

Arqueología de la Salud Mental

Materialidad, uso del espacio y prácticas sociales en recintos de Salud Mental en Chile desde fines del siglo XIX hasta la actualidad

Autor:

Letelier Cosmelli, Javiera

Tutor:

Goñi, Rafael A.

2022

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctora de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Arqueología.

Posgrado

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS



TESIS DOCTORAL EN ARQUEOLOGÍA

Noviembre de 2022

Arqueología de la Salud Mental.

*Materialidad, uso del espacio y prácticas sociales en
recintos de Salud Mental en Chile desde fines del siglo XIX
hasta la actualidad.*



Lic. Javiera Letelier Cosmelli

Director y Consejero de estudios:

Dr. Rafael A. Goñi

Codirectora:

Dra. Amalia Nuevo Delaunay

A todas las personas que en nombre de la locura, han sido maltratadas y
abandonadas.

-

A Malala y Maribel, – mi origen –, y a Manuel y Gaspar, – mi futuro –.

-

A Vicky

AGRADECIMIENTOS

La mejor parte de hacer una tesis es escribir los agradecimientos porque, como todo cierre, permite hacer una revisión de la historia de la investigación y de la propia vida desde hace seis años atrás cuando comenzó este proceso. Proceso que ha implicado, entre otras cosas, cambios de ciudad y de país, bienvenidas alegres, despedidas dolorosas, estallido social, encierro pandémico; y que se han traducido en diversas emociones (amor, odio, alegría, frustración...), que son parte del texto de esta tesis.

Realmente este trabajo es parte de un esfuerzo colectivo de una lista inmensa de personas que me ayudaron desinteresadamente. Inicio mis agradecimiento al Director de Instituto Psiquiátrico Dr Jose Horwitz Barack, el Dr. Juan Mass, y a la Dr Katherina Llanos, encargada de investigación, por abrirme las puertas del Instituto

Agradezco con especial afecto a Maritza Alderete, bibliotecaria y encargada de Patrimonio del IPDJHB por su dedicación, apoyo y cariño; y por su incansable trabajo en la puesta en valor de la historia de este lugar y sus personas.

Agradezco a todxs quienes dedicaron parte de su tiempo a conversar conmigo sobre el instituto y sus experiencia en relación al trabajo en Salud Mental, específicamente a las terapeutas ocupacionales Maritza Loyola, Yolanda Roquier, Wally Schlater, Alejandra Amira y Marisol Orellana; al psicólogo Ernesto Bouey y a los médicos psiquiatras Martín Cordero, Darío Céspedes, Jorge Calderón y Gustavo Murillo.

A los funcionarios Angel Lazo y Carlos Soto, por compartir su tiempo y conocimiento en torno a su vida de trabajo en la institución.

A Cristian Mena, Constanza Pola y Fernando Manríquez por cooperar en el establecimiento de contactos para trabajar en el tema.

A Nelson Moya, por sus fotografías profesionales del túnel.

A Lily Banda por su corrección acuciosa del texto.

A mi amiga Amalia Nuevo Delaunay, por su incondicional apoyo en la postulación al doctorado, en el desarrollo de este trabajo como cotutora y en la realización de los escaneos 3D; pero, sobre todo, por su amistad y cariño, esencial para esta tesis y para la vida.

A Rafael Goñi, mi profesor guía, quien aceptó trabajar conmigo temáticas inusuales en arqueología.

A mi amiga Dafna Goldschmidt, por nuestras largas conversaciones que nos han permitido arreglar el mundo y que me alientan a seguir creyendo en lo interesante de la arqueología; por su apoyo en el desarrollo metodológico de este trabajo y en el proceso de excavación; y especialmente su amistad.

A mi amiga Catalina Bley, quien fue un soporte en mi vida puertovarina.

A Jaume García Rosselló por la lectura y comentarios de mi trabajo.

A Rocío Maclean por su apoyo en el proceso de excavación y a Elisa Calas por su notable ayuda con el análisis de los restos óseos.

A Marcia Coñocar y su apoyo con los niños, que la adoran.

A mi familia, partiendo por mis hijos, Manuel y Gaspar, ambos nacidos durante la escritura de esta tesis, que me acompañaron dentro y fuera mío, y aunque me imagino que les hubiese gustado tener una madre menos ocupada, son siempre mi motor.

A mi compañero Lucas Gutiérrez Lafrentz, que ha estado presente durante mi formación académica completa, soportando la realización de tres tesis, mi afición por la escritura nocturna y mi escasa capacidad de poner límites al trabajo, pero sobre todo, por su apoyo e interés que permitieron dar vida a este tema vinculado a una de sus pasiones, la psiquiatría.

A mi padre, Ignacio Letelier Icaza, que no sólo me escuchó y ayuda en temas relacionados con su interés sobre construcción, sino que incluso me proveyó de los materiales de excavación.

A mis hermanas Camila y Francisca que han estado en el mundo desde que nací y son una red de cariño y apoyo infinita.

A mis hermanos Daniel e Ignacio, quienes desde sus distintos lugares son parte fundamental de mi mundo.

A mis suegros Soledad y Ricardo, por su apoyo con los niños.

Finalmente a tres mujeres notables que me encantaría abrazar: Victoria Castro (Vicky), una amante de la arqueología, reflexiva y cariñosa, quien me acompañó con sus enseñanzas y consejos y que al final de este proceso se unió a otras grandes en su viaje al cielo; a mi abuela, María Isabel Bassols Jacas (La Maribel), una aventurera cuya vida es pura inspiración y que partió durante el desarrollo de esta tesis; y a mi madre, María Esmeralda Cosmelli Bassols (Malala), que la extraño.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TOMO I

Agradecimientos.	II
Índice de contenidos.	V
Índice de figuras.	IX
Índice de tablas.	XV
1. Capítulo 1. Introducción, objetivos e hipótesis.	1
1.1. Introducción.	1
1.2. Objetivo general.	3
1.3. Objetivos específicos.	3
1.4. Objetivos derivados.	4
1.5. Problemática y pregunta de investigación	4
1.6. Hipótesis	5
2. Capítulo 2. Marco teórico.	7
2.1. La Arqueología Histórica.	7
2.2. La Arqueología Contemporánea y la memoria.	13
2.3. Poder, biopolítica y espacio en arqueología de las instituciones totales.	18
2.4. Las Prácticas Sociales de exclusión y el cuerpo.	3
3. Capítulo 3. Metodología.	37
3. Introducción.	37
3.1. Recolección y análisis primario de fuentes.	37
3.2. Inspección visual.	38
3.3. Análisis sobre diseño, construcción, uso y abandono del espacio.	40
3.2. a. Análisis de fuentes escritas y gráficas.	41
3.3. b. Definición de áreas de muestreo.	41
3.3. c. Lectura de paramentos y secuencias estratigráficas.	42
3.3. d. Análisis de la percepción en arquitectura. Análisis Gamma.	46
3.4. Excavación arqueológica y análisis de laboratorio.	49

3.5. Testimonios orales. Entrevistas semiestructuradas.	50
4. Capítulo 4. Antecedentes.	52
4. Introducción.	52
4.1. La historia de la medicina y la antropología médica.	52
4.2. La salud en Chile. Antecedentes durante el Periodo Colonial.	54
4.3. Historia de la salud en Chile en el siglo XIX. De la caridad a la institucionalización.	59
4.4. El surgimiento de los espacios higiénicos.	74
4.5. La salud en los primeros 50 años del siglo XX en Chile. De la beneficencia al Estado Asistencial.	78
4.6. El desarrollo del Estado benefactor (1950-1973).	92
4.7. La salud en Dictadura, la arquitectura del sistema actual.	98
4.8. El discurso médico psiquiátrico a nivel mundial y su panorama en Chile.	102
4.9. Una mirada histórica. El surgimiento de las perspectivas críticas en salud mental.	117
4.10. El nacimiento de los asilos psiquiátricos y su diseño.	128
4.11. Arqueología y espacialidad en lugares institucionalizados. Antecedentes de una arqueología de la psiquiatría.	138
4.12. Espacialidad, ambiente y psiquiatría.	147
5. Capítulo 5. Desarrollo.	
5. Introducción.	152
5.1. Aproximación contextual sobre el desarrollo de la historia social y material del IPDJHB. De la Casa de Orates al Instituto Psiquiátrico.	153
5.1.a. Los primeros antecedentes sobre la medicina y la locura en Chile en la ciudad colonial e inicios de la República.	153
5.1.b. Las primeras soluciones asistenciales para la locura: La Casa de Orates del Barrio Yungay (1852-1856).	160
5.1.c. La segunda Casa de Orates: aspectos sociales, materiales y espaciales 1858-1891.	166
5.1.d. La Casa de Orates desde 1891 al Manicomio Nacional	

en 1930.	179
5.1.e. Terapéutica y enfermedades psiquiátricas. Aspectos materiales y espaciales en el desarrollo de la ergoterapia.	218
5.1.f. Del Manicomio Nacional al Hospital Psiquiátrico. Periodo de expansión y consolidación Institucional (1931-1973).	230
5.1.g. De Hospital Psiquiátrico a Instituto Dr. José Horwitz Barak a institución durante la dictadura.	256
5.1.h. El IPDJHB desde la vuelta al democracia hasta nuestros días.	273
5.2. Caracterización y análisis de los vestigios materiales sobre la arquitectura y espacialidad del IPSDJHB.	285
5.2.a. Inspección visual y registro.	285
5.2.b. Identificación de lugares relevantes.	297
5.2.c. El túnel. El crecimiento de la Casa de Orates en el contexto urbano.	307
5.2.d. Sondeo arqueológico.	313
5.2.d.1. Características generales de la unidad e interpretación.	323
5.2.e. Análisis estratigráfico y lectura de paramentos	325
5.2.f. Análisis sintaxis espacial. Análisis Gamma.	333
5.2.f.1. El Hospital San Juan de Dios, 1782.	365
5.2.f.2. Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.	349
5.2.f.3. Plano Larga Estadía, 1985.	364
5.2.f.4. Plano Unidad de Evaluación de Imputados (UEPI) y Unidad de Desintoxicación y tratamiento para adolescentes con trastornos conductuales severos (UDAC), 1985.	376
5.2.f.5. Plano Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS), 2002.	388
5.2.g. Aspectos generales sobre los análisis gamma y el análisis espacial.	404
5.2.h. Aspectos generales sobre la caracterización y análisis del registro material sobre la arquitectura y espacialidad del IPDJHB.	414

6. Capítulo 6. Síntesis, discusión y reflexiones finales

6.a. Síntesis y Discusión. Aproximación histórica a la salud mental desde una perspectiva material.	416
6.a.1. El inicio. El nacimiento de la medicina alienista, 1852-1857.	418
6.a. 2. El primer diseño para alienados. La Segunda Casa de Orates de Olivos, 1858-1891.	420
6.a.3. La época industrial. La consolidación de la Casa de Orates, 1891-1930.	423
6.a.4. El inicio del modelo médico-científico. El Manicomio Nacional, 1930 a 1955.	428
6.a.5. Consolidación discurso médico-científico. El Hospital Psiquiátrico hasta la dictadura, 1956 a 1973.	431
6.a.6. El Declive. Desde la dictadura a la democracia, el desarrollo del IPDJHB, 1973 a 1990.	436
6.a.7. El presente. El IPDJHB desde la democracia hasta hoy.	441
6.b. Reflexiones finales.	444

7. Capítulo 7. Proyecciones.

7.1. Proyecciones	452
-------------------	-----

Comentarios y referencias.	453
-----------------------------------	-----

Fuentes y referencias bibliográficas.	469
--	-----

Anexos

1. Autorización de trabajo en IPDJHB	1
2. Consentimiento informado	1-2
3. Entrevistas	1-109
4. Fichas UE “Muro sector sur este” (o Sector 3)	1-67
5. Ficha Matriz de Harris “Muro sector sur este” (o Sector 3)	1-3
6. Análisis Arqueofaunístico sitio Instituto Psiquiátrico DJHB	1-6

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1.1 26

Capítulo 3

Figura 3.1 39

Figura 3.2 45

Figura 3.3 46

Figura 3.4 49

Capítulo 4

Figura 4.1 61

Figura 4.2 66

Figura 4.3 66

Figura 4.4 67

Figura 4.5 68

Figura 4.6 73

Figura 4.7 77

Figura 4.8 97

Figura 4.9 108

Figura 4.10 110

Figura 4.11 114

Figura 4.12 115

Figura 4.13 115

Figura 4.14 133

Figura 4.15 134

Figura 4.16 134

Figura 4.17 134

Figura 4.18 136

Figura 4.19 136

Capítulo 5

Figura 5.1 155

Figura 5.2 155

Figura 5.3 156

Figura 5.4 158

Figura 5.5	159
Figura 5.6	161
Figura 5.7	163
Figura 5.8	163
Figura 5.9	166
Figura 5.10	166
Figura 5.11	168
Figura 5.12	169
Figura 5.13	170
Figura 5.14	172
Figura 5.15	172
Figura 5.16	173
Figura 5.17	174
Figura 5.18	174
Figura 5.19	174
Figura 5.20	177
Figura 5.21	178
Figura 5.22	181
Figura 5.23	184
Figura 5.24	184
Figura 5.25	185
Figura 5.26	191
Figura 5.27	191
Figura 5.28	192
Figura 5.29	192
Figura 5.30	193
Figura 5.31	194
Figura 5.32	196
Figura 5.33	197
Figura 5.34	197
Figura 5.35	200
Figura 5.36	202
Figura 5.37	207
Figura 5.38	208

Figura 5.39	208
Figura 5.40	209
Figura 5.41	209
Figura 5.42	211
Figura 5.43	211
Figura 5.44	212
Figura 5.45	215
Figura 5.46	215
Figura 5.47	216
Figura 5.48	216
Figura 5.49	219
Figura 5.50	226
Figura 5.51	228
Figura 5.52	229
Figura 5.53	242
Figura 5.54	247
Figura 5.55	251
Figura 5.56	254
Figura 5.57	270
Figura 5.58	270
Figura 5.59	271
Figura 5.60	271
Figura 5.61	272
Figura 5.62	273
Figura 5.63	276
Figura 5.64	280
Figura 5.65	283-284
Figura 5.66	285
Figura 5.67	286
Figura 5.68	286
Figura 5.69	287
Figura 5.70	287
Figura 5.71	288
Figura 5.72	288

Figura 5.73	289
Figura 5.74	289
Figura 5.75	289
Figura 5.76	290
Figura 5.77	290
Figura 5.78	291
Figura 5.79	291
Figura 5.80	291
Figura 5.81	292
Figura 5.82	292
Figura 5.83	292
Figura 5.84	293
Figura 5.85	293
Figura 5.86	294
Figura 5.87	295
Figura 5.88	295
Figura 5.89	295
Figura 5.90	296
Figura 5.91	296
Figura 5.92	298
Figura 5.93	299
Figura 5.94	308
Figura 5.95	309
Figura 5.96	310
Figura 5.97	310
Figura 5.98	311
Figura 5.99	311
Figura 5.100	313
Figura 5.101	314
Figura 5.102	315
Figura 5.103	315
Figura 5.104	315
Figura 5.105	318
Figura 5.106	319

Figura 5.107	322
Figura 5.108	327
Figura 5.109	329
Figura 5.110	332
Figura 5.111	334
Figura 5.112	334
Figura 5.113	335
Figura 5.114	337
Figura 5.115	337
Figura 5.116	338
Figura 5.117	339
Figura 5.118	339
Figura 5.119	339
Figura 5.120	340
Figura 5.121	341
Figura 5.122	342
Figura 5.123	344
Figura 5.124	345
Figura 5.125	346
Figura 5.126	347
Figura 5.127	347
Figura 5.128	350
Figura 5.129	351
Figura 5.130	351
Figura 5.131	352
Figura 5.132	353
Figura 5.133	357
Figura 5.134	358
Figura 5.135	360
Figura 5.136	364
Figura 5.137	365
Figura 5.138	366
Figura 5.139	367
Figura 5.140	372

Figura 5.141	373
Figura 5.142	374
Figura 5.143	378
Figura 5.144	378
Figura 5.145	379
Figura 5.146	380
Figura 5.147	381
Figura 5.148	382
Figura 5.149	386
Figura 5.150	389
Figura 5.151	390
Figura 5.152	390
Figura 5.153	392
Figura 5.154	392
Figura 5.155	394
Figura 5.156	396
Figura 5.157	398
Figura 5.158	399
Figura 5.159	402
Capítulo 6	
Figura 6.1	426
Figura 6.2	434

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 4

Tabla 4.1	104
-----------	-----

Capítulo 5

Tabla 5.1	185-186
Tabla 5.2	186
Tabla 5.3	195-196
Tabla 5.4	221
Tabla 5.5	261-262
Tabla 5.6	287
Tabla 5.7	297
Tabla 5.8	300-306
Tabla 5.9	316-319
Tabla 5.10	318-319
Tabla 5.11	320-322
Tabla 5.12	328
Tabla 5.13	342
Tabla 5.14	343
Tabla 5.15	346
Tabla 5.16	347
Tabla 5.17	348-349
Tabla 5.18	354
Tabla 5.19	354-355
Tabla 5.20	355
Tabla 5.21	362-364
Tabla 5.22	366
Tabla 5.23	368-369
Tabla 5.24	370
Tabla 5.25	374-376
Tabla 5.26	379
Tabla 5.27	381
Tabla 5.28	384

Tabla 5.29	386-388
Tabla 5.30	391
Tabla 5.31	391
Tabla 5.32	393
Tabla 5.33	402-404
Tabla 5.34	404-405
Capítulo 6	
Tabla 6.1	418

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

1.1. Introducción

Los hospitales psiquiátricos son espacios históricamente enigmáticos y complejos debido, tanto al tipo de población que ahí ha acudido, como a sus características físicas, relacionadas con sus diseños y su uso a lo largo del tiempo (Ramsden 2019). Estos sitios constituyen un elemento central para comprender las dinámicas de exclusión social de las personas con patología psiquiátrica y las implicancias sociales y políticas en torno a dichas problemáticas.

En este contexto, el problema a estudiar en este trabajo de tesis lo conforman las prácticas de ordenamiento y uso del espacio en establecimientos de salud mental en Chile a través del registro material, desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad. Para abordar el tema de investigación planteado se analizó –desde una perspectiva arqueológica– el actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, que en el pasado fue Casa de Orates, Manicomio Nacional y Hospital Psiquiátrico, observándose una continuidad como espacio para tratamiento psiquiátrico.

La escala temporal planteada, que incluye desde el periodo de creación de los primeros hospicios hasta incluso el registro arqueológico contemporáneo, permitirá abordar los cambios y continuidades de las prácticas sociales implementadas en distintos espacios vinculados a la Salud Mental. Este estudio busca exponer y deconstruir, desde el punto de vista histórico, el discurso sobre la psiquiatría y su correlato material, pasando de la perspectiva asilar e institucionalizadora a una mirada contemporánea que busca evitar dichas prácticas. Asimismo, la materialidad da la posibilidad de visibilizar discursos no intencionados, lo que permite poner en el centro del análisis voces subalternas ausentes en otro tipo de registro.

De este modo, se busca contribuir a la reflexión en torno a los aspectos sociopolíticos vinculados a la Salud Mental, que históricamente en Chile han sido marginalizados. Tema que se refleja, por ejemplo, en los recursos limitados dirigidos a este fin (Errázuriz *et al.*

2015) y a la generación de prácticas de abandono, a lo que se suma un escaso desarrollo de estudios arqueológicos enmarcados en tiempos históricos y contemporáneos.

Lo anterior se enmarca en el contexto del estudio de instituciones totales, las que corresponden a lugares administrados formalmente, en donde un gran número de personas en situación similar, separados de la sociedad durante un considerable periodo de tiempo, llevan una vida encerrados (Goffman 2001). Dentro de este campo destaca una serie de trabajos en torno a la organización material en espacios destinados a controlar y restringir el movimiento de las personas. Estos sitios pueden variar en tamaño, no obstante, tienen en común que sus límites están definidos ya sea por paredes o por el miedo (Moshenska y Myers 2011).

Esta área de investigación tiene como antecedente algunos estudios realizados en Australia, Gran Bretaña, Brasil y Perú, desarrollados principalmente en espacios asilares construidos desde el siglo XIX, observándose en su mayoría el desarrollo histórico de espacios de exclusión (Coello 2018; Brandão 2015, 2017 a, 2017 b, 2021; Longhursts 2011, Piddock 2001a, 2001b, 2004, 2007, 2009).

Particularmente, en el presente trabajo se abordaron las prácticas históricas y contemporáneas del uso del actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (IPDJHB), permitiendo a partir del estudio de la concepción y diseño de estos contrastar con la evidencia material de las prácticas sociales de uso de estos recintos y así discutir el devenir histórico de la Salud Mental en Chile y aportar, desde una perspectiva arqueológica, al análisis y visibilización del desarrollo histórico de las prácticas de exclusión social.

La metodología del presente trabajo para el tratamiento de la evidencia, corresponde al análisis de distintas líneas (Lightfoot 1995). Por una parte, se presenta el análisis de bibliografía, documentos, mapas, fuentes escritas, fotográficas y entrevistas asociadas a la historia de la Salud Mental en Chile y, por otra, se realiza una revisión de la bibliografía y teoría arqueológica en torno a espacios históricos y contemporáneos.

Asimismo, se plantea el estudio del registro arqueológico considerando sus distintas propiedades. En particular, el principal foco estuvo en el registro arquitectónico que –en el contexto del desarrollo de estos espacios en una dinámica urbana– responde a

estratigrafías complejas, cuyo orden secuencial permite definir aspectos históricos sobre los procesos constructivos y de formación de sitio que incluyen análisis bajo y sobre la cota cero. Para esto, se utilizarán, principios de la *arqueotectura* a través de dos enfoques complementarios: por una parte, el análisis estratigráfico, que constituye parte de los denominados análisis formales y que buscan a través de la lectura de paramentos establecer una historia constructiva. Por otra parte, se realizarán análisis de movimiento, específicamente gamma, que se enmarcan dentro de los análisis de percepción.

A estos elementos se suman el estudio de los desechos materiales históricos y contemporáneos y el testimonio de prácticas extendidas en la población usuaria de salud mental, especialmente vinculado a actividades de carácter cotidiano y espacios de desechos cuya materialidad nos permitirá ver prácticas de uso, consumo y abandono de objetos de uso diario.

De este modo, a partir del registro material, se busca aportar a la reflexión sobre las prácticas sociales de exclusión y sus implicancias materiales en instituciones totales, particularmente vinculado a uno de los grupos más desamparados y estigmatizados de nuestra sociedad, las personas con patologías psiquiátricas.

1.2. Objetivo General

Analizar el desarrollo y transformación material y espacial en instituciones totales evaluando su trayectoria histórica y sus implicancias sociopolíticas relacionadas con las prácticas de exclusión social a través del tiempo, particularmente a partir del estudio del actual Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak desde su origen como Casa de Orates hasta el presente.

1.2. Objetivos específicos

Comprender las dinámicas de exclusión en instituciones totales a través del tiempo.

Examinar críticamente antecedentes bibliográficos y fuentes históricas (documentos, planos, plantas, fotografías, etc.) que permitan contextualizar la materialidad asociada con la historia y espacios de Salud Mental.

Reconstruir las condiciones materiales y sociales del IPDJHB, a través de la memoria oral de actores clave de dicho espacio.

Examinar el registro material del IPDJHB considerando sus distintas propiedades y sus contextos de procedencia, con especial énfasis en el registro arquitectónico-espacial del actual Instituto Psiquiátrico, anteriormente Casa de Orates, Manicomio Nacional, y Hospital Psiquiátrico.

Discutir los resultados obtenidos a través del análisis del registro material, con aquellos provenientes del análisis de la evidencia documental y testimonial en relación a la historia del diseño y uso del espacio y las prácticas sociales en instituciones totales específicamente en el IPDJHB.

1.4. Objetivos derivados

Aportar al estudio de tipologías constructivas históricas a partir de la descripción de sus características tecnológicas y estilísticas del IPDJHB.

Generar insumos para cooperar en el desarrollo de políticas de gestión patrimonial en torno al IPDJHB.

1.5. Problemática y pregunta de investigación

A lo largo del tiempo la población con problemas psiquiátricos ha constituido uno de los grupos sociales de mayor exclusión social, lo que se vio acentuado con el desarrollo del sistema capitalista industrial y, consecuentemente, con el fortalecimiento de la organización social a través del trabajo, fórmula que excluye a la población no productiva. En este contexto, –principalmente desde el siglo XIX– se observa el incremento de estrategias materiales y espaciales, abocadas al orden, la disciplina y la higiene, a través de la generación de instituciones totales cuyo diseño buscaba la autorregulación a partir de la vigilancia, en este caso, de los enfermos; además de generar condiciones de aislamiento con fines terapéuticos.

