúricos? Podríamos preguntarnos entonces imitando el tono de Fuguet.

La historia de la introducción de aquellos fármacos —que actúan sobre el Sistema Nervioso Central— transita por la transmisión de sus efectos en la prensa, en la cual se estipulan las diversas finalidades o campos de acción donde estos fármacos podrían ser útiles. Tanto en la prensa médi-

ca especializada como en la de nota roja, la descripción de los efectos de estas sustancias coadyuva a la construcción de su “carácter” y, con ello, inician procesos de legitimación que inauguran espacios y ofrecen oportunidades para su consumo. Desde luego, los objetivos y elementos narrativos empleados para describir los efectos de estas drogas en el cuerpo varían de acuerdo con el público al que se dirige determinada publicación; por ejemplo, en una revista médica especializada, como la *Gaceta Médica de México*, las descripciones acerca de las circunstancias donde se emplea el uso de psicofármacos son más sucintas y carecen de la construcción melodramática que constituye el sensacionalismo de la prensa de nota roja.

De este modo, ambos polos de la prensa nos sirven para aproximarnos a una forma determinada de entender la salud, a partir de la información que ofrecen respecto a los medios farmacológicos con los cuales se pretende conseguir una especie de equilibrio mental, que oscila entre la funcionalidad y la improductividad del sujeto consumidor de drogas. Aquí quiero enfatizar que la acepción peyorativa del término “droga” atiene justamente a la finalidad con la que determinada sustancia es retratada; de manera breve, podríamos traer a colación el proceso prohibicionista que atravesaron la morfina, la cocaína y la heroína, otrora comercializados e introducidos como modernos “medicamentos” a finales del siglo XIX (Gootenberg, 2009; Davenport-Hines, 2001). En el caso que nos ocupa, la influencia que tiene la prensa en la definición de los efectos y posibles finalidades de los psicofármacos desempeña un rol importante en la denominación del lugar que ocupan en la balanza, donde la “droga” pareciera una sustancia utilizada con fines hedonistas y se convertiría en un “medicamento” en tanto estuviese enfocado en “curar” una determinada enfermedad. A lo que habría que preguntarse: ¿qué enfermedad curan exactamente los psicofármacos?

Así, en este artículo trataré las posibilidades que ofrece la prensa como fuente para reconstruir una de las múltiples facetas de la historia de la psicofarmacología en México durante la segunda mitad del siglo XX, con la finalidad de bosquejar la “cultura terapéutica” (Balz, 2008: 195) que marcó el proceso de introducción de los psicofármacos en el país. En este sentido, la calidad narrativa que me ofrecen ambas fuentes nos permitirá comprender la manera en que se construyen los espacios, las circunstancias y los comportamientos que aluden al consumo de estas sustancias. Por otro lado, el concepto de “cultura terapéutica” nos ayuda a poner en perspectiva los elementos sociales que constituyen la “experiencia” de las dro-

gas y las narrativas que entran en juego para facilitar su transmisión, ya sea por medio de un lenguaje especializado, en el cual se destaca el carácter “innovador” y “productivo” que tiene la aplicación de ciertas sustancias en el cuerpo, o del lenguaje melodramático, que describe en términos fatídicos las consecuencias que tiene la ingestión de los medicamentos “modernos” en la población. De tal modo, la percepción de la salud se construye a partir de la influencia que tienen los medios en la conformación de la opinión pública.

Este modo de proceder con el análisis hermenéutico de las publicaciones periódicas académicas y periodísticas está animado en cierta medida por el trabajo de Lila Caimari, quien hace una distinción entre el discurso “docto” de la prensa especializada y el “profano” de la prensa de nota roja en la conformación de la “cultura penal” argentina de la primera mitad del siglo XX (Caimari, 2004: 26). Según la autora, la coexistencia entre los discursos de ambos medios emborrona las supuestas fronteras que existen entre uno y otro ámbito, con lo cual ocurre una construcción conjunta de “lo criminal”, nutrida con terminología científica, pero presentada en términos dramáticos. En este caso, la prensa “profana”, mediante el melodrama, hace inteligibles —aunque se trate en ocasiones de una burda simplificación— las teorías científicas que son utilizadas en el ejercicio del derecho penal; lo cual, por otro lado, es observable también en los estudios históricos que se han realizado sobre la creación de patologías como la ansiedad (Tone, 2009) o la regulación de los psicofármacos en Europa (Hess, 2010a). En gran medida, el acercamiento a las fuentes periodísticas para el análisis del proceso histórico de la psicofarmacología en la segunda mitad del siglo XX se fundamenta en la restricción del acceso hacia otras fuentes, como los expedientes clínicos, que acaso pudieran ser más precisos, que no elocuentes, al momento de establecer las circunstancias de aplicación de ciertos fármacos desde la práctica psiquiátrica.²

En el caso de la información que se ofrece sobre los psicofármacos en la opinión pública —conformada por la prensa especializada y la nota roja—, el punto de contacto entre ambas está marcado por los casos de

² La Ley General de Archivos, que entró en vigor el 15 de junio de 2019, estipula que “los documentos que contengan datos personales sensibles [...] respecto de los cuales se haya determinado su conservación permanente por tener valor histórico, conservarán tal carácter, en el archivo de concentración, por un plazo de 70 años, a partir de la fecha de creación del documento, y serán de acceso restringido durante dicho plazo”. Véase <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGA_150618.pdf>.

sobredosis, pues estos sirven como un espacio de consenso para la evaluación del uso de las sustancias en el tejido social. Así, veremos que la construcción de los “usos terapéuticos” de cierta sustancia caracteriza, a su vez, el proceso de su legitimación y, de este modo, coadyuvan a la transformación de las diversas acepciones que se tienen en torno a ella; es decir, la introducción de una droga en el mercado o en la práctica clínica transita entre un proceso mercadológico y una búsqueda constante por los medios que permitan el mejoramiento de las prácticas psicoterapéuticas. Por ello, la historia de las drogas está marcada por la terminología que, en este caso, ambos polos de la prensa utilizan para describir la “experiencia” de su ingesta; así pueden aparecer sustancias variopintas referidas exclusivamente a la luz de sus “efectos”, como sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, calmantes, antipsicóticos o neurolépticos, con lo cual se simplifican a la vez que se amplían sus campos de acción.

Y si bien la experiencia descrita por Fuguet busca convidarnos una gota del placentero descubrimiento que ha hecho de los psicofármacos, la circulación de textos como los presentados en la nota roja nos presenta caras menos halagadoras de este conjunto de sustancias. Con lo cual, el medio impreso se convierte en una de las prominentes puertas de acceso a la visión que se tiene, en una determinada época y lugar, sobre cierto tipo de fármaco. Busco así analizar la impronta que las fuentes periodísticas tienen en la conformación de una cultura psicoterapéutica marcada por el consumo de cierto tipo de medicamentos, cuya utilidad coadyuva a justificar la pertinencia del tratamiento psiquiátrico y el reconocimiento de una supuesta cura para los trastornos mentales durante la segunda mitad del siglo XX.

La prohibición de las drogas y la regulación sanitaria en la historia de la psicofarmacología

En principio, la regulación o prohibición definitiva del tráfico y consumo de aquellas sustancias denominadas narcóticos fue uno de los elementos que marcó la incursión de Estados Unidos en el mercado asiático de opiáceos en los albores del siglo XX; el control de la producción y el comercio de opiáceos, como la morfina y la heroína, representaba una importante fuente de ingresos en materia fiscal para los países que poseían territorios ultramarinos en el extremo asiático. Aunque no es materia exclusiva de este trabajo hablar de la historia de los opiáceos o las anfetaminas, debo

enfatar que la preocupación sobre el control de este tipo de drogas no solo tenía un carácter prioritario para las autoridades arancelarias (Courtwright, 2002: 156), sino también como herramientas para el sostenimiento de campañas bélicas (Ohler, 2016: 83). Es decir, que la legitimación que marca el proceso de introducción de una droga en el mercado está delimitada por una lógica utilitaria, visible tanto en estrategias mercadotécnicas para fomentar su consumo, como en la implementación de sistemas de regulación sanitaria que coadyuvan al sostenimiento y extensión de la jurisdicción estatal.

Posteriormente, el costo de la membresía para formar parte de la Sociedad de Naciones comprendía la ratificación de los acuerdos tomados en la Convención Internacional del Opio celebrada en La Haya, en 1912. Estas acciones revelan una intención por conformar una sociedad internacional a partir del consenso en la definición de los principales centros de producción y distribución de estas sustancias; táctica que se empleó igualmente al término de la Segunda Guerra Mundial, atendiendo al notable desarrollo de la industria farmacéutica y al engrosamiento del número de drogas disponibles en el mercado.

La importancia de alcanzar un acuerdo en la nomenclatura de las sustancias psicoactivas producidas por la industria farmacéutica se hizo perentoria para el mejoramiento del tratamiento psicoterapéutico a nivel global durante las primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX. En 1957, durante el II Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en Zúrich, al cual asistieron múltiples delegaciones de distintas partes del mundo, el tema de la introducción de fármacos en el tratamiento psicoterapéutico despertó polémica en torno a su clasificación, pues esta podía depender tanto de la enfermedad que se deseaba tratar como de las propiedades específicas de las sustancias en cuestión, puntos que, respecto a los “tranquilizantes”, se encontraban ocasionalmente yuxtapuestos (Tornay, 2016: 127; Hess, 2007b: 81).

El proceso definitorio mediante el cual los psicofármacos pasaron a entenderse como potentes herramientas para el tratamiento psicoterapéutico fue paulatino; en un principio, incluso se les llegó a englobar dentro de las causas que originaban una sociedad más hostil. Por ejemplo, en un comentario libre al trabajo del doctor Mario Fuentes Delgado sobre los trastornos funcionales del aparato digestivo, el médico mexicano Jorge Flores Espinosa señalaba que la sociedad disponía de los elementos necesarios para hostilizar al individuo hasta su autodestrucción, conseguida a partir de medios farmacéuticos:

Creo que es necesario que pensemos en estos elementos de rehabilitación de tantos pacientes, en los cuales lo psicósomático solo es el reflejo, digamos así, de una sociedad extremadamente hostil, que no vacilo en calificar de egoísta tremendamente, y que lleva hacia la destrucción a algunos de sus elementos en una forma indirecta, al hacerlos primero neuróticos, inseguros; de hacerlos sentir un estado angustioso: después, el estado de enfermedad y por fin la autodestrucción, a través de las drogas, los tranquilizantes, los barbitúricos, el alcohol, la morfina, la marihuana y tantas condiciones que van repercutiendo.³

Como es de suponer, la confusión en torno a los psicofármacos estaba enraizada en las distintas maneras de entender o explicar la sintomatología de los trastornos psiquiátricos; en cierto modo, durante el II Congreso Internacional de Psiquiatría, quedó claro que la psicofarmacología brindaba un espacio idóneo para la interacción de numerosos rubros del ámbito científico que se dedicaban al estudio del campo *psi*. Si bien el término “psicofarmacología” había sido acuñado por David Macht en 1920, en Estados Unidos, mientras estudiaba la influencia del uso de opiáceos en el tratamiento psicoterapéutico,⁴ no fue sino hasta la década de 1950 cuando se consolidó como un rubro del conjunto de saberes *psi*, pues permitía pensar en la homogeneización del lenguaje psiquiátrico a nivel global.

La multitud de científicos que participó en el II Congreso Internacional de Psiquiatría, perteneciente a múltiples campos disciplinarios como la biología, la química, la farmacología, la psicología y, desde luego, la psiquiatría, encontraron en los debates en torno a la psicofarmacología un espacio propicio para la colaboración interdisciplinaria. La polémica en torno a la efectividad de los fármacos derivados de los barbitúricos, las benzodiacepinas y los tricíclicos implicaba, además, una discusión sobre la profesionalización de la propia psiquiatría y su relación con el desarrollo de la industria farmacéutica; ya fuera porque el uso de dichos medicamentos posibilitaba la aplicación de una terapéutica ambulatoria —con lo cual se podía comprobar la efectividad de la medicina psiquiátrica—, o porque la expansión del mercado farmacéutico depende, en gran medida, de la ampliación del diagnóstico de las enfermedades mentales. De esto dan cuenta los boletines editados por la industria farmacéutica que, además de ofre-

³ Jorge Flores Espinosa, “Trastornos funcionales del aparato digestivo y factores psicogénicos. Comentario libre al trabajo del doctor Mario Fuentes”, *La Gaceta Médica de México*, tomo XC, núm. 7, julio de 1960: 648.

⁴ Thomas A. Ban, “Psychopharmacology”, en <<http://inhn.org/dictionary/psychopharmacology-by-thomas-a-ban.html>>. [Fecha de consulta: 30 de marzo de 2019.]

cernos otra de las caras que conforman el proceso histórico de la psicofarmacología, podemos considerar como un puente entre las publicaciones de nota roja y las revistas médicas especializadas, atendiendo al lenguaje y su formato editorial.

Las publicaciones periódicas provenientes del ámbito farmacéutico nos pueden brindar información acerca de la cada vez más estrecha relación entre la industria farmacéutica y el gremio médico-psiquiátrico. Por ejemplo, en *El Farmacéutico Mexicano* —publicación mensual que comenzó a distribuirse en el país a partir de 1953 en forma de boletín y que era entregado gratuitamente en las farmacias y boticas del consorcio de la Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica— se hacía un llamado constante a la comunidad de químicos-farmacéuticos para que se desempeñasen como piezas imprescindibles en el control de la provisión de drogas:

El Departamento de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas se ha dirigido a las autoridades sanitarias de México [...] con el fin de sugerirles [...] que dentro de las respectivas legislaciones se precise el importante papel que desempeña el farmacéutico hondo y responsable [...] Dentro de la lucha para evitar que sigan aumentando en el mundo los aficionados a las drogas, el farmacéutico tiene un importante papel social que aún no ha sido comprendido en todos sus alcances. [...] Se ha propuesto que en México, y en otros países, el farmacéutico sea debidamente autorizado por la legislación y por las autoridades para exigir al cliente la presentación de un documento de identificación, del que se debe tomar nota para comunicarlo después a las autoridades o anotararlo en la propia receta.⁵

En principio, la atención que recibió la psicofarmacología a nivel internacional estaba alentada tanto por la oportunidad que ofrecía a los farmacéuticos para consolidar su giro comercial y su influyente papel en la definición de los métodos terapéuticos, como por el notable avance que percibían los médicos en su práctica clínica a la hora de implementar los psicofármacos en sus tratamientos. A diferencia de los boletines publicados por la industria farmacéutica, donde se trata someramente la efectividad de dichos productos, la *Gaceta Médica de México* nos ofrece una vez más otra perspectiva sobre las redes internacionales de cooperación científica que permitía el uso de fármacos en la práctica psicoterapéutica. En una pequeña sección de esta publicación, dedicada a asuntos de “Información general”, se informaba sobre los beneficios de estas drogas en la

⁵ “El farmacéutico desempeña un papel importante en toxicomanías”, *El Farmacéutico Mexicano*, órgano de la Industria Nacional Químico-Farmacéutica, 15 de agosto de 1955: 1.

estrategia de avanzada que implementaban los médicos en el combate a las enfermedades mentales:

Existe un nuevo antidepresivo que quizá contribuya en forma contundente a incrementar el armamento del médico en su labor de tratar a los enfermos mentales. J. Pomeranze verificó la prueba clínica con 79 *pacientes geriátricos ambulatorios*, en un hospital de enfermedades crónicas. Los resultados aparecen en el número del 17 de septiembre [1959] de *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York* [...] Se obtuvo así un buen antidepresivo que sirve para una cantidad creciente de enfermos [...] Los pacientes respondieron al químico comportándose de forma sana, razonable, ordenada y circunspecta.⁶

Razón por la cual, el proceso definitivo de las nomenclaturas de estos psicofármacos debía tratarse con sumo cuidado, so pena de difundir un diagnóstico que obedeciera no tanto al tratamiento de un trastorno psiquiátrico como a una lógica mercadológica. A mediados de la década de 1950, la popularización de los barbitúricos en Estados Unidos estaba estrechamente relacionada con la ampliación del diagnóstico de la ansiedad, gracias a lo cual estos fármacos recibieron el nombre de “tranquilizantes” o “ansiolíticos”. Por ejemplo, el fenobarbital, desarrollado por la farmacéutica Bayer en 1912, era descrito en el ámbito psiquiátrico de dicho país como un “elixir” y comercializado en comprimidos de color rosa, que eran recetados por el médico familiar para lidiar con “los exabruptos histéricos de una niña en su noche de bodas” (Shorter, 1997: 203).