A mediados del siglo XIX en Chile se generó la Casa de Orates de Olivos, asilo que

buscaba desde la exclusión primero excluir y posteriormente generar condiciones acordes para la inserción de los locos en la sociedad a través de estrategias como el trabajo, es decir, desarrollar personas útiles dentro del marco de la sociedad disciplinar. No obstante, su puesta en marcha distó de la realidad ya que, en la realidad, la población usuaria constituyó una preocupación secundaria en el desarrollo de la salud y del Estado, incluso por sobre otras instituciones totales, generándose maltrato y abandono. Asimismo, pese al desarrollo de críticas al sistema asilar y a la modificación de los espacios con ese fin, a mediados del siglo XX se observa la continuidad de prácticas de exclusión y desamparo las que se extienden en el ámbito de las políticas públicas en torno a la prevención y cuidado de la Salud mental en Chile.

Sobre esa base, las instituciones psiquiátricas se han caracterizado históricamente por una doble función. Por un lado, el encierro y la vigilancia y, por otro, la terapia y el cuidado. Este equilibrio entre confinamiento/vigilancia y cuidado/terapia ha cambiado a lo largo del tiempo pero han continuado sido lugares de exclusión social.

Por otra parte, más allá de las dinámicas de poder relacionadas con la imposición de un sistema material reflejado en aspectos como la arquitectura, en aquellos lugares además se generaron prácticas de agenciamiento de la población usuaria institucionalizada. Aquí es cuando el enfoque arqueológico permitirá comprender parte de estos procesos y visibilizar, en alguna medida, a la población históricamente excluida tanto en relación a las dinámicas impuestas como de prácticas de resistencia.

Bajo este marco, cabe cuestionarse si es posible analizar la evolución de las condiciones materiales en espacios totales psiquiátricos abarcado distintos registros y si es factible analizar las implicancias sociales y políticas de aquellas prácticas de exclusión a través del tiempo desde una perspectiva material y espacial.

Hipótesis

A partir de la premisa que establece que existen prácticas sociales de exclusión en instituciones totales las que se sustentan en estrategias materiales y espaciales abocadas históricamente al orden, aislamiento, la disciplina y la higiene, las que consecuentemente son abordables desde una perspectiva arqueológica y que son observables en el IPDJHB,

se plantean las siguientes hipótesis:

1. El desarrollo histórico de los espacios psiquiátricos ahondó la condición de exclusión y las prácticas de abandono de su población usuaria por parte del Estado, no cumpliendo con el objetivo declarado de generar condiciones acordes para la (re)inserción en la sociedad, sino que ahondó la condición de exclusión y las prácticas de abandono de su población usuaria por parte del Estado.
2. Existen una serie de prácticas de agenciamiento vinculado al desarrollo de dinámicas sociales en espacios de exclusión que se encuentran fuera del control exterior.
3. Se presenta una distancia entre las expectativas de planificación y del uso efectivo del espacio e infraestructura en el IPDJHB, asociado a la falta de recursos económicos y sociales que han implicado el desmedro de las instituciones de salud mental tanto de pacientes como funcionarios.
4. Las prácticas de exclusión se observan también en la psiquiatría como disciplina dentro de las Ciencias Médicas, la que se ha construido como un saber periférico respecto a otros ámbitos de la medicina. Lo que se refleja, entre otros aspectos, en las condiciones materiales en las que ésta se ha practicado históricamente e incluso en la actualidad.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

“Archaeology is limitless. Archaeology can study the first human beings in East Africa with the same interest as yesterday’s kitchen garbage in Tucson, Arizona. Yet archeology is also full of limits. Archaeology is not a coherent tradition covering the whole human history, but rather a scientific field crossed by different traditions and separated by diffuse boundaries from other fields of scholarship” (Andrén 1998:1)

El problema planteado y a desarrollar en este trabajo de tesis involucra diversas perspectivas teóricas vinculadas a varios ejes relevantes relacionados con el desarrollo de la arqueología histórica y contemporánea, la memoria, el poder y el espacio, los espacios institucionalizados y el rol de cuerpo en torno a dichos espacios.

2.1. La Arqueología Histórica

La Arqueología Histórica constituye un ámbito de estudio de la disciplina que posee un desarrollo temporal, con algunas excepciones, no mayor a cincuenta años (Orser 2000). Su foco de estudio en el pasado reciente se centra en comprender a nuestros ancestros inmediatos y examinar procesos, cuestiones y eventos que, en muchos casos, aún son relevantes en la actualidad (Orser 2006).

Con respecto a la definición de Arqueología Histórica, ésta ha sido problemática considerando su amplitud y diversidad de enfoques (Hicks y Beaudry 2010). En ese sentido, no hay una mirada única y dogmática, sino varias que dependen de las distintas tradiciones académicas y contextos políticos (Montón y Abejez 2015) y cuya discusión se funda en las tradiciones arqueológicas americanas y europeas. La primera vinculada a la filología y a la historia y la segunda a la antropología (Funari 1999). Así, se “ha provocado un interesante debate sobre su estatuto ontológico, epistemológico y metodológico y, por lo tanto, sobre su afiliación, definición y ámbito de aplicación” (Montón y Abejez 2015:12).

Dentro de la discusión sobre las definiciones de la Arqueología Histórica, se plantean tres enfoques. El primero, la define simplemente como cualquier práctica arqueológica en la que las interpretaciones generadas se establecen a partir de datos excavados e información textual (Orser 2006). En tanto, un segundo enfoque guarda relación con el estudio en sociedades que poseen escritura y constituye una oportunidad para comparar ambas datas, de este modo, no se refiere a un periodo histórico o un sistema económico en particular (Wesler 1996; Orser 2006; Funari 2008). Esta mirada se deriva del avance de la configuración de la arqueología moderna a mediados del siglo XIX y del quiebre con el anticuarismo, cuyos estudios se basaban en que la historia humana podía ser estudiada a través de los textos (Andrén 1998).

El tercer enfoque, tomando la propuesta de Funari (2008), se sustenta en la tradición norteamericana y pone atención en los modelos interpretativos, específicamente el capitalismo, un proceso a menudo relacionada con el colonialismo. En esta tendencia, la subdivisión entre arqueología prehistórica e histórica se centra en la presencia de los colonos europeos en América, periodo que se extiende desde la llegada de estos hasta la actualidad y, en consecuencia, se vincula con la historia misma del capitalismo (Leone 1995). Particularmente para la presente investigación se toma dicha perspectiva, pero se alude al concepto de arqueología posthispánica con el objeto de dejar fuera la mirada evolucionista detrás del significado lineal de historia asociado a la escritura (Goldschmidt y Letelier 2021a).

Bajo esta premisa, la Arqueología Posthispánica se define tomando la propuesta de Orser (2000) como el estudio “de los aspectos materiales— en términos históricos, culturales y sociales concretos— de los efectos del mercantilismo y del capitalismo traídos desde Europa a fines del siglo XV y que continúan en acción hasta hoy” (Orser 2000: 21-22).

A partir del siglo XVI los agentes del colonialismo y el capitalismo crearon una serie de complejas relaciones multidimensionales que sirvieron para unir a los diversos pueblos en todo el mundo (Orser 2000). Esta mirada implica comprender que los procesos coloniales no finalizaron después de las independencias de los países del Nuevo Mundo sino, muy por el contrario, se profundizaron (Ashcroft *et al* 1995). De acuerdo a ella, el proceso de expansión de las monarquías ibéricas durante el siglo XVI generó un desarrollo significativo de cambios políticos, económicos y sociales, que desembocaron

en un proceso de globalización que alteró la cosmovisión del ser humano en relación a las formas de interacción social a nivel de escala espacial y temporal (Montón y Abejez 2012).

“Sin embargo, sólo ahora se toma conciencia de la globalidad y se multiplican las interacciones entre las diferentes poblaciones del mundo a un ritmo y escala (local, regional y, por primera vez, planetaria)” (Montón y Abejez 2012:12).

El capitalismo, en tanto, se establece como un sistema social histórico (Wallerstein 1998) cuyo origen se remonta a la configuración de un “*sistema-mundo*”. Por ello se entiende que: “la globalización en curso es, en primer término, la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y el del capitalismo colonial/ moderno y eurocentrado como un nuevo patrón de poder mundial” (Quijano 2000: 201). De allí que se afirme que el primer horizonte colonial es paralelo a la formación de la América del siglo XVI (Quijano 2000). Esta idea es acuñada por Quijano como la “colonialidad del poder” advirtiendo que éste es el patrón de la fuerza que domina, incluso en la actualidad, y el cual “pese a tener sus orígenes en el colonialismo ha probado ser más duradero y estable” (Quijano 2000:201). En consecuencia, lo que en realidad distingue a la arqueología posthispánica trasciende al periodo temporal y más precisamente guarda relación con los procesos de transformación y adaptación a contextos de colonialidad (Orser 2000). En ese sentido, la diferencia entre la Arqueología Histórica y Prehistórica tiene que ver, *ergo*, con la propia naturaleza de los sitios arqueológicos y no con aspectos teórico metodológicos (Little 2007).

La visión anterior, no ha estado exenta de problemas (Little 2007) porque en ciertos casos se ha aplicado sin perspectiva crítica un modelo de entidad universal de 500 años sustentado en los conceptos de colonialismo global, eurocentrismo, capitalismo y modernidad (Orser 1996). Si bien se reconoce la singularidad del momento histórico y los procesos sociales que desencadena el desarrollo del capitalismo, también se debe dar cuenta de los contextos específicos y de la diversidad de identidades sociales que se subsume al alero de la perspectiva global. Así por ejemplo en los últimos años se integran nuevas categorías como las de género, sexualidad (Casella y Voss 2012) y etnicidad, entre otras, correspondientes a temas fronterizos que, aunque en el caso de las sociedades coloniales se estructuran a partir de ella, enriquecen la discusión en torno a los procesos sociales y consecuentemente, deben atenderse a la luz de la evidencia material.

En ese sentido, la arqueología deja la pretensión de objetividad para preocuparse tanto de la acción política como de la política a nivel local, abogando por una teoría y una metodología que conecten a la disciplina con el entorno social, acorde con las preguntas que buscan generar una historia alternativa en donde diversos grupos, en especial, los marginados, puedan tener representatividad (Leone 1995).

Más allá de las definiciones específicas, lo relevante de la ampliación del campo de la arqueología y del crecimiento de distintas arqueologías históricas guarda relación con dos aspectos: en primera instancia está el desarrollo de un enfoque transdisciplinario para la comprensión de la sociedad y, en segunda instancia se encuentra el tratamiento disciplinar desde una mirada crítica en torno a la sociedad contemporánea (Orser 2006).

La consolidación de un punto de vista transdisciplinario contempla el uso de diversos documentos, entendiendo por estos tanto el registro escrito, como la tradición oral y la cultura material. Ventanas que ofrecen pistas superpuestas, en conflicto, diferentes del relato histórico o complementarios al mismo (Goñi y Nuevo Delaunay 2009), enriqueciendo el ejercicio interpretativo en arqueología (Wilkie 2006).

En ese sentido:

“reconstrucción del desarrollo histórico de sociedades concretas, sus modos de vida y las actividades de la vida cotidiana, implica abordar el mismo objeto de investigación y hacer usos de procedimientos metodológicos que también se aplican en la antropología y la historia” (Fournier 1999: 75).

Asimismo, la colaboración con disciplinas como la Antropología Social, la Historia, la Geografía, la Botánica, entre otras, ha sido fundamental para el enriquecimiento de la interpretación de forma transversal al desarrollo de la arqueología en general (Orser 2006). En particular, la mirada complementaria que ofrecen diversas disciplinas permite, tomando la propuesta de Wylie (1989), combinar diferentes tipos de datos como cableado para crear distintas líneas argumentativas, en donde ninguna de ellas es suficiente por sí sola para asegurar una conclusión explicativa o interpretativa (Kuglitsch 2020). En ese sentido, por ejemplo, relacionar datos históricos y arqueológicos otorga la posibilidad de crear una narrativa conjunta más sólida que otra que se genera a partir de un único

conjunto de datos. Además, cualquier disonancia entre ambas fuentes disciplinares constituye una oportunidad investigativa (Kuglitsch 2020).

En segundo lugar, la alta presencia de registro postcolombino, relegado a segundo plano, nos entrega evidencia de las cosas materiales del pasado inmediato que permite proporcionar información específica de procesos sociales relacionados con resistencia, desigualdad y mantenimiento cultural, así como de los aspectos simbólicos de los artefactos, documentando condiciones de vida de la historia reciente vinculada con los desfavorecidos y olvidados (Orser 2006).

En particular es relevante el rol del estudio de nuevos tipos de sitios, en donde la ciudad, –cuya explosión demográfica se intensificó a partir de los procesos de industrialización– adquiere gran relevancia como objeto de análisis. De esta manera se introduce la denominada Arqueología Urbana, entendiendo por ella “la arqueología de la ciudad y no dentro de la ciudad” (Schávelzon 2020:13), es decir, “el objeto de estudio somos nosotros mismos, no son otros que nos precedieron, es el proceso de transformación del hábitat que vemos y hacemos a diario, haya comenzado la ciudad cuando sea que lo haya hecho, importa que llegue a hoy” (Schávelzon 2020:13).

Esta mirada de la ciudad implica necesariamente,

“el cruce entre varias especialidades y por lo tanto es multidisciplinar: confluyen aquí la historia urbana, la de la arquitectura, la conservación patrimonial, los estudios del hábitat, la antropología y obviamente la arqueología histórica y la de la arquitectura” (Schávelzon 2020:13).

En ese contexto, el vínculo de la Historia con la Arqueología ha producido una reacción paradójica: es de gran relevancia la información que aporte la documentación, pero esto mismo lleva a cuestionar la utilidad de la metodología arqueológica si es que ambas disciplinas pueden brindar información similar (Orser 2000). Sin embargo, esta falsa paradoja se ve superada ya que la reconstrucción de los modos de vida desde lo tangible, en particular, ofrece una mirada antropológica que permite una arqueología etnográfica que oscila entre lo local y lo global (Little 2007), en donde las fuentes materiales y sus contextos pueden desafiar la historia escrita ya que el registro arqueológico puede revelar aspectos que los documentos no consiguen, especialmente en el campo de la subalternidad.

Asimismo, la diferencia entre la investigación en Arqueología Histórica y la investigación histórica, radica en las preguntas, comprendiendo que la primera se enfoca en la cultura material, reconociendo ideas y creencias no necesariamente expresadas en documentos o quizás más honestamente que en ellos (Beaudry 1996).

Además, la preocupación desde la Historia por generar relato desde abajo, reconociendo y analizado hechos e individuos, existe y constituye un eje de desarrollo académico. Es en este contexto, que la Arqueología Histórica se hace eco de esta tarea ya que, en ciertos casos, da la oportunidad de acercarnos a la noción de individuo, diferencia insalvable con la Arqueología “tradicional”. De esa forma, “nos permite ampliar hacia abajo la noción histórica de «individuo»” (Ginzburg 1999: 9) comprendiendo a cada uno de estos como un microcosmos donde conviven el contexto espacial y las condiciones materiales.

Desde la crítica posestructuralista los documentos históricos son considerados como artefactos (Hicks 2003). La repercusión de esta nueva conciencia del contexto de la materialidad de las fuentes escritas ha permitido dar cuenta que los estudios históricos convencionales son el resultado de una selección arbitraria de textos sin tener en cuenta otras fuentes materiales de evidencia como los paisajes históricos, edificios y artefactos, entre otros (Hicks 2003). En ese sentido, “la Arqueología tiene la capacidad y potencialidad de generar hipótesis y/o nuevo conocimiento para ser puestas a prueba en el campo de la Historia y desde cualquier abordaje histórico” (Goñi y Nuevo Delaunay 2009:149). Se comprende entonces que la Arqueología cumple un rol crítico no sólo con respecto a visibilizar aspectos de la vida cotidiana muchas veces obviados en la documentación escrita, sino también con respecto a cuestionar la veracidad e intencionalidad de las mismas fuentes.

Por otra parte, la perspectiva de estudio centrada en la relación entre el comportamiento de los individuos y los objetos propuesta en la década del 70’ (Schiffer 1976, 1991) permite comprender que la Arqueología ofrece la vía material para “tratar de entender a las sociedades contemporáneas para contestar preguntas específicas de la conducta humana” (Schiffer 1991: 32). En esta lógica, el nacimiento de la Arqueología Contemporánea como enfoque se ha convertido en un eje de investigación válido que contribuye al análisis y comprensión de nuestra sociedad y a la toma de decisiones futuras.

2.2. La Arqueología Contemporánea y la Memoria.

“La arqueología no da respuestas a los problemas sociales, eso lo sabemos, quizás ayude a poner en evidencia algunas cosas, por eso la arqueología de lo moderno no es sólo ser modernos en nuestro hacer, o excavar temas diferentes a los tradicionales, es entre muchas otras cosas romper límites disciplinares y aventurarse junto con otros especialistas en los derroteros de la memoria, de la identidad y del patrimonio”
(Schávelzon 2009: 205)

La arqueología del pasado reciente se ha convertido en un atractivo para las Ciencias Sociales en general, siendo sus límites con otras disciplinas como la Sociología, la Historia Contemporánea, los estudios sobre cultura material y la Antropología, bastante difusos (Hicks 2003, González Ruibal 2008). En los últimos años se observa un creciente desarrollo teórico de la Arqueología Contemporánea, que se sustenta en cuestiones que tienen que ver con el desarrollo de la disciplina en general, vinculado a la inclusión y análisis de términos como los de memoria, tiempo, historia, materialidad, evidencia, narrativa, y política, entre otras; relegando a segundo plano conceptos como el de antigüedad (González Ruibal 2008).

Tomando los planteamientos de Hicks (2003), uno de los aspectos que se observa dentro de la historia reciente de la arqueología guarda relación con la pérdida de la antigüedad como eje. La arqueología tradicionalmente ha marcado su campo de estudio en un espacio distinto al presente, no obstante, a medida que se ha diversificado, ésta se ha ido acercando al tiempo actual, lo que ha generado cierta preocupación sobre el estado de la disciplina debido a la contigüidad temporal de los restos materiales del pasado reciente que estudiamos (Hicks y Beaudry 2010). En ese marco, destaca el debate terminológico sobre el desarrollo de la Arqueología Histórica, la Arqueología Postmedieval, la Arqueología Industrial, entre otras, y sus implicancias relacionadas con los aspectos materiales y temporales involucrados en cada una¹ (ver Hicks y Beaudry 2010). En ese sentido, los proyectos que pueden catalogarse como Arqueología Histórica y del pasado reciente son igualmente variados en objeto, alcance y fundamento teórico comparados con cualquier proyecto de arqueología tradicional (González Ruibal 2008).

La pérdida de un pasado arqueológico ha sido anunciada en parte por la Antropología Económica y la Teoría de la Cultura Material y guarda relación con cambios en el enfoque de la materialidad como fuente histórica (Hicks 2003), ya no solo como elemento constitutivo de lo arcaico, sino como parte de la sociedad y, por lo tanto, también de la modernidad y postmodernidad. En ese contexto, se entiende cultura material como la “vida social de las cosas” (Schávelzon 2002: 201) y la arqueología, consecuentemente, como una disciplina relacionada con el legado material de la vida social en donde los objetos deben comprenderse en relación a sus diversos vínculos con la sociedad como producción, consumo, circulación y descarte (Fennelly 2019).

Los inicios de la Arqueología Contemporánea se remontan a la década de 1970 cuando el Dr. Rathje en la Universidad de Arizona comenzó el proyecto “The Garbage Project”, trabajo cuyo desarrollo continúa hasta el día de hoy (Rathje 1996, Rathje y Murphy 2006). La iniciativa plantea el uso de metodología arqueológica para responder preguntas vinculadas a temáticas contingentes, como por ejemplo el manejo de los desechos domésticos. Así, a través del estudio de la basura en contextos urbanos y landfills (centros de desechos), *The Garbage Project* ha logrado no sólo evaluar comportamientos de consumo, sino que también sus resultados han sido claves para evaluar el impacto de desechos contaminantes y así desarrollar distintas estrategias de reducción de los mismos (ej. reciclado, compostaje y reducción de la cantidad de basura desechada) (Nuevo Delaunay *et al* 2014: 3).

La arqueología, por tanto, ofrece una perspectiva crítica sobre los discursos de las personas comprendiendo que “*what people say they do and what they actually do are often different...*” (Rathje 1996: 163). Este cuestionamiento otorga un sitio protagónico a la materialidad como un instrumento para comprender los procesos sociales recientes y desde una perspectiva crítica postcolonial constituye un medio para el estudio de los sujetos subalternos, entendiendo esta categoría de los oprimidos como flexible y dependiente del contexto histórico, género, clase, nacionalidad, entre otros, y no como de carácter monolítico y con una identidad unitaria (Spivak 2009). Lo anterior se enmarca en una mirada interseccional que permite desde una perspectiva teórica metodológica “dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros 2006: 6).

Pese a lo anterior, la Arqueología Contemporánea ha tenido un desarrollo parcial y lento debido a lo que Schiffer (1991) denomina “el complejo de inferioridad de la disciplina” en un contexto en donde el registro escrito posee mayor validación social. Lo anterior, es fruto de la historia misma de la disciplina cuyo objeto de estudio fue, durante muchos años, en un contexto evolutivo, centrarse en las sociedades que no poseyeron escritura o del pasado del que no quedaban textos. Posteriormente, se ha ido vinculando al estudio de las sociedades en las que no nos reconocemos parte, así la arqueología surgió inicialmente en el mundo clásico, luego en el mundo medieval... “y cuando la sociedad inglesa pasó a ser postindustrial, no se reconoció en la industria... (por tanto) comenzó la Arqueología Industrial” (González 2009: 8) y así sucesivamente, generando una dicotomía, entre pasado y presente (González 2009).

Dicha dicotomía, no obstante, incluso se ve superada en temas de estudios prehistóricos, comprendiendo que la Arqueología se constituye como un discurso del presente sobre el pasado, convirtiéndose en una herramienta política de creación de memoria (Shanks y Tilley 1992). Así, en el marco de un proyecto de construcción del conocimiento desde una mirada crítica se cuestiona el modo de significar el sentido pretérito del pasado desde las narrativas arqueológicas, comprendiendo que su elaboración desde el presente responde a un contexto actual y cuya legitimidad estaría determinada “por condiciones subjetivas y objetivas construidas por determinadas relaciones de poder” (Leiton 2009: 66).

Por tanto, no hay una representación global del pasado, así como tampoco de la perspectiva dicotómica entre pasado y presente, sino que existen diversas narrativas en relación a los distintos actores sociales y sus experiencias de vida. Esto queda ejemplificado a través de los conflictos que se han suscitado entre arqueólogos/as y pueblos y/o comunidades indígenas, conflicto que se ha relacionado históricamente por la lucha epistémica entre comunidades y los saberes hegemónicos (Leiton 2009).

Por otra parte, muchas veces el tiempo en el campo de la Arqueología, constituye un mecanismo de distanciamiento de la sociedad estudiada y permite los procesos de extrañamiento de las alteridades (Brandão 2017 a). No obstante, este pasado finalmente se vuelve presente a partir del contacto con artefactos que materializan acciones en un tiempo que no es el nuestro y sobre el cual construimos discursos en el presente sobre

dicho pasado (Brandão 2017 a). En ese sentido, se entiende que la práctica arqueológica “fluctúa de un tiempo a otro, de modo que lecturas y narrativas del pasado y del presente se complementan y fluyen en un movimiento de ida y vuelta” (Brandão 2017 a).

Además, como plantea González Ruibal (2012) existe un vínculo entre lo psicológico y lo material, ya que los artefactos poseen tanto naturaleza material como ideal. Esta idea permite comprender que el estudio de la materialidad es útil para interpretar a las sociedades independientemente de su temporalidad, ya que esta característica no es privativa de los objetos abandonados. La interpretación de los procesos sociales a partir de la materialidad no solo se remite a su contexto inmediato, es decir, sus aproximaciones en relación a su composición y sus asociaciones espaciales, sino también requiere de un trabajo de contextualización histórica, política y cultural que se complementa con la documentación y la historia oral que permite explorar la naturaleza ideal de los objetos. Lo anterior implica crear una mirada en donde se integran perspectivas fenomenológicas relacionadas con producir interpretación sobre las personas que vivieron dicho espacios y consecuentemente los sintieron (Hamilakis 2015).

En el caso latinoamericano la Arqueología del pasado reciente ha tenido un rol relevante especialmente a fines de la década del 90 con el fin de las dictaduras, lo que se “explica por las posibilidades surgidas de la democracia, como la legislación de protección ambiental y patrimonial, así como por la libertad para investigar temas de relevancia política” (Funari 2008: 13). En este contexto, la reiteración de atentados en contra de los derechos humanos han permitido reflexionar en torno a los mecanismos de memoria y olvido, evidenciando las consecuencias de la violencia estatal en el marco de las dictaduras cívico-militares, así como también en torno a otros procesos históricos como la conquista americana (Cornell 2000-2001).

Así la Arqueología se ha constituido en un instrumento para la generación de memoria, entendiendo a ésta como:

... “un conjunto de trazos o fragmentos que dan cuenta de cosas, personas o sucesos que tuvieron lugar en el pasado, y pueden ser reordenados en una secuencia narrativa durante el presente. A pesar de lo que suele indicar el sentido común, la memoria no sólo se compone de recuerdos inmateriales que se forjan

en la mente. También integra aspectos materiales que podemos experimentar a través de nuestra plena inserción en el mundo” (Zarankin *et al.* 2010: 3).

En este sentido, desde la Arqueología se puede discutir el rol de los objetos y su contexto, así como recuperar y/o poner en valor alguno de estos que resultan significativos para ciertos grupos, con el objetivo de contribuir a la resignificación de historias olvidadas o intencionalmente borradas. Destaca así el surgimiento de la Arqueología de la Represión en el contexto de una disciplina que históricamente se ha centrado en la neutralidad ideológica (Zarankin y Salerno 2008). De este modo, la Arqueología comienza a constituirse en una herramienta que permite democratizar el pasado y hacer visible el registro material de los excluidos considerando que:

... “la mayor parte de los documentos que hacen referencia a la actuación de las dictaduras excluye, minimiza o distorsiona la presencia de los sectores afectados. A diferencia de estos registros, la materialidad de los cuerpos, los objetos y el espacio participan en la cotidianidad de todas las personas. Al centrarse en su análisis, la arqueología puede dar voz a los grupos silenciados, construyendo narrativas diferentes a los discursos dominantes” (Zarankin y Salerno 2008: 22).

Aunque el desarrollo de la Arqueología de la Represión ha crecido en los últimos años, su práctica sigue siendo marginal en relación al desarrollo de la disciplina en Chile y en Latinoamérica, tanto por los prejuicios relacionados con la práctica tradicional de la arqueología como por el juicio en torno a quiénes están involucrados directa o indirectamente en los hechos (Zarankin y Salerno 2008). Destaca sin embargo, el rol de la disciplina arqueológica en Chile en los denominados sitios de memoria, en torno al trabajo forense vinculado a crímenes de lesa humanidad (ej. Cáceres 2011), así como la discusión en torno a los aspectos materiales de esos espacios más allá de lo forense (ej. Fuentes *et al* 2009, Fuenzalida 2009; Fuenzalida 2011). Estas perspectivas han permitido problematizar fenómenos como el olvido intencionado y el rol social de la disciplina como herramienta de constatación y visibilización de prácticas de violencia. En esta línea, se comprende que la arqueología es una herramienta que da la oportunidad de visibilizar prácticas violentas como la exclusión social cuya materialidad es el resultado de procesos sociales vinculados a individuos relegados muchas veces al olvido, que en el caso de la salud mental y sus usuarios, aplica con especial importancia.

Simultáneamente han surgido varias iniciativas que han permitido dar cuenta de la relevancia del desarrollo de la Arqueología Contemporánea como una vía útil para analizar procesos actuales y su potencial para influir en el desarrollo de decisiones y políticas públicas futuras. En este contexto destacan los estudios realizados el año 2013 por un grupo de arqueólogos del Connecticut College, quienes sustentándose en la hipótesis que “los cigarrillos constituyen uno de los desechos más ubicuos y abundantes dentro del paisaje urbano” (Graesch y Hartshorn 2014: 1)², llevaron a cabo un proyecto tendiente a evaluar conductas sociales entre pares asociadas al consumo de cigarrillos en bares urbanos.

En Chile, durante los años 2015-2016, se desarrolló el proyecto “Espacios Ahumados. Arqueología de las prácticas de consumo de tabaco en las áreas verdes de Santiago”, liderado por Nuevo Delaunay. El objetivo del estudio se centró en evaluar, utilizando metodología arqueológica, los hábitos de consumo de tabaco en áreas verdes urbanas, para monitorear las prácticas de consumo de cigarrillos, entendiendo que Chile posee una de las más altas cifras de consumidores jóvenes del mundo. Esto, en el contexto de aplicación de políticas recientes asociadas al control del consumo de tabaco (Nuevo Delaunay *et al.* 2015).

Tanto los proyectos en el marco del estudio de desechos actuales como las evidencias de grupos subalternos contemporáneos, permiten visibilizar una arqueología que intenta responder a preguntas de investigación que se sitúan en problemáticas actuales y que buscan comprender comportamientos y relaciones sociopolíticas dentro de un entorno en el cual el investigador es parte, y que, por tanto, otorgan la posibilidad de construir una Arqueología como herramienta política a partir de la que se genera un discurso, desde la materialidad, sobre nuestra sociedad contemporánea.

2.3. Poder, biopolítica y espacio en arqueología de las instituciones totales.

El registro material permite inferir las acciones:

... “de agentes sociales, las relaciones que entablaron entre sí y con diversos objetos requeridos en la consecución de diferentes actividades que, en su conjunto constituyen los componentes fundamentales de la vida cotidiana” (Fournier 1999:

75).

En este contexto, uno de los ejes materiales en esta tesis y que, en Arqueología Histórica –por cuestiones de preservación– se encuentra comúnmente presente, es la arquitectura (Orser 2000). Esta fuente de información examinada acuciosamente permite dar cuenta de la historia constructiva, es decir, cómo fueron hechas y modificadas las construcciones a través del tiempo (Orser 2000). La arquitectura se erige como “la manipulación antrópica de un espacio dado mediante técnicas de construcción, asumiendo la existencia de factores sociales, culturales y económicos” (Mañana *et al.* 2002: 14). En tal sentido, “es un conjunto de elementos constructivos, simbólicos y espaciales cuya configuración es una elección cultural” (Letelier 2010: 36).

Por tanto, la arquitectura como “el arte de la articulación de los espacios” (Eco 1968: 282);

... “se concibe (diseña) y se realiza (construye) como respuesta a una serie de condiciones previamente existente... estas condiciones pueden ser simplemente funcionales o pueden reflejar, en distinto grado, propósitos de tipo social, económico, político e incluso fantástico o simbólica” (Ching 1985: 10).

La arquitectura, consecuentemente cumple dos funciones elementales. Las primarias son aquellas que se denotan, es decir, las utilitarias; y las secundarias son las que connotan, es decir, las simbólicas; resumidas ambas en la sintaxis y en la semiótica respectivamente. A lo anterior subyace una serie de aspectos, muchas veces implícitos, como es el carácter de comunicación de masas de la arquitectura, comprendiendo que ésta es una operación dirigida a grupos humanos, para satisfacer algunas de sus exigencias y para persuadirlos de que vivan de una manera determinada, (Eco 1968: 287). De lo anterior se desprende: (1) el razonamiento persuasivo, que se refiere a que ésta, en muchas ocasiones, parte de premisas conocidas que inducen al consentimiento; (2) el razonamiento psicagógico, ya que incita a seguir instrucciones permitidas por las estructuras arquitectónicas; y (3) su carácter tanto coercitivo como permisivo, pues gran parte de las construcciones tienen su ideal funcional pero, generalmente, son utilizadas de forma diferencial.

Por otra parte, la arquitectura, tiene un núcleo generador que se establece desde que se identifican y eligen los espacios (Unwin 1997), es decir, estos son pensados en forma previa a su construcción lo que, invariablemente le otorgan una "dimensión humana" a

las obras (Mañana *et al.* 2002: 25). De tal modo, la arquitectura como generadora de espacios y modeladora del movimiento, se sustenta en la experiencia del cuerpo humano (Sánchez 1998). Se reivindica, de esta manera la experiencia del sujeto en el espacio (Zusman 2013), pero con especial énfasis en cómo éste lo concibe y lo representa, cuestión que está dada por la experiencia del ser en el mundo de cada sujeto, pero también depende de aspectos históricos particulares de cada grupo social.

En consecuencia, se aborda el concepto de espacio, el que constituye parte esencial de la arquitectura, entendiendo por éste tanto la “situación física en la que se producen todas las relaciones humanas y sociales” (Sánchez 1981: 21); como el “producto de la acción humana, de allí que no sea una realidad dada ni preexistente, sino que se produce socialmente y, como tal, también históricamente” (Villafañez 2011: 148).

De este modo, siguiendo los planteamientos de Lefebvre (2013), se plantea que el espacio es un producto social enmarcado por las *prácticas espaciales*, es decir, –el espacio percibido–, que corresponde a las producciones concretas de las formaciones sociales y/o la ocupación física del territorio, lugar o región, donde se crean y recrean efectivamente las relaciones sociales (Lefebvre 2013). En segundo lugar, las representaciones del espacio –el espacio concebido– en las cuales se elaboran interpretaciones abstractas, generalmente, por geógrafos, científicos, planificadores o políticos, u otros “expertos” que median, legitiman y filtran los contenidos de la manifestación del espacio. Es decir, se trata de la condición hegemónica del espacio que suele representarse cartográficamente o en diversas imágenes, planos o sistemas verbales que contienen el poder y la ideología dominante (Lefebvre 2013). Finalmente, existe un tercer momento de la producción del espacio, que Lefebvre categoriza como los espacios de representación –espacio vivido–, es decir, aquellos espacios vividos por los actores sociales o los momentos espaciales de la resistencia, contracultural y simbólica. Es el espacio social donde se elaboran distintas posiciones del encuentro social y emerge, insiste Lefebvre, como una utopía de la praxis. Cada una de estas formas conlleva una totalidad de relaciones que tensionan y provocan vínculos incluyentes/excluyentes entre ellas (Lefebvre 2013).

A partir de la propuesta de Lefebvre, Soja (1996) plantea el concepto del tercer espacio, que se entiende como la intersección e incluso la combinación del espacio percibido y concebido, el que constituye un espacio vivido y experimentado. El espacio,

consecuentemente, se convierte en un escenario socialmente producido y compuesto por el conjunto de las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales y, además se encuentra vinculado en la generación y sostenimiento de diferentes procesos como la desigualdad, la explotación, el racismo y el sexismo, entre otros (Soja 1985, 2003, 2010).

De esta manera se estudia el concepto de paisaje, el que es interpretado como un conjunto de elementos dotados de significado, esencialmente activos dentro de la experiencia cognitiva humana que le da sentido a su mundo y que se inserta dentro de un marco de espacio y tiempo (Aldunate *et al.* 2003). Es así, que existe una domesticación del medio que se traduce en la edificación de una realidad a partir de determinados sistemas de saber (Criado 1993), siendo su construcción un conjunto de narrativas que se constituyen como un sistema de significación y saberes a través del cual la sociedad se reproduce (Tilley 1994). En donde, consecuentemente, “El entorno deja de ser aleatorio para transformarse en predecible, ordenado y cargado de significación” (Tarragó y González 2005: 131).

Asimismo, Ingold plantea el concepto de paisaje desde el ‘habitar’, el que se establece como una realidad fenomenológica formada a partir del proceso activo en el tiempo de interacción dialéctica entre las personas y el entorno y la construcción de éste como una condición ineludible de la existencia humana (Ingold 1993, 1995, 2000). Este proceso de habitar implica la interacción con y a través de la materialidad, entre la que se encuentran por ejemplo las estructuras arquitectónicas. Estas forman parte del sistema de espacio en el que vivimos y nos movemos, y su configuración otorga precondiciones materiales que determinan patrones de movimiento, encuentros y desencuentros, y –por esta misma razón– es también generadora de relaciones sociales (Hillier y Hanson 1984).

En esta línea destacan la propuesta de Markus (1993), quien entiende los edificios como procesos históricos, ya que son el resultado de una serie de acciones tanto de sus diseñadores, propietarios y estructuras gubernamentales, pero también son fruto de los usuarios y sus contextos. Consecuentemente la arquitectura y su espacialidad resultan ser producto de las relaciones humanas, ya que generan formas de sociabilización, aspectos que están cruzados por relaciones de poder. Se entiende el poder desde un enfoque relacional que se despliega a través de la interacción social (Foucault 1977), la que el dominio, la explotación y el conflicto son parte de sus elementos constitutivos (Quijano

2000). Esta dinámica se construye y funciona a partir de poderes específicos y sus efectos sobre las personas y la sociedad.

El poder entendido como categoría subjetiva y no como cualidad inherente al individuo, se sustenta en un campo de saber, siendo poder y saber aspectos constitutivos del mismo proceso (Kenway 2001). Particularmente se ahonda en el concepto de la nosopolítica, referida a la toma de conciencia de que la salud y enfermedad constituyen temas políticos (Foucault 1999). Esta perspectiva se ahonda en el concepto de biopolítica, referida a la forma en cómo a partir del siglo XVII se racionalizó la práctica gubernamental y el ejercicio del poder, sobre un conjunto de seres vivos y en particular sobre sus cuerpos (Jori 2013). En ese sentido, se establece como eje de la sociedad lo biológico, lo corporal y lo somático, siendo el ‘cuerpo’ una realidad biológica y, como consecuencia, en un campo de intervención médica.

Se entiende por tanto, el poder desde la perspectiva biopolítica, relacionado con el desarrollo de la práctica gubernamental y de un conjunto de fenómenos propios de los seres vivos constituidos como población, reflejados en los conceptos de “salud, higiene, natalidad, longevidad, razas, etc.” (Foucault 1999: 209). Concepto que se aplican en el control social de las personas y sus cuerpos y que se hace especialmente efectivo durante el capitalismo industrial, donde se requiere una masa trabajadora.

En ese marco, la psiquiatría, durante el siglo XIX se volvió parte de la medicina, sobre una doble condición: por una parte, en lo relacionado con la aplicación de la racionalidad médica para los desórdenes mentales y, por otra, como forma de higiene pública relacionada con las “enfermedades sociales” (alcoholismo, delincuencia, entre otros) (Foucault 1999). En ese sentido, la psiquiatría se convirtió en un dispositivo de la biopolítica, siendo el cuerpo y la concentración de éstos en un espacio determinado una expresión de aquello.

“El médico, pues, debe ser el técnico de este cuerpo social, y la medicina, una higiene pública. La psiquiatría, a la vuelta de los siglos XVIII y XIX, ha alcanzado autonomía y se ha revestido con tanto prestigio por el hecho de que ha podido inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social. Los alienistas de la época pudieron discutir hasta el infinito sobre el origen orgánico o psíquico de las enfermedades mentales

podieron proponer terapias físicas o psicológicas: a pesar de sus divergencias, todos tenían conciencia de tratar un «peligro» social, ya sea porque la locura les parecía ligada a condiciones malsanas de existencia (superpoblación, promiscuidad, vida urbana, alcoholismo, desenfreno), ya sea porque se percibía como fuente de peligros (para sí misma, para los demás, para el entorno, para la descendencia a través de la herencia). La psiquiatría del siglo XIX, por lo menos tanto como una medicina del alma individual, fue una medicina del cuerpo colectivo” (Foucault 1999: 44).

La mencionada medicina del cuerpo colectivo se enmarcó en el desarrollo de estrategias de control, siendo el espacio un medio para efectuar dicho control sobre todo desde la modernidad en adelante. En ese sentido, como propone Zarankin (2004), una de las características de las sociedades modernas se relaciona con la concentración social en espacios determinados, siendo las grandes ciudades un ejemplo de ello. Las ciudades y los elementos arquitectónicos que la componen constituyen parte de los paisajes artificiales creados por el ser humano en donde ocurre la mayor parte de la vida diaria y que a diferencia “de los océanos, valles y montañas, las estructuras arquitectónicas son pensadas, diseñadas y construidas por los humanos (así que son un producto cultural lleno de significado)” (Zarankin 2004: 237-238).³ En particular es relevante la intensificación del desarrollo urbano vinculada a los procesos de industrialización y por ende asociada al capitalismo industrial (Schávelzon 2020). Es a partir de dicho periodo que se observa una “arquitecturalización” de la sociedad, (Zarankin 2003: 25) en el cual la mayor parte de nuestras actividades cotidianas se vinculan con estructuras construidas y cuyo desarrollo se entrelaza “con varios significados e intenciones” (Zarankin 2003: 25).

En ese sentido, la arquitectura se impone como un mecanismo de control ya que cuenta con dimensiones políticas e ideológicas. Estas dimensiones son expresión de un marco ideológico y un instrumento de dominación/legitimación, ya que genera acciones sociales, como por ejemplo disponer la forma en la que los individuos deben moverse en el espacio. Sobre todo, cuando esta arquitectura está diseñada desde las instituciones y constituye un modelamiento del espacio impuesto. Es así que una persona puede verse limitada o activada por objetos y características, consciente o inconscientemente. Los objetos y otros elementos pueden ser producidos o apropiados con intenciones específicas, y sin embargo influir en acciones futuras de una manera impredecible. De

hecho, los objetos pueden ser nodos que dirigen el movimiento dentro de un sitio o paisaje (Fahlander 2008).

Históricamente la relevancia que adquirió el espacio como medio de control social se ha observado a través de la transformación desde una sociedad barroca durante el Periodo Colonial en donde la principal forma de control se ejercía través del castigo físico, a una sociedad ilustrada, cuyos referentes más importantes cambiaron al alero del desarrollo de una sociedad secular o disciplinar en la que su manera fundamental de someter se dio por medio del espacio (Goldschmidt y Letelier 2021b).

Esta sociedad disciplinar se enmarca en el auge del capitalismo industrial como eje de desarrollo social, político y económico. Sobre esta base, destacan desde el ámbito filosófico y material las propuestas del inglés Jeremy Bentham (1748-1832), quien generó “uno de los diseños arquitectónicos más emblemáticos de la era moderna” (Aguirre 2015: 273). La propuesta buscaba solucionar el problema del control y vigilancia en instituciones cuyas poblaciones debiesen estar recluidas, entre las que se cuentan las cárceles, hospitales y manicomios, entre otros (Aguirre 2015). Es así que se establecían prácticas de exclusión social a partir de estrategias materiales y espaciales en torno a fenómenos como la locura, inclinándose por un diseño que permitiera la autorregulación de los reclusos (Fennelly 2019).

En palabras de Foucault (2002) la propuesta de panóptico de Bentham, consistía:

... “en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atravesase la celda de una parte a otra. Basta entonces con situar a un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre, recortándose perfectamente sobre la luz, las pequeñas siluetas cautivas en las celdas de la periferia. Tantos pequeños teatros como celdas, en los que cada actor está solo, perfectamente individualizado y constantemente visible. El

dispositivo panóptico dispone unas unidades espaciales que permiten ver sin cesar y reconocer al punto. En suma, se invierte (204) el principio del calabozo; o más bien de sus tres funciones —encerrar, privar de luz y ocultar—; no se conserva más que la primera y se suprimen las otras dos. La plena luz y la mirada de un vigilante captan mejor que la sombra, que en último término protegía. La visibilidad es una trampa” (Foucault 2002: 184-185).

En términos analíticos, Foucault (2002) profundizó en las implicancias del principio del panoptismo, relacionado con la imposición de conductas a partir de la sensación de vigilancia constante como medidas de control y disciplinamiento. De este modo, el propio poder no es ejercido como tal, sino que se manifiesta de manera estructural.

La arquitectura, por tanto, sería un medio de control social que utiliza diversas estrategias para formar sujetos disciplinados (Foucault 2002). En ese sentido, la arquitectura repentinamente poseyó “una utilidad política y, así los individuos se encontraron naturalmente colonizados y sostenidos por mecanismos globales, por el sistema del Estado” (Foucault 1980:146), en donde el orden ciudadano y la homogeneidad fueron la base para la construcción de espacios de segregación.

Lo anterior como resultado de los procesos de transformación espacial y material generados a partir del desarrollo industrial, que tuvieron como consecuencia un caos profundo (Zarankin 2002). Las ciudades, ahora grandes aglomeraciones de población, sin viviendas suficientes ni sistemas sanitarios, devinieron en un espacio de descontrol y peligro. Es así que desde inicios del siglo XIX prosperaron una serie de fuerzas políticas que buscaban organizar y controlar dichos espacios, surgiendo en este contexto instituciones como las escuelas y los hospicios, entre otros (Zarankin 2002).

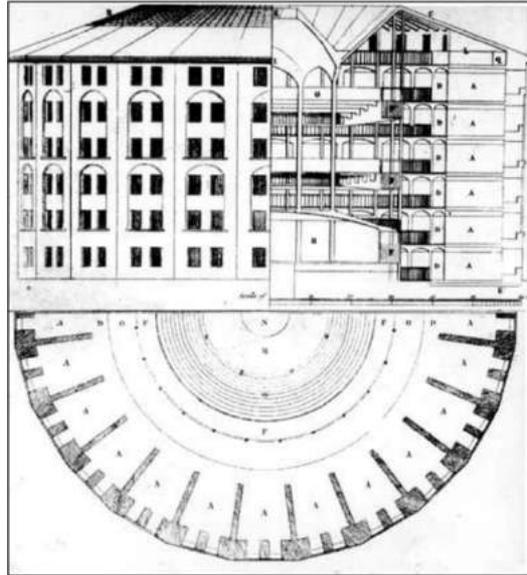


Figura 1.1. Panopti33n, corte y planta. Bentham
Fuente: (Plaza 2011: 128).

Como plantea Hamlett (2015: 1) para el caso de Inglaterra, pero extensible como un fen33meno propio del desarrollo del capitalismo industrial, durante el siglo XIX e inicios del XX se observ33 un impulso en las instituciones totales destacando que durante este periodo “m33s personas que nunca antes vivían en espacios y lugares fuera de los hogares y hogares familiares convencionales”⁴. Entonces, los individuos, gobiernos e instituciones independientes fundaron y aumentaron diversos espacios institucionales como casas de acogida, hospitales, misiones, cárceles, entre otros, con el objetivo de generar un mayor control social no solo a partir de dichas estructuras arquitect33nicas sino tambi33n de sus sistemas de funcionamiento.

En el periodo mencionado se fortalece la idea de que:

... “Las conductas de un individuo est33n normadas explícita o implícitamente, y cabe esperar que cualquier transgresi33n de tales normas sea sancionadas no solamente por el grupo inmediato en que ocurri33 la transgresi33n (por ejemplo, la familia), sino tambi33n en el conglomerado social en su totalidad (esto explica la funci33n social de las instituciones carcelarias)” (Rojas 2011: 30).

Las instituciones totales, tanto su materialidad, así como sus l33gicas sociales y de poder, buscan domesticar a las personas, entendiendo que para esto es necesario el desarrollo de experiencias culturales que abarcan relaciones, comportamientos y objetos que permiten llevar a cabo las pr33cticas institucionales (Wallis 2017), en donde uno de los ejes

fundamentales es la pérdida de la individualidad. De este modo, se observa el desarrollo de lo que Goffman definió como instituciones totales, entendiendo por éstas como un lugar:

... “de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco lo tienen otras instituciones cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley” (Goffman 2001:13).

En esta línea, como plantea Rojas (2011), aunque las instituciones en general tienen un carácter absorbente, la realidad es que se deben distinguir aquellas donde la absorción es casi completa, lo que implica un quiebre con la sociedad, siendo estas las instituciones totales. En ese sentido, escuelas, hospitales generales, caben dentro del concepto de Institución ya que en sus espacios sociales y materiales se generan lógicas de relaciones de poder, no obstante, los sujetos que ahí se relacionan realizan parte de su vida fuera de éstas.

En tal sentido, “La barrera que las instituciones levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (Goffman 2001: 27), lo anterior implica el quiebre del individuo y sus diversos roles en la sociedad, para constituirse en un interno, eliminando las funciones que previamente desempeñaba. Lo anterior queda reflejado en el concepto de “muerte civil” relacionado con el despojo temporal o permanente de sus derechos (derecho a voto, derecho a manejar dinero, etc) (Goffman 2001) lo que alude también a una infantilización de los y las internas.