La ansiedad, por otro lado, era percibida en la década de 1950, en Estados Unidos, “menos como un trastorno psiquiátrico serio y más como una medalla al esfuerzo e incluso al éxito”, ya que, tal como lo señala Andrea Tone, el diagnóstico de la ansiedad fue modificado y difundido mayormente por un sector de la clase media que veía en los barbitúricos uno más de los modernos y benéficos productos del *american way of life* (Tone, 2009).

En México, el periódico jalisciense *El Informador* fue una de las publicaciones que mantuvo una cobertura constante sobre la extensión del uso de psicofármacos para el tratamiento de estos trastornos psiquiátricos “menores”. En sus páginas se denunciaba constantemente la implicación de los intereses comerciales de la industria farmacéutica en la venta masiva de estos fármacos y la negligencia de las autoridades sanitarias en la regulación sanitaria; no está de más recalcar que con sus publicaciones el

⁶ “Información general”, *La Gaceta Médica de México*, 1 de febrero de 1960: 180.

periódico hacía eco de la postura expresada en los debates sobre control de drogas en las Naciones Unidas. En la edición del 13 de diciembre de 1964, encontramos que las drogas son identificadas como un componente constitutivo de la vida moderna:

El hombre del mañana es un drogadicto en potencia. La parte de sus ingresos que dedica a la compra de drogas aumenta sin cesar. En los Estados Unidos una familia gasta el 7 por ciento de sus ingresos anuales en medicinas, sedantes, barbitúricos, etc. [...] Es por decenas de millones que deben de contarse hoy “drogados menores” que ingieren barbitúricos o excitantes químicos [...] No pasa un día sin que sea lanzado un nuevo producto, con la ayuda de un gran despliegue publicitario que elogia sus cualidades como calmantes y tranquilizantes [...] Muy a menudo sucede que los gobiernos no controlan con la severidad suficiente la toxicidad de un medicamento aparentemente inocuo.⁷

Es claro que el lenguaje utilizado para describir el papel que estas drogas juegan en la modificación de la cultura terapéutica se va nutriendo con simplificaciones y tonos alarmistas a medida que nos aproximamos a la revisión de fuentes periodísticas, cuya lógica editorial es ampliar su rango de lectores, a diferencia de las publicaciones especializadas de cierto gremio. En este caso, el reportaje de *El Informador* hace un balance sobre el gasto que hace una familia estadounidense en medicamentos, metiendo en una misma bolsa “medicinas” y “barbitúricos”, aunque la diferencia no queda clara, porque la intención es destacar estos últimos, dejando a las “medicinas” aparte, en el nebuloso terreno de la generalización. Los casos de muerte por sobredosis se convertirán durante la década de 1960 en una de las principales puertas de acceso a la información sobre el uso de psicofármacos, pero únicamente por el morboso sensacionalismo que las editoriales periodísticas de nota roja hicieron de la muerte y de la ingesta de fármacos, como veremos más adelante.

A decir verdad, la historia de la psicofarmacología está marcada por el desarrollo industrial, que depende a su vez de las ganancias de la venta de un producto farmacéutico cuyos beneficios apuntan hacia un mejoramiento de las condiciones de producción a nivel industrial y humano, por consiguiente, en la calidad de vida. Entonces, conviene preguntarnos cuáles son los elementos que constituyen esa dichosa “calidad”, la cual dicta simultáneamente el uso posible que pudieran recibir estas sustancias, ante lo cual se evalúa si sus riesgos—llámense “efectos secundarios”,

⁷ G.H. Salvan, “Debate sobre drogas”, *El Informador*, 13 de diciembre de 1964: 5

“peligrosidad” o “toxicidad” —son rebasados por los beneficios que otorgan (Hess, 2010: 203). Visto así, es comprensible el grado de legitimidad que poseen unas sustancias en contraste con otras, o como algunas de ellas han pasado al terreno de la ilegalidad, cambios cuya pauta obedece a un proceso transversal en el que están involucrados intereses sanitarios, científicos, industriales, económicos y políticos.

En la prensa mexicana rara vez se informa acerca del uso de psicofármacos en la sociedad mexicana para el mejoramiento de su calidad de vida, pues parecen enfocarse principalmente en la relación entre el consumo de estas drogas y los suicidios que se intentan o consuman a partir de su ingesta. No obstante, el impacto de los psicofármacos como herramientas para lidiar con las tareas cotidianas en otras latitudes sí que aparece como un tema recurrente; sobre todo, para señalar el carácter ambivalente de estos fármacos. Constantemente, *El Informador* reproducía reportajes de publicaciones extranjeras en sus páginas, quizás para posicionar el combate al abuso de drogas en México dentro de una estrategia sanitaria global.

El caso de Elizabeth Smith, una mujer inglesa de 39 años que utilizaba “barbitúricos, tranquilizantes y estimulantes” en su día a día, es descrito como uno más de los numerosos casos de los denominados por este mismo periódico como “drogados menores”, pues se entendía que la prescripción médica podía funcionar como un vehículo legitimador para el tratamiento con psicofármacos: A decir del reportaje londinense, reproducido por *El Informador*, la señora Elizabeth Smith “se horrorizaría si alguien le dijera que es aficionada a las drogas”. Hacia finales de la década de 1960, comenzó a robustecerse la crítica en torno a la integración de ciertos psicofármacos en la cotidianidad; el propio reportaje del periódico jalisciense señalaba que el uso de fármacos “para hacer frente a los problemas” era un hábito propio de los “niños nacidos durante el tiempo de la posguerra”.⁸

A lo largo del siglo XX, la industria farmacéutica se consolidó como un sector de la economía que, *grosso modo*, ofrecía la única oportunidad para el combate de enfermedades infecciosas, para incrementar los ritmos de producción en la economía agraria y mejorar la productividad laboral de los individuos. Así, por ejemplo, desde mediados del siglo XIX, medicamentos derivados del opio, la hoja de coca (Gootenberg, 2009) o

⁸ Carol Lyders, “Detrás del problema de los estupefacientes”, *El Informador*, 5 de septiembre de 1969: 4-A.

la quinina, fueron utilizados para mejorar las condiciones sanitarias de la expansión bélica europea a lo largo y ancho del globo. La utilidad de los fármacos desarrollados a finales del siglo XIX estaba marcada justamente por su efectividad en la implementación del campo laboral, que además coadyuva al delineamiento de la idea del éxito, acorde con los objetivos del sistema capitalista.

Según Nina Verheyen, durante el siglo XX la productividad laboral se consolida como el paradigma que delimita la movilidad de un individuo en la sociedad, a partir del cual se sopesan los elementos implicados en la capacidad corporal para llevar a cabo diversas tareas, incluso aquellas que podrían considerarse extenuantes por llevar el cuerpo a su máximo potencial, sin afectar, claro está, el equilibrio “natural” del funcionamiento corporal (Verheyen, 2018: 50-51). De este modo, la introducción de los medicamentos farmacéuticos atiende a la finalidad que tiene su consumo en el perfeccionamiento de la productividad, la cual es definida según criterios cualitativos relacionados íntimamente con la transformación del discurso de movilidad social. Precisamente por ello, la amplitud o la construcción del diagnóstico de ciertos trastornos mentales obedece a la satisfacción y el encubrimiento de los efectos de un sistema económico que exige hasta el último esfuerzo de los individuos que lo sostienen, y para ello se efectúa también un engrosamiento de los múltiples usos de las sustancias psicoactivas.

En cierto modo, el proceso definitorio del término “droga”, o “psicofármaco”, o “medicamento”, o “ansiolítico”, etc., obedece a los intereses económicos de las empresas farmacéuticas, así como al proceso de legitimación que permite su tráfico y al discurso médico-científico que sustenta sus espacios de acción; siguiendo esta línea, la prensa coadyuva a promover o disuadir su uso. Ya desde 1922, el químico-farmacólogo estadounidense Edward Kremer, director de la unidad de farmacología en la Universidad de Wisconsin, publicó un artículo en el *Pacific Drug Review* donde señalaba la terrible confusión que se estaba generando a nivel global por el uso desmesurado de la palabra “droga” en el estricto proceso regulatorio de las sustancias, acorde a sus usos legítimos o ilegítimos (Parascandola, 1998: 161).⁹ La inserción paulatina de las metanfetaminas en

⁹ Esta confusión se mantiene hasta ahora y ha sido, mal que bien, aprovechada para promover el uso de unas sustancias sobre otras; así se ha conformado la separación virtual entre drogas duras o blandas, haciendo referencia a su toxicidad, pero también a sus usos recreativos o productivos.

el mercado, cuyo desarrollo y uso fue promovido por el gobierno alemán del III Reich, en 1937, como herramienta para la movilización de sus tropas durante la II Guerra Mundial, se comercializó como “El pequeño ayudante de mamá” (*Die Mutters kleine Helferin*) e incluso fue denominada como una sustancia “despertadora” por las autoridades del ejército nazi (Ohler, 2016: 52 y 83).

El carácter “milagroso” de las drogas comenzó a apuntalarse en la década de 1920, cuando el periodista Paul von Kruif difundió los hallazgos del entonces director del Real Institut von Experimental Therapie de Frankfurt, Paul Ehrlich, quien a partir de la síntesis de un compuesto derivado del arsénico (atoxyl) dio con un tratamiento para la sífilis, cuyos efectos secundarios eran casi inocuos. Von Kruif tildó dicho invento como *the magic-bullet revolution*, en 1926, término con el cual fue identificado más tarde el descubrimiento serendípico de la penicilina por Alexander Fleming (Whitaker, 2015: 40). La concepción del carácter revolucionario de la sustancia desarrollada por Paul Ehrlich se basaba en la posibilidad que este fármaco ofrecía, como una vía para el combate focalizado e individual de una enfermedad; pero también es cierto que la publicidad hecha por Paul von Kruif coadyuvó a la concepción de la farmacología como una rama del conocimiento capaz de afrontar los distintos avatares bacteriológicos o patológicos de la muerte (Acker, 1998: 120).

Si bien el uso de barbitúricos se mantuvo vigente hasta entrada la década de 1970, lo cierto es que su administración nunca alcanzó tales niveles de admiración, pues era hartamente sabido que su toxicidad, así como su masiva comercialización, habían provocado problemas de adicción y sobredosis a nivel global (Hoheisel, 2012: 77). La prensa mexicana de nota roja se encargó justamente de tejer un vínculo estrecho entre el consumo de barbitúricos y los casos de suicidio, para ello hacía uso de un lenguaje que buscaba crear impacto en el lector, mediante la construcción de historias melodramáticas que retrataban la toxicidad de estos fármacos como hechos trágicos enmarcados por el desamor y una emotividad desbordante. Es el caso de una chica de 17 años llamada Lorenza Sánchez, quien a mediados de la década de 1960 intentó suicidarse, *El Informador* lo relató de la siguiente manera:

...la cercanía de la primavera ha hecho que se presente en los últimos días una racha de intentos de suicidio. En las últimas horas, más de 15 personas han tratado de dejar este mundo tomando barbitúricos [...] Lorenza Sánchez, una jovencita de 17 años, también pasa a formar parte de la lista de pseudosuicidas [...] También

por una decepción amorosa intentó quitarse la vida. Se tomó 40 mejorales [...] Los médicos certificaron que se habría intoxicado con barbitúricos.¹⁰

Tal como puede observarse, la reconstrucción editorial que los periódicos mexicanos hacían de los casos de suicidio, ya fueran consumados o no, mediante el uso de barbitúricos, se centraba en enfatizar un aspecto de su consumo, haciendo de paso una distinción burlesca de los casos de suicidio que tendían a la banalización y, por tanto, incompreensión de un acto de esta naturaleza. En este caso, debemos leer el término “pseudosuicida” en relación con la asimilación que se hace de los barbitúricos con un fármaco comercializado exitosamente en aquella época llamado *Mejoral*, que en realidad se trataba de Paracetamol, un componente farmacológico destinado al tratamiento de los síntomas de la gripe, como la fiebre y la congestión nasal. Por otro lado, los otros casos que aparecen mencionados en este breve reportaje —que por cuestiones de espacio no es posible añadir aquí— hacen explícita la intención de la editorial de este periódico, que más que informar acerca del suicidio como una cuestión social o de salud mental, utilizó dicho fenómeno para menospreciar los problemas de violencia que empujaban a estas mujeres a intentar suicidarse, así como el uso que hacían de estos fármacos.

Según el médico Simón Brailowsky, los barbitúricos actúan directamente sobre el Sistema Nervioso Autónomo, responsable principalmente de los impulsos eléctricos que corren vertiginosamente por el tejido nervioso, cuyos efectos en la psique son tan tenues que es difícil que se transformen en partes constitutivas del pensamiento, esto es, en recuerdos que permitan construir una “experiencia”. Por esta razón, Brailowsky decidió clasificar estas sustancias depresoras en un rubro aparte de los “psicofármacos”, es decir, como “neurofármacos”; pues, según él, los psicofármacos son aquellas “sustancias que nos ponen en contacto con realidades más allá de nuestra percepción primaria. Drogas cuyos efectos sociales no son aparentes fuera de un contexto particular al hombre. Fármacos que pueden llevar o traer de la locura. Moléculas que pueden aliviar la melancolía y otras que pueden hacernos sentir superiores” (Brailowsky, 2002: 159).

Empero, considero que la definición de la “experiencia” referente a las drogas no se detiene en su consumidor, pues se trata en todo sentido de una experiencia “socialmente” construida. De otro modo, la interrelación estrecha que guarda el cuerpo entre las partes que lo llevan a consti-

¹⁰ “Intentaron salir por la puerta falsa”, *El Informador*, 17 de marzo de 1965: 12.

tuir “lo sensible”, imposibilitan la construcción de lo vivible sin la carga instintiva intrínseca en la “experiencia del dolor o del sabor”, por mencionar un ejemplo (Maurette, 2015).¹¹ Así pues, si bien es cierto que en cierta medida la experiencia de los psicofármacos a nivel neurofisiológico es íntima e intransferible, también debemos considerar que la difusión de la experiencia es seguida como una extensión de los efectos corporales de su consumo. Esto es visible en la descripción que el propio Brailowsky hace de los barbitúricos, a pesar de su notable reticencia por abordar los “efectos” sociales del consumo de psicofármacos:

Estas sustancias deprimen en forma reversible la actividad de los tejidos excitables [...] pueden producir un estado de excitación transitoria por depresión de sistemas inhibitorios. En otras palabras, desinhiben. Este efecto de desinhibición del comportamiento que se busca frecuentemente con el sedante-hipnótico y con el alcohol se puede presentar también con los barbitúricos (Brailowsky, 2002: 141).

Visto entonces desde la perspectiva según la cual la legitimidad del consumo de los barbitúricos está marcada por el rango de productividad, acorde a una lógica de costo/beneficio, estos se siguieron comercializando libremente a pesar de su comprobada toxicidad a ambos lados del Atlántico. El estudio de estas sustancias, así como de las anfetaminas, nos permite obtener un preámbulo de la introducción masiva de los medicamentos psicofármacos en la psicoterapéutica que se conforma tanto al interior como al exterior de los centros de atención psiquiátrica.