En el caso de las instituciones de salud mental estas son “socialmente validadas y se les delega la función de recibir a personas que por su condición de salud se les considera “distintos”, individuos que deben salvarse de su estado: la locura. El aislamiento y la conceptualización de la otredad se hacen praxis en estas personas” (Paredes 2018: 17). De esta manera las instituciones se presentan “como conjuntos englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, en el pensamiento y en la psique de cada uno

de sus miembros” (Enríquez 1989: 92). En ese sentido, constituyen un conjunto cultural, simbólico e imaginario:

- 1) Cultural, porque ofrece un sistema de valores, acciones y pensamientos que busca modelar conductas de los individuos. Establece consecuentemente un sistema estructural, un modo de vivir delimitado por rituales, expectativas de roles, sitios, conductas observadas que permitan el funcionamiento colectivo de dicho lugar. En ese sentido, se establece un tipo de vínculo social en donde los distintos actores se definen en función del otro. No obstante, se debe considerar que el modelo de sociabilización que se pone en práctica puede diferir diametralmente de los principios estructurales y teóricos por lo que éste se construyó (Enríquez 1989).
- 2) Sistemas simbólicos. Las organizaciones poseen una serie de mitos unificadores, ritos de iniciación, de tránsito, entre otros; “cuya función es sedimentar la acción de los miembros de la institución, serviles como sistema de legitimización, dando así sentido a sus prácticas y a su vida” (Enríquez 1989: 90)
- 3) Sistemas imaginarios. Esto guarda relación con la identificación de los sujetos con las instituciones, siendo éstas madre benévola y protectora como a su vez, madre devoradora. Las que se presentan en extremo frágiles y amenazadas constantemente por el caos (Enríquez 1989).

Estos diversos aspectos que la componen manifiestan un correlato material que está representado estructuralmente en el caso de la Salud Mental en los manicomios, hospicios u hospitales, pero cuyo repertorio es mucho más amplio ya que incluye además el cuerpo del individuo como eje en donde se materializan dichas prácticas. De esta forma, el análisis de los elementos relacionados no solo con la imposición de un espacio determinado sino también de una serie de normas y su universo simbólico permiten adentrarnos en los métodos de exclusión y de resistencia de los individuos y sus cuerpos.

En esta línea hay una serie de trabajos en torno a este tipo de lugares de internamiento o encarcelamiento (*Interment places*) y relacionados directamente con la práctica de la organización material en espacios destinados a controlar y restringir el movimiento de una persona o un grupo de ellas. Los sitios de internamiento o aislamiento pueden variar en tamaño, no obstante, tienen en común que sus límites están definidos ya sea por cercos, paredes o incluso por el miedo (Moshenska y Myers 2011). Estos espacios pueden ser el

resultado de procesos judiciales y/o médicos cuyo sustento es relativo al contexto sociohistórico, pero que tienen en común la privación de libertad y la violencia.

Como plantea Piddok (2009) la arqueología de las instituciones presenta desafíos únicos desde un punto de vista teórico y metodológico ya que se debe considerar tanto los edificios como el uso de la cultura material institucional y las regulaciones que limitan la posesión de artículos personales. Esto último, dificulta aspectos como vincular los objetos presentes en las excavaciones con grupos particulares, pero es esta misma característica la que hace posible adentrarse en las dinámicas propias de las instituciones totales y sus prácticas de resistencia.

Así se integra una mirada del espacio, la arquitectura y el desarrollo de instituciones totales que nos permite entender las dinámicas sociales internas y externas en donde la materialidad como expresión de ambas juega un rol fundamental para comprender los procesos que viven los individuos que forman parte de ellas, especialmente los excluidos. Exclusión que se enmarca en distintos niveles desde una perspectiva interseccional en la que se articulan aspectos como género, condición social, clase, origen étnico, salud y condiciones mentales.

En ese sentido, para este trabajo destaca la relevancia del desarrollo de medidas de control propias del higienismo, relacionadas con prácticas materiales como una arquitectura *ad hoc*, cuyo rol activo dentro de los hábitos de ordenamiento y de exclusión social, son uno de los ejes para el estudio de las instituciones totales. No obstante, no son el único eje material, comprendiendo que las instituciones totales se vinculan directamente al control de los y las internas en el contexto de una racionalidad moderna, en donde son dichas personas y sus cuerpos –espacio en disputa– la base del dominio y la exclusión, y sobre las que surgen las prácticas de resistencia.

Asimismo, se debe ampliar la comprensión de los espacios asilares en la actualidad, más allá de la mirada vinculada al poder y la disciplina planteada por Foucault y cómo ésta se inserta en lo que Han (2012) establece como la sociedad del cansancio propia del siglo XXI, la que se define materialmente por torres de oficinas y gimnasios, la del “yes, we can”. En ese sentido...”A la sociedad disciplinar todavía la rige el no. Su negatividad

genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario produce depresivos y fracasados (Han 2012: 27)”.

Por eso, el rol de los espacios de salud mental en dicho contexto es también un eje a considerar al momento de analizar las prácticas materiales actuales.

2.4. Las Prácticas Sociales de exclusión y el cuerpo.

Uno de los aspectos centrales a analizar en el presente trabajo lo constituyen las prácticas sociales. Aunque existe un extenso desarrollo teórico en torno al concepto de práctica social, se rescata la perspectiva de Reckwitz (2002) quien señala que estas son una forma rutinizada de conducta compuesta por distintos elementos interconectados correspondientes a actividades del cuerpo, actividades mentales, objetos y uso, y otras formas de conocimiento tales como significados, saberes prácticos, emociones y motivaciones (2002).

En ese sentido, se comprenden las practicas sociales como la interconexión de los distintos aspectos antes nombrados, en donde se resalta el rol de la materialidad y los objeto como elementos constitutivos de éstas. Lo anterior se expresa por ejemplo en los espacios institucionales relacionados con un repertorio material específico abocado a la exclusión a través de edificios y lugares de apresamiento, aspectos a analizar a partir del enfoque del estudios de la arquitectura y el espacio presentes en el IPDJHB y su evolución en el tiempo. Se suma las condiciones de falencia material, observadas en la pobreza en la que se sometía a parte de las personas internas y cuya expresión material son el resultado de prácticas sociales que involucran actos, personas y objetos.

Por tanto, se pone énfasis en las prácticas vinculada a la exclusión social, concepto que se refiere a la ruptura del vínculo social a través de un proceso de disminución de la participación y/o integración inadecuada de parte de una persona o un grupo de ellas a ésta. Dicho concepto se vincula con el de Cierre Social (*Social Closure*) inicialmente propuesto por Weber quien sostenía el desarrollo de una serie de estrategias de ciertos grupos para lograr y mantener la dominación, sustentada desde una perspectiva económica en torno a la satisfacción que depende de adquirir recursos limitados y cómo esto deriva en procesos de exclusión (Baehr 2016). No obstante este concepto es ampliado

por Parkin (1979), aludiendo que no son únicamente los factores económicos los ejes de división grupal y conflicto, sino que se deben integrar distintos niveles de realidad que incluyen estos procesos (Baehr 2016).

Se comprende, consecuentemente, que la exclusión social es multifactorial ya que requiere de diversos actores, además de un entramado complejo de relaciones sociales, políticas, culturales y económicas y sus interrelaciones, que establecen diversas dimensiones, comprendiendo que poseer una puede aumentar los riesgos de poseer más dimensiones de exclusión (Silver 1994). En ese sentido, las enfermedades mentales pueden verse, según sus propias características, tanto como causa y consecuencia de la exclusión social, las que se ven acentuadas a partir de estrategias de discriminación, aislamiento y abandono a lo largo de la historia en instituciones totales.

Bajo ese parámetro la arqueología adquiere especial relevancia ya que permite recoger las implicancias de la materialidad en los procesos de exclusión, entendiendo los objetos como parte constitutivo de dinámicas sociales de división, desigualdad y conflicto.

A lo anterior se suma las prácticas corporales involucradas en el proceso que permite el desarrollo de las prácticas sociales de exclusión en donde los cuerpos involucrados no son meros instrumento sino que involucran necesariamente actividades intelectuales, emocionales y sociales, comprendiendo que estas “dan al mundo de los humanos su orden visible” (Reckwitz 2002:253). Sobre esta base, este trabajo pone énfasis no sólo en los objetos materiales sino también en los cuerpos, estos últimos consistentes en una red compleja que involucra aspectos materiales y mentales— que particularmente, en este caso, son instrumento en donde se expresan y se llevan a cabo en parte las prácticas sociales de exclusión—.

Sobre esta base se le da relevancia al cuerpo, comprendiendo que parte de la historia de la salud:

“es la historia del cuerpo, de quienes han padecido enfermedades y de quienes han buscado el bienestar en hospitales, consultorios médicos, y programas sanitarios. El devenir del cuerpo de pacientes, convalecientes y moribundos, de quienes han intervenido su capacidad reproductiva o de quienes han luchado contra el alcoholismo constituye parte de una historia social más íntima pero no menos

épicoa, más silenciosa pero significativamente cotidiana. Se trata del relato de lo que somos en nuestra más básica expresión: una multitud de cuerpos, de sus dolores, y de pequeños y grandes combates contra la muerte” (Zárate 2008: 10).

En ese sentido, hablar de enfermedad implica necesariamente adentrarnos en los cuerpos y personas que encarnan dichas dolencias físicas y psicológicas, comprendiendo a las instituciones hospitalarias como unidades complejas cuyo objetivo primario se centra en el control y cuidado de las personas y sus anatomías.

El cuerpo humano, como instrumento y superficie de las experiencias vividas ha sido un tema central en la teoría social contemporánea, constituyéndose en un eje relevante dentro de la discusión de las Ciencias Sociales y las Humanidades (Meskell y Joyce 2003; Joyce 2005). Comprendiendo que el:

... “cuerpo es ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo, esto es, no solamente las actividades perceptivas, sino también la expresión de los sentimientos, las etiquetas de los hábitos de interacción, la gestualidad y la mímica, la puesta en escena de la apariencia, los sutiles juegos de la seducción, las técnicas del cuerpo, la puesta en forma física, la relación con el sufrimiento y con el dolor, etc. La existencia es, en primer lugar, corporal” (Le Breton 2018: 9).

Esta constatación, junto con el resultado del creciente desarrollo de tecnologías y avances científicos en torno a la medicina y la genética, que han generado modificaciones en los cuerpos a través de las técnicas reproductivas, –que incluso, visibilizan opciones como la clonación–, han dejado entrever la vulnerabilidad y plasticidad de los mismos. En ese sentido, el dominio del cuerpo en el debate social y la política actual no es difícil de documentar, sin embargo, cada vez se acrecienta más la complejidad sobre cómo abordarlo (Meskell y Joyce 2003).

Bajo esta perspectiva, es que el estudio del cuerpo ha tenido un creciente desarrollo en la antropología, la sociología y la historia, empero, no con esa intensidad en la arqueología (Meskell y Joyce 2003). Aunque los cuerpos humanos, han estado en el centro de la disciplina, son una temática omnipresente, pero a la vez invisible. Esta paradoja se debe

a que si bien los restos humanos constituyen una gran parte del material recuperado en terreno, desde la teoría éstos han sido escasamente considerados (Boric y Robb 2008).

A pesar de todo, las formas en que los y las arqueólogos/as se aproximan ha variado enormemente dependiendo de sus antecedentes y fuentes de inspiración teórica, convirtiéndose cada vez más en un componente sobre el que teorizar (Boric y Robb 2008, Whitehouse 2011, Perego 2015). En tal sentido, aunque la Arqueología aún ocupa un espacio reducido en estas materias, la disciplina ofrece a los estudiosos del tema una perspectiva única anclada en la corporalidad y la materialidad asociada a ésta. Asimismo, la indagación arqueológica en el cuerpo pone en primer plano el desafío antropológico de pasar de hechos físicos aparentemente sólidos a una perspectiva sociocultural, aspecto central en la teoría disciplinar (Joyce 2005).

Con respecto a la Arqueología del Cuerpo es importante rescatar dos aspectos relevantes, de acuerdo a lo que plantean Salerno y Alberti (2015). En primer lugar, una ausencia relativa de la noción de cuerpo a nivel histórico en las problemáticas de estudio arqueológico, lo que se refleja en el predominio por ejemplo de los artefactos por sobre los restos humanos “como evidencia de procesos culturales” (Salerno y Alberti 2015: 10).

El segundo aspecto sería “la relación entre teoría del cuerpo y la modernidad” (Salerno y Alberti 2015:9), destacando que la colocación de la arqueología del cuerpo guarda relación con el impacto relativamente reciente en los enfoques bioantropológicos, los estudios feministas y en la sexualidad, y la teoría *queer*, entre otros. Estos puntos de vista han posicionado el cuerpo a manera de evidencia para comprender aspectos como la masculinidad, la femineidad, y la transexualidad; y han reivindicado a la estructura física y material del ser humano tanto como testimonio de procesos socioculturales y, como foco teórico, pero cuya aplicación, más bien se ha centrado en análisis de carácter “prehistórico”, no obstante, en los estudios vinculados a tiempos recientes ha sido escasa (Salerno y Alberti 2015).

Las primeras aproximaciones en arqueología en las décadas iniciales del siglo XX, generalmente no contemplaron al cuerpo como fuente de información, centrándose más bien en una perspectiva descriptiva de los objetos hallados asociados a los cuerpos, pero sin considerar en muchos casos los restos óseos (Salerno y Alberti 2015).

A fines de la década del cincuenta e inicio de los sesenta destacó el desarrollo de la Arqueología Procesual, corriente caracterizada por su fuerte fe en el poder explicativo de la arqueología a través de una mirada positivista⁵ y con un enfoque eco sistémico vinculado a comprender la cultura como medio de adaptación al ambiente (Binford 1962; Brumfield 1992; Perego 2005). Es en ese concierto teórico que la interpretación de los progresos sociales se vinculó más cercanamente con las situaciones locales de adaptación, mejoradas por factores externos en lugar de la agencia humana como factor de mayor relevancia (Perego 2005).

Fue en este contexto, que el cuerpo como línea de evidencia asociado al estudio de los procesos sociales comenzó a ganar terreno, ayudado de nuevas técnicas y aproximaciones bioarqueológicas, destacando los estudios antropométricos y las primeras interpretaciones sobre el tratamiento funerario de los cadáveres (Perego 2005; Salerno y Alberti 2015). Sin embargo, las miradas ancladas en la perspectiva procesual se sustentaron en un modelo mecanicista sobre la anatomía, el que fue entendido como “una suerte de subsistema, o la porción somática y adaptativa de la cultura” (Salerno y Alberti 2015: 10), y aunque no se niega completamente el rol de la volición humana en la producción de cultura, en el pasado las personas eran vistas principalmente como entidades biológicas sometidas a leyes naturales (Perego 2005).

Tomados los planteamientos de Joyce (2005), sobre la base de las propuestas procesuales, en los años ochenta destacó la consideración del cuerpo a partir de dos miradas principales. Por un lado está su comprensión a partir de sus “componentes físicos o esqueléticos” considerándolo como registro a través del cual se identifican aspectos como las dietas, y la salud en general (Joyce 2005; Salerno y Alberti 2015).

En la otra mirada, se ha visto la representación del cuerpo en la arqueología desde una perspectiva binaria en función de las ideas culturales sobre masculinidad y feminidad (Joyce 2005). Esto, dentro de una lógica bastante rutinaria, destacando que desde la disciplina se identifican constantemente organismos sexuados; sin embargo, rara vez a partir de estos, se genera un cuestionamiento sobre aspectos como la construcción del género y la sexualidad (Joyce 2005). En ese sentido, se desconoce que las realidades biológicas del ser humano sean una construcción social, como se demuestra incluso con

la flexibilidad de categorías como las de raza, edad y género e incluso de los límites del propio cuerpo. Sin embargo, su objetivación ha limitado nuestra comprensión de la experiencia del individuo (Fisher y DiPaolo 2003).

Dentro de esta misma lógica, los y las arqueólogos/as han recurrido comúnmente a representaciones de seres humanos con relación a la noción de cuerpo para proponer interpretaciones sobre aspectos como la edad y la belleza, entre otros; sin cuestionar mayormente las implicancias de la construcción de estas categorías (Joyce 2005). Desde la década de los 90 se ha intensificado en el ámbito anglosajón la presencia de trabajos en torno al cuerpo, vinculado con el surgimiento de la crítica postprocesual, que ha enfatizado la relevancia de la identidad y la agencia humana y en donde toma un importante rol la teoría feminista (Joyce 2005; Salerno y Alberti 2015).

No obstante, hablar de identidad en arqueología no es una tarea fácil, comprendiendo que se ha planteado una falsa dicotomía entre individuo y sociedad, como si ambas ideas constituyeran manifestaciones separadas, siendo el concepto de identidad un elemento clave para comprender que cada sujeto se entiende dentro de un grupo humano y que al hablar de sociedad nos referimos a un conjunto de individuos (Hernando 2002). En ese sentido se trata más bien de un dilema porque se constituye a partir de nuestra singularidad y de nuestra similitud con el resto. Asimismo, la identidad es contingente, relacional y por ello se encuentra en constante construcción y negociación ya que depende de nuestro contexto socio histórico (Íñiguez 2001).

La identidad es perceptible, por tanto, en todas las prácticas cotidianas y desde la arqueología puede ser de difícil aprehensión ya que su expresión material nos da cuenta de tantos factores como relaciones sociales, tradición y contextos generales. En ese sentido, la representación y manipulación del cuerpo es una de las formas más visuales de construir la identidad (Fisher y DiPaolo 2003, Joyce 2005):

“Por medio de la vestimenta, la ornamentación, la modificación del cuerpo, la postura, el gesto y la representación, un individuo tiene la capacidad de "ponerse una piel social", lo que permite la autoidentificación como miembro de un grupo social” (Fisher y DiPaolo 2003: 225)⁶.

A lo anterior se suman las propuestas desde la teoría social, destacando las perspectivas relevantes de autores posestructuralistas como Foucault y Bordieu, ambos críticos de los dualismos modernos (Salerno y Alberti 2015). También se agrega la fenomenológica de Merleau Ponty en la que se resalta la noción de encarnación que hace referencia a la centralidad del cuerpo en la existencia, y este constituye el eje desde donde se apropia el mundo (Merleau Ponty 1962). En ese sentido, el espacio no puede ser comprendido sin los cuerpos que lo aprehenden y lo perciben, siendo a partir de éstos que se construyen realidades y experiencias de vida de las personas en el mundo. El estudio del diseño y uso del espacio también debe enmarcarse en la experiencia vivida desde los cuerpos para comprender las dinámicas de uso y apropiación de éste, en el cual transitan diversos actores cada uno con distintas identidades (Fisher y DiPaolo 2003), a menudo simultáneas pero que se vinculan a lugares y relaciones sociales en particular.

El cuerpo como objeto se convierte en un eje material donde se expresa y se apropia del espacio, en el que se manifiesta la enfermedad y la salud y se materializan las prácticas de despojo del propio yo, para convertirse en un interno en el contexto de los espacios totales. Esto se vincula a la idea del “cuerpo como objeto y blanco de poder. Cuerpo que se manipula, que se da forma, que se educa, que obedece. Un cuerpo dócil que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado” (Paredes 2018: 61).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3. Introducción

La metodología planteada busca recolectar y analizar diversas líneas de evidencia, (Lightfoot 1995), sumando así a la arqueología como estrategia para ganar conocimiento. Tomando la propuesta de Piddock (2007) vinculada a sus estudios arqueológicos en espacios institucionalizados, como los asilos psiquiátricos, se plantea la necesidad de utilizar técnicas no tradicionales que permitan acercarse al objeto de estudio, debido a la complejidad de abarcar espacios de salud mental muchas veces aún en uso.

Bajo esta perspectiva se presenta una metodología basada en los trabajos de Piddock (2002, 2009) que plantea a partir de la propuesta de Leone (2007) el uso de la teoría de rango medio en la arqueología histórica. Esto se sustenta en la premisa de que hay independencia del registro documental y del arqueológico, al igual como ocurre entre el registro etnográfico y el arqueológico. De tal modo, el registro documental al igual que el etnográfico permite generar un marco descriptivo del cual derivan expectativas sobre el registro arqueológico y a su vez discrepancias entre ambos. Se busca, por tanto, una mirada analítica que permita desde distintos registros comprender el diseño y uso de espacios de salud mental y su evolución especialmente en el IPDJHB.

En ese sentido, el objetivo primordial corresponde al estudio integral de los procesos de culturización del espacio a partir del análisis del diseño, planificación y usos de éstos en distintos periodos. De aquí derivan perspectivas sobre la reconstrucción histórica del uso del espacio por parte de las personas y sus cuerpos y sobre las implicancias sociales y políticas relacionadas con los usuarios de estos lugares. Para esto se trabajó en la revisión de fuentes escritas y gráficas, como planos y fotografías; entrevistas semiestructuradas; inspección visual y registro; análisis y lectura de paramentos y excavación.

3.1. Recolección y análisis primario de fuentes.

Se analizaron fuentes primarias y secundarias, correspondientes a bibliografía, documentos y entrevistas asociadas a la historia de la Salud Mental en Chile y, en

específico, en lo referido a la Casa de Orates, Manicomio Nacional e Instituto Psiquiátrico, que son las instituciones de salud mental que operaron en el espacio de estudio del presente trabajo, el actual Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. En concreto se realizó la labor de revisión de fuentes en la biblioteca y archivo del actual IPDJHB, en el Museo de la Medicina de la Universidad de Chile, el Archivo y Biblioteca Nacional de Chile, el Archivo Nacional de la Administración (ARNAD), el Archivo de Aguas Andinas, entre otros.

Se rescató, además de la recolección de documentación escrita, material gráfico correspondiente a dibujos, planos y fotografías de los espacios analizados con el objetivo de examinarlos desde una perspectiva arqueológica. Se recabaron los aspectos materiales presentes en ellos, que permitieron dar pistas sobre las dinámicas de diseño y uso del IPJHW y sus implicancias sociopolíticas.

Este trabajo implicó un acercamiento que comprendió tres escalas de análisis. La primera de ellas es una mirada contextual, relacionada con la construcción de antecedentes generales para comprender la dinámica regional del periodo de estudio. La segunda escala corresponde a una mirada intermedia relacionada con un acercamiento sobre los espacios de estudio, comprendiendo los antecedentes del actual IPDJHB que permitieron jerarquizar hitos espaciales relevantes para el desarrollo del análisis *in situ*. Finalmente, la escala micro está relacionada con aspectos específicos de las zonas observadas lo que dio la posibilidad de enriquecer la interpretación de las áreas particulares de análisis a modo de estudio de caso.

3.2. Inspección visual.

Se realizó una inspección visual, consistente en la búsqueda pedestre de distinto tipos de evidencia que permitiera dar cuenta de la evolución constructiva y material del IPJHB. Esta inspección se efectuó a partir de la división del instituto en tres sectores: (1) sector norte, que comprende los edificios de corta estadía; (2) sector suroeste, correspondiente el área que va desde el acceso hacia el sur, colindando al oriente con los estacionamientos; y (3) el sector sureste donde actualmente se encuentran los estacionamientos (ver figura 3.1).

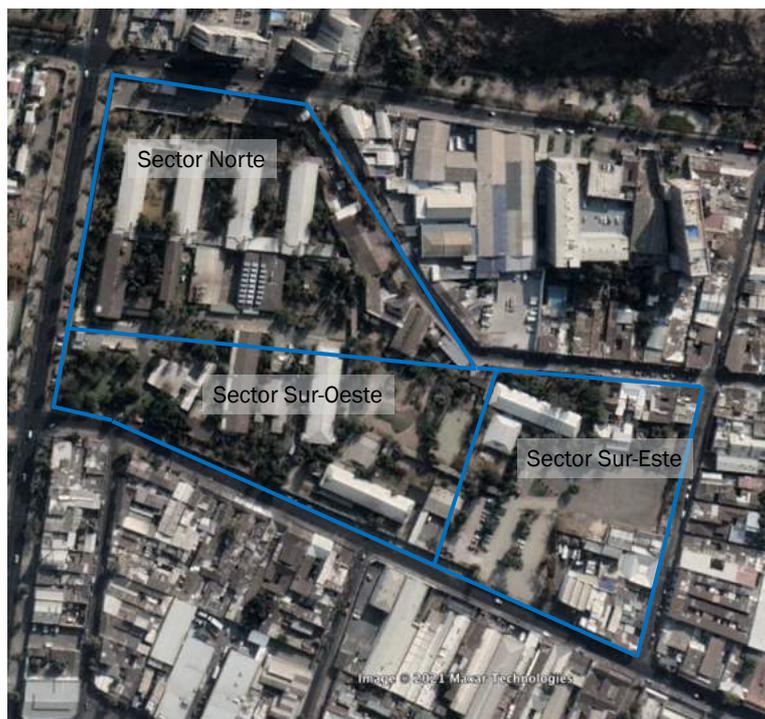


Figura 3.1. Sectorización de áreas de inspección visual a partir de Google earth
Fuente: Google earth

Es importante mencionar que la inspección visual se sustentó en la aplicación de dos criterios principales: el primero es el de accesibilidad, que se mide por el esfuerzo y el tiempo que necesita una persona para alcanzar un punto concreto del establecimiento y que está directamente relacionado con la topografía, las vías de comunicación y la vegetación (Fernández 2000). En este caso se suma la posibilidad de acceso en función del uso actual del lugar comprendiendo que el Instituto se encuentra en funcionamiento y posee recintos de acceso restringidos. El segundo criterio corresponde al de visibilidad, que se refiere a la factibilidad que ofrece el medio físico para la localización de yacimientos.

A partir de la revisión de los sectores definidos se realizaron transectas paralelas de 15 metros. Al encontrarse hallazgos, estos fueron fichados estableciéndose criterios de registro general (nombre de sitio, sector y georreferenciación); descripción del entorno; y criterios específicos (tipo de registro, características materiales, tamaño y/o extensión, posible funcionalidad y temporalidad relativa, estado de conservación, etc.) (ver Anexo 1). Asimismo estos hallazgos fueron fotografiados y posteriormente posicionados en un sistema de información geográfica.

Los datos recabados luego fueron comparados con las fuentes escritas, gráficas y testimoniales para interpretar aspectos relacionados con cronologías relativas y dinámicas de uso y modificación de los espacios.

Igualmente, a partir de la inspección se determinó el área de interés para la elaboración de análisis constructivo y lectura de paramentos, utilizándose como criterio la presencia de distintas tipologías constructivas y materias primas que permitieran dar pistas de diversos periodos de construcción, reutilización y abandono de zonas determinadas. Se sumó además el criterio de accesibilidad, comprendiendo que el IPJWB es un lugar en uso fue necesario seleccionar un área que permitiera el trabajo *in situ*.

3.3. Análisis sobre diseño, construcción, uso y abandono del espacio.

Para el análisis del diseño, construcción, uso y abandono del área de estudio y sus implicancias sociopolíticas se plantea la necesidad de establecer escalas de observación que permitan generar un acercamiento metodológico para abordar la problemática de estudio. Se toman las premisas espaciales de Clarke (1977) las que dan la posibilidad de establecer un primer diagnóstico de lo particular a lo general. Los niveles son los siguientes: (1) el nivel micro que constituye la escala dentro de una estructuras, entendiendo estructura como la unidad más pequeña seleccionada o construida que contiene actividades humanas y sus consecuencias; (2) el nivel semi micro que corresponde a los sitios y se examinan con modelos sociales y arquitectónicos, definiendo sitio como un locus geográfico que contiene un conjunto articulado de actividades humanas o sus consecuencias y a menudo un conjunto asociado de estructuras; y (3) finalmente el nivel macro correspondiente al análisis desde una perspectiva regional que permitirá establecer un panorama general sobre los patrones espaciales.

A su vez, se tomaron los principios de la Arqueotectura (Arqueología de la arquitectura), los que establecen que el “edificio arquitectónico es un yacimiento arqueológico, perteneciente a la Cultura Material—y, como tal, susceptible de ser estudiado con metodologías arqueológicas” (Mañana *et al.* 2002:21) y busca maximizar el uso de la información que los restos arquitectónicos aportan sobre el conocimiento de las sociedades, desde su patrón de subsistencia hasta el universo simbólico (Mañana *et al.* 2002: 24).

A partir de esto, se estableció una metodología de análisis a través de dos enfoques complementarios:

a. Análisis estratigráfico, el que constituye parte de los análisis formales que:

...“tienen como fin último el estudio de los patrones espaciales y constructivos que son implementados por un determinado tipo de sociedad, cuyos rasgos formales se plasman en la construcción tanto vertical como horizontalmente” (Mañana *et al.* 2002: 32).

b. Análisis de percepción en arquitectura, específicamente el Análisis Gamma.

Con relación a lo anterior, se efectuaron los siguientes pasos metodológicos:

3.3.a. Análisis de fuentes escritas y gráficas. Se realizó una búsqueda de diversas fuentes primarias y secundarias con el objetivo de identificar, recoger y estudiar información útil para complementar la historia constructiva, abandono y reutilización del actual Instituto Psiquiátrico. Dentro de las fuentes destacan bibliografía y documentos relacionados con los antecedentes históricos y constructivos de la Casa de Orates, información gráfica de archivo como fotografías y mapas, que permitieron definir el área de muestreo arqueológico, muestreo que además debió considerar las posibilidades otorgadas por la dirección del Instituto, ya que éste es un espacio en uso.

A partir de estos datos se efectuó un estudio de la historia lo que implicó obtener información sobre la planificación de los edificios y las distintas fases de su construcción; los tipos de materiales utilizados considerando su calidad, elaboración, origen y obtención; además del esfuerzo y la inversión de recursos. Según Ayán (2001) la observación arquitectónica debe comenzar por una investigación que considere descripciones precisas de las construcciones, poniendo de manifiesto las características genéricas de la arquitectura del asentamiento en estudio.

3.3.b. Definición de áreas de muestreo. Un segundo nivel de búsqueda, incluyó la selección de áreas de muestreo definido por las posibilidades de aproximación a partir de dos criterios básicos. El primero de ellos se refiere al criterio histórico-material y el segundo al de accesibilidad.

El criterio histórico-material se estableció a partir de la definición de los distintos periodos constructivos de la Casa de Orates, el Manicomio Nacional y el Instituto Psiquiátrico, con el objetivo de reconstruir las trayectorias históricas sobre el diseño, planificación y uso del espacio. Esta información, en conjunto con la inspección visual, los testimonios y la recolección de fuentes escritas, dio orientación sobre la transformación de los espacios y elementos constructivos en relación a los procesos de formación de sitio y en función de las dinámicas de uso que implican estos cambios en los lugares independientemente de su planificación. A lo anterior se suma la pertinencia de aspectos materiales presentes *in situ* que otorgan la facultad de comprender en una escala temporal amplia las dinámicas de la evolución del espacio.

Estos aspectos, que han permitido generar una sectorización del Instituto Psiquiátrico, además coinciden con tipologías constructivas relacionadas con las tecnologías y estilos de los distintos periodos. Por ejemplo, en el caso del actual Instituto Psiquiátrico, ex Casa de Orates, destacan los espacios más antiguos como el teatro, así como otras áreas con edificios abandonados y sitios en uso, entre otros. Asimismo, se incluyen parte del registro de los antiguos de edificios ya demolidos pero de los que aún se observan pisos, muros y otros restos.

El segundo criterio lo constituyó la accesibilidad comprendiendo que el IPDJHB es un espacio en uso, por lo que no todas sus dependencias pudieron ser examinadas *in situ*.

3.3.c. Lectura de paramentos y secuencias estratigráficas. Para este objetivo se definieron unidades estratigráficas, elementos interfaciales y sus secuencias, con el fin de establecer las características estratigráficas complejas que presentaba el sitio, cuyo orden secuencial permite definir aspectos históricos sobre los procesos constructivos y de formación del sitio. En este caso, se evalúa la relevancia del análisis de la estratigrafía muraria o lectura de paramentos la que se sustenta en entender “que los edificios son objetos pluriestratificados, construidos a lo largo del tiempo atendiendo a procesos constructivo- destructivos y diacrónicos” (Mañana et al 2002: 19).

Se comprende que no hay equivalencia entre el registro arqueológico y el contexto sistémico o de uso (Schiffer 1988). Se entiende, a su vez, que existen diversos procesos de formación de sitio que deben evaluarse para el desarrollo de una interpretación_que

permita recoger la historia de vida de los objetos y en particular en este caso asociado a la arquitectura.

La estratigrafía se representa a través de la matriz Harris (1998), metodología a partir de la cual se identifican unidades estratigráficas (UE) para esquematizar secuencias relativas de la arquitectura de los sitios analizados. Esto se realiza basándose en los principios de superposición, de horizontalidad y continuidad original y de sucesión estratigráfica, preceptos que han sido adaptados y aplicados dentro de la arqueología de la arquitectura. Este proceso permite establecer “cronotipología de aparejos y elementos singulares”, lo que supone la identificación de elementos constructivos que pueden ser tipologizados dentro de los restos arquitectónicos analizados ya sean ventanas, o tipos de aparejo y su referenciación dentro del edificio que permitieron cooperar en el establecimiento de las secuencias cronológicas.

Complementariamente, se realizó el levantamiento de algunos de los espacios a analizar a través de un scanner 3d marca Trimble X7 que posee una resolución de 2mm, con un rango de 0.6 a 80 metros de distancia, con autonivelador y tres cámaras integradas, con el propósito de graficar los lugares a estudiar a través de una nube de puntos y fotogrametría. Esto permitió ver en detalles las características de los distintos elementos constructivos presentes en las áreas seleccionadas.

Sumado a la lectura de paramentos sobre la cota cero, se aplicó excavación arqueológica en zonas donde se buscó complementar parte de la historia constructiva a partir de la configuración de los depósitos. Siempre entendiendo que la génesis de los depósitos bajo la cota cero responden a las lógicas de procesos de formación de sitios presentes en los depósitos elevados (Mañana *et al.* 2012). En ese sentido, se establece una aproximación integral dejando fuera la dicotomía sobre y bajo la cota cero, lo que permitió graficar y comprender de forma más clara los procesos de formación de sitio y sus dinámicas culturales (Goldschmidt *et al.* 2021).

Para aplicar la metodología descrita, se realizó observación visual apoyándose con fotografía y documentación gráfica, con el objetivo de:

- 1) diferenciar, enumerar y describir elementos o interfaces, denominadas Unidades Estratigráficas (UE);

2) Observar los distintos elementos y entender las acciones que los crearon o destruyeron, las relaciones que mantienen e interpretar sus secuencias cronológicas;

3) Elaborar fichas analíticas. Se utilizaron dos fichas elaboradas en el Proyecto FONDEF ID14I10187 Colecciones de Referencia para el Patrimonio Construido- Identificación microestructural de materiales y macroestructural de sistemas constructivos patrimoniales, trabajo hecho por Goldschmidt y colaboradores (2017) con el fin de definir etapas constructivas en áreas establecidas y procesos de abandono y/o reutilización a través de un modelo analítico (ver figura 3.2), que posee 3 fases. Particularmente se planteó el uso de la primera etapa referida a la contextualización espacial y temporal, ya que constituye un primer acercamiento que sería de gran relevancia complementar con análisis arqueométricos en el futuro.

La primera ficha busca recoger datos esenciales de cada una de las UE, donde se incluya información sobre la identificación (nombre, número y ubicación), descripción (materiales y técnica constructiva), relaciones estratigráficas e interpretación (sumando los análisis funcionales y posibles dataciones) (ver anexo 4). La segunda trata de graficar la matriz de Harris, y forma parte de la etapa de contextualización (ver anexo 5). Específicamente se buscó establecer las relaciones temporales entre las diferentes UE para construir diagramas, con el objetivo de elaborar la secuencia estratigráfica final.

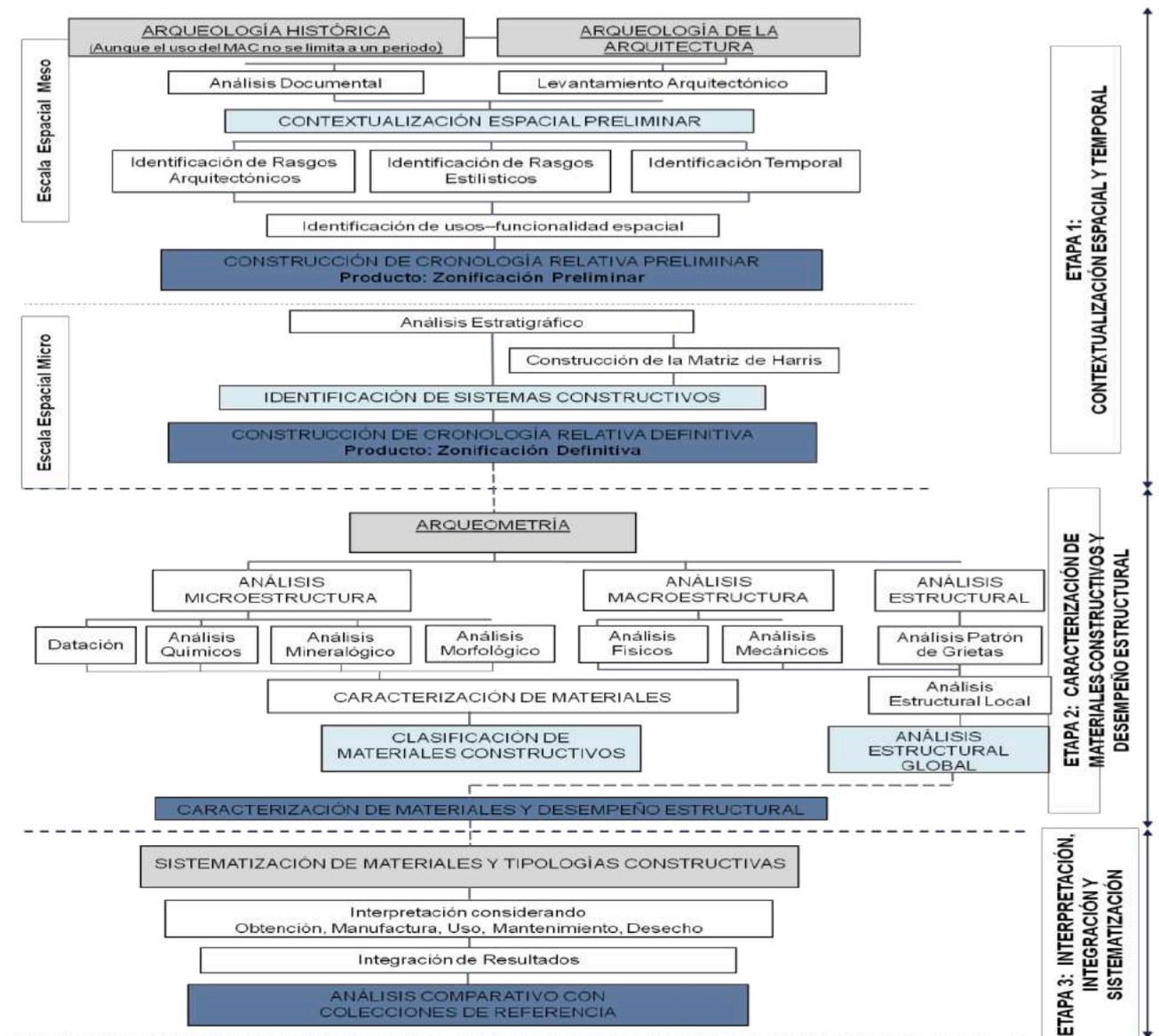


Figura 3.2. Cuadro fases de recolección y análisis de información sobre patrimonio Construido. Proyecto FONDEF ID14I10187 Colecciones de Referencia para el Patrimonio Construido- Identificación microestructural de materiales y macroestructural de sistemas constructivos patrimoniales. Particularmente se utilizó la etapa 1 de dicho modelo. Fuente: (Goldschmidt et al. 2017: 999).

Análisis estratigráfico o lectura de paramentos		
Arquitectura protohistórica e histórica		
Método Harris		
- Identificar, ordenar y datar las etapas de vida del edificio - Análisis pormenorizado de unidades estratigráficas - Establecer la secuencia estratigráfica del edificio		
Carácter	Instrumentos	Proceso de análisis
Instrumental	Documentación gráfica	Documentación gráfica, Planimetría
Flexibilidad	Sectores	Diferenciación de sectores Diferenciación, numeración y descripción de elementos Lectura de relaciones temporales
	Numeración	
	Fichas analíticas	Elaboración de diagramas Reducción, periodización y correlación Identificación de actividades Simplificación elementos
	Listados	
	Diagramas	
		Documentación histórica
		Síntesis y datación
		Elaboración de un archivo de recogida de información
		Publicación

Figura 3.3. Síntesis Análisis estratigráfico
Fuente: (Mañana *et al.* 2002: 32).

3.3.d. Análisis de la percepción en arquitectura. Análisis Gamma. El desarrollo del análisis de la percepción en arquitectura es una aproximación que permite comprender el espacio y su materialidad desde una perspectiva contextual basada en los aspectos culturales y biológicos. Lo anterior, comprendiendo que la percepción es de carácter biocultural ya que depende de estímulos físicos y las sensaciones involucrados, así también de cómo discriminamos y estructuramos los diversos estímulos y las sensaciones que estos generan (Vargas 1994). De tal forma, dichas experiencias “adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia” (Vargas 1994: 47).

En ese sentido, los análisis de percepción buscan comprender, “cómo un espacio arquitectónico ha sido construido para propiciar cierta percepción, qué aspectos físicos concretos se advierten y cómo éstos influyen en nuestro movimiento y visión de una determinada arquitectura” (Mañana 2003: 177). Esto con el objeto de identificar las lógicas simbólicas y sociales a partir de la cual fueron organizados dichos espacios (Mañana *et al.* 2002).

Sobre esta base, se realizó una aproximación analítica en torno a la percepción de los espacios y la arquitectura, específicamente vinculado a la percepción del movimiento, correspondiente a parte de los estudios sintácticos del espacio que buscan analizar “las relaciones espaciales de una construcción por medio de la circulación entre ellos y el significado social subyacente” (Mañana 2003: 178). De estos estudios se utilizó particularmente para este trabajo el denominado “Análisis Gamma”.

El Análisis Gamma propuesto por Hillier y Hanson (1984) en su libro *The social logic of Space*, busca evaluar la accesibilidad de las estructuras por medio del número de umbrales que permiten su entrada y, consecuentemente, estudia el grado de articulación de un espacio con otro (Sánchez 1998; Zarankin 1999; Mañana 2003). Las estructuras arquitectónicas son el sistema de espacio en el que vivimos y nos movemos, estas otorgan precondiciones materiales que determinan patrones de movimiento, encuentros y desencuentros, patrones que impregnan nuestras experiencias cotidianas y permiten generar relaciones sociales (Hillier y Hanson 1984). En ese sentido, Hillier y Hanson (1984) proponen un modelo teórico-metodológico para la investigación de la relación sociedad-espacio y de sus lógicas sociopolíticas

Los fundamentos del Análisis Gamma se originan en la rama de las matemáticas conocida como teoría de grafos, que se ocupa del estudio de relaciones topológicas. Para aplicar la teoría de grafos a Arquitectura, a partir de una técnica de mapeo o abstracción, se convierten entornos espaciales complejos en un conjunto de relaciones topológicas. Lo anterior, con el objeto de estudiar el grado de accesibilidad de las estructuras arquitectónicas en función de sus múltiples formas de ingreso, y cómo éstas articulan diversos espacios (Sánchez 1998, Zarankin 1999, Mañana 2003, Goldschmidt 2010).

Este tipo de análisis estudia el grado de accesibilidad en las diversas estructuras por medio del número de umbrales que permiten su ingreso. Siendo de mucha importancia las vías de acceso y la forma en que éstas articulan un espacio con otro (Zarankin, 1999; Mañana *et al.* 2002; Funari y Zarankin,2003). Asimismo, permite graficar el grado de separación de los espacios desde el exterior al interior, es decir, establecer niveles jerárquicos (complejidad vertical), en donde generalmente los de carácter público se encuentran orientados hacia el exterior y los privados hacia el interior de las estructuras (Blanton 1993).

Se suma la propuesta de Blanton (1993) quien a partir de la aplicación del Análisis Gamma propone escalas para medir y comparar las dinámicas de diseño e integración de las distintas áreas. Dichas escalas permiten identificar espacios distributivos y no distributivos a partir de una serie de índices aplicados a las zonas arquitectónicas que definen cómo éstas se articulan, los que se detallan a continuación:

- Índice de integración: busca medir el grado de restricción dentro de las estructuras. Es el resultado de dividir el número de nodos por la cantidad de puertas o pasajes en la estructura. Esto significa que toda estructura tendrá como mínimo un acceso por lo que 1 es ejemplo de la restricción máxima (Zarankin 1999).

- Índice de complejidad A: se establece sumando la cantidad total de conexiones o accesos que tiene cada nodo dentro de la estructura.

- Índice de complejidad B: ve la accesibilidad de los nodos respecto al exterior; es decir cuántos nodos tengo que pasar desde un punto determinado para poder salir al exterior (Zarankin 1999). Se vincula con la medición de profundidad jerárquica o niveles jerárquicos definidos por Blanton (1994).

- Índice de especialización: número de nodos que se describen en términos de funcionalidad específicos. No obstante, contabilizar los espacios especializados es a menudo un esfuerzo subjetivo porque, rara vez, se dan descripciones en detalle del uso de estos, y muchas veces cada uno de ellos puede tener usos alternativos (Blanton 1994). Particularmente en este caso no se considerará este índice ya que los planos utilizados no poseen la información completa sobre la funcionalidad de cada una de las estructuras.

Este tipo de análisis se aplica tanto en los primeros espacios hospitalarios como en los lugares de salud mental de diversas temporalidades, sobre todo, para evaluar prácticas de mantenimiento de exclusión social y vigilancia, incluso en la actualidad.

A partir de los acercamientos antes expuestos se abordó una mirada contextual que abarcó desde la escala micro, relacionada en este caso con aspectos como las tecnologías constructivas y los procesos de formación de sitio; la escala semi micro, vinculada a los patrones generales y específicos presentes en los recintos y que permitirá observar la integración de los distintos espacios y su uso a través del tiempo; y la escala macro, relacionada con una mirada regional que permitirá establecer comparación entre sitios (Clarke 1977).

3.4. Excavación arqueológica y análisis en laboratorio.

Por otra parte, en el contexto de analizar la historia constructiva y postdeposicional de parte de los espacios de salud mental, además de la lectura de paramentos, se realizó un sondeo dirigido a un cimiento en las dependencias del IPJHB. En particular, se efectuó un sondeo acotado de 1 x 1 metro. El pozo se posicionó en función de tres ejes, (1) los resultados de la inspección visual; (2) su comparación con respecto a los planos antiguos y (3) la accesibilidad comprendiendo que el IPJHB es un espacio actualmente en uso. La intervención estuvo delimitada respecto a la profundidad de excavación por el periodo de estudio, estableciéndose como límite la presencia de registro prehispánico o rasgos constructivos relevantes⁷ como pisos de huevillo, cimientos, entre otros. De todas formas, en el caso de presencia de materialidad prehispánica y/o del periodo Colonial en contextos de relleno, éste fue recuperado.

Es necesario considerar que el Instituto ha sufrido diversas modificaciones a través del tiempo existiendo escaso registro de éstas en las fuentes documentales tanto de la institución como de otros Archivos (Archivo Nacional, ARNAD, Biblioteca del Congreso, Archivo de Aguas de Santiago). Por lo tanto, se tomó como principal referencia los vestigios actuales presentes de los antiguos edificios, siendo ésta la guía que permitió determinar el emplazamiento del sondeo.



Figura 3.4. Plano de referencia posicionamiento de edificios diseñados por Fermín Vivaceta, 1858, sobre imagen satelital actual desde Google Earth.

Fuente: Google Earth.

La excavación se realizó siguiendo una metodología mixta, considerando los estratos naturales y niveles artificiales de 10 cm., identificándose y recuperando el material arqueológico y registrando rasgos. El sedimento obtenido de los pozos fue harneado en su totalidad con una malla de 4 mm. Los materiales presentes fueron cuantificados, embolsados y etiquetados en terreno según su procedencia (pozo, capa y nivel) y tipo (óseo y cerámica, entre otros). Posteriormente se procedió a analizarlos en laboratorio.

Se realizó un registro fotográfico de inicio, final, rasgos y foto contextual del pozo en relación al sitio. Las fotos presentan escala, norte geográfico y pizarra con la individualización de los datos del pozo. También se realizó un dibujo de área y perfil por pozo, utilizando papel milimetrado. Cada pozo fue georreferenciado a través de un GPS.

Los distintos estratos y los procesos de su formación, así como la evidencia arquitectónica, fueron identificados como Unidades Estratigráficas, ya sean elementos o interfaces, en la medida que la visibilidad y accesibilidad lo permitió, siguiendo la metodología y sistema de fichas anteriormente descrito. Esto siempre con el fin de interpretar los procesos constructivos y de formación de sitio.

Durante el proceso de excavación se tomaron muestras de sedimento, líticas, argamasa, maderas y ladrillos, además de otros materiales constructivos que pudiesen aparecer para efectuar análisis arqueométricos posteriores al desarrollo de esta tesis⁸ para establecer composición y procedencia.

Se realizó un análisis de laboratorio de los materiales hallados a partir de su identificación y su observación macroscópica con el objetivo de establecer tipologías y procedencias de materiales a partir de su identificación. Lo anterior implica elaboración de inventario, clasificación, procedencias, dibujo, métrica, caracterización macroscópica de pastas, entre otros (anexos 4 y 5).