También en la prensa de la Ciudad de México de mediados del siglo XX el reporte sobre los psicofármacos estaba ligado notablemente con sus ominosos efectos secundarios y su estrecha relación con los casos de suicidio alrededor del país. El caso de Pina Pellicer, por ejemplo, nos muestra una ventana para acercarnos a la “experiencia” que la prensa mexicana de nota roja hacía recurrentemente del uso de barbitúricos. Antes de continuar con este caso, cabe resaltar que anterior a la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas celebrada en 1971, pero más de diez años después de que el uso de estos fármacos comenzara a ser discutido en el II Congreso Internacional de Psiquiatría de 1957, los psicofármacos como

¹¹ Aquí deseo hacer eco del estudio que realiza Pablo Maurette para criticar el oculo-centrismo y la supuesta y canónica división de los cinco sentidos como referencias consolidadas en la construcción de la experiencia; pues un ejercicio similar es apreciable en la teoría neurofisiológica que pretende jerarquizar la experiencia en el funcionamiento separado del Sistema Nervioso Central y Periférico.

barbitúricos, metanfetaminas y benzodiacepinas entraban todavía entre un cúmulo de sustancias cuyos fines estaban siendo definidos por la comunidad científica.

Retratado en un tono melodramático, característico de la prensa mexicana de nota roja, donde la descripción desmesuradamente pormenorizada de la infausta escena y el despliegue de desenlaces estereotípicos dictan el ritmo con el cual se desenvuelve la trama, el suicidio de Pina Pellicer aparece como una decisión velada por “la melancolía que se reflejaba en sus ojos de mirada lánguida, enfermos de observar con miedo el mundo”.¹² Después de escribir y enviar por correo una carta póstuma, Pellicer retornó a su departamento e ingirió 25 pastillas de Neo Hebaral y 30 de Valium, las cuales representaron una dosis letal para su organismo. La policía llegó cuatro días después, avisada por amigos cercanos de la actriz, quienes la encontraron acostada apaciblemente en su cama, vestida con ropa de dormir color blanco, “símbolo de pureza”, y ya sin pulso alguno. Por sospecha de que se tratase de un asesinato esperaron a dos peritos de la Procuraduría, en compañía de los cuales se realizó la “inspección ocular” de los objetos que atestiguaron los últimos instantes de Pina Pellicer:

Los investigadores encontraron en la almohada, funda y sábanas manchas sanguinolentas [...] En la cómoda había una colilla y una cajetilla semivacía de cigarros *Delicados*, un sobre de Doriden [Glutetimida] y una caja de comprimidos Tetraletas [antigripal] En su bolso de mano encontraron los objetos comunes de la mujer, y una cajita dorada que contenía seis píldoras amarillas y dos nembutales.¹³

Nembutal es el nombre comercial de un fármaco llamado pentobarbital que pertenece a la familia de los barbitúricos, cuyos efectos en el Sistema Nervioso Central se manifiestan como sedantes-hipnóticos capaces de producir somnolencia, e incluso inducir un coma o una depresión fatal de las funciones respiratoria y cardíaca (Brailowsky, 2002: 139). Sintetizado por vez primera en 1928, el Nembutal empezó a comercializarse en 1930, principalmente en Alemania, Francia y Estados Unidos. En el caso de México, la popularización del consumo de barbitúricos puede rastrearse en la prensa; por ejemplo, ya desde finales de la década de 1940, encontramos que las menciones de estas sustancias en la prensa de nota roja, lejos

¹² Francisco R. Tarango, “Otra artista se suicidó! En la tumba está el secreto de Pina Pellicer”, *Semanario Alarma!*, núm. 86, 23 de diciembre de 1964, p. 4.

¹³ *Idem*.

de referirse a sus efectos terapéuticos sobre la ansiedad o el insomnio, van siempre acompañadas de algún intento frustrado o consumado de suicidio.

En una recreación foto novelada de un supuesto evento noticioso titulada “Una bella suicida”, se expone el caso de Mirella Rodríguez Márquez, quien decidió consumir su suicidio ingiriendo una cantidad tóxica de barbitúricos. Un día de febrero de 1949:

...llorosa, desesperada, sin saber qué hacer, con la moral rota por los regaños de sus padres y las rotas relaciones de su novio Pepe, corrió a la botica y compró muchos barbitúricos, ante las miradas de los parroquianos; [después de lo cual] disolvió las sustancias tóxicas en un vaso de agua y sin esperar más lo apuró de un sorbo.¹⁴

La supuesta cobertura del evento noticioso desde la que se relataba el suicidio de Mirella se trataba realmente de una representación fotográfica, donde se le podía ver parada frente a un mostrador, recibiendo de manos del encargado de la farmacia un paquete blanco que contenía los malhadados fármacos. En otra noticia, donde se informaba sobre el suicidio de Eloisa Pérez Rivera, de 22 años, el efecto de dichas sustancias se describía como una fatal superchería de la industria farmacéutica: según los reporteros del *Magazine de Policía* la ingesta desmesurada de barbitúricos había trasladado a Eloisa “del sueño artificial producido por esos tóxicos, al eterno de la muerte”.¹⁵ Y la recreación trágica de la ingesta de barbitúricos continuó apareciendo de la misma forma, incluso 15 años después, en un semanario de nota roja llamado *Alerta!*; quizás siguiendo un canon editorial inaugurado por el propio *Magazine de Policía*, que era a fin de cuentas el primer hebdomadario de nota roja de la Ciudad de México.

En el editorial del semanario *Alerta!* se codeaban los personajes en boga del variopinto mundo de la farándula y el hampa, y la ficción hacía su entrada triunfal con cuentos breves que involucraban en una misma página sensualidad y fechoría. El editorial del primer número de *Alerta!* anunciaba su publicación como una revelación destinada a “aumentar el cieno que sobre la especialidad han formado los envenenadores del pensamiento y de la mentalidad de miles de lectores que por su buena fe toman la letra impresa como un evangelio controvertible”.¹⁶ No sorprende que el tono de los titulares, ya no solo de la primera plana sino incluso

¹⁴ Del Valle, “Una bella suicida”, *Suplemento de Magazine de Policía*, núm. 328, año 3, 17 de febrero de 1949: 16.

¹⁵ Luis Almirza, “Prefirió la muerte”, *Magazine de Policía*, núm. 525, año 10, 24 de enero de 1949: 6.

¹⁶ “Editorial”, *Alerta!*, 12 de julio de 1965: 4.

de aquellos sepultados en la vigésimo cuarta página, fuesen alarmantes e intencionadamente hiperbolizados.

Justamente, el número de *Alerta!* correspondiente al 12 de julio de 1965 refleja el amplio espectro de la realidad social que los editorialistas pretendían cubrir reduciéndola con base en prejuicios tales como “El suicidio, poderoso atractivo para mujeres. EL SEXO DÉBIL cae con más facilidad en la fascinación de la muerte cuando los conflictos emotivos afloran”.¹⁷ Lejos de tratarse de la cobertura de un evento noticioso, el artículo periodístico se dedicaba a construir, o mejor dicho apuntalar, en el imaginario de los lectores mexicanos de mediados del siglo XX, una serie de supuestos sobre el perfil de las suicidas.

Desde la “sonriente quinceañera” hasta la “culto dama”, cualquier mujer podía ser “víctima” del suicidio, llevadas por “los celos y los fracasos”, eran principalmente “las mujeres de un alto nivel social y cultural” aquellas que “con un activísimo veneno o gran cantidad de barbitúricos truncan su turbulenta vida”.¹⁸ Las imágenes que acompañan el texto son acaso más elocuentes, no tanto por su calidad estética u obscena como por los pies de foto que las describen: “¡BARBITÚRICOS! El medio más socorrido entre las suicidas para cortar su turbulenta existencia”, parecía gritar desde la página amarillenta aquel reportaje periodístico. Sin embargo, los psiquiatras y farmacéuticos de la época conservaban otra opinión.

A principios de 1964, apareció publicado en la *Gaceta Médica de México* un artículo del doctor Guillermo Dávila que buscaba hacer un recorrido fugaz por las “Recientes adquisiciones en psiquiatría”.¹⁹ Desde su punto de vista, la investigación clínica en la psiquiatría “en todas partes del mundo” se había dirigido en cuatro direcciones: primero estaban las investigaciones genéticas, seguidas por los estudios de bioquímica y los de fisiología experimental del Sistema Nervioso Central; en tercer lugar, los avances en psiquiatría clínica y, por último, aunque no menos importante, estaba la investigación de los “aspectos de psicofarmacología de los medicamentos conocidos como psicodrogas”,²⁰ presentadas por Dávila como aparente “panacea” de la depresión “en todas sus formas”.²¹

¹⁷ S/a, “El suicidio, poderoso atractivo para mujeres. EL SEXO DÉBIL cae con más facilidad en la fascinación de la muerte cuando los conflictos emotivos afloran”, *Alerta!*, 12 de julio de 1965: 24.

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ Guillermo Dávila, “Recientes adquisiciones en psiquiatría”, *Gaceta Médica de México*, tomo XCIV, núm. 1, enero de 1964: 83-91.

²⁰ *Ibid.*: 83.

²¹ *Ibid.*: 88.

El artículo de Dávila expresaba también la preocupación que el gremio de psiquiatras tenía por la frecuencia, siempre al alza, de suicidios no solo en México sino también en Estados Unidos. Llama la atención que antes de presentar cifras sobre la tendencia suicida en nuestro país, Dávila prefiere ilustrar la problemática con dígitos extraídos de la sociedad estadounidense, en la cual se consumaron 16 760 suicidios en 1957; a partir de lo cual se dedujo que el suicidio era más frecuente “en sujetos con economía reducida, con problemas amorosos, problemas de alcoholismo, trastornos mentales en los padres y hogares rotos”. La mención de los suicidios despuntaba con un dato sumamente intrigante: en 87% de los casos, los suicidios se habían consumado gracias a la ingestión de “drogas”.²²

El asunto no era menor para un hombre como Dávila, quien veía en la producción de psicofármacos una veta óptima para impulsar una política sanitaria de salud mental, semejante a las campañas de higiene mental de los años cuarenta y cincuenta (Ríos, 2016). De puertas hacia afuera, los psicofármacos aparecían en la pluma de Guillermo Dávila como la punta de lanza para continuar con la conformación de una comunidad terapéutica nacional, en cierto modo una sociedad medicada, el futuro en las manos de la prevención farmacológica: en palabras del propio Dávila, con el uso de fármacos “psicolépticos”:

...la terapia se amplía no solamente para uso del especialista, sino para el médico general que aun en lugares alejados de centros científicos de importancia puede dar un servicio efectivo a pacientes que antiguamente, y con la escasez de métodos terapéuticos [...] muy poco se podía hacer en su favor.²³

No obstante, la evidencia presentada por Dávila contrastaba fuertemente con las cifras que él mismo presentaba para el caso de 3 612 pacientes, sujetos a tratamiento psicofarmacológico desde 1958, en las instalaciones nosocomiales del IMSS, el ISSSTE y de tres sanatorios particulares: “Las remisiones se presentan en un promedio de 75% de los casos”; ante lo cual, Dávila reviraba con la siguiente aseveración: “Los peligros y accidentes de estos tratamientos pueden considerarse como mínimos, por no decir nulos”.²⁴

En términos similares, el presidente de la farmacéutica Pfizer, Richard C. Fenton, hablaba del carácter revolucionario de los fármacos como la

²² *Ibid.*: 85.

²³ *Ibid.*: 88.

²⁴ *Ibid.*: 89.

“llave para la salud internacional”.²⁵ opinión que fue difundida en el semanario *México Farmacéutico*, publicación de divulgación científica que aglutinaba el sentir del gremio químico-farmacéutico del país y aparentemente de otras latitudes del globo. Este semanario aparecía quincenalmente en las principales boticas y farmacias de algunas de las más populosas ciudades de la República mexicana, con un costo de 3 pesos, y estaba dirigido tanto a los encargados de las farmacias como a sus clientes. En el artículo en cuestión, Fenton destaca la producción de fármacos como uno de los indicadores más previsibles del desarrollo económico; en su opinión, el atraso material se reflejaba en la ausencia de una industria farmacéutica fuerte e innovadora. Como si fuesen puntos dispersados en la gran cartografía de la Guerra Fría, los comprimidos farmacéuticos marcaban una frontera entre los países comunistas “que no han ofrecido al mundo ni una sola droga nueva”, cuando en países bajo la égida occidental, como Gran Bretaña, Estados Unidos, Suiza y Alemania Occidental, han sido “descubiertos cientos de nuevos e importantes productos para mejorar la salud”.²⁶

En la retórica antagonista característica de la Guerra Fría, la psicofarmacología se posicionó como una de las armas efectivas en el “mejoramiento” de la salud de los ciudadanos y, por tanto, en una oferta tangible del estilo de vida de un sistema económico u otro. La versión que nos muestra la prensa especializada dirigida al gremio médico y farmacéutico hace alusión al carácter revolucionario de los fármacos y forma un nexo directo entre ellos y la modernidad biotecnológica de la posguerra; a la cual, la prensa de nota roja parece resistirse, pues solo se encarga de mostrar aquellos casos donde el uso de psicofármacos se tornó en una tragedia y en ridiculizar el uso que hacían de ellos las usuarias de este tipo de drogas. Ambas versiones coexistían en un espacio cuyas delimitaciones eran establecidas acorde a los intereses que cada gremio hacía de la información que generaba el uso de estos fármacos; de modo que el seguimiento y análisis que se hace de cada una de las fuentes que nos ayudan a reconstruir la historia de un campo de la medicina, como la psicofarmacología, deben ser analizadas a partir de los intereses políticos, económicos o sociales que caracterizan sus lineamientos editoriales. Por último, el estudio de la prensa nos brinda una perspectiva sobre el proceso de adecuación de las drogas en la vida cotidiana que sería difícil obtener de otras fuentes de

²⁵ Richard C. Fenton, “La llave para la salud internacional”, *México Farmacéutico*, tomo XXXI, núm. 377, 1965.: 9-10.

²⁶ *Ibid.*: 9.

archivo, enfocadas no tanto en la exhibición de los efectos farmacológicos y sociales del uso de determinada sustancia, sino en los acuerdos políticos que inmiscuyen temas mediante los cuales puede estudiarse la gobernabilidad entendida desde la regulación sanitaria, tema de subsiguientes reflexiones que es necesario abordar para entender cómo se construye la idea de la salud en la sociedad y su cultura terapéutica.

Bibliografía

- Acker, Caroline Jean. 1998. "From all Purpose Anodyne to Marker of Deviance: Physician's Attitude Towards Opiates in the US from 1890 to 1940", en Roy Porter y Mikulas Teich (eds.), *Drugs and Narcotics in History*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 114-132.
- Balz, Viola *et al.* 2008. "Magic Bullets, Chemische Knebel, Beherrschte Risiken? Zum Arbeitsfeld des DFG-Forschungsnetzwerk, Arzneistoffe im 20. Jahrhundert", *Medizinhistorisches Journal*, vol. 43, núm. 2, pp. 183-201.
- Brailowsky, Simón. 2002. *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*, México, Fondo de Cultura Económica/Secretaría de Educación Pública/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Caimari, Lila. 2004. *Apenas un delincuente: crimen, castigo y cultura en Argentina, 1880-1950*, Argentina, Siglo XXI.
- Campos, Isaac. 2004. *Home Grown: Marijuana and the Origins of Mexico's War on Drugs*, North Carolina, University of North Carolina Press.
- Courtwright, David. 2002. *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Davenport-Hines, Richard. 2001. *La búsqueda del olvido: historia global de las drogas, 1500-2000*, México, Turner/Fondo de Cultura Económica.
- Edward, Shorter. 1997. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Estados Unidos, John Willey & Sons.
- Gootenberg, Paul. 2009. *Andean Cocaine: The Making of a Global Drug*, University of North Carolina Press, Chapel Hill.
- Hess, Volker. 2007. "Psychochemicals Crossing the Wall. Die Einführung der Psycho-pharmaka in der DDR aus der Perspektive der neuen Arzneimittelgeschichte", *Medizinhistorisches Journal*, vol. 1, núm. 42, pp. 61-84.