3.5. Testimonios orales. Entrevistas semiestructuradas.

A lo anterior se suma el trabajo a través de entrevistas semiestructuradas, las que se entienden como una aproximación metodológica que busca a partir de la delimitación de propósitos de la investigación, acercarnos de forma provisional a ellos. Para esto se

establecieron temas y subtemas, así como también preguntas guías las que serán utilizadas de base para la recolección de los testimonios (Hammer y Wildavsky 1990).

Las entrevistas mencionadas se enfocaron en recopilar parte de la historia laboral y personal de empleados en el establecimiento recogiendo aspectos vinculados al uso del espacio, la materialidad, la relación funcionario-usuario y la evolución de estos aspectos a través del tiempo. En particular se trabajó con funcionarios y no con usuarios, por las implicancias éticas. No obstante, al ser la de ellos una visión parcial, igualmente se convirtieron en referencias que permitieron guiar aspectos sobre el trabajo en terreno.

Particularmente las entrevistas se centraron en tres puntos generales correspondientes a sus datos personales, algunas experiencias de vida en el Instituto y recuerdos sobre las características materiales de dicho espacio. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y entregadas una copia a cada uno de los entrevistados y una a la biblioteca del IPDJHW. Para el proceso de escritura de esta investigación se utilizaron fragmentos de las transcripciones con el fin de evidenciar aspectos relevantes para el cumplimiento de los objetivos. No obstante, la lectura completa de los relatos permitió crear un panorama general sobre las implicancias sociales, políticas y materiales de este espacio en los últimos treinta años, así como guiar parte del trabajo de registro *in situ*.

Para realizar las entrevistas se utilizó un consentimiento informado respecto al uso de la información para el presente trabajo el que fue firmado por cada uno de los entrevistados (ver anexo 6). El consentimiento informado consiste en la firma voluntaria de los participantes de la investigación que busca generar confianza en el desarrollo de ésta, relacionada con la seguridad de las personas que fueron parte de la investigación, el conocimiento sobre el objetivo de los estudios, los tipos de financiamiento, y el resguardo y uso de la información, entre otros aspectos (Badel y Kalisky 2009).

CAPÍTULO 4

ANTECEDENTES

4. Introducción.

A continuación se presentan los antecedentes generales referentes a la historia de la salud, la salud en Chile desde su configuración como Estado nación hasta la actualidad, el desarrollo del higienismo, la historia de la psiquiatría a nivel mundial y local y las perspectivas ambientales y espaciales en torno a los lugares de internamiento alienista/psiquiátrico a lo largo de la historia.

4.1. Una mirada histórica a la salud y la enfermedad

La medicina se compone, según el pensamiento hipocrático, de la enfermedad, el paciente y el médico (Rosenberg 1992), siendo estos tres elementos y sus contextos constitutivos para abarcar la experiencia relacionadas con salud. Uno de los elementos más difíciles de pesquisar es la enfermedad, como plantea Rosenberg (1992), que no es un simple estado fisiológico menos que óptimo, sino que se trata de un fenómeno altamente complejos que existe como tal desde el momento en que nos ponemos de acuerdo en ello. Este proceso de clasificación, que se ha ido incrementando desde el siglo pasado hasta la actualidad, se ha vuelto central en el pensamiento médico etiquetando a lo largo de la historia ciertos comportamientos como enfermedad inclusive cuando no presentan una base somática clara, como es el caso de la homosexualidad, el síndrome de fatiga crónica y otros (Rosenberg 1992). En ese sentido, las enfermedades presentan varias dimensiones tanto biológicas como socioculturales y políticas, perspectivas que han sido problematizadas desde un enfoque histórico (Rosenberg 1992; Armus 2002, 2010).

En este contexto, la historia de la salud, desde una mirada amplia, “se ubica en un punto de contacto con otras historias sectoriales: demografía histórica, historia de la higiene, de la tecnología, del urbanismo, de la alimentación, etc.” (Salinas 1983: 100). El análisis de la salud apunta necesariamente a conocer la vida cotidiana, lo anterior en el contexto de que sus variables de estudio, como la enfermedad, por ejemplo, poseen repercusiones en un amplio quehacer tanto social como político y económico (Salinas 1983).

No es casualidad entonces, que distintas disciplinas como la sociología y la antropología se hayan hecho eco del estudio de problemáticas vinculadas con la medicina, comprendiendo la relación entre las enfermedades, el pensamiento y la estructura social (Rosenberg 1992). Se rescata en este contexto la propuesta de L. Eisenberg (1977), quien ofreció a partir de los conceptos en inglés de *disease*, *illness* y *sickness* distintas dimensiones para comprender la enfermedad. El primero de los términos hace referencia a la patología en sí, es decir, al mal funcionamiento de un proceso biológico o psicológico. El segundo concepto, correspondiente al de *illness* se vincula a la percepción del problema y sus aspectos afectivos, sociales y relacionales. Finalmente, el término *sickness* corresponde a la manera mediante la cual un grupo de personas entiende una enfermedad y actúa con respecto a ella. A partir de estas tres dimensiones se comprende la amplitud de formas de abordar las enfermedades como procesos complejos cruzados por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y políticos; y en los cuales la salud y la enfermedad no poseen una definición evidente, sino que son la consecuencia de procesos sociales.

En el caso particular de la psiquiatría y la antropología, ambas disciplinas presentan una importante relación histórica sustentada principalmente en el estudio de la alteridad, destacando intereses comunes que incluyen por ejemplo la relación entre cultura y naturaleza, la comprensión de las expresiones psicopatológicas en ámbitos culturales diversos, entre otros (Comelles 2007).

En relación a los acercamientos a la enfermedad psiquiátrica desde las Ciencias Sociales fuera de los enfoques transculturales, en el contexto del desarrollo de la antropología y sociología médica, se observan las primeras reflexiones a partir de la conexión entre sociedad y salud mental, destacando la asociación al concepto de clase social (Faris y Dunham 1939).

A lo largo del siglo XX el desarrollo de estudios sociológicos permitió, comprender “que existe una causación social en relación a la enfermedad mental, en ciertos trastornos, como por ejemplo la depresión. La sociedad es el origen de la enfermedad mental” (Sánchez 2002: 37). Esta afirmación significa que las variables sociales son elementos a considerar al momento de comprender la enfermedad psiquiátrica, cuestión que pareciese ser una obviedad en la actualidad, pero que es importante analizar a la luz del rol de la

sociedad y las comunidades y las implicancias materiales, tema central de esta tesis, que influyen en el desarrollo de condiciones definidas como psiquiátricas.

Centrándonos en las condiciones psiquiátricas y sobre cómo éstas se han construido sobre la base de distintos ámbitos –como el contexto histórico y la perspectiva biológica, que a su vez involucran aspectos psicológicos, anatómicos o fisiológicos particulares– Berrios (2013) señala la importancia de agregar una mirada transepistémica⁹ que busca determinar constantes entre las variables mencionadas para comprender a la enfermedad no solo desde una mirada relativa a su perspectiva en el tiempo.

En particular este trabajo, pone énfasis en una mirada histórica de la de la salud y su vínculo con los anales de la psiquiatría comprendiendo que a partir de estudios de casos, en diversos periodos, se puede pesquisar y analizar lógicas de poder y sus efectos sobre el cuerpo y las personas (Fassin 2004). En ese sentido, un enfoque histórico vinculado a la psiquiatría y a los espacios de salud mental permite comprender procesos sociales de larga data y su evolución en relación a sus diversos contextos sociales, políticos y económicos y cómo estos se reflejan a partir de aspectos como la materialidad y la espacialidad.

4.2. La salud en Chile. Antecedentes durante el Periodo Colonial.

Entendiendo la medicina como toda tentativa de mejorar por nuestros propios medios o con la ayuda de otras personas los dolores o las alteraciones producidas por las enfermedades, debemos pensar que la medicina tuvo un origen instintivo en la especie humana (Cruz-Coke 1995: 25).

El primer vínculo del territorio del Chile actual con la medicina occidental se observa desde el periodo colonial en adelante. Previamente, los desarrollos de prácticas curativas asociadas a diversos pueblos originarios de la región presentan un correlato material y etnográfico cuyo análisis a nivel etnohistórico y arqueológico ha sido escasamente abordado¹⁰.

Si bien sabemos que las comunidades indígenas generaron formas de clasificación de las enfermedades que les acaecían, con la llegada castellana a América, la medicina oficial pasó a ser la colonial europea. Esta se basó en el desarrollo de la medicina medieval, la que atendiendo a un contexto social teocéntrico consideraba al cuerpo como efímero e

intranscendente, porque el aspecto central del individuo estaba constituido por el alma (Cabanes 2006). Es así que desde sus inicios la medicina occidental sobre todo a partir de siglo VI al X, estuvo orientada principalmente al ámbito religioso, guardando las explicaciones a la voluntad divina. “Los religiosos fueron, ante todo, médicos del alma” (Cabanes 2006: s/p).

Con la llegada de los españoles a América, no solo se integran elementos propios de la construcción de la medicina y el cuerpo europeo, sino que se suma una nueva realidad con la configuración de nuevas castas y con el desarrollo de nuevas enfermedades. Desde el periodo colonial hay importantes antecedentes del desarrollo de la medicina en el territorio americano previo a la configuración de estado nación, etapa en la que las instituciones hospitalarias se vincularon directamente a colectividades religiosas. En el caso particular de la medicina en la época de la Colonia para el territorio del reino, se observan dos momentos relevantes, correspondientes a la Medicina de la Conquista (1536-1616) y la Medicina Colonial religiosa (1616-1823). Este último periodo guarda relación con un momento de “profesionalización” de la actividad con la creación de la Universidad de San Felipe y el Protomedicato (1756) (Laval 1958).

El primer periodo de la medicina de la conquista corresponde a las disposiciones iniciales para el ejercicio de la profesión y el desarrollo de los primeros hospitales. Esto se enmarcó, en la disposición de 1541 de la cédula Real de Carlos I la que mandaba a crear hospitales en pueblos de indios y españoles a los virreyes, gobernadores y audiencias (Barrera 2016). Más adelante, en 1573, Felipe II estableció una ordenanza que mandaba a crear hospitales junto a las iglesias en todas las ciudades o villas en territorio americano (Barrera 2016). Fue así que Pedro de Valdivia fundó en 1552 el hospital de Socorro en Santiago, el que comenzó a funcionar en 1554 en un solar donado a los franciscanos, administrados por el cabildo y que, a partir de 1617 pasó a ser dirigido por la orden de San Juan de Dios (Laval 1958).

En la misma época se fundaron hospitales en otras ciudades del reino como en la Serena, el Hospital “Nuestra Señora de la Asunción” en 1544; en Concepción se construyó otro establecimiento cuya fecha exacta de fundación no es clara pero que fue reestablecido en 1558 a solicitud del gobernador García Hurtado de Mendoza y Manrique con el nombre de Nuestra Señora de la Misericordia. Este último, al igual que el de Santiago, se encontraba bajo la administración de la orden de San Juan de Dios (Barrera 2016).

Con respecto a la organización estos hospitales, aunque las leyes españolas establecían un procedimiento a través del protomedicato, fueron los cabildos los responsables de ellos. En Chile la creación del protomedicato fue recién a fines del Periodo Colonial, por lo que la administración inicial dependió principalmente del Cabildo y, en menor medida, del protomedicato de Lima creado recién en 1570. Este último, fue el responsable de la regulación sobre temas de salud e higiene y entregas de licencias para el ejercicio de la profesión médica, siempre bajo la supervisión del Cabildo.

En relación a la práctica de la medicina para el caso de Santiago, se registra en agosto de 1566 la determinación del Cabildo de una ley de ordenamiento para establecer formas de proceder que buscaba otorgar autorización para el ejercicio de la función médica a quienes consideraba “hábles y suficientes” (Laval 1958: 22) para distintos procedimientos.

Posteriormente, en 1616, destaca la llegada al Callao de cuatro frailes hospitalarios con fray Gabriel de Molina a la cabeza. La llegada de la orden religiosa generó un cambio notable en el manejo y administración de estas instituciones de salud, produciéndose en los primeros 20 años en Santiago el aumento de 12 a 21 camas, sin embargo, estas seguían siendo insuficientes. Asimismo, se modificó la alimentación la que aumentó, entre otros aspectos, gracias a los productos obtenidos en la chacra contigua al hospital, una hacienda en Paine y las cabezas de ganado. No obstante, la situación, fue precaria, sobre todo, después del terremoto de 1647 momento en que se vieron rebajados el los importes recibidos por censo.

El inicio del siglo XVIII trajo consigo una serie de inquietudes relacionadas con el desarrollo incipiente del pensamiento ilustrado, y que en España tuvo especial énfasis con la llegada de los borbones a la corona, la que introdujo cambios administrativos sin precedentes. Con el fin de la guerra de sucesión en 1713 y el creciente predominio inglés, en España se generó una fuerte influencia externa. En este contexto destacó el auge de una dinámica centralista de influencia francesa para el gobierno hispano en el continente europeo. En tanto, para América se estableció la división de los virreinos que en 1776 tuvo como resultados ocho grandes regiones entre las que se contaba la capitanía de Chile (Cruz Coke 1995).

Junto con los cambios administrativos resaltaron grandes avances en el conocimiento, observándose la transición de una sociedad barroca a una ilustrada que aportó al discurso higienista y tuvo como resultado importantes progresos en la medicina y el urbanismo. Así, sobresalió a nivel mundial—el desarrollo de la vacuna contra la viruela avance realizado por el médico inglés Edward Jenner en 1796, lo que produjo siete años después, en 1803, la primera expedición científica dirigida por el Dr. Xavier Balmis, cuyo objetivo fue el de propagar la inoculación, con la cual llegó al continente americano (Ascenci 2009).

Fue debido al creciente impulso del pensamiento ilustrado en América que en 1714 el Cabildo de Santiago se solicitó a la corona la fundación de una universidad, cuyo decreto de creación fue firmado por Felipe V en 1739, con el nombre de la Universidad Real de San Felipe. No obstante, recién en 1756 se creó la cátedra de Prima medicina, y fue Domingo Nevin, quien poseía el grado de doctor y se había formado en la Real Universidad de Reims en Francia, el primero en detentarla (Laval y Duarte 2016). Posteriormente, en 1786 por Real Cédula se creó el protomedicato, estableciéndose que el profesor de Prima Medicina, en este caso Nevin, debía ejercerlo (Laval y Duarte 2016). La jurisdicción del protomedicato se vinculó a las causas criminales en contra de todos los demás que ejercieran la medicina, tanto boticarios, parteras, médicos y cirujanos. Asimismo, asesoraba a las autoridades en relación a los problemas relacionados con salud y estaba a cargo de la enseñanza de la medicina (Laval y Duarte 2016).

Los estudiantes de la cátedra fueron en su mayoría de la orden de San Juan de Dios, el primer alumno fue fray Matías Verdugo, quien se matriculó en 1758 y cursó medicina hasta 1761 cuando se fue a Lima en donde prosiguió sus estudios en la Universidad Mayor de San Marcos. Luego de tres años de permanencia en Lima se tituló de licenciado y doctor en Medicina realizando su trabajo en el Hospital San Juan de Dios en Santiago (Laval y Duarte 2016).

Fue en ese contexto que la medicina comenzó a desarrollarse con mayor presencia en la sociedad no solo con la formación de médicos en el territorio sino también con la fundación de nuevos hospitales como los de Valdivia (1645), Valparaíso (1785) y Chillán (1786), todos bajo la orden de San Juan de Dios (Barrera 2016). Igualmente se integran nociones de diseño de espacio hospitalario dentro de la estructuras de carácter religioso, destacando en 1796 la construcción en el Hospital San Juan de Dios (Leyton 2005).

Junto con lo anterior, se observaron otras iniciativas no dirigidas por órdenes religiosas como fue el primer hospital de mujeres “San Francisco de Borja” en Santiago, fundado en 1772 pero cuyo funcionamiento se inició en 1782¹¹. La institución contó con 50 camas para mujeres y nació a partir de la solicitud del Cabildo de Santiago al rey de una propiedad de los jesuitas para el Colegio del Noviciado de San Francisco de Borja, con el objetivo de abrir una institución destinada a mujeres (Barrera 2016). Hay que rescatar en esta línea los planteamientos del historiador Benjamín Vicuña Mackenna (1877) quien señaló la presencia temprana de curanderas femeninas en la medicina colonial desde una perspectiva peyorativa, relacionada con la machi, estableciéndose una doble subalternidad: la de indígena y la de mujer. Asimismo, el ser mujer dentro de la sociedad hispana también significó una condición de desigualdad al acceso a la medicina oficial, la que quedó en manos de la iglesia y de las médicas, mujeres generalmente indias o mulatas¹².

Durante el periodo colonial los hospitales constituían asilos. Esto quiere decir que se centraban principalmente en la función de cuidar, más que de sanar y se vinculaban más a los desvalidos, es decir, a los pobres, relacionando estos espacios con la caridad cristiana. De este modo:

... “el hospital estaba dedicado tanto al cuerpo como al alma de las enfermas: doble objetivo, que no tiene que ver con la separación entre salud física y salud mental, sino más bien que simultáneamente se trabaja sobre el cuerpo para curarlo, se trabaja sobre el alma para redimirla, sobre todo cuando el hospital es por cierto lugar de la muerte; espacio donde el padecimiento y el dolor del cuerpo, el cuerpo corrompido, requiere necesariamente de una purificación carnal como espiritual, ya sea tanto para reintegrarse a la “vida terrenal” como para integrarse a la “vida celestial”” (Franulic 2007: 5).

En el concierto del desarrollo de espacios de caridad surgieron varias instituciones cuyo objetivo fue el de ordenar a la población urbana en el marco de las reformas borbónicas y la integración del pensamiento ilustrado. Destaca así el desarrollo de varios establecimientos abocadas a los desvalidos, pobres y criminales entre las que se contaron el asilo de “La Caridad” de 1726, cuyo objetivo era el de adoctrinar presos; el asilo de meretrices denominado “Las Recogidas”, que posteriormente se llamó “Corrección”; la

“Casa de Expósitos” o de “Huérfanos” de 1758 y el “Hospicio de Pobres” de Santiago en 1804 (Leyton 2005).

Este impulso ordenar también se reflejó en la ciudad, a través de una serie de medidas de ornato que buscaban la renovación estética de la urbe (De La Fuente 1990; Goldschmidt 2010) pero, sobre todo, establecer un orden dentro de ésta. Esto se condice con una transformación paulatina hacia los principios de la higiene destacando como antecedente, la prohibición del cabildo el 1771 a los sepultureros de las iglesias de arrojar pertenencias y despojos asociados a enterreros clandestinos (Vicuña Mackenna 1869)

Fue así que en la década de 1770 se sumaron otras medidas y adelantos como el desalojo y limpieza de ranchos y basurales dentro de la ciudad; la creación de jardines; la construcción del puente Cal y Canto en 1767 y la canalización del Mapocho, lo que permitió integrar la denominada Chimba.

Finalmente, el desarrollo de la medicina colonial, tuvo una transformación notable en el siglo XVIII, vinculado con la iglesia y con la caridad social, que fue integrando elementos propios del pensamiento ilustrado en el contexto de las reformas borbónicas. Este fue un modelo que se mantuvo y se profundizó durante el siglo XIX, periodo en el cual la competencia de la sanidad del cuerpo se entiende como parte de la vida espiritual, pero también comienza a ser vista como un problema social y urbano, que fue solventado a partir de soluciones caritativas.

4.3. Historia de la Salud en Chile en el siglo XIX. De la caridad a la institucionalización.

El proceso histórico de la transición de las sociedades preindustriales a la sociedad moderna, es decir, del modo de producción colonial al capitalista industrial, ha sido largamente estudiado por diversos autores. El tratamiento a estos temas se ha centrado en los mecanismos sociales de integración, ya sean coercitivos o democráticos (Goicovich 2004), con especial énfasis en “las formas institucionales y sociales de adscripción de los sectores populares a los nuevos escenarios políticos, económicos y sociales” (Goicovich 2004: 123).

No obstante, pese que hay un esfuerzo creciente de visibilizar ámbitos sociales subalternos, aún se encuentra muy incipiente el estudio de otras formas de exclusión social en este tipo de sociedad en relación a temas como el género, la enfermedad o la discapacidad mental o física.

La construcción de la sociedad nacional generó modificaciones en las formas de imponer disciplina. Luego de la independencia la autoridad del Estado se vio fortalecida hacia la década de 1830, lo que se refleja a través del establecimiento de una Constitución cuyo uso se extendió por cerca de ochenta años, junto con el dictamen del primer código civil en 1855 (Undurraga y Gaune 2014). De este modo, se constituyó la República autoritaria que puso como centro de su ideario político el orden. Esto validó prácticas disciplinarias como la implementación del presidio ambulante¹³ (Undurraga y Gaune 2014), lo que hacia 1843 se convirtió en el sistema penitenciario de Santiago, cuyo resultado guarda relación con la crisis debido, por una parte, a las malas condiciones del presidio y, por otra, al desorden generado por los delincuentes. El régimen penitenciario de Santiago se diseñó siguiendo una lógica de tipo panóptico, lo que se enmarca en el contexto del desarrollo del Estado nación y el aseguramiento de prácticas de disciplina e higiene aplicadas por primera vez en el país a los presos como parte de un problema de orden público.

“Había cárceles i presidios; cárceles i precidios que apenas si merecían la denominación de tales.

Había, además, aquellos célebre Carros de origen desconocido, implantados en Chile por el recordado señor don Diego Portales, i entre cuyas inquebrantables rejas los condenados eran depositados como las fieras en una jaula.

Pero, esas cárceles, esos presidios i esos carros, no eran bastantes a satisfacer las exigencias del país.

El estado de intranquilidad deplorable en el que el bandolerismo había sumido a la República, la ninguna confianza que los prisioneros inspiraban a la seguridad pública, pues, acontecía que los presos fugaban siempre que lo intentaban; siendo una triste prueba de lo segundo el motín ocurrido en el camino a Valparaíso; todo eso, decimos influyó para que el gobierno de entonces concibiese la feliz idea de un centro correccional, donde los delincuentes espíasen sus delitos “según el

mandato severo e enexorable de la lei” (Ulloa 1979: 6).

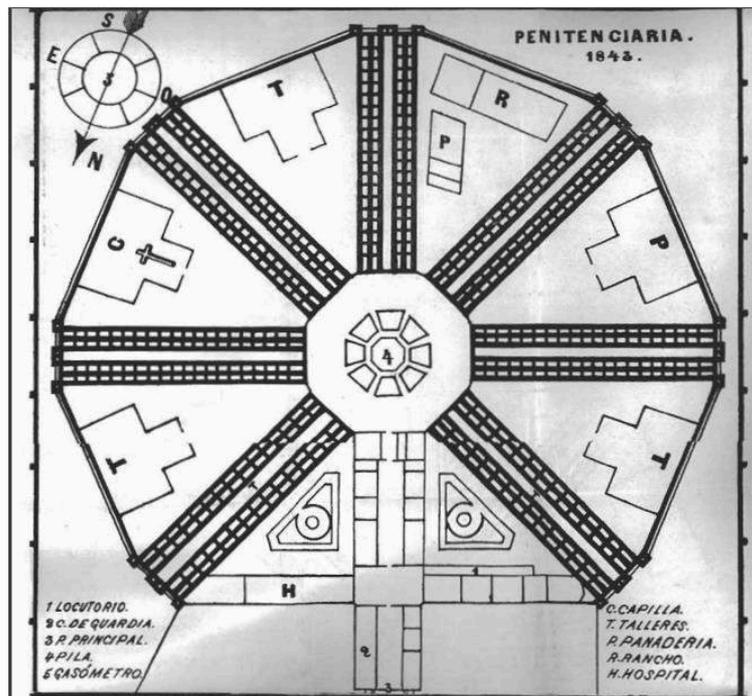


Figura 4.1. Plano penitenciaría de Santiago.
Fuente: (Ulloa 1879: s/p).

Asimismo, desde fines del siglo XVIII sumado a los trastornos productivos y sociales provocados luego del proceso independentista, se observó un crecimiento demográfico de los principales asentamientos como Santiago y Valparaíso, crecimiento que generó el desborde de barrios populares y la generación de nuevos espacios periféricos (Cárdenas 1991).

La mayor parte de estos nuevos barrios estaban habitados por población migrante campesina de sectores aledaños, correspondiente a personas con escasa instrucción y sin oficio que en ciertos casos caía en la delincuencia y en la mendicidad (Cárdenas 1991). Al inicio de la República y ante la evidente carencia de recursos de instituciones estatales que se hicieran cargo de medidas vinculadas con el orden social, las acciones por atender a los grupos desvalidos se centraron en la iglesia y algunos patriotas progresistas (Cárdenas 1991)

Por lo tanto, desde la configuración del Estado nación hasta las primeras décadas del siglo XX el desarrollo de la salud estuvo asociado a la caridad privada (Zárate 2008; Illanes 2010) proveniente de la aristocracia y la iglesia, quienes cuidaban al pueblo según sus intereses y perspectivas de clase (Illanes 2010), fuertemente cruzadas por el ideario cristiano de la caridad y dejando fuera la configuración de esta como un derecho social.