- _____. 2010. “¿Regulating Risks? Der umgang mit Life-Style-Drugs zwischen potentieller Gefährdung und kalkulierten Risiko”, en Herfried Münkler, Matthias Bohlender y Sabine Mauer (eds.), *Sicherheit und risiko*, Alemania, Transcript Verlag, pp. 187-206.
- Hoheisel, Matthias. 2012. “Von der Suchtdroge zum Therapeutikum-Zur Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité Nervenlinik von 1962-75”, *Medizinhistorisches Journal*, vol. 47, núm. 1, pp. 62-98.
- Maurette, Pablo. 2015. *El sentido olvidado: ensayos sobre el tacto*, Buenos Aires, Mardulce.
- Parascandola, John. 1998. “The Drug Habit: The Association of the Word ‘Drug’ with Abuse in American History”, en Roy Porter y Mikulas Teich (eds.), *Drugs and Narcotics in History*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 156-167.
- Paul Gootenberg. 2009. *Andean Cocaine: The Making of a Global Drug*, North Carolina, University of North Carolina Press/Chapel Hill,
- Ríos Molina, Carlos. 2016. *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, UNAM/Siglo XXI.
- Shorter, Edward. 1997. *A History of Psychiatry: From the Era of Asylum to the Age of Prozac*, Estados Unidos, John Willey & Sons.
- Tone, Andrea. 2009. *The Age of Anxiety: A History of America’s Turbulent Affair with Tranquilizers*, Basic Books, Filadelfia.
- Tornay, Magaly. 2016. “Expertisenbildung in Zurich 1957”, en Magaly Tornay (ed.), *Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980*, Alemania, Mohr Siebeck GmbH and Co. KG, pp. 85-126.
- Verheyen, Nina. 2018. *Die Erfindung der Leistung*, Berlín, Hanser Berlín.
- Whitaker, Robert. 2015. *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, Nueva York, Broadway Books.

CUARTA SECCIÓN



CUESTIONARIOS, ETNOGRAFÍAS Y ENTREVISTAS

LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS COMO TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: EL CASO DE LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES *PSI* EN ARGENTINA



*María Eugenia González**

En nuestra universidad tenemos una fuerte formación psicoanalítica lacaniana y si bien a mí me gusta mucho este enfoque teórico, me hubiese gustado conocer más acerca de los otros, solo para saber de qué se trata

(GA6).¹

Introducción

En este capítulo desarrollo las características y ventajas de la técnica de administración de cuestionarios. Particularmente, estudio la relevancia de la técnica en la indagación sobre las características de la formación de los psicólogos en Argentina. He utilizado esta herramienta como medio de aproximación a las prácticas curriculares de profesores y graduados universitarios en psicología de ese país. Llevé a cabo esta investigación abordando un periodo reciente (2000-2012).²

* Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades (Icsoh) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) / Universidad Nacional de Salta (Unsa).

¹ Resultó necesaria una codificación de la información y de los agentes. Por esto, para referirme a las representaciones que analicé, señalé con letra “G” las frases de los graduados consultados y con letra “P” las de los profesores. Luego, con letra “A” hice referencia a las afirmaciones de agentes de universidades públicas, mientras que con letra “B” me referí a las frases de agentes de universidades privadas. Los números que acompañan las letras van del 1 al 16 ya que se consultó a dos graduados y dos docentes por cada una de las 16 casas de estudios seleccionadas. De esta manera, por ejemplo, el código “PA1” hace referencia a un profesor de una universidad pública, mientras que “GB1” se refiere a un graduado de una universidad privada. Cabe aclarar también, que por “agentes” entiendo a los sujetos que participan en la configuración de los procesos sociales y educativos (Piñero Ramirez, 2008).

² La periodización escogida toma como punto de partida el comienzo del siglo XXI —con lo que ello conlleva de arbitrario— y llega hasta 2012, momento en el que inicié la recolección de los datos. Es un periodo de duración suficiente como para recabar información significativa.

Ahora bien, ¿por qué sería importante analizar la formación en psicología en Argentina? La labor de estos profesionales *psi* incide puntualmente sobre la salud mental de la población destinataria de sus servicios. Esto es así, ya que los psicólogos en el país se desempeñan mayormente en el área clínica (Alonso y Klinar, 2014).³ La formación de los psicólogos argentinos se traduce entonces en un posterior ejercicio profesional que impactará de forma directa en la sociedad.

Debido a la función social de la profesión psicológica, la formación universitaria en esta materia ha sido reconocida y declarada por el Estado argentino como “de interés público”, en el artículo 43 de la Ley 24.521 de Educación Superior. Allí se sostiene que el ejercicio de la psicología pone en “riesgo” de modo directo la salud de los habitantes (Ministerio de Educación, 2004). Por medio de esa normativa, se han establecido procedimientos de control y evaluación continua de esos cursos.⁴ La situación que tiene lugar en Argentina reviste un carácter particular ya que, en otros países, no se producen controles frecuentes de estas carreras por parte del Estado. En virtud de estos motivos, se vuelve fundamental la pregunta sobre las características de la formación de los psicólogos en Argentina.

Cabe destacar, además, la masividad de los estudios universitarios en psicología en ese país. Estas carreras cuentan allí con más de 87 000 estudiantes —de los cuales, 80% son mujeres— en 41 universidades —10 públicas y 31 privadas.⁵ La carrera de psicología resulta una de las más demandadas por los jóvenes, desplazando incluso a aquellas “tradicionales”, como derecho.⁶ Formados en esas carreras, actualmente casi 99 000 psicólogos ejercen la profesión, lo que significa que existe un psicólogo por cada 439 habitantes (Alonso y Klinar, 2016).

³ Se ha evidenciado una orientación clínica de los graduados en psicología, desde los inicios de estas carreras en el país (Litvinoff y Gomel, 1975).

⁴ El proceso de evaluación y acreditación de carreras universitarias es llevado adelante en Argentina por un ente competente del Estado. Este organismo es la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (Coneau). El proceso intenta garantizar ciertos estándares educativos. Se realiza cada tres o seis años, según las evaluaciones logradas y el grado de cumplimiento de esos estándares. En el sitio *web* <<http://www.coneau.gov.ar/buscadores/grado/>> pueden observarse las carreras de psicología que han sido acreditadas hasta el momento por la Coneau.

⁵ No intento analizar aquí la complejidad del fenómeno de la feminización de la psicología y el psicoanálisis en Argentina. Esto requiere de estudios en profundidad que exceden los objetivos de este capítulo. Recomiendo, por ejemplo, ver los trabajos de Ana Ostrovsky (2010, 2014), quien ha abordado problemáticas en esta línea en Argentina.

⁶ Ver la nota periodística: “Hubo un nuevo récord de inscriptos al CBC de la UBA y estas fueron las carreras más elegidas”, *Portal Infobae*, 27 de abril de 2019.

Es importante subrayar también que la práctica clínica de los graduados en psicología, en Argentina, se ha realizado desde sus inicios, a mediados de la década de 1950, fundamentalmente bajo una orientación psicoanalítica (Muller y Palavezzatti, 2013). La extendida influencia del psicoanálisis en la cultura argentina (Plotkin, 2003), su impronta en lo que puede ser denominado como “sentido común” de sus habitantes (Plotkin, 2017), y la temprana inserción de las ideas freudianas en las carreras de psicología del país (Dagfal, 2009) han contribuido a que las intervenciones profesionales de los psicólogos estén orientadas en esa línea.⁷ De esta manera, mi interés en la aplicación de cuestionarios a profesionales *psi* versó, asimismo, alrededor de la peculiar situación del psicoanálisis en la enseñanza universitaria de grado del psicólogo argentino, dentro de un contexto reciente.

Como ya mencioné aquí, ha tenido lugar en el país una amplia extensión del psicoanálisis en las carreras de psicología en Argentina, desde el momento de su creación (Klappenbach, 2000a; Dagfal, 2009). Empero, esta situación viene alterándose de forma acelerada ya que, desde comienzos del siglo XXI, están expandiéndose distintos y nuevos enfoques psicológicos. Siguiendo a la historiadora Élisabeth Roudinesco (2003, 2017) entiendo que existe una creciente presencia de la orientación cognitivo-conductual y la expansión de terapias breves en el campo *psi*.

En palabras de esta investigadora francesa, el psicoanálisis atraviesa una nueva crisis “relacionada con la definición de su especificidad en un mundo, el del siglo XXI, que muestra un gran auge de las psicoterapias” (Roudinesco, 2003: 36). Asimismo, la autora indica que hoy existen más de 600 orientaciones psicológicas (2017). Además, la injerencia de los servicios prepago de salud y las exigencias del mercado, hacen que los tratamientos sean cada vez más cortos y más estandarizables, con objetivos claros y muy bien delimitados. Este fenómeno atenta contra la larga duración y profundidad que promueven, en general, los tratamientos psicoanalíticos.

En este sentido, los psicoanalistas argentinos se ven obligados a reconocer estas dificultades dentro del campo, adaptarse a estas nuevas circunstancias y mostrar cuán eficaces son sus prácticas. También ha surgido la necesidad de que desde el psicoanálisis se produzcan nuevos desarrollos

⁷ La gran expansión del psicoanálisis en las aulas universitarias de psicología en Argentina, es difícilmente comparable con lo ocurrido en el resto del mundo, a excepción de Francia y posiblemente Brasil.

teóricos que le permitan adaptarse a problemáticas actuales y urgentes. En el marco de este nuevo escenario, entonces, es que indago sobre la formación de los psicólogos en Argentina, por medio de la aplicación de cuestionarios. Pretendo constatar lo afirmado en otras investigaciones, en relación con el predominio psicoanalítico en estas carreras (Vilanova, 1997; Di Doménico, 1999; Courel y Talak, 2001; Klappenbach, 1998, 2000a, 2015), además de lograr una mejor comprensión de las condiciones y causas que dan lugar a este fenómeno.

Para estos fines tuve que considerar también paradojas que se presentan en las aulas universitarias de psicología. La disciplina psicoanalítica cuenta con criterios propios de formación que exceden la enseñanza académica. Esto complejiza el ejercicio de la práctica psicoanalítica por parte de los psicólogos y también genera tensiones en las instituciones universitarias.

Según Sigmund Freud, la formación psicoanalítica exige como requisitos, además del estudio teórico, la supervisión y el propio análisis. Estas actividades se enmarcan generalmente en instituciones psicoanalíticas privadas. Por tanto, dado que muchos profesores y alumnos de las carreras de psicología reconocen una filiación con alguna de esas miles de instituciones de formación psicoanalítica existentes en Argentina, las lógicas —jerárquicas, financieras, etc.— que operan en ellas, muchas veces alcanzan el ámbito universitario.

Dado que no existe el título de “analista”, también se producen dificultades en la autorización y legitimación para la práctica psicoanalítica. Desde el punto de vista de las regulaciones estatales, el ejercicio del psicoanálisis requiere de un título universitario, que en Argentina puede ser de psicólogo o médico. Sin embargo, es un requisito necesario, pero no suficiente, porque la formación adecuada para ser psicoanalista dependerá de la línea a la que se adhiera y la institución a la que se pertenezca. La universidad entonces se torna una sede de conflictos institucionales. Asimismo, en las universidades tienen lugar tensiones epistemológicas, dada la compleja relación entre el discurso psicoanalítico y el discurso universitario, y la difícil vinculación entre la psicología y el psicoanálisis, sobre todo desde la perspectiva lacaniana.⁸

⁸ Jacques Lacan sostuvo que el psicoanálisis no se considera parte de la psicología: “La psicología es vehículo de ideales: la psique no representa en ella más que el padrino que la hace calificar de académica” (Lacan, 1960: 792). Por otro lado, el psicoanalista francés afirmó que la universidad pretende difundir un saber completo en términos de conocimiento universal, mientras que el

Estos fenómenos, vinculados a la enseñanza del psicoanálisis en la universidad y muchas otras problemáticas referidas al campo *psi*, han sido abordadas de forma creciente en las últimas décadas por las ciencias sociales y las humanidades.⁹ Esos estudios han considerado las especificidades de los contextos en los que se producen las ideas y prácticas *psi*. Para el caso de la región latinoamericana, se han llevado a cabo distintos desarrollos en historia de la psicología, psiquiatría y psicoanálisis, en antropología médica y de la salud, en sociología de la salud mental, etc.¹⁰ Se han brindado distintas perspectivas sobre la recepción, circulación y producción de prácticas y discursos *psi*. Específicamente en Argentina, en lo que se refiere a la formación universitaria en psicología, existen líneas de investigación que han tenido lugar, fundamentalmente, desde la historia y los estudios curriculares.

Destaco aquí como principales referentes en el país, en primer lugar, a Hugo Vezzetti (1992, 1996a, 1996b, 2004) quien desarrolló los primeros estudios críticos sobre historia del psicoanálisis y la psicología. Luego, a Alejandro Dagfal (2006, 2009, 2013, 2018), quien ha mostrado la influencia francesa en las disciplinas *psi*. Asimismo, Hugo Klappenbach (2000a, 2000b, 2003, 2006, 2015), junto a su equipo de investigación de la Universidad Nacional de San Luis, han dado cuenta de la historia del desarrollo académico de la disciplina psicológica en Argentina (Piñeda, 2007, 2010; Vázquez Ferrero, 2010, 2016). También se han elaborado trabajos sobre formación universitaria en psicología en Argentina que abordan la temática tanto en un nivel nacional como local (Gallegos, 2005, 2012, 2016; Ferrari, 2017; Schermann, 2009; Di Doménico y Risueño, 2013; Moya, 2010; Fierro, 2015).

Además, se han realizado estudios que abordan la formación del psicólogo argentino, desde un análisis del currículum universitario en psicología. Estos han analizado fundamentalmente referencias bibliográficas

psicoanálisis supone una práctica de lo singular, orientada a un descentramiento del conocimiento, no lineal ni acumulativo (1969).

⁹ Utilizo el término *psi* en un sentido amplio, incluyendo a los saberes y prácticas que tienen lugar dentro de disciplinas como la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis.

¹⁰ Por ejemplo, menciono aquí brevemente a algunos equipos dirigidos por investigadores de la región, en el área de historia *psi*: Hugo Vezzetti, Alejandro Dagfal, Hugo Klappenbach, Fernando Ferrari y Aída Alejandra Golcman en Argentina; Ana Jacó, Marina Massimi, Cristiana Facchinetti, Ana Teresa Venancio, y Yonissa Marmitt en Brasil; Mariano Rupertuz y Gonzalo Salas en Chile; Tomás Caycho en Perú; José García en Paraguay; Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika en México; Rubén Ardila y Bruno Jaraba en Colombia, etc.

(Vázquez Ferrero y Colombo, 2008; Vázquez Ferrero, 2010). Para tal fin, esos trabajos han utilizado técnicas bibliométricas, que consisten en la cuantificación de la información bibliográfica. Estas investigaciones han analizado casos de carreras puntuales, en contextos locales o regionales, considerando solo universidades públicas.

De esta manera, hasta el momento, en Argentina no se habían realizado investigaciones que analizaran lo que sucede en universidades pertenecientes a todo el territorio nacional, y que involucraran casas de estudio públicas y privadas. Mucho menos, y lo que es más importante, tampoco existían trabajos de esta magnitud, que se valieran de herramientas sociológicas para evaluar las prácticas cotidianas de la formación universitaria de los psicólogos en esos establecimientos, es decir, lo que sucede efectivamente dentro de las aulas.¹¹ Por esto, para acercarme a esas prácticas, en mi trabajo analicé representaciones sociales de profesores y graduados en psicología —estos últimos en calidad de exalumnos que ya finalizaron todo el trayecto académico. Realicé esta tarea por medio de la técnica de administración de cuestionarios de preguntas abiertas. En este capítulo, entonces, muestro cómo la aplicación de la técnica de cuestionarios puede resultar útil para investigadores que aborden temáticas similares.