En ese sentido, “Para la sociedad chilena de entonces, los sinónimos de salud eran beneficencia y caridad” (Aburto 1994: 17)¹⁴. Es así que “El fundamento del vínculo de las clases sociales se daba en la relación dialéctica entre la explotación y la compasión” (Illanes 2010: 23).

A mediados del siglo XIX, se observa el paulatino reemplazo de las instituciones coloniales como el Cabildo y de la preocupación exclusiva de las órdenes religiosas sobre temas vinculados con la pobreza a las asociaciones de caridad. La administración de beneficencia se vinculaba a los ideales cristianos de la caridad, pero también se asociaba a “la moral de individuo moderno” (Ponce de León 2011: 48) que aspiraba a los ideales racionalistas propios del siglo XVIII que criticaban la limosna por su falta de selectividad promoviendo parásitos y/o falsos pobres y en su lugar socorrer a los verdaderos “pobres desvalidos”, es decir, a aquellos que por motivo de enfermedad u otros no tenían la posibilidad de trabajar (Ponce de León 2011).

Este proceso, de carácter esencialmente urbano –centrado en Santiago– buscaba focalizar la limosna, es decir, controlar el caos y disponer a los necesitados en espacios definidos (Ponce de León 2011). Esta organización del caos se observa también a través del desarrollo del urbanismo. De hecho, Benjamín Vicuña Mackenna, intendente de Santiago, llevó a cabo en 1872 un proyecto urbano, que segregaba la ciudad a partir de un camino cintura que separaba a los ciudadanos “decentes” del resto de la población (Yáñez 2008). Fue así que vagabundos y pobres, así como las instituciones que los albergaron, quedaron relegados al exterior de la ciudad civilizada todavía financiados por la caridad.

Parte de la población desvalida que se visibilizó en las nacientes urbes del país fueron los enfermos psiquiátricos. Esto sucedió en el marco de la institucionalización del saber médico, tras la creación de la Escuela de Medicina en 1833, y la constatación de la pérdida de juicio como enfermedad gracias a los alienistas y posteriormente con la intervención de la psiquiatría. Por una parte esto “renovó la confianza en la redención terapéutica; por otra, cuestionó el oscuro destino que presagiaba la pérdida de la razón” (Correa 2014: 14); y, a su vez, permitió la institucionalización del encierro en espacios determinados.

La segunda mitad del siglo XIX fue un periodo de importantes renovaciones geopolíticas, vinculado con las políticas expansionistas del Estado chileno tanto hacia el sur como hacia el norte del país. Estos cambios se vieron reflejados en los resultados de la mal denominada Pacificación de la Araucanía, iniciada en 1860, y en la extensión hacia el norte que devino, luego de la Guerra del Pacífico, en 1879, en la ocupación de Antofagasta y Tarapacá. Ambos procesos constituyeron la base de la extensión del modelo agrario hacia el sur y el impulso para el desarrollo del modelo industrial hacia el norte (Leyton 2005). Dicho modelo, de crecimiento hacia adentro implicó la incorporación de economías regionales a través –por ejemplo– del ferrocarril. En ese sentido, las provincias entregaban materias primas y las ciudades como Santiago, Valparaíso y Concepción alojaron, principalmente, las industrias, observándose asociado a estos centros urbano un proceso de crecimiento poblacional hacia las décadas de 1880 a 1890 (Leyton 2005).

No obstante, en 1880 la magnitud de la pobreza obrera, –aquella que sí poseía trabajo o estaba capacitado para hacerlo, pero su salario no cubría las necesidades básicas– alcanzó una alta visibilidad (Ponce de León 2011). Es así que, aunque avanzado el siglo XIX, el Estado negaba la falta de recursos como efecto de problemas estructurales y las políticas represivas intentaban aplacar los levantamientos sociales, atribuyendo el “desorden y la desobediencia” a la naturaleza violenta e ignorante de los pobres; la pobreza se hizo evidente (Goicovic 2004).

Es en este contexto en que se vislumbra la denominada “cuestión social”, que surge a fines del siglo XIX como consecuencia de la revolución industrial, periodo en el que se cristaliza la separación entre el orden económico que generaba pobreza y el orden jurídico-político que reconocía derechos ciudadanos (Ziccardi 2001). En ese sentido, la cuestión social “se caracterizó por la toma de conciencia de las condiciones de vida de poblaciones que eran agentes y víctimas de la revolución industrial” (Ziccardi 2001: 85).

Durante este periodo eclosionaron las problemáticas sociales resultado de las condiciones deficientes de vida de los trabajadores y comenzaron a surgir las organizaciones obreras, el desarrollo de protestas y huelgas que terminaron, muchas veces, en hechos violentos (Arellano 1988). Si bien las huelgas no eran legales, –incluso fueron perseguidas por la ley– su desarrollo permitió la modificación de algunas condiciones básicas como el

descanso dominical y la duración de la jornada. Aunque todavía era impensable la existencia de normas mínimas de seguridad e higiene laboral (Arellano 1988).

Además de los efectos de los procesos de industrialización, se suman a esta crisis los procesos de ocupación territorial del sur de Chile, la Guerra del Pacífico y la Guerra Civil del 91 (Illanes 2010). Este escenario generó una sociedad desmembrada en la que en un sustrato importante de la población dominaba la pobreza material, el hambre, la explotación, la criminalidad, el hacinamiento, la insalubridad y la enfermedad (Illanes 2010). La enfermedad, consecuentemente, se asoció a la pobreza estructural, especialmente las de tipo infeccioso, ya que se vinculaba directamente a condiciones de vida materialmente carentes (Illanes 2010). En ese sentido:

“La mortalidad infantil, la más alta del mundo, constituía el símbolo de un territorio social donde el hijo del proletario no tenía legitimidad histórica. Las pestes –viruela, cólera, alfombrilla– las enfermedades infecciosas –tuberculosis, tifoidea, sífilis– perseguían implacablemente” (Illanes 2010: 23).

Tomando el trabajo de Ponce de León (2011), en 1850 alrededor del 50% de la mortalidad de la población era infantil. Estas cifras alarmantes se mantuvieron con una disminución poco significativas hasta 1920, periodo en que se implementaron programas de salud pública, además de importantes avances producto del progreso en la medicina y el creciente desarrollo socioeconómico.

Destaca en este contexto sociopolítico el desarrollo de las Sociedades de Socorro Mutuo. Posteriormente, en 1854, se sumó la creación de la Sociedad San Vicente de Paul, asociación de origen francés de carácter laico que buscaba socorrer la denominada pobreza desvalida; y en 1870 la Casa de Patrocinio de San José. Por su parte la iglesia apoyó el desarrollo de instituciones de caridad destacando en 1867 la creación de la Sociedad Obrera de Santa Ana y la Sociedad Artesanos Católicos de Talca y, en 1872, la Asociación de Servicios Mutuos de San Vicente Ferrer, entre otras. La iglesia ocupó un rol fundamental en relación al surgimiento de movimientos obreros, dado que era una institución relativamente estable que no dependía únicamente de los vaivenes económicos del país. Asimismo, fue un antecedente directo del pensamiento social cristiano que constituyó a partir de entonces un eje fuerte de apoyo al desarrollo de las legislaciones laborales y otras de protección social (Robles 2013).

En consecuencia, se observa un servicio de salud a cargo de manos privadas tanto de la oligarquía como de las órdenes religiosas, ambas desconectadas de los avances científicos de la época. En este contexto, destacó la reclamación que efectuó en 1894 la Sociedad Médica al gobierno, con el objetivo de regularizar la participación profesional en la administración de los hospitales solicitando formalmente la pertenencia de cinco médicos nombrados por la Facultad de Medicina en las juntas de beneficencia de Santiago y la solicitud a los administradores de los establecimientos de caridad que debían reunirse, al menos, una vez por mes con un médico para tratar temas médico administrativos (Illanes 2010).

La lucha entre el gremio médico y la elite tenía una raíz profunda que iba más allá de la medicina, y se fundaba en la estructura de la sociedad oligárquica conservadora chilena, que comprendía que la beneficencia representada por instituciones como la iglesia y la labor de las religiosas era otorgar salud como medio para propagar la estructura valórica católica tradicional. En cambio, el gremio médico, al alero de las ciencias, representaba una estructura valórica liberal (Illanes 2010). Esta pugna generó un acercamiento cada vez mayor del gremio médico con el gobierno, en el contexto de la mirada de la salud pública. A pesar de que los médicos se vinculaban con la clase alta, se encontraban en la búsqueda de una identidad independiente a ella, más bien basada en los postulados del higienismo (Illanes 2010).

Finalmente y mediante una ley firmada el 27 de enero de 1886 las juntas de beneficencia fueron reorganizadas y se les quitó parte de su autonomía quedando bajo la tutela del gobierno cuestiones vinculadas con su organización. Asimismo, el 30 de enero de 1887 el presidente Balmaceda decretó la Ley de Policía Sanitaria, que establecía medidas para frenar los avances epidémicos destacando en su artículo 1º el poder del presidente de cerrar fronteras marítimas y terrestres, someter a cuarentena y medidas de desinfección de naves, personas y cargas provenientes de países infectados¹⁵. Más adelante se dictó la Ordenanza General de Salubridad que creaba una Junta General cuyo objetivo era asesorar al gobierno en temas de salud pública. De ella dependieron Juntas Departamentales de Salubridad a las que se les encargó la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y la inspección de los servicios hospitalarios (Zárate 2008).

La mencionada Junta General estableció comisiones de trabajo relativas a los temas de salubridad, de aislamiento, de desinfección, de asistencia médica domiciliaria, de asistencia médica hospitalaria y de publicidad¹⁶. Lo anterior surgió como medida sanitaria durante el gobierno de José Manuel Balmaceda debido a la alta mortalidad producto de enfermedades infectocontagiosas, que afectaban en diversos focos de forma constante en todo el país.

En 1895 se inició la construcción en la ribera norte del Mapocho del primer Desinfectorio. Este espacio “inició sus funciones con una estufa fija, otro locomóvil y un pulverizador. Premunidos de delantales, mascarillas e instrumentos ad-hoc, los desinfectadores pasaron a ser los nuevos agentes de la policía de salud” (Illanes 2010:91); quienes acudían gratuitamente, o pagados con un sueldo bajo, a los focos infecciosos a pulverizar con productos desinfectantes (Illanes 2010).



Figura 4.2. Cosecha de linfa vacunífera, hacia 1910.
Fuente: (Ferrer 1911).



Figura 4.3. Desinfectorio Público, hacia 1910.
Fuente: (Ferrer 1911).



Figura 4.4. Desinfectadores trabajando, hacia 1910.
Fuente: (Ferrer 1911).

Además del desinfectorio y de la ley de policía sanitaria, se estableció el proyecto de ley de vacunación obligatoria en 1886¹⁷. Esta ley permitió, en 1887¹⁸, la creación del Instituto de Vacuna Animal, en el sector de Quinta Normal, cuya misión fue la de abastecer de vacunas contra la viruela a todo el país. Cuando esta no era suficiente se utilizaba la vacuna humanizada, es decir, se tomaba el fluido de una persona a la que le hubiese brotado la pústula y se disponía a través de una lanceta en el brazo de otra persona. Las operaciones vacunatorias debían generalmente repetirse varias veces para conseguir el efecto deseado (Cabrera 2012).

En ese sentido, a partir de 1886 se observó el desarrollo de los primeros servicios públicos sanitarios; los que en conjunto con la Junta General de Salubridad, –cuya función era únicamente de carácter consultivo–, sentaron las bases para el desarrollo en 1891 de la Comisión de Higiene Pública (Zárate 2008). Este organismo dio origen, en 1892, al Consejo Superior de Higiene Pública, convirtiéndose en la primera autoridad central que podía coordinar políticas de Salud Pública (Zárate 2008).



Figura 4.5. Instituto de Higiene, hacia 1900.
Fuente: Archivo fotográfico FC-004067¹⁹.

En el contexto del desarrollo del conocimiento científico, se agudizó la pugna entre la elite oligárquica y el cuerpo médico. El sistema de gestión imperante, que había primado desde la mitad del siglo XIX, en el que las juntas de beneficencia, ejercían las labores de administración de la salud y dejaban fuera de las decisiones a los médicos, problemas que se hicieron patentes en La Casa de Orates. Sistema que hasta el momento había tenido resultados absolutamente deficientes y que tenían sumido al país en una crisis sanitaria, cuyas consecuencias comenzaban a alertar a las autoridades en relación al desarrollo de la salud como un bien público.

En 1899 el Congreso Nacional promulgó la Ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas, correspondiente a una iniciativa del Consejo Superior de Higiene del Ministerio del Interior. Dicha ley establecía que cualquier médico que asistiese a un enfermo infeccioso debía declarar en 24 horas y por escrito la dirección y la cantidad de personas infectadas, bajo la pena de multas entre \$ 10 y \$ 50 (Illanes 2010). Posteriormente, se aprobó el proyecto que creó a los Inspectores Sanitarios, quienes eran médicos titulados nombrados por el Presidente de la República, cuya tarea consistía en buscar los focos de infección e insalubridad. Las visitas a escuelas y fabricas, se convirtieron en un instrumento para dar cuenta de la penosa situación en la que estaba sumida la mayor parte de la población, siendo la preocupación sanitaria el medio para generar mejoras en las condiciones de vida. Incluso más que el propio concepto de la dignidad de las personas, al menos por parte del Estado (Illanes 2010).

Asimismo, fue de gran relevancia el rol de las organizaciones obreras y el desarrollo partidista que estableció dentro de sus preocupaciones la importancia de generar medidas de salubridad dignas para la población. Entre las demandas del programa de formación del partido socialista de Chile, fundado en 1898, –además de laborales básicas relacionadas con jornadas laborales de 8 horas y prohibición del trabajo infantil en niños y niñas menores de 12 años– se incluían aspectos vinculados a la higiene. Algunas de las medidas de salubridad que se planteaban eran la generación de dispensarios públicos gratuitos con personal médico pagado y disponible en todas las comunas del país; y la generación de casas de protección para ancianos y desvalidos (Illanes 2010).

Con respecto a la organización de la medicina y su formación durante el siglo XIX, se observó la mantención de instituciones del Periodo Colonial como el Protomedicato que finalmente dejó de funcionar en 1892, en concordancia con el desarrollo del ya nombrado Consejo Superior de Higiene y el Instituto de Higiene. Desde las primeras décadas del siglo XIX se advirtió de la llegada de distintos médicos extranjeros como Nataniel Cox quien, en 1814, fue el primero en realizar una cistostomía (Espinoza 2010). Más adelante llamó la atención la llegada de Lorenzo Sazié y Guillermo Blest, ambos de gran relevancia en el ámbito docente, destacando en el caso del primero la administración de la Casa de Orates a partir de su creación en 1856 y del segundo, su función en la reforma del sistema de educación médica de la época. Estos tres médicos estuvieron en distintos periodos en la cabeza del Protomedicato a partir de la década de 1830 (Espinoza 2010). En 1843 el Protomedicato pasó a depender de la recién creada Universidad de Chile y a su vez el decano de la Facultad de Medicina y Farmacia, pasó desde esa fecha a ejercer dicha función, hasta 1879 cuando esta fue asimilada a la del decanato (Cortina 1992) y posteriormente en 1892 se disolvió definitivamente.

Es importante detenerse en el rol de la Universidad en Chile durante el siglo XIX. Una de las formas políticas para reorganizar el reciente Estado fue la generación de academia, observándose en principio la estrategia de conseguir profesionales extranjeros europeos quienes vinieron a crear las escuelas a partir de las cuales parte de los profesionales comenzaron a formarse en Chile (Lamadrid s/a).

En paralelo, el rol de las mujeres en la medicina se intensificó y oficializó durante el siglo XIX. Esto se evidencia a partir del trabajo de ciertas órdenes religiosas en el ámbito del cuidado a los enfermos y en el desarrollo de la labor de enfermería. También está presente

en el avance incipiente de la formación de mujeres laicas para esta labor, la que recién se profesionalizó en el siglo XX quedando en manos de religiosas hasta incluso avanzado el siglo pasado. En ese ámbito destaca que en la década de 1830 no solo se creó el primer curso de medicina, hasta ese momento reservado solo para hombres, sino también la primera Escuela de Matronas en 1834, que buscaba frenar el ejercicio de las parteras tan extendido para el periodo (Zárate 2013).

En 1887, destaca la propuesta de varios doctores también diputados (Puga Borne, Salamanca, León Lavín, Korner, Cienfuegos y Silva) quienes presentaron una moción al Congreso que planteaba la necesidad de crear formación médica auxiliar, ya que pese a la existencia de la Escuela de Medicina, muchos enfermos no disponían de atención médica y viceversa, planteándose que esta anomalía se producía por la falta o escasa remuneración hacia los profesionales en los sectores populares y rurales, visualizándose la atención médica desde una función social con personas de formación paramédica o de profesiones accesorias como farmacéuticos y dentistas que al menos contaran con cierto tipo de conocimientos aplicables en terreno (Illanes 2010).

En el caso de la salud mental, fue muy relevante la llegada de las 15 primeras monjas de la orden de Saint Joseph de Cluny a Valparaíso el 2 de junio de 1895 para iniciar su trabajo en la Casa de Orates de Santiago “contratadas en virtud de órdenes de ese departamento” (AMM Feb AD 0018/2)²⁰. La puesta en marcha de la segunda casa de orates no solo implicó cambios en la infraestructura sino también en el personal, lo que además significó asumir la labor del cuidado de las y los enfermos, manteniendo la lógica de la caridad, estructura que se fue modificando posteriormente con la creación de la Escuela de Enfermería.

Estos antecedentes se enmarcan en la introducción del paradigma higiénico sanitario, específicamente a partir de la década de 1870, cuando se relaciona con el desarrollo de avances científicos en el campo de la microbiología que reforzaron la idea de que la higiene y la profilaxis eran los mecanismos para prevenir la proliferación de bacterias y de las enfermedades y los procesos de contagio (Simón y Sánchez 2017).

De ese modo, se comenzó a extender el concepto de Salud Pública, el que se instaló como el intento de las autoridades por tratar los problemas sanitarios locales y la respuesta a

diversas epidemias que en distintos momentos afectaron a la población. Esto, en el contexto del desarrollo urbano relacionado con los procesos de industrialización y con el crecimiento de la clase trabajadora cuyas condiciones ambientales e higiénicas condicionaron situaciones de contagio (Rosen 1993). Aunque hay evidencias anteriores al desarrollo de políticas de higiene a nivel mundial²¹, con la llegada de la bacteriología evidentemente se fortaleció la salud pública. Al comprender las causas de las enfermedades se pudo introducir una serie de acciones destinadas a prevenir el desarrollo de ciertos males, principalmente relacionadas con intervenciones del espacio y la limpieza (Rosen 1985, 1993). Destaca así la definición del bacteriólogo Winslow relativa a la Salud pública, en 1923, quien la concebía como “el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, recuperar la salud y evitar las consecuencias de la enfermedad mediante la acción colectiva de la población” (citado en Sarmiento 2007: 151).

El nuevo conocimiento generó un cambio en la percepción de la salud, la que se comenzó a relacionar inherentemente con la de higiene. La reciente información se convirtió en un eje de poder ya que tenía injerencia directa sobre la vida y la muerte, y sobre el rol de los sistemas sanitarios y la promoción de estos como una problemática del Estado para con los ciudadanos (Simón y Sánchez 2017). El higienismo buscaba, por tanto, una sociedad más limpia, sana y consecuentemente más productiva (Simón y Sánchez 2017).

Este gran cambio no solo se vio en la medicina y en la promoción de los médicos, sino que implicó la modificación de costumbres incluso en ámbitos como la alimentación y ocio y en el uso y planificación del espacio que, para el caso de Chile, tuvo su expresión en la configuración urbana para la conmemoración del primer centenario de la independencia del país. No obstante, pese a ser un proceso global y de alta dispersión en diversos ámbitos, este fue lento y desigual dentro de Latinoamérica y dentro de cada país, así como también entre realidades urbanas y rurales (Simón y Sánchez 2017).

Pese a esta creciente noción del higienismo y su relevancia en el desarrollo del bienestar social, que permitió hacia el siglo XIX la instauración de la idea de la salud pública y revertir cifras penosas en relación a la salud de los ciudadanos, gran parte de las medidas no fueron llevadas a la práctica, existiendo un apoyo político tibio mediado por intereses políticos y económicos de parte de grupos sociales hegemónicos. Aunque fueron positivas porque sentaron las bases para el desarrollo de la medicina del siglo XX, estas

medidas se convirtieron en “un instrumento más en el ejercicio de poder, así como en una manifestación de segregación social, afectando principalmente a los barrios más marginales de las ciudades” (Simón y Sánchez 2017: 644).

A fines del siglo XIX se observa un cuestionamiento social y político del orden establecido, mientras aspectos como la solidaridad popular y el discurso científico médico cumplen un rol fundamental. En este periodo se comenzó a extender la discusión sobre el rol que debía tener el Estado en la salud, comprendiendo la difícil situación en la que se encontraba la población enferma (Aburto 1994). Poco a poco la beneficencia fue cediendo lugar al Estado, distinguiéndose un cambio desde su base caritativa hacia la estatal. De esta manera se instaló el discurso higienista que buscaba, a partir de medidas políticas y sociales, el disciplinamiento y el control. Lo anterior legitimado bajo los principios del progreso y la ciencia, en donde se integraban las ideas de orden e higiene en instituciones como los colegios, los gobiernos y las asociaciones médicas; siempre bajo un ámbito de influencia de la higiene pública o higiene social europea (Leyton 2005).

Esta nueva mirada abarcó temáticas como la enfermedad psiquiátrica la que, por su condición, muchas veces crónica, tuvo una solución asilar y desintegrada del resto de las medidas de salud. Los trastornos mentales fueron asimilados a las instituciones vinculadas con la pobreza, en donde la higiene operaba en la lógica del ordenamiento del espacio urbano, pero no necesariamente dentro de los lugares de reclusión. Fue así que, en 1856, se creó la primera Casa de Orates, pero sus malas condiciones llevaron a la construcción de una segunda institución, a fines del XIX, la que muy pronto se vio sobrepasada.

4.4. El surgimiento de los espacios higiénicos en Chile.

Los primeros antecedentes sobre el desarrollo de prácticas higiénicas en el territorio se remontan al Periodo Colonial. A partir de las reformas borbónicas a mediados del siglo XVIII se generó un proceso de modernización que tomó principios del discurso del pensamiento ilustrado que se fundó en la introducción de la ciencia moderna, la que en España se remonta a fines del siglo XVII. Esta modernización tuvo su reflejo en el ámbito de la organización política de América con el surgimiento de nuevos virreinos y las estructuras políticas gubernamentales de estos, pero además con una serie de medidas

relacionadas con la instauración del orden a través de la participación creciente del ejército dentro de la burocracia gubernamental (Valenzuela 2011: 174).

La dinámica anterior también se vio reflejada en el urbanismo y la arquitectura. Desde mediados del siglo XVIII Lima, capital del virreinato, tendió a desarrollar una concentración de funciones dentro de los edificios lo que hizo que estos fueran aumentando sus dimensiones. Es más, una parte importante de ellos fue construido o desplazado fuera del trazado urbano central. Esto se observó con la construcción del coliseo de Gallos en 1762 que buscó concentrar la actividad en un espacio en particular evitando que se expandiera por diversos sitios sin control, cuestión que también ocurrió posteriormente con la plaza de toros en 1780. Más adelante se construyó el cementerio general de Lima en 1808 cuya instauración responde a la lógica de movilizar a los muertos fuera de las iglesias y a espacios higiénicos protegidos (Joffré 2007). Se suma a esto la configuración de nuevos estilos arquitectónicos provenientes de Europa como el neoclásico, cuya presencia comenzó a extenderse por toda América.

Con respecto al desarrollo institucional y urbano de Santiago de Chile, destacó la creación de la Real Universidad de San Felipe (1738) como espacio para la formación local. En el ámbito de las obras públicas, las principales construcciones de la época fueron las relacionadas con el río Mapocho como el puente Cal y Canto (1779) de Luis Manuel de Zañartu y la reconstrucción de los tajamares a partir de 1790 bajo la dirección de Joaquín Toesca, responsable también de la Casa de Moneda (Castillo 2014).