Además, a diferencia de otros estudios que trabajan con prácticas del pasado, planteo una forma de analizar lo que está ocurriendo “actualmente” con los sujetos y las prácticas en el campo *psi*. Esto me habilita a aplicar otras técnicas y a utilizar otras fuentes con las que no sería posible trabajar en otro tipo de investigaciones. Entonces, el cuestionario me brinda acceso a la consulta sobre sujetos que son protagonistas de las prácticas curriculares en la actualidad, y a sus respectivas opiniones. El presente no cuenta con esa distancia con la que trabaja la historia, que permite conocer cómo se han decantado ciertos eventos y cómo se han generado ciertos procesos. El presente habilita el acceso a los sujetos actuantes, en el mismo momento en el que realizan sus prácticas.

Si bien, más adelante detallaré las características y ventajas de la aplicación de la técnica de cuestionarios, cabe aclarar aquí que un cuestionario puede ser definido como un proceso estructurado de recogida de información por medio de una serie ordenada de preguntas (García Alcaraz *et al.*, 2006) que deben ser respondidas por escrito y en ausencia del en-

¹¹ Se han realizado algunos trabajos sobre representaciones sociales de profesores y estudiantes en psicología en Argentina. Empero, estos han abordado casos puntuales, considerando solo una universidad. Véase por ejemplo: Stibelman (2014), Lauría (2016) y Chmil *et al.* (2017).

trivistador (Marconi y Lakatos, 1999). Este instrumento también ha sido denominado como “encuesta cualitativa” (Jansen, 2013), suponiendo una polémica entre los metodólogos, ya que el término “encuesta” ha sido utilizado generalmente bajo enfoques cuantitativos. De cualquier forma, el cuestionario de preguntas abiertas constituye una técnica frecuentemente utilizada en estudios cualitativos. Particularmente en mi trabajo, utilicé el cuestionario con base en una estrategia metodológica que resultó tanto cualitativa como cuantitativa, y sobre la cual profundizaré en los párrafos siguientes. Ahora bien, dado que cualquier aplicación de cuestionarios debe tener en claro los conceptos con los que trabaja, a continuación aclaro las nociones en torno al psicoanálisis y la psicología con las que trabajé en mi investigación, y desde las cuales realicé las preguntas que figuraron en el cuestionario administrado a los consultados.

Conceptualizaciones en torno al psicoanálisis y la psicología

El “psicoanálisis” constituye un objeto de estudio complejo que ha sido conceptualizado de diversas formas. Sigmund Freud lo caracterizó en una triple faz, como método de investigación, corpus teórico y terapia (Freud, 1923/1992). Además, el mismo Freud se refirió al psicoanálisis en términos de un “movimiento” (*Bewegung*) (1914/1992). En el texto *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* el médico vienés relató cómo el psicoanálisis, en su condición de “novedad” de aquel entonces, tuvo que atravesar distintas dificultades en su proceso de expansión.

De esta manera, aquí entiendo al psicoanálisis como ese movimiento expansivo, en términos sociales y políticos. Es posible comparar la disciplina freudiana con agrupaciones colectivas que erigen líderes y generan membresías, se institucionalizan, producen distintas vías para su difusión y establecen límites respecto de otras ideas y prácticas. En este sentido, resulta curioso y una paradoja observar cómo —en su faz movimientista— la disciplina psicoanalítica, calificada usualmente como extra-científica, ingresa a la universidad, que constituye la principal sede de difusión de la ciencia.

Considerar al psicoanálisis como un “movimiento” en términos políticos supone también tener en cuenta el divisionismo que se ha producido a lo largo de su historia. Actualmente existe una amplia variedad de instituciones y escuelas alrededor del mundo, con miles de psicoanalistas en sus filas, además de todos aquellos que practican la disciplina sin ser miem-

bros activos de ninguna institución. Teniendo en cuenta tal amplitud y diversidad, en este trabajo se considera al psicoanálisis en términos de una categoría nativa (Evans-Pritchard, 1976), ya que entiendo a las expresiones de los agentes consultados como “psicoanalíticas”, en la medida que ellos mismos las consideren como tales (Plotkin, 2003).

A la vez, el psicoanálisis como objeto de estudio ha sido abordado desde diferentes ópticas. Las investigaciones históricas y sociales lo han situado como un saber extra-científico, como una disciplina con autonomía, como un objeto de consumo cultural, etc. Dado que en este trabajo analizo la situación del psicoanálisis en la universidad argentina, considero al psicoanálisis como un “contenido curricular” y como una “orientación psicológica” —sin ánimos de pretender prejuzgar sobre los debates en torno a las relaciones entre psicoanálisis y psicología. Esto último permite el estudio de sus conflictos y articulaciones en el currículum universitario con el resto de los enfoques psicológicos.¹²

La psicología, por su parte, también es conceptualizada de distintas formas. En general, es caracterizada por la complejidad que reviste su objeto de estudio. Dentro de esta disciplina existe una multiplicidad de corrientes, lo que supone una gran diversidad de teorías, prácticas y resultados que emanan de ellas (Corsini y Wedding, 2008). Estos enfoques no acuerdan en un solo objeto ni en un único método, por lo que, en términos kuhnianos, la psicología podría ser ubicada en un estadio científico preparadigmático (Kuhn, 1971).¹³

Asimismo, al considerar al psicoanálisis como un contenido curricular, es preciso delimitar qué se entiende por esto. La teoría del currículum se inició a principios del siglo XX, enriqueciendo y complejizando la noción de “plan de estudios” (Camilloni, 2001). Así, los contenidos curriculares consisten tanto en los saberes culturales, conceptos, explicaciones, habilidades, razonamientos, lenguajes, valores, creencias, sentimientos, actitudes, intereses y pautas de conducta, enunciados en los documentos curriculares, como en aquellos elementos formativos que son transmitidos mediante la experiencia y que no forman parte de intenciones expresadas formalmente (Coll, 1994).

¹² Los debates en psicología sobre la pertinencia de las nociones de “orientación” “enfoque”, “corriente”, “tendencia”, “escuela”, “sistema”, “colegio invisible”, no están saldados y aún están vigentes (Fierro y Visca, 2015).

¹³ Esta afirmación supondría que, en algún momento sería posible alcanzar un periodo de ciencia “normal”, lo que también ha sido criticado (Caparrós, 1991).

Al mismo tiempo, entiendo que el currículum resulta una producción cultural y una práctica de poder. El currículum forma parte de una lucha por la construcción de sentidos, por su legitimación y por la constitución de representaciones (Macedo, 2006; Lopes y Macedo, 2011). Este se encuentra en permanente actualización por medio de las disputas entre académicos que tienen intereses diversos respecto de la política curricular y resulta una expresión de ciertas configuraciones de poder.

Además, en aras de caracterizar a esos académicos y a sus prácticas e intereses en las instituciones universitarias, rescato aportes del sociólogo francés Pierre Bourdieu (1972, 1980, 1994). En esos estudios se desarrollan nociones como “campo”, “capital”, “habitus”, etc., que contribuyen a lograr una mejor comprensión sobre las formas mediante las cuales se legitiman ciertas ideas en detrimento de otras, por medio de la acción pedagógica y la enseñanza universitaria. En el caso de mi objeto de estudio, en particular, puedo comprender de una forma más acabada qué factores permiten una mayor o menor difusión de contenidos psicoanalíticos por parte de los agentes que se desempeñan en las carreras de psicología en ese país.

Los caminos de la formación en psicoanálisis y psicología en Argentina

Si bien en Argentina se realizan lecturas de Freud desde fines del siglo XIX y principios del XX (Vezzetti, 1996a, 1996b), la formación en psicoanálisis se institucionalizó, de manera oficial, recién en 1942, con la creación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Esa fundación se produjo después de años de reuniones de un grupo de discusión respecto a las obras de Freud. El grupo estaba conformado inicialmente por prestigiosos médicos como Arnaldo Rascovsky y Enrique Pichon-Rivière, y otros miembros formados en el extranjero, como Céles Cárcamo, Marie Langer y Ángel Garma. En 1943 la APA fue reconocida provisoriamente por el presidente de la International Psychoanalytic Association (IPA), Ernst Jones, hasta que, en 1949, después de la guerra, fue oficialmente reconocida como la primera asociación psicoanalítica latinoamericana (Asociación Psicoanalítica Argentina, 2017).

En ese momento, la psicoterapia no estaba regulada por el Estado, por lo que el *establishment* médico cuestionaba las prácticas psicoanalíticas. En la APA existían miembros que no eran médicos: hombres sin título profesional (por ejemplo, Willy Baranger) y mujeres en ejercicio del análisis

de niños. Con el pasar del tiempo, y bajo la presión de los médicos, cobró relevancia la regulación de las prácticas psicoanalíticas.

En 1954 se reglamentó la ley 12912 sobre el ejercicio de la medicina. Allí se estipulaba que el ejercicio de la psicoterapia y el psicoanálisis quedaba reservado a los médicos. Se abrió la discusión en torno a la autorización, legitimidad y legalidad de las prácticas psicoanalíticas. Alejandro Dagfal (2009) ha señalado cómo, en el seno de la APA, esta normativa fue recibida favorablemente.

Además, desde mediados de la década de 1950 se crearon las primeras carreras de psicología en el país, tanto públicas como privadas. En estas carreras, el psicoanálisis logró expandirse en cátedras abiertas, de forma contraria a lo planificado por sus creadores.¹⁴ Dado que no existían psicólogos titulados, el cuerpo docente se fue conformando con el recurso humano disponible en aquel momento. De esta manera, muchos puestos de dirección y docencia en esas carreras fueron ocupados por psicoanalistas y psiquiatras que se dedicaban a la psicología, con intereses más allá de la clínica y el consultorio. Estos docentes lograron una gran influencia sobre los estudiantes (Dagfal, 2009).¹⁵

A la vez, desde mediados de la década de 1950 y durante la de 1960, comenzaba a existir otro tipo de formación en psicoanálisis, en el marco del trabajo en distintas instituciones públicas. Estas incluían a trabajadores de diferentes disciplinas que se desempeñaban bajo la supervisión de psicoanalistas. A este fenómeno se lo llamó movimiento “centrífugo” del psicoanálisis (Balán, 1991). El caso del “Servicio de Psicopatología y Neurología” del Policlínico Gregorio Araóz Alfaro, de Lanús, a cargo de Mauricio Goldenberg, constituyó un emblema de esa formación psicoanalítica alternativa y de la difusión del psicoanálisis a los primeros psicólogos insertos en ese espacio.

¹⁴ Las primeras carreras de psicología en Argentina fueron pensadas por sus fundadores —Marcos Victoria, Telma Reca, Fernanda Monasterio, Alfredo Calcagno, Plácido Horas— como espacios más bien científicos, sin una filiación psicoanalítica (Dagfal, 2009).

¹⁵ El ejemplo más icónico de estos profesores fue José Bleger, quien estuvo a cargo de la primera materia del país con el nombre de psicoanálisis, en la Universidad del Litoral (Bleger, 1962). Sus influencias en el plano teórico abarcaban el marxismo, la obra sartreana, la tradición conductual francesa, la dialéctica de Hegel, la psicología de Georges Politzer y el psicoanálisis de Melanie Klein, entre otras. Contando con este bagaje de ideas, en el ámbito profesional, Bleger sostenía un discurso multidisciplinario, que estaba presente en los orígenes de las carreras. Él entendía al psicólogo como un agente de cambio, con un rol social (1966).

Entonces, la primera generación de psicólogos, en el ámbito profesional, se dedicó mayormente al área clínica (Litvinoff y Gomel, 1975). Con base en otros estudios históricos realizados, es posible afirmar que esos profesionales también volcaron sus prácticas a una orientación psicoanalítica (Plotkin, 2003; Klappenbach, 2004; Vezzetti, 2004; Dagfal, 2009). De cualquier forma, de acuerdo a la normativa vigente en aquel entonces, ese era un ejercicio del psicoanálisis no contemplado en la ley, que solo permitía la práctica psicoanalítica a los médicos.

En este sentido, en aquel momento comenzaban a producirse diferencias dentro de los miembros del campo *psi*. Estas versaban, principalmente, en torno a los mecanismos de formación psicoanalítica, las prácticas y su aval institucional. Los grupos de analistas competían entre sí (Plotkin, 2003), a la vez que existían aquellos que pensaban que el psicoanálisis debía limitarse al consultorio, y otros que promovían una socialización del psicoanálisis. Asimismo, se producían divergencias en torno a la función social y el rol del psicólogo, que se acentuaron en la década de 1960, en tiempos de una alta politización en el país.

Ya a finales de la década de 1960 y comienzos de la de 1970 se produjeron las primeras escisiones dentro de la APA y se conformaron los grupos con miembros disidentes, “Plataforma” y “Documento”. Una nueva generación de analistas se alejó entonces de la institución y formó esos nuevos espacios, alegando la falta de compromiso social de la APA. Asimismo, esos grupos criticaban los propios mecanismos de formación de la asociación oficial. Argumentaban que el sistema formativo de la APA era jerárquico y elitista. Muchos aspiraban a formarse como psicoanalistas —fundamentalmente psicólogos— y no podían hacerlo en la asociación oficial, al mismo tiempo que aumentaba la presencia del psicoanálisis en las aulas universitarias y en la vida cotidiana de los argentinos.

Mientras tanto, los regímenes *de facto* de 1966 y 1976 —este último con una dosis de violencia muchísimo mayor— modificaban el funcionamiento de las instituciones. Las universidades públicas eran consideradas centros de difusión de ideas de tipo “subversivas”, por lo que se desmanteló el funcionamiento, por ejemplo, de centros de investigación de los establecimientos más politizados, como la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) o la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) (Bekerman, 2009). Particularmente, las carreras públicas de psicología sufrieron modificaciones en el golpe de 1976, como la transformación de sus planes de estudio, la interrupción del ingreso (UNLP), y hasta algunas fueron

cerradas de forma temporal, o bien definitiva —este último fue el caso de la carrera de psicología de la Escuela de Antropología de la provincia de Mendoza (Carpintero y Vainer, 2005).

De cualquier forma, hacia la restauración democrática en el país, en la década de los ochenta, la figura del psicólogo como psicoanalista mantenía su vigencia. En el ámbito profesional, en 1985 los psicólogos comenzaron a contar con el aval legal para ejercer el psicoanálisis, por medio de la sanción de la Ley 23.277. Esto les otorgó reconocimiento y autonomía para trabajar en relación con los médicos. Asimismo, se establecieron las incumbencias del título del psicólogo por medio de la resolución 2447/85 del Ministerio de Educación. A nivel provincial también se sancionaron leyes que regularon el ejercicio de la psicología.

Además, en el plano teórico, cambiaban los referentes teóricos de estos profesionales. Las ideas de Melanie Klein, que habían resultado la matriz hegemónica en las décadas anteriores, progresivamente perdían protagonismo ante la creciente influencia de la obra de Jacques Lacan que, si bien circulaba desde la década de los setenta, fue en los ochenta cuando alcanzó mayor popularidad. Particularmente, la difusión del lacanismo en las universidades generaba ciertas tensiones, dado que esa vertiente del psicoanálisis no se reconocía como parte de la psicología, al mismo tiempo que ocupaba espacios importantes en la formación de los psicólogos. Con el correr de los años, desde las décadas de los ochenta y noventa, los psicoanalistas se han integrado ampliamente al circuito universitario, cumpliendo con los criterios académicos y científicos de distintas publicaciones, aumentando su participación en congresos, coloquios, etc. De cualquier forma, algunos conflictos persisten en el ámbito académico, por ejemplo, en la conciliación entre el discurso analítico y el universitario.

Particularmente, desde la instauración de gobiernos democráticos en 1983, se fortaleció el funcionamiento de las carreras de psicología. Se crearon “facultades” de psicología que reflejaron una autonomización de la disciplina con respecto a otras materias, como filosofía o educación. Tal como se mencionó, estas carreras han experimentado un crecimiento constante de su matrícula de estudiantes y egresados. A la vez, también han sido reconocidas por el Estado y declaradas de “interés público”. Entiendo que esta consolidación de las carreras de psicología, desde la restauración democrática, ha significado una plataforma para que el psicoanálisis alcance otros ámbitos culturales y sociales, dando lugar a un fortalecimiento mutuo entre psicología y psicoanálisis en Argentina (González, 2015).

De cualquier forma, más allá de esta consolidación, desde finales del siglo XX y comienzos del XXI, el auge de las psicoterapias ha comenzado a debilitar el desarrollo de las ideas freudianas en el mundo (Roudinesco, 2003). En sintonía con este fenómeno internacional, desde hace algunas décadas es posible observar en el país también el crecimiento de otros enfoques *psi*. Ha aumentado fundamentalmente la presencia de la psiquiatría biológica (Mantilla, 2014a) y las corrientes psicológicas que se inspiran en ella, como la psicología cognitiva (Korman, Viotti y Garay, 2010). Asimismo, se han reformulado los debates sobre la pertinencia de las diferentes corrientes psicológicas en la concepción y el tratamiento de los padecimientos mentales, debido a la aparición de una nueva versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5, 2013).

De esta manera, he indagado sobre la formación de los psicólogos en Argentina, y el lugar que el psicoanálisis ocupa en esa formación, en un escenario que presenta dos características principales. La primera reside en que el psicoanálisis, como contenido curricular en las carreras de psicología, ha contado con un contexto favorable para su desarrollo en el plano institucional hasta 2012 —año en el que cerré mi investigación.¹⁶ El segundo rasgo se refiere a la existencia de una “crisis” del psicoanálisis, que viene amenazando la expansión y el crecimiento de esta orientación teórica desde inicios del siglo XXI. Considerando estas características particulares, analicé cómo se forman los psicólogos en el país, por medio de la aplicación de la técnica de cuestionarios.

Rastreando la formación de los psicólogos por medio del cuestionario

Mi interés al momento de realizar esta investigación consistió en analizar la formación universitaria de los profesionales *psi* argentinos, observando qué valoran de ese bagaje adquirido en su recorrido universitario y qué aplican actualmente en sus prácticas profesionales, en el marco de un escenario de “crisis” del psicoanálisis. Particularmente, pretendí analizar

¹⁶ Los lineamientos a nivel del Ejecutivo Nacional, a partir de 2003, permitieron fortalecer el desarrollo de las instituciones universitarias. Aumentaron las partidas presupuestarias universitarias y se formularon políticas de desarrollo en ciencia y técnica. Se llevaron a cabo algunas medidas, por ejemplo, la administración de un mayor número de becas, la inversión en mayor infraestructura para las universidades, etc. (Chiroleu, Marquina y Rinesi, 2012). Entiendo que esta consolidación institucional operó como garantía de continuidad para la difusión del psicoanálisis, en su calidad de matriz teórica principal, en las carreras universitarias de psicología.

el lugar del psicoanálisis en la formación universitaria recibida por los psicólogos. Siguiendo a Pierre Bourdieu y a Jean-Claude Passeron (1972), entiendo que es a partir de las acciones pedagógicas que se constituye el *habitus*, es decir, que se conforman disposiciones duraderas incorporadas, orientadoras de prácticas, que se perpetúan en el tiempo (Bourdieu y Passeron, 1972). En este sentido, pretendo observar de qué forma el *habitus* se traduce en la posterior práctica profesional de esos psicólogos, en su tratamiento con pacientes.

Para ello, utilicé la técnica de administración de cuestionarios, en aras de realizar un análisis de representaciones sociales. Las representaciones suponen una forma de conocimiento que constituye una manera de pensar la realidad (Moscovici, 1979; Jodelet, 1986). Son elaboradas socialmente y orientan las prácticas por medio de la generación de anticipaciones y expectativas (Abric, 1976, citado en Doise, Clement y Lorenzi-Cioldi, 2005). Constituyen tanto una forma de pensar, interpretar, como de “construir” la realidad y, en este caso, el currículum en psicología.

A diferencia, por ejemplo, de un análisis documental, la técnica de administración de cuestionarios me permitió aproximarme a algunas prácticas curriculares de los agentes universitarios. Esas prácticas exigen considerar las representaciones y los propios puntos de vista de los consultados.¹⁷ Cabe aclarar que inicialmente me había planteado realizar entrevistas, pero esto no resultó factible, por motivos de costos de tiempo y dinero. Considerando el alcance nacional del estudio, la principal ventaja del cuestionario —enviado por correo electrónico— residió en que me permitió acceder de manera muy rápida, y con bajos costos, a personas localizadas en todo el territorio argentino.

Dado que la aplicación de la técnica de cuestionario requiere definir una selección de determinados casos, escogidos bajo ciertos criterios, en esta investigación decidí trabajar con docentes del ciclo básico y profesional de carreras de psicología de Argentina y egresados de esas carreras durante el periodo 2000-2012. Entiendo por ciclo básico al recorrido hasta tercer año de la carrera de grado y por ciclo profesional al recorrido refe-

¹⁷ En una investigación terminada en 2017 efectivamente analicé, además de cuestionarios, fuentes documentales como planes de estudio y programas de las carreras seleccionadas. Allí observé la enorme influencia de la literatura psicoanalítica en la enseñanza universitaria de los psicólogos argentinos, mediante análisis bibliométricos. Empero, esos análisis respondieron a preguntas vinculadas a la elaboración de documentos formales y al contexto institucional de las carreras (González, 2017).

ruido a los campos aplicados del desempeño profesional —estos últimos incluyen las orientaciones en psicología clínica, educacional, laboral y jurídica (Moya, Di Doménico y Castañeiras, 2009).

Escogí las carreras de psicología de ocho universidades públicas nacionales y de las ocho universidades privadas más relevantes —considerando la cantidad de graduados desde el momento de su creación— de todo el país. Envié por correo electrónico 64 cuestionarios a dos docentes y dos graduados de cada una de las 16 carreras de psicología; 16 cuestionarios fueron respondidos por docentes de cátedras del ciclo básico, otros 16 por docentes del ciclo profesional. A la vez, también logré dividir, en términos analíticos, al grupo de profesores en mitades iguales, pertenecientes tanto a carreras públicas como a privadas. Luego, otros 32 cuestionarios correspondieron a graduados en psicología que cursaron sus estudios durante el periodo estipulado, también tanto en establecimientos públicos como privados. Dado que el cuestionario fue de carácter abierto y contaba con un tiempo limitado para desarrollar mi investigación, escogí entonces estos grupos de agentes. Esta selección tuvo como objetivo mostrar recorridos diversos, por parte de los diferentes profesores y graduados, y no intentó ser representativa de todo el campo *psi* argentino.

Primeramente, la presentación del cuestionario a los consultados incluyó una breve explicación con el propósito del estudio, garantizando a la vez el anonimato.¹⁸ Luego, los cuestionarios mostraron cinco preguntas abiertas y amplias, redactadas a la vez de forma concisa y en un lenguaje simple. Coloqué cinco preguntas, porque intenté garantizar que las personas respondieran y que la redacción de las respuestas no se tornara una carga para ellas. Difícilmente los consultados responderían un número mayor de interrogantes, con la dedicación esperada. De cualquier forma, recibí algunas respuestas más bien escuetas.

Las preguntas versaron sobre: autores más enseñados o estudiados en las materias impartidas o cursadas —según docentes o graduados—; ideas destacadas sobre los docentes que funcionaron como referentes principales durante la formación universitaria; orientación teórica elegida en las prácticas profesionales; opinión sobre las relaciones entre psicología y psicoanálisis en el plano teórico o institucional; valoración sobre la formación que ofrece la carrera de origen. Los profesores también fueron

¹⁸ Consideré los datos emanados de los cuestionarios como anónimos, ya que mi interés no residió en analizar la trayectoria de los sujetos individuales, sino en abordar su función como agentes pertenecientes a determinados grupos.

consultados sobre la autorrepresentación como psicoanalista dado que, en caso de responder afirmativamente, les pedí opinión sobre las posibles dificultades para conciliar la función de psicoanalista y la docencia universitaria.

Consideré todas las respuestas de los agentes como válidas,¹⁹ dado que mi intención no fue analizar la “veracidad” de las mismas. En sintonía con lo propuesto por investigaciones como la de Yonissa Marmitt Wadi (2016), analicé la opinión de los agentes universitarios como una voz más a considerar en el estudio de la formación de los profesionales *psi* y de la expansión del psicoanálisis en la universidad.²⁰ Incluyendo ese criterio, he reconocido la validez de todas las representaciones recabadas. En ningún momento de la investigación intenté poner en juicio esas opiniones.

Asimismo, el carácter abierto de las preguntas permitió que cada agente respondiera con sus propias palabras. El trabajo con respuestas abiertas me permitió observar qué temas se repitieron con mayor frecuencia, dando cuenta de ciertas regularidades. La más llamativa resultó ser la valoración positiva del psicoanálisis por los agentes consultados. A la vez, logré identificar otros temas más particulares, mencionados en menor medida. Este fue el caso de algunas críticas indirectas a la enseñanza del psicoanálisis en la universidad como, por ejemplo, la denuncia en torno a un supuesto estilo dogmático de los docentes-psicoanalistas y la defensa de la orientación cognitivo-conductual.

Entonces, el cuestionario constituyó un conjunto de diversas y variadas representaciones que conllevó, en consecuencia, un trabajo de categorización y codificación de respuestas. Aquí residió una potencialidad de esta técnica, ya que me permitió observar tanto la riqueza de las opiniones recabadas, como la sistematización y la síntesis de la información. Estas últimas tareas fueron realizadas mediante un trabajo de categorización y codificación de los datos. En el caso de mi investigación, utilicé el *software* “Qualitative Data Analysis MAXQDA”, que facilitó mi trabajo, brindando rapidez a mis búsquedas.

Llevé a cabo el análisis cualitativo de los datos de la siguiente forma: inicialmente, realicé una lectura general de las respuestas; luego, identifi-

¹⁹ En la teoría de Pierre Bourdieu, se encuentra presente, tanto el rol activo de los agentes, atribuido a su subjetividad, como la realidad estructural que lo rodea y atraviesa (Piñero, 2008).

²⁰ Yonissa Marmitt Wadi (2016) ha trabajado las narrativas de instituciones psiquiátricas desde las perspectivas de los propios pacientes: esas personas consideradas “locas”, “enfermas mentales”, “portadoras de trastornos mentales” o con “sufrimiento psíquico”.

qué los temas principales que podían incluir a las respuestas recabadas. A partir de allí definí categorías significativas y luego codifiqué toda la información. Resultó necesario verificar si podía incluir la totalidad de los datos en esa categorización, por lo que posteriormente realicé un análisis más preciso y replanteé los términos de la clasificación inicial. Cuando observé que todos los datos estaban incluidos en las categorías y códigos previstos, percibí que la categorización y la codificación estaba lista. Si bien el *software* me facilitó esta tarea, los procedimientos de categorización y codificación no pudieron ser reemplazados por ningún tipo de tratamiento informático, ya que implicaron discrecionalidad y creatividad de mi parte.

Ya con una categorización exhaustiva, realicé también un análisis cuantitativo de los datos, agrupándolos y jerarquizándolos en frecuencias y porcentajes. Sometí entonces también los datos a un procesamiento estadístico (Sayago, 2014). Esta estrategia metodológica general de mi investigación, que resultó tanto cuantitativa como cualitativa, me brindó muchas posibilidades de análisis y resultó el motivo por el cual escogí la aplicación de la técnica del cuestionario. A partir del análisis de algunos datos cuantitativos, logré observar tendencias generales y descriptivas en las respuestas de los consultados. De igual forma, logré valorar el detalle y la riqueza de cada uno de los testimonios recabados por medio del análisis cualitativo de representaciones.

Entonces, realicé el análisis cuantitativo de los datos con la ayuda del *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Este programa muestra, en tablas o gráficos, las frecuencias y porcentajes correspondientes a las distintas categorías establecidas —con sus respectivos códigos—, emergidas como distintas respuestas a una misma pregunta. Con este abordaje intenté dar cuenta de qué representaciones contaron con más peso que otras. Para la sistematización de los datos, como criterio en común a todos los cuestionarios, consideré solo la primera afirmación mencionada por los agentes en sus respuestas a las preguntas.²¹ Esta aproximación cuantitativa arrojó diversas matrices porcentuales. Esos cuadros me permitieron observar que, en términos cuantitativos, el enfoque teórico que

²¹ Apliqué este criterio que se limita a considerar solo la primera afirmación de la respuesta, como un punto común a las respuestas recabadas. Establecí esta estandarización a los efectos de sistematizar matrices cuantitativas. Por supuesto que, mediante el análisis cualitativo, consideré asimismo toda la amplitud y la especificidad de cada una de las respuestas. Más allá de la elaboración de las matrices de porcentajes, a lo largo de mi trabajo rescaté las afirmaciones de los agentes en toda su complejidad, como sustento para muchas de las argumentaciones que propongo.

cobró mayor protagonismo en los distintos tipos de respuesta fue el psicoanalítico. Así, en las distintas respuestas que recabé, este contó con un alto grado de legitimación entre docentes y graduados de distintas casas de estudio.

En el apartado siguiente mencionaré, a modo de ejemplo, aspectos del cuestionario que trabajé en mi investigación, en los que integré datos cualitativos y cuantitativos. Esa integración me permitió dar cuenta del lugar protagónico del psicoanálisis en las carreras de psicología del país, a la vez que me permitió observar y analizar distintos matices dentro de las representaciones que legitimaron la vigencia de esta orientación teórica. Los puntos que abordo en este capítulo, como ejemplos, están vinculados a comprender qué parte de la enseñanza universitaria es valorada por los profesionales *psi* a la hora de realizar sus prácticas profesionales. De esta manera, inicialmente haré referencia al lugar del psicoanálisis en las prácticas de enseñanza. Luego, analizaré también la elección del psicoanálisis en las prácticas profesionales. Ambos puntos están abordados desde el punto de vista de profesores y graduados en psicología.

Integrando los datos cualitativos y cuantitativos

Ante las preguntas de “¿Cuál fue el profesor que más incidió en su formación?, ¿por qué?, ¿cuáles de sus ideas destacaría hoy en día?”,²² logré aproximarme a la delimitación de características de, en primer lugar, las prácticas de enseñanza. Allí identifiqué específicamente la relevancia del psicoanálisis dentro del legado de los profesores que operaron como referentes para los consultados de mi investigación. Este punto del cuestiona-

²² Si bien se trató de preguntas abiertas y amplias, estas fueron formuladas de forma concreta, con el objetivo de ser comprendidas rápidamente. La ausencia física de entrevistadores y el envío por correo electrónico de los cuestionarios, motivaron un estilo simple y directo en la redacción de las preguntas. Estas figuraron textualmente en el cuestionario de la siguiente forma: 1. ¿Cuál fue el profesor que más incidió en su formación?, ¿por qué?, ¿cuáles de sus ideas destacaría hoy en día? 2. ¿Cuál es su enfoque teórico preferido?, ¿en qué se basa esta elección?, ¿se definiría a usted mismo como psicoanalista? En caso de que sí, ¿se le plantea alguna dificultad para conciliar su estatus de psicoanalista con su rol de profesor universitario de psicología? (sólo para los profesores). 3. ¿Qué opina de las relaciones entre psicología y psicoanálisis, ya sea en el plano teórico o en el institucional?, ¿esto tuvo algún impacto en su formación universitaria? 4. ¿Cómo ve, en general, la formación que aporta la carrera?, ¿qué cambiaría? 5. En la materia a su cargo, ¿hay algún autor (o algún conjunto de autores) que vertebral(e) los contenidos?, ¿cuál(es)? (sólo para los profesores). A su juicio, ¿cuáles fueron los principales autores que estudió a lo largo de su carrera? (graduados, en calidad de exalumnos).

rio es importante porque, como ya comenté, otras investigaciones —por medio de un análisis documental de planes de estudio y programas— habían sostenido que el psicoanálisis es mayormente “enseñado” en universidades argentinas (Vázquez, 2010; González, 2017). Ahora bien, aquí pretendo entender en qué medida el psicoanálisis es asimismo “reconocido” por aquellos que se forman en carreras de psicología de Argentina. La enseñanza en muchos casos genera un “reconocimiento” por parte de los alumnos a modo de “capital simbólico”²³ que contribuye al posicionamiento de los académicos —y también de los mismos estudiantes— en las instituciones universitarias y en el campo *psi*.

Al analizar la impronta que estos docentes marcaron en los estudiantes, observé que el psicoanálisis constituyó el aspecto mayormente valorado, en un primero o segundo lugar, en los distintos grupos analizados —profesores de carreras públicas y privadas, y graduados de carreras públicas y privadas. En las respuestas también identifiqué categorías como: la valoración del estilo propio de enseñanza de los profesores —erudición, claridad, oratoria, etc., pero sin mencionar ninguna corriente teórica—; el aporte de la enseñanza de una orientación teórica —psicoanálisis u otras—; lo valioso de fomentar el pluralismo, dando lugar a la enseñanza de todas las corrientes teóricas; el aprendizaje de ser parte de un equipo de cátedra y el legado en relación con la investigación o la práctica profesional.

Así, el cuestionario me permitió, por un lado, arribar a matrices de datos que muestran cómo el psicoanálisis fue uno de los principales valores a destacar del legado de los docentes. Por otro lado, el análisis cualitativo también mostró en detalle las argumentaciones que fundamentaron esas elecciones. Aquí solo comentaré algunos puntos destacados como, por ejemplo, que una parte importante de los agentes que valoraron el psicoanálisis en la enseñanza de los profesores se expresaron apelando a la jerga lacaniana, particularmente destacando la “transmisión”²⁴ de estas figuras y, también, denotando su propia adhesión a esa orientación teórica.

²³ La noción de “capital” es de suma relevancia en la obra de Pierre Bourdieu. Ha sido conceptualizada como un “instrumento de apropiación de las probabilidades teóricamente ofrecidas a todos” (Bourdieu, 1980: 103). Particularmente, el sociólogo francés se refiere al capital simbólico como “una propiedad cualquiera, [...] que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Bourdieu, 1994: 172-173).

²⁴ Desde el punto de vista del propio conocimiento lacaniano, la diferencia entre transmisión y formación reside en que la transmisión del conocimiento psicoanalítico no puede ser realizada de la

De esta manera, algunos sostuvieron: “Sus teóricos eran brillantes, por su claridad para abordar los temas, por su forma de entender la transmisión, tan acertada para alumnos que cursábamos los primeros años de la vida universitaria” (PA1); “Él fue quien me introdujo en la obra de Freud y Lacan. Su transmisión inspira hasta hoy en día mi deseo de introducir a mis propios alumnos a la obra de esos grandes maestros” (PA6); “fue el que más incidió porque tenía un modo muy aplicable a la práctica y a lo cotidiano de transmitir el psicoanálisis” (GB11).

A la vez, el análisis cualitativo del cuestionario también me permitió observar ciertas diferencias entre los grupos analizados, en lo que se refiere al valor de la orientación lacaniana. En el caso de los profesores, destacaron lo innovador de la llegada de esas ideas en las décadas de los setenta u ochenta, en su propia formación. A diferencia de los graduados, los profesores formaron parte de otra “generación”. Esto implica que absorbieron convicciones y producciones propias de su tiempo (Diamant, 2010).²⁵ Ellos vivieron el pasaje del predominio kleiniano al lacaniano en la formación de los psicólogos y aún consideran valiosa esa “vieja” novedad. De esta manera, algunos afirmaban: “[Recuerdo al] titular de la cátedra de psicopatología, quien recién hablaba por primera vez de Lacan en la carrera de psicología. Me pareció novedoso el pensamiento de Jacques Lacan en ese momento” (PB8); “[Destaco al profesor X por] sus conocimientos de psicoanálisis lacaniano para la época” (PB14).

Luego, ante la pregunta “¿Cuál es su enfoque teórico preferido?, observé que la teoría psicoanalítica resultó la más aplicada tanto para los docentes, como para los graduados (véase cuadros 1 y 2). Si bien el ejercicio profesional resulta de índole extracurricular, surte efectos en las prácticas áulicas de profesores y alumnos. Las representaciones sociales sobre el rol profesional del psicólogo influyen en las elecciones teóricas de los estudiantes (Scaglia y Lodieu, 2003).

misma forma que la de otros tipos de saber. Al respecto, desde la orientación lacaniana se sostiene que: “hay enseñanza sin transmisión y transmisión más allá de la enseñanza. Se enseña un saber y se transmite un deseo” (Vegh, 1991: 195).

²⁵ Si bien no les consulté a los agentes seleccionados su edad, entiendo que los profesores constituyen una generación distinta a la de los graduados durante el periodo aquí abordado.

CUADRO 1. Porcentaje de docentes en ejercicio del psicoanálisis por tipo de carrera

<i>Ejercicio del psicoanálisis en su práctica profesional</i>	<i>Públicas</i>	<i>Privadas</i>
Sí	62.5%	62.5%
No	37.5%	37.5%
Total	100% (N=16)	100% (N=16)

Fuente: elaboración propia.

CUADRO 2. Porcentaje de graduados que ejercen el psicoanálisis por tipo de carrera

<i>Ejercicio del psicoanálisis en su práctica profesional</i>	<i>Públicas</i>	<i>Privadas</i>
Sí	56.25%	62.5%
No	43.75%	37.5%
Total	100% (N=16)	100% (N=16)

Fuente: elaboración propia.

De esta manera, observé que en una proporción muy alta, 62,5% de los docentes de universidades públicas y privadas y casi la misma proporción de los graduados de ambos tipos de carreras, ejercen efectivamente el psicoanálisis en el ámbito profesional. Además, después del análisis cualitativo de las respuestas a la pregunta por la elección teórica, indagué, en el caso de los profesores, en relación con su doble filiación como docentes y psicoanalistas. Mi objetivo fue delimitar de qué manera los agentes encararon las tensiones que se suscitan entre el discurso psicoanalítico y el discurso universitario.

Allí observé cómo los docentes-psicoanalistas negaron la existencia de conflictos. En primer lugar, estos alegaron bien una separación de las funciones de psicoanalista y docente, o bien una conciliación de las mismas. Por ejemplo, afirmaron: “Estoy en la universidad sin dejarme impregnar por los mandatos del discurso universitario” (PB8); o de otra forma sostuvieron: “No se me plantea conflicto al conciliar ese estatuto con mi rol de profesor universitario. Los creo compatibles” (PB10). En segundo lugar, los consultados tampoco hicieron alusiones, en gran proporción, a la lla-

mada “crisis” del psicoanálisis. De acuerdo con los debates internacionales del campo *psi*, las ideas freudianas estarían debilitándose. Sin embargo, estos docentes y graduados no reconocieron en gran medida a este fenómeno como un aspecto influyente en sus prácticas.

Por otro lado, en el caso de los graduados, analicé también las fundamentaciones que sostuvieron a la hora de justificar su preferencia por el psicoanálisis. La mayoría de ellos brindó respuestas que incluían conceptos de la propia teoría psicoanalítica y, más particularmente, de la lacaniana. La alusión al propio aparato conceptual psicoanalítico funcionó entonces como una forma de justificación “circular y autovalidante” (Fierro, 2016: 33) que dio cuenta de cierto aislamiento por parte de la mayoría de los psicoanalistas dificultando el diálogo con otros saberes y orientaciones (Castel, 1981; Plotkin y Visacovsky, 2014). Así, identifiqué conceptos en ese tipo de respuestas como: “conflicto psíquico”, “división subjetiva”, “sujeto”, “síntoma”, etc., que funcionaron como fundamentos para la elección de esta orientación teórica.

Sin embargo, en menor medida, algunos graduados mostraron más apertura, y sostuvieron que se adhieren al psicoanálisis debido a su flexibilidad, maleabilidad y capacidad de adaptación (Plotkin, 2003; Vezzetti, 1996b), ya que pueden integrarlo con otras orientaciones teóricas. Estos afirmaron, por ejemplo: “Interrelaciono la mirada del psicoanálisis americano conjuntamente con el enfoque sistémico y comportamental [...] Me proporcionan diferentes herramientas que voy intercalando en función del diagnóstico y tratamiento” (GA12); “Mis enfoques teóricos preferidos son la logoterapia y las psicoterapias psicoanalíticas. [...] Creo que es muy difícil el diagnosticar sin hacer uso del psicoanálisis” (GB6). En este sentido, investigadores argentinos han señalado que actualmente crece la tendencia de integración de enfoques teóricos en el área clínica en Argentina, pero siempre contando con el psicoanálisis como teoría central de referencia (Muller y Palavezzatti, 2013).

Por último, cabe aclarar que, si bien las representaciones con los porcentajes más altos en las respuestas al cuestionario contribuyeron a una legitimación del psicoanálisis en la formación del psicólogo argentino, también observé algunos aspectos que matizaron ese predominio psicoanalítico en el currículum en psicología. Algunas afirmaciones supusieron críticas al protagonismo del psicoanálisis. Si bien muchos agentes reconocieron el valor de la enseñanza recibida en contenidos psicoanalíticos y al mismo tiempo afirmaron incluso ejercer el psicoanálisis en su práctica

profesional, también expresaron la necesidad de que circulen otras corrientes psicológicas, quejándose de la excesiva carga horaria y de la gran cantidad de materias destinadas a la enseñanza del psicoanálisis. En este sentido, por ejemplo, afirmaron: “Uno de los puntos críticos es la prevalencia de los análisis psicoanalíticos y clínicos en la formación del/a psicólogo/a. Esto implica que otros desarrollos teóricos y otras posibles prácticas del/a psicólogo/a deban redoblar su esfuerzo” (PA5).

A modo de cierre

En este capítulo di cuenta de características de la aplicación de cuestionarios, en aras de mostrar su utilidad para el abordaje de problemáticas vinculadas con la formación de profesionales en el campo “psi”. Expuse la potencialidad de esta técnica, que permite realizar un análisis tanto cualitativo como cuantitativo. Así logré constatar el predominio psicoanalítico en las carreras de psicología en Argentina, ya sostenido en otras investigaciones de carácter sociohistórico, curricular y bibliométrico, etc. Este estudio, entonces, apuntala y confirma las conclusiones emanadas de esos trabajos.

En particular, los cuestionarios aportaron datos concretos sobre la magnitud y las características con las que tiene lugar el protagonismo del psicoanálisis en la formación universitaria de los psicólogos argentinos. La relevancia social de la investigación de este fenómeno reside en que estos profesionales operarán directamente, una vez egresados, sobre la salud mental de la población argentina, desempeñando su labor en el área clínica y terapéutica. Si bien otras técnicas de investigación —como el análisis bibliométrico— permitieron entender que el psicoanálisis es mayormente “enseñado” formalmente en planes de estudio y programas de asignaturas, aquí el estudio de los cuestionarios arrojó resultados sobre cómo el psicoanálisis también es “reconocido” por los graduados, en calidad de exestudiantes, y finalmente “practicado” por esos psicólogos. El cuestionario mostró entonces cuáles son efectivamente algunas condiciones de posibilidad de lo que muchos investigadores del campo “psi” mencionan, pero pocos estudian, esto es, la “hegemonía” o “centralidad” del psicoanálisis en la psicología argentina.

Además, el análisis de las representaciones recabadas evidenció que estas “construyen” de igual forma el currículum universitario y que por medio de ellas se legitiman ciertas ideas —en este caso psicoanalíticas—, en detrimento de otras. Así, he expuesto cómo un trabajo que involucra

el análisis de esas representaciones mediante la aplicación de cuestionarios, puede resultar un medio de aproximación al terreno de disputas que supone la formación universitaria de profesionales *psi*, desde la perspectiva de los consultados y de lo que ellos mismos quisieron relatar sobre su experiencia en la formación. Asimismo, el cuestionario me permitió conocer las características de la construcción de saberes y bagajes teórico-formativos, que luego surtirán efectos en las intervenciones de los profesionales sobre los sujetos destinatarios de sus prácticas (pacientes).

Dado que la aplicación del cuestionario puede dar lugar a análisis tanto cuantitativos como cualitativos, entiendo que constituye una herramienta que puede ser aplicada de formas diversas, en investigaciones sociales de distinto tipo. Por ejemplo, el cuestionario puede ser útil en investigaciones de corte positivista o post-positivista. También puede encuadrarse en estudios con marcos teóricos críticos o constructivistas, etcétera (Guba y Lincoln, 1994).

A la vez, el cuestionario posibilita una aproximación simultánea a las representaciones de actores dispersos geográficamente, situados en distintos contextos, locales, nacionales o regionales. También permite acceder a los testimonios de consultados provenientes de diversos campos disciplinares. Estas variedades de aplicación, de acuerdo con los criterios mencionados —países, regiones, disciplinas— u otros que puedan estipularse en la selección de los casos, permiten rescatar una pluralidad de formas de expresión y de lenguajes diferenciados por parte de los distintos agentes consultados.

De igual forma, entiendo que la aplicación de cuestionarios supone diferentes limitaciones. Solo por mencionar algunas dificultades: eventualmente los consultados pueden responder de forma escueta y/o dejar preguntas sin responder. Los agentes pueden enviar el cuestionario en una fecha demorada, o directamente no responderlo, lo cual requiere de reprogramación del trabajo de campo y de la selección de nuevos agentes.

Asimismo, en el caso de que los consultados no comprendan de forma adecuada las preguntas, no existe la posibilidad de asesoramiento por parte de los investigadores, en el momento de redacción de las respuestas, ya que estos —los investigadores— no se encuentran presentes. Por este motivo, la formulación de las preguntas debe necesariamente ser muy clara. También se dificulta el control y la verificación de los cuestionarios debido al desconocimiento, por parte de los investigadores, de las circunstancias en que se formulan las respuestas.

Es indudable entonces que la aplicación de cuestionarios no resuelve todos los problemas técnicos y metodológicos. Empero, si se formulan las preguntas de forma acotada y clara, y se desarrolla de manera adecuada el contexto al que se refiere el problema de investigación, esta constituye, tal como he mostrado en este trabajo, una herramienta muy sólida para la investigación social del campo *psi*.

Bibliografía

- Alonso, Modesto y Doménica Klinar. 2014. “Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2013”, *Memorias del VI Congreso de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornada de Investigación, 10º Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- _____. 2016. “Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2015. Resultados Preliminares”, VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornada de Investigación, y XII Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina, del 23 al 26 de noviembre de 2016, Buenos Aires, Secretaría de Investigaciones/Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- American Psychiatric Association, 2013. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Washington, DSM-5.
- Asociación Psicoanalítica Argentina. 2019. *Historia*, en <www.apa.org.ar/historia/>. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2019.]
- Balán, Jorge. 1991. *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta.
- Bekerman, Fabiana. 2009. “El campo científico argentino en los años de plomo: desplazamientos y reorientación de los recursos”, *Sociohistórica*, vol. 26, pp. 151-166.
- Bleger, José. 1962. “Clase inaugural de la cátedra de psicoanálisis”, *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina*, núm. 8, pp. 56-60.
- _____. 1966. *Psicohigiene y psicología institucional*, Buenos Aires, Paidós.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama.
- _____. 2007. *El sentido práctico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Jean-Claude Passeron. 1996. *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México, Fontamara.

- Camilloni, Alicia. 2001. "Modalidades y proyectos de cambio curricular", en *Aportes para un cambio curricular en Argentina*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires/OPS/OMS.
- Caparrós, Antonio. 1991. "Crisis de la psicología: ¿singular o plural? Aproximación a algo más que un concepto historiográfico", *Anuario de Psicología*, Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia, núm. 51, pp. 5-20.
- Carpintero Enrique y Alejandro Vainer. 2005. *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, tomos I y II, Buenos Aires, Topía.
- Castel, Robert. 2014. *El psicoanálisis. El orden psicoanalítico y el poder*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Chiroleu, Adriana, Mónica Marquina y Eduardo Rinesi (comps.). 2012. *La política universitaria de los gobiernos Kirchner: continuidades, rupturas, complejidades*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, IEC-CONADU.
- Chmil, Fernanda, Florencia Gañán, Leonardo Medrano, Pedro Flores Kanter. 2017. "Representaciones sociales de la profesión del psicólogo en integrantes a la carrera de psicología de Córdoba, Argentina", *Informes Psicológicos*, vol. 17, núm. 1, pp. 143-158.
- Coll, César. 1994. "Posibilidades críticas en el desarrollo de la reforma curricular española", *Substratum*, vol. 2, núm. 5, pp. 125-150.
- Corsini, Raymond y Danny Wedding. 2008. *Current psychotherapies*, Belmont, California, Thomson Brooks/Cole.
- Courel, Raúl y Ana María Talak. 2001. "La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina (fragmento)", en Juan Pablo Toro y Julio Villegas (eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas, Volumen I*, Buenos Aires, Sociedad Interamericana de Psicología/JVE, pp. 21-83.
- Dagfal, Alejandro. 2006. "El pensamiento francés en la Argentina: el caso de los discursos 'psi'", *Conceptual, estudios de psicoanálisis*, vol. 6, núm. 7, pp. 11-16.
- _____. 2009. *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1945-1966)*, Buenos Aires, Paidós.
- _____. 2013. *Breve historia de la psicología en la Argentina (1895-1976)*. (Módulo IV), Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, en <http://www.elseminario.com.ar/modulos/modulo_04_1_2013.pdf>. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2019.]

- _____. 2018 “Psychology and Psychoanalysis in Argentina: Politics, French Thought, and the University Connection, 1955-1976”, *History of Psychology*, vol. 21, núm. 3, pp. 254-272.
- Diamant, Ana. 2010. *Testimonios de enseñar y aprender: ser psicólogo en la UBA de los años 60*, Buenos Aires, Teseo.
- Di Doménico, Cristina. 1999. “La psicología en la Argentina de cara al Mercosur”, en Cristina Di Doménico y Alberto Vilanova (eds.), *Formación de psicólogos en el Mercosur*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, pp. 97-104.
- Di Doménico, Cristina y Alicia Risueño. 2013. “Procesos de acreditación de carreras de psicología en Argentina. Estado actual y prospectiva. Integración académica en psicología”, *Revista Científica y Profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, vol. 1, núm. 2, pp. 24-28.
- Doise, Willem, Alain Clèmence, Fabio Lorenzi-Cioldi. 2005. *Representaciones sociales y análisis de datos*, México, Instituto Mora.
- Evans-Pritchard, Edward. 1976. *Brujería, magia y oráculos entre los azande*, Barcelona, Anagrama.
- Ferrari, Fernando José. 2017. “Claudio Bermann, entre el psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología: su rol en la configuración del perfil del psicólogo en Córdoba, Argentina (1950-1978)”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 9, núm. 1, pp. 19-33.
- Fierro, Catriel. 2015. “La historia de la psicología. Desarrollo histórico de su sentido curricular en el ámbito internacional y estado actual de su enseñanza en carreras de grado de universidades nacionales de gestión pública”, tesis de grado sin publicar, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- _____. 2016. “Políticas psicoanalíticas (I): controversias en la historiografía del movimiento psicoanalítico desde la sociología del conocimiento y los estudios sociales de la ciencia”, *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, núm. 8, pp. 1-74.
- Fierro, Catriel y Jorge Visca. 2015. “Revisión de un concepto central en la formación y enseñanza en historia de la psicología: las escuelas psicológicas desde la historia, la sistematología y la sociología de la psicología”, en AA. VV. *Avances y desafíos para la psicología*, San Luis, Universidad Nacional de San Luis, Nueva Editorial Universitaria, pp. 249-260.

- Freud, Sigmund. 1992a. “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, en *Obras Completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, pp. 7-65.
- _____. 1992b. “Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”, en *Obras Completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, pp. 231-254.
- Gallegos, Miguel. 2005. “Cincuenta años de historia de la psicología como institución universitaria en Argentina”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37, núm. 3, pp. 641-652.
- _____. 2012. “Historia de la psicología y formación de psicólogos: un análisis sociohistórico, bibliográfico y curricular de la psicología en Rosario (1955-2005)”, tesis doctoral sin publicar, Rosario, Universidad Nacional de Rosario.
- _____. 2016. “Historia de la psicología y formación en psicología en América Latina: convergencias temáticas”, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 21, núm. 3, pp. 319-335.
- García Alcaraz, F., A. Alfaro Espín, A. Hernández Martínez y M. Molina Alarcón. 2006. “Diseño de cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 1, núm. 5, pp. 232-236.
- González, María Eugenia. 2015. “Un enfoque sociohistórico de las relaciones entre psicología y psicoanálisis en Argentina en el siglo XX: el lugar de las carreras de psicología”, Tesis de maestría sin publicar, Mendoza, Universidad del Aconcagua.
- _____. 2017. “El psicoanálisis en la universidad argentina: un estudio del currículum en psicología”, Tesis de doctorado sin publicar, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.
- Guba, Egon e Yvonna Lincoln. 1994. “Competing Paradigms in Qualitative Research”, en *Handbook of Qualitative Research 2*, pp. 163-194.
- Infobae (portal). 2019. “Hubo un nuevo récord de inscriptos al CBC de la UBA y estas fueron las carreras más elegidas”, en <<https://www.infobae.com/educacion/2019/04/27/hubo-un-nuevo-record-de-inscriptos-al-cbc-de-la-uba-y-estas-fueron-las-carreras-mas-elegidas/>>. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2019.]
- Jansen, Harrie. 2013. “La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social”, *Paradigmas*, vol. 5, núm. 1, enero-junio, pp. 39-72.

- Jodelet, Denise. 1986. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en Serge Moscovici (comp.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, España, Paidós, pp. 469-494.
- Klappenbach, Hugo. 1998. "Historia de un problema de identidad en la psicología argentina", *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Marcos*, vol. 3, núm. 4, pp. 159-168.
- _____. 2000. "El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. Argentina, 1960-1975", *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, núm. 2, pp. 191-227.
- _____. 2000. "Historia de la historiografía de la psicología", en J.C. Ríos, R. Ruiz, J.C. Stagnaro y P. Weissmann (comps.), *Psiquiatría, psicología y psicoanálisis. Historia y memoria*, Buenos Aires, Polemos, pp. 238-268.
- _____. 2003. "La globalización y la enseñanza de la psicología en Argentina", *Psicología em Estudo*, vol. 8, núm. 2, pp. 3-18.
- _____. 2006. "Periodización de la psicología en Argentina", *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 27, núm. 1, pp. 109-164.
- _____. 2015. "La formación universitaria en psicología en Argentina. Perspectivas actuales y desafíos a la luz de la historia", *Universitas Psychologica*, vol. 14, núm. 3, pp. 937-960.
- Kuhn, Thomas. 1971. *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, Jacques. 1992. *El Seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.
- _____. 2010. "Posición del inconsciente", en J. Lacan, *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 789-808.
- Lauría, Mónica. 2016. "Las representaciones sociales de los alumnos de psicología acerca de quehacer profesional del psicólogo", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 20, núm. 2, pp. 41-54,
- Litvinoff, Norberto y Silvia Gomel. 1975. *El psicólogo y su profesión*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Lopes, Alice y Elizabeth Macedo. 2011. *Teorias de currículo*, São Paulo, Cortez.
- Macedo, Elizabeth. 2006. "Currículo como espaço-tempo de fronteira cultural", *Revista Brasileira de Educação*, vol. 11, núm. 32, pp. 285-296.
- Marconi, Marina de Andrade y Eva Maria Lakatos. 1999. *Técnicas de pesquisa*, São Paulo, Atlas.
- Moscovici, Serge. 1979. *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Argentina, Huemul.

- Moya, Luis. 2010. "Estudio comparado de la formación básica en psicología en carreras de universidades públicas nacionales. Algunos resultados", *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata*, núm. 9, pp. 710-718.
- Moya, Luis, Cristina Di Doménico y Claudia Elena Castañeiras. 2009. "Opiniones de estudiantes de psicología respecto a contenidos formativos", en II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Muller, Felipe y Carolina Palavezzatti. 2013. "A Tango from Psychoanalysis to Integrative Psychotherapies", en R. Moodley, U. Gielen, y R. Wu (eds.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy in an International Context*, Nueva York, Routledge, pp. 85-94.
- Ostrovsky, Ana Elisa. 2010. "Las historias críticas de la psicología desde la perspectiva de género. Pensando sus influencias y posibilidades", *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 10, núm. 3, pp. 911-929.
- _____. 2014. "La historia de la psicología en clave crítica. Juicios y prejuicios en el análisis de la psicología de la "mujer universitaria en Argentina a comienzos del siglo XX", *Quaderns de psicologia*, vol. 16, núm. 1, pp. 201-212.
- Piñeda, María Andrea. 2007. "La creación de la carrera de psicología en universidades católicas argentinas", *Memorandum: memória e história em psicologia*, núm. 12, pp. 6-29.
- _____. 2010. "Inicios de la psicología como ciencia del comportamiento en San Luis (Argentina)", *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 2, núm. 1, pp. 24-33.
- Piñero Ramírez, Silvia. 2008. "La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: una articulación conceptual", *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, núm. 7, pp. 1-19.
- Plotkin, Mariano. 2003. *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana.
- _____. 2012. "Dossier: Psychoanalysis in Latin America. Introduction", *Psychoanalysis and History*, vol. 14, núm. 2, pp. 227-235.
- _____. 2017. "El psicoanálisis como sistema de creencias: un bosquejo de programa de investigación", *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, núm. 24, pp. 15-31.

- Plotkin, Mariano y Sergio Visacovsky. 2014. "Saber y autoridad: intervenciones de psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina", *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, vol. 18, núm. 1, pp. 13-40.
- República Argentina. 1947. "Ley 12.912. Ratificación de Decretos Leyes", Secretaría de Salud Pública, *Boletín Oficial*, núm. 15.813, 11 de julio.
- _____. 1985. Resolución Núm. 2447 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación. Por la cual se eleva una propuesta de incumbencias profesionales correspondientes a los títulos de psicólogo y licenciado en psicología, 20 de septiembre.
- _____. 1985. "Ley Núm. 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología", *Boletín Oficial*, núm. 25.806, 6 de noviembre.
- _____. 2004. "Resolución Núm. 136 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Declárase incluido en el régimen del artículo 43 de la Ley Núm. 24.521, al título de Licenciado en Psicología", *Boletín Oficial*, núm. 30.351, 23 de febrero.
- Roudinesco, Élisabeth. 2003 "Estado del psicoanálisis en el mundo", en R. Major (dir.), *Estados generales del psicoanálisis. Perspectivas para el tercer milenio*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 29-38.
- _____. 2017. Conferencia de Élisabeth Roudinesco: "El psicoanálisis como revolución de lo íntimo, 5 de septiembre [Archivo de video], en <http://www.youtube.com/watch?v=NKDOQb9jk>. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2019.]
- Sayago, Sebastián. 2014. "El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales", *Cinta de moebio*, núm. 49, pp. 1-10.
- Scaglia, Héctor y María Teresa Lodieu. 2003. "Representación profesional del psicólogo", en M.T. Lodieu y H. Scaglia (comp.), *Construcciones en psicología*, Buenos Aires, Proyecto Editorial, pp. 17-25.
- Scherman, Patricia. 2009. "De las prácticas experimentales de la psicología a la profesión de psicólogo. Universidad Nacional de Córdoba 1900-1960", tesis doctoral sin publicar, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.
- Stiberman, Lucía. 2012. "Representaciones sociales sobre el rol profesional del psicólogo clínico, de alumnos de 4to año de la licenciatura en psicología, Facultad de Psicología", IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- Vainer, Alejandro. 1997. “Efectos dogmáticos de Lacan en Argentina”, *Revista Topía*, en <<https://www.topia.com.ar/articulos/efectos-dogmaticos-de-lacan-en-la-argentina>>. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2019.]
- Vázquez Ferrero, Sebastián. 2010. “Presencia e impacto del psicoanálisis en asignaturas avanzadas de la licenciatura en psicología en la UNSL”, *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol. 2, núm. 1, pp. 55-59.
- _____. 2016. “Análisis de la bibliografía de programas vigentes en carreras de psicología de universidades nacionales argentinas”, tesis de doctorado sin publicar, San Luis, Universidad Nacional de San Luis.
- Vázquez Ferrero, Sebastián y Romina Colombo. 2008. “Undergraduate Psychology Programs in Argentina: Bibliometrical Analysis of Texts Listed in the Syllabi of 14 Advanced Courses at the National University of San Luis”, *International Psychology Bulletin*, vol. 12, núm. 2, pp. 16-18.
- Vilanova, Alberto. 1997. “Las deudas de la psicología del Cono Sur”, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. 43, núm. 2, pp. 103-111.
- Vegh, Isidoro. 1991. *Matices del psicoanálisis*, Buenos Aires, Agalma.
- Vezzetti, Hugo. 1992. “¿Psicoanálisis de la crisis o crisis del psicoanálisis?”, *Revista Topía*, núm. 5, pp. 6-9.
- _____. 1996. *Aventuras de Freud en el país de los argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*, Buenos Aires, Paidós.
- _____. 1996. *Freud en Buenos Aires*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- _____. 2004. “Los comienzos de la psicología como disciplina universitaria y profesional: debates, herencias, proyecciones sobre la sociedad”, en F. Neiburg y M. Plotkin (comps.), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, pp. 293-326.
- Wadi, Yonissa Marmitt (org.). 2016. *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Máquina de Escrever.

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 cotidianidad, 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 Huerfano (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.

El interés por los estudios de las disciplinas *psi* desde las ciencias sociales ha aumentado desde finales del siglo pasado. Este libro colectivo se conforma de las aportaciones de un grupo de investigación que trabaja el tema desde distintas disciplinas; escribimos sobre América Latina y, desde hace algunos años, nos nutrimos de trabajos que cada quien ha realizado. En este proyecto nos reunimos con un objetivo específico: hacer una pausa en la investigación cotidiana para preguntarnos cómo lo hacemos. Aquí nos interesa mostrar el proceso que implica todo estudio que, por lo general, en su “vida pública” solo da a conocer los resultados; proceso que sin duda genera en los lectores fantasías de conocimientos acabados de manera ordenada, sin demasiadas fisuras, ni contradicciones. En específico reflexionamos sobre las particularidades de las distintas fuentes elegidas, su abordaje, sus alcances y límites en la producción de conocimiento acerca de nuestros problemas de investigación.

Consideramos de gran valor científico poder compartir esa “cocina de la investigación”, mostrar los interrogantes, los miedos y las dudas que se plantean ante las cuestiones que deseamos analizar. Comunicar este “detrás de escena” nos permite reflexionar acerca de cómo impresionan los procesos subjetivos y las especificidades disciplinares en los escritos que producimos, ya sea en la elección de problemas, fuentes, teorías y en la estética de la escritura, como también en valorar el proceso creativo que acompaña nuestros trabajos.