Figura 4.6. Detalle tajamares Río Mapocho

Fuente: (Archivo Nacional Histórico (ANH) Fondo Municipalidad de Santiago, Vol 98, MAP N°438)²².

Con la Independencia de Chile se siguió observando un crecimiento de la ciudad de Santiago y el desarrollo de medidas higiénicas como la fundación del Cementerio General el día 9 de diciembre de 1821, el que proponía establecer un espacio para el descanso de los restos mortales fuera del radio urbano. Destaca además en el contexto de la higiene social el desarrollo de la casa Correccional de Santiago en 1820, la que se inspiró en su diseño arquitectónico en la idea del panóptico de Bentham, aunque solo se hizo efectiva en la década de 1840 (Carrasco 2018). Pese a estas relevantes soluciones urbanas, el desarrollo de la ciudad se vio mermado producto de la crisis posterior a la Guerra de la Independencia.

Recién en la década de 1830 a 1840 se advierte un impulso a la ciudad, relacionado con una creciente explosión demográfica, que se aprecia con el crecimiento de algunos sectores fuera del radio urbano como el Barrio Yungay (Romero 1984). Este último se creó a partir del decreto del presidente José Joaquín Prieto con fecha 5 de abril de 1839 como conmemoración al triunfo contra la Confederación Perú-Boliviana.

Otro de los sectores de gran crecimiento fue La Chimba; barrio que –en el contexto inicial de su conectividad a través de un puente y la posterior canalización del Mapocho en conjunto con la creación del cementerio general– sentó las bases para la transformación de la cañadilla al barrio higiénico.

Entre 1850 e inicios del siglo XX, se distinguieron grandes cambios en relación a la distribución de la población dentro del país. Esto tuvo efectos en la configuración de las ciudades asociados a la migración campo ciudad y a la aceleración de la llegada de extranjeros por las políticas de poblamiento introducidas por del Estado de Chile (Fernández 2014). Producto de las dinámicas propias de la agricultura del país, las crisis económicas y la incorporación de nuevos territorios, tanto de la frontera norte como del sur, se produjo el crecimiento de ciertas ciudades, el desarrollo y consolidación de los enclaves mineros, el aumento de las capacidades empresariales y el desarrollo infraestructural del país y las redes de comunicación a través del ferrocarril (Fernández 2015). El creciente auge de las urbes tuvo relación con el proceso de proletarización y el desarrollo de la crítica activa de la clase trabajadora, cuya crisis, en concordancia con el desarrollo del discurso higienista, generó un cambio en el paradigma de las exigencias de

condiciones laborales mínimas, las que se cruzaron con la integración del concepto de salud.

En este contexto-las élites comenzaron a movilizarse a nuevos barrios, en el sector noreste de Santiago (Romero 1984). En tanto, en los márgenes del suroeste de la ciudad y en los sectores céntricos las antiguas viviendas de la clase alta comenzaron a ser utilizadas por población de menores recursos, observándose una creciente densificación de estos espacios en deficientes condiciones de salubridad (Fernández 2015).

Junto con lo anterior, los avances científicos en torno a la noción del rol de la profilaxis y el espacio como medios preventivos y/o evitativos generaron la base para el desarrollo del discurso higienista. Tanto desde la perspectiva ecológica como bacteriológica se determinó que el contagio se propiciaba en ciertas condiciones ambientales y espaciales. Por lo tanto, al higienizar y/o aislar en los casos en que no se podía suprimir el mal, se facilitaba a través de la evitación la posibilidad de expandir la enfermedad (Simón y Sánchez 2017). De esta manera se generó la base para comprender la relevancia de la planificación, diseño y desarrollo de espacios higiénicos a nivel micro, es decir, de las habitaciones; meso, referente a casa e instituciones; y a nivel macro, esto es, cómo se organizan los espacios dentro de las ciudades; relacionados con el surgimiento del urbanismo.

Con esta nueva mirada los médicos y los profesionales relacionados con la salud se convirtieron en un grupo de mayor prestigio fortaleciendo su rol en la política nacional (Simón y Sánchez 2017). Aunque esto ya se vislumbraba con el Protomedicato y posteriormente con la formación de la Universidad de Chile. Además, con la mirada higiénica se generó una preponderancia de la visión científica de la sociedad y la política, lo que tuvo como resultado una proliferación de profesiones y de especializaciones dentro de la medicina, así como estas nuevas funciones adquirieron un rol de mayor preponderancia en las decisiones en torno a las medidas de adaptación espaciales en los contextos urbanos (Simón y Sánchez 2017).

La medicina fue obteniendo protagonismo paulatinamente. Fue así que en 1872 se decretó como obligatoria la enseñanza de la higiene en los colegios fiscales, en ese contexto destacan los planteamiento de Dávila (1884: 6) quien señaló que no sólo debía consultarse

esta norma para los planos de las instituciones “sino también i muy principalmente para la determinación del objeto y alcance de la instrucción que se va a dar i para la elección del sistema”.

Sobresalen también otras medidas más allá del desarrollo de una estructura sanitaria pública como por ejemplo la planificación urbana, siendo la ciudad un eje modernizador bajo los postulados del nuevo paradigma científico. El crecimiento urbano ya no podía concebirse como un desarrollo desordenado sino como un plan estructurado por parte del Estado y los especialistas.-La ciudad se dispuso como bien público. “Las reformas debían afectar a toda la ciudad y a todos los sectores sociales para ser realmente efectivas” (Simón y Sánchez 2017: 659).

Destacan igualmente las propuestas emanadas para el cumplimiento del centenario de Chile, que buscaba modernizar la ciudad en varios ejes, todos relacionados con el higienismo y con especialistas en torno a este objetivo. No solo de la salud, sino que también de la arquitectura y la ingeniería. Lo anterior permitió la generación de diversas medidas higiénicas como la separación de barrios marginales propuestas por Vicuña Mackenna para Santiago y por Echaurren en Valparaíso hacia 1870 (Simón y Sánchez 2017): la conformación de los espacios de salud fuera de los núcleos urbanos; la canalización del agua y conformación de alcantarillados en Santiago hacia 1903; y la generación de espacios de recreo y ocio.

Se estableció un sistema de planificación urbana vinculado al ordenamiento de la ciudad en constante crecimiento. Al alero de los postulados científicos recientes sobre la higiene en donde Santiago, la capital, se erigió como la ciudad central del territorio nacional y en consecuencia, como el escenario para la celebración del centenario del país. Esta festividad también implicó la estructuración de la capital bajo un nuevo paradigma modernizador siendo uno de sus mayores representantes el intendente de la época Benjamín Vicuña Mackenna. Él estableció un plan de transformación basado en el plano de 1875 de Ernesto Ansart que se fundamentaba en las premisas de que el control en el espacio urbano y la planificación material de este mismo generaban cambios en el funcionamiento social (Fernández 2015).

De esta forma, se fue instalando una inquietud político sanitaria en el contexto de la precariedad suburbana y las consecuentes condiciones de la ciudad. Destacó, por ejemplo, el intento de desarrollo de políticas de habitación obrera, cuestión que no se vincula únicamente con temas de salubridad sino además con el discurso de la disciplina y cierta moral como eje de la cultura obrera ilustrada (Bassa y Fuster 2013).

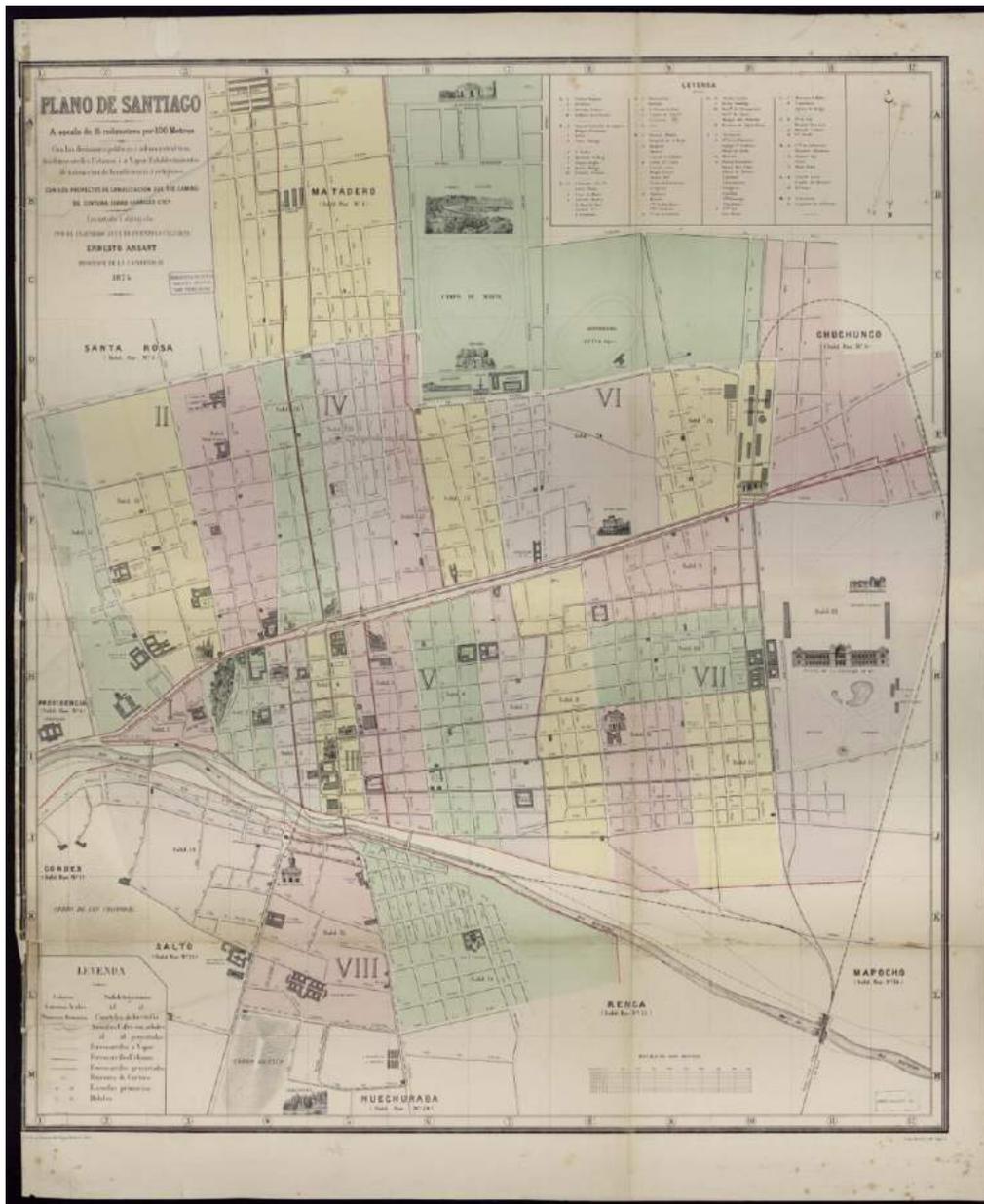


Figura 4.7. Plano de Santiago con las divisiones políticas i administrativas, los ferrocarriles Urbanos i a Vapor, Establecimientos de instrucción de beneficencia i religiosos. Con los proyectos de canalización del río, camino de cintura, ferrocarriles, etc. Plano levantado i dibujado por el ingeniero jefe de puentes i calzadas, Ernesto Ansart.

Fuente: Mapoteca. Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile²³.

Sobresale a su vez la publicación de Ricardo Larraín Bravo, quien en el contexto de la organización del curso la Higiene Aplicada a la Arquitectura, en 1903, señaló que “La

Higiene es la moral del cuerpo” (1909: 9) y la definió como “Una ciencia biológica, cuyo fin es adaptar al hombre, –individuos y especies,– á los medios naturales ó accidentales en que está llamado á permanecer, á desarrollarse y á multiplicarse”.

De igual modo esta publicación estableció principios relacionados con lo que Larraín Bravo (1909) denominó como la higiene privada, vinculada a la salud del individuo; y la pública, la que refiere a un colectivo; siendo ambas complementarias. Estos principios consideraban aspectos como la ventilación, el manejo del agua y usos de la vegetación para la planificación adecuada de los espacios higiénicos en todo ámbito urbano, desde las viviendas obreras hasta cualquier espacio de carácter público como colegios, hospitales, cárceles e incluso museos. Lo anterior se sustentaba en la idea de que “era necesario no sólo sanear esos cuerpos, sino evitar que contagiasen a los sanos. Para ello había que asegurar el mínimo contacto, y permitir la circulación del aire” (Durán 2012: 86).

No obstante, este paradigma higiénico no solo guardó relación con la infección en el sentido bacteriano, sino que también en relación a la idea del desorden y la pobreza como elementos propulsores de insalubridad y delincuencia. En ese sentido, el programa higienista iba más allá de la salud, siendo más bien un dispositivo sociobiológico de control para llegar al progreso, progreso que estaba determinado por aspectos sociales, económicos y morales (Correa y Martínez 2010).

Se estableció, por tanto, un modelo biopolítico que buscaba normalizar a la sociedad en donde a partir de los principios de control, obediencia, disciplina y aprendizaje se constituyó una estructura de poder que permeó las formas de ordenamiento del espacio físico y social (Foucault 2002). Estas formas se expresaron a través de la implementación del programa higiénico y sus justificaciones las que permeaban más allá de las implicancias infecciosas.

4.5. La salud en los primeros 50 años del siglo XX en Chile. De la beneficencia al Estado Asistencial.

Durante la última década del siglo XIX, pese al creciente interés de parte de un sector ilustrado, las condiciones del país seguían siendo precarias, no solo los resultados de las

políticas industriales, la falta de higiene reflejada en la crisis epidémica del cólera a fines de la década de 1880 e inicios de 1890, junto con los resultados de la guerra civil de 1891 que generó una división del partido obrero y una profundización en la pobreza, tenían al país sumido en una crisis social y sanitaria (Illanes 2010).

A inicios del siglo XX la transformación industrial y su crisis en Chile en el contexto de la cuestión social continuó, lo anterior se expresó en distintas regiones destacando en el caso de Valparaíso la revuelta obrera de 1903 a lo que se suma ese mismo año un brote de peste Bubónica en dicha ciudad (Laval 2003; Illanes 2010). En tanto, en el norte de Chile, en el momento de mayor auge de la industria salitrera, se observó el desarrollo de una crisis sanitaria, reflejada en 1903 con un brote de peste bubónica en las ciudades de Iquique²⁴ y en 1904, en Antofagasta, un brote viruela que se llevó consigo al 70% de la población infectada y que luego se extendió a ciudades como Taltal (Laval 2003; Illanes 2010). En este contexto de crisis se fue fortaleciendo el movimiento social proletario, siendo uno de los eventos más trágicos y sintomáticos de la época la masacre en la Escuela domingo Santa María de Iquique en 1907, en donde fueron asesinados por parte del ejército, cientos e incluso miles de protestantes. No obstante, estas cifras al día de hoy no están claras (González-Pizarro 2018).

Esta crisis no sólo se observó en el norte de Chile, sino también hacia el sur con hechos como la Masacre de la Federación Obrera en Punta Arenas en julio de 1920, la que tuvo como resultado el asesinato de varios trabajadores a manos de militantes de derecha y guardias blancas, ante los cuales las policías se encontraron sospechosamente pasivas (Grez 2002).

En ese sentido, la población trabajadora además de poseer condiciones laborales nefastas, se le sumaba un sistema de salud ineficiente basado en la caridad, en el contexto de una creciente población proletaria, en donde la mayor parte era asalariada pero no contaba con acceso mínimo a vivienda, salud y alimentación. Fue así que el Estado se fue haciendo presente, superándose inicialmente la cooptación privada de lo que en ese momento se convirtió el derecho a la salud (Zárate 2008).

Pese a las condiciones preexistentes en un rango de cuarenta años, es decir, entre 1880 a 1920 se observó un cambio notable en el país relativo a los comportamientos sociales y

culturales y en las estructura del discurso político (Molina 2007). Lo anterior, guarda relación, en este caso en particular, con la modificación del concepto de salud y enfermedad y sus causas, en donde las condiciones de vida pasaron a tener un rol preponderante, lo que tuvo su expresión en un sistema de salud estatal que, aunque poseyó importantes deficiencias, sentó las bases para la salud pública en Chile.

El estado a fines del siglo XIX no se encontraba capacitado para asumir la carga que implicaba el desarrollo de instituciones y medidas relacionadas con el higienismo en el ámbito de la salud. Esto se reflejó a través de una legislación deficiente como Ley de Policía Sanitaria del año 1886 y la Ordenanza General de Salubridad de 1887, las que prontamente fueron insuficientes y no acordes al desarrollo del paradigma científico médico de la época. Asimismo, en el caso de la salud mental, la Casa de Orates sometida a este mismo sistema privado e ineficiente de salud, también se vio sobrepasado lo que conllevó a la creación de una nueva institución en el sector de Providencia, espacio que nunca llegó a ser ocupado por la Casa de Orates sino por el ejército en 1898 en el contexto posterior a la guerra civil de 1891 (Garafulic 1957).

En este contexto, el movimiento social tomó como parte de su bandera de lucha el programa sanitario así por ejemplo en la discusión de los candidatos populares, Luis Emilio Recabarren, fundador posteriormente del Partido Comunista de Chile, señalaba en 1906:

... “si los pobres somos los que sufrimos las consecuencias del mal estado sanitario, porque nuestros hogares son los primeros en ser visitados por las epidemias y las enfermedades, los pobres somos los que debemos empujar a nuestros propios representantes a realizar las obras de beneficio público y sobretodo, estas obras que llevan en sí la vida, la salud de las gentes. Antofagasta produce un millón de pesos mensuales y justo y razonable sería que un mes quedara aquí una cantidad destinada a obras de desagües” (La Vanguardia, Antofagasta Enero de 1906, citado en Illanes 2010: 112).

Con la agudización de la crisis sanitaria el gremio médico, a propósito de la peste bubónica, presionó para la creación de una sección sanitaria específica a cargo del Ministerio del Interior a cuyo cargo debía estar un médico cirujano de la Universidad de

Chile y cuya función era todos los temas relacionados con la beneficencia pública y la higiene, cuestión que puso la alarma en las juntas de beneficencia. En ese contexto se solicitó el traspaso al Instituto de Higiene, creado en 1892 del Lazareto de Santiago, con el objetivo de disponerlo para los enfermos de bubónica, lo que fue negado por la junta de beneficencia, generándose un enfrentamiento que devinó en la renuncia del médico a cargo. Nuevamente se enfrentaba los argumentos entre la caridad y la ciencia, entre la oligarquía conservadora y el bienestar público.

Para 1908, destacó la labor de Pedro Montt, gobernante de la Alianza Liberal quien fue administrador de la Casa de Orates entre 1894 y 1896, impulsó en dicha institución un proceso de modernización sin precedentes. Este generó algunas medidas que permitieron ir cuartando las juntas de beneficencia como el decreto de 1908 que establecía que los inspectores de lazaretos, pasaban a llamarse inspectores de beneficencia y debían depender de la sección de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior, la función de dicho trabajador era traspasar la información de los establecimientos al Estado. Posteriormente, en 1909 se decretó la incorporación dentro de la Junta de Beneficencia del Decano de la Facultad de Medicina (Illanes 2010).

Pese a estos lentos avances hacia 1909 el país contaba con 97 hospitales, o más bien asilos dentro de los cuales se encontraban dos manicomios, además de tres casas de huérfanos y 11 hospicios para inválidos. Estos espacios mantuvieron, iniciado el siglo, su forma de administración y objetivo de salud basados en la beneficencia y la filantropía, sistema que distaba mucho de ser efectivo como lo representan las cifras de mortandad, sobre todo infantil de la época, en donde se sumaba una serie de epidemias que en condiciones de insalubridad y desnutrición se hacían masivamente mortales como la alfombrilla y el tiffus exantémico, lo que devino en una merma importante de la población, sobre todo, la más desvalida (Laborde 2002).

Las condiciones para los trabajadores seguían siendo nefastas, lo que generó que desde los sectores más progresista del gobierno se impulsara la creación en 1911 bajo el Ministerio de Industria y Obras públicas, la Oficina del trabajo, cuya función era poder generar un reconocimiento estadístico de la realidad de los trabajadores, lo que obviamente incluía las condiciones de seguridad laboral y la salubridad, entre otros. De este modo, hacia 1912 se inició una campaña de parte de dicha oficina que buscaba visibilizar las malas condiciones de los trabajadores que la oligarquía imperante planteaba

como problemas relacionados con el descuidos de los trabajadores y de los flajelos del alcoholismo (Illanes 2010).

Las condiciones sanitarias y laborales empeoraron posterior a 1914, con las implicancias socioeconómicas de la Primera Guerra Mundial en la industria del salitrera en el norte de Chile, en ese contexto se observó la expansión de la peste bubónica. En tanto, en el sur de Chile hacia 1916 en Llanquihue y Chiloé se declaró una nueva peste, el tracoma. Asimismo, la peste Blanca, es decir, la tuberculosis se extendía por todo la sociedad causando especial estrago en los sectores obreros de todo Chile pero principalmente en la zona carbonifera, así en 1923 solo a modo de ejemplo se establecía que la mina de Iirquen el 72,5% de la población estaba infectada (Illanes 2010).

Con este escenario, los médicos y los sectores progresistas del país comenzaron a presionar la pronta aprobación del código sanitario, proyecto impulsado principalmente por el Dr Corvalán Melgarrejo,– que se encontraba al momento de su aprobación en 1917 cinco años durmiendo en el congreso–, y el que además fue modificado sacándose una parte importante para llevarlo adelante (Tapia 2015). Asimismo, para este año se declaró la banca rota de la beneficencia que manejaba las instituciones hospitalarias del país, destacando que la subvencion estatal de 11.000.000 había sido insuficiente, siendo esto un reflejo más de la crisis sanitaria (Illanes 2010).

Ante esta situación de crisis, en la segunda década del siglo XX, como resultado de la denominada cuestión social, el desarrollo de las luchas sindicales y el discurso higienista se produjo un reordenamiento y cambio de paradigma en torno a la idea del bienestar social, lo que tuvo como resultado la constitución de 1925, que trajo consigo la “creación de nuevas instituciones y un aumento del personal y de los gastos fiscales en el campo social” (Arellano 1988: 27), la que estuvo marcada por la crisis del 30 que debilitó las políticas expansivas del estado, aunque no las apagó por completo.

Consecuentemente, con lo que respecta a salud, las primeras dos décadas del siglo XX, fueron especialmente pedregosos, además de las condiciones generales de insalubridad que se reflejaron, por ejemplo en algunas de las epidemias ya nombradas y la muerte de varios de los médicos en formación debido a la contracción de enfermedades en la práctica, se sumaba el contexto internacional sobre el fin de la 1era Guerra Mundial (Laborde 2002). Pese a esto, este momento crítico fue fundamental para gestar los

cambios posteriores al alero del desarrollo de una mirada científica, en donde se comenzó a instalar el higienismo como una respuesta a las necesidades de la época, estableciéndose como programa de control y disciplinamiento ejercido desde agencias como la comunidad médica profesionalizada, políticos, educadores, ingenieros, etc.; entidades todas ellas legitimadas socialmente mediante alianzas políticas, de valores y científicas (Durán 2012).

Todo lo anterior, en el contexto social de la “cuestión social”, cuyos efectos políticos y sociales generaron estragos en las poblaciones obreras, constituyéndose las problemáticas en torno al bienestar y la salud en bandera de lucha que sentaron las bases para el desarrollo de un sistema de salud en donde el Estado se implicaba de forma directa (Molina 2007). Este proceso de institucionalización y estatización implicó también una profesionalización de la medicina, en ese sentido, se observa desde el paso del voluntariado a profesionales remunerados, repartiendo el protagonismo entre profesionales médicos hombres y personal de enfermería femenino (Zárate 2008).

En este último ámbito, destacó tempranamente la creación de la escuela de enfermería en donde fue de gran relevancia el curso generado por el médico Eduardo Moore en el Hospital San Juan de Dios en 1902 (Zárate 2017). A partir de esta experiencia se fundó en 1906 la primera Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, la que buscó imprimir un sello científico a la formación de estas profesionales (Zárate 2017). En 1922, el médico Alejandro del Río promovió la regulación del trabajo de enfermeras y religiosas y estableció un régimen de internado en el Hospital San Vicente de Paul (Zárate 2017)²⁵.

Como resultado de la introducción del higienismo ya detectado en las últimas dos décadas del siglo XX y posterior a la aprobación del primer código sanitario entre 1917, se siguió por parte del sector progresista del país presionando por nuevas medidas generando posteriormente en 1925 una importante reforma al primer código, año en que se organizó la Sociedad Médica de Santiago, para hacerse realmente efectivo (Simón y Sánchez 2017). Esto como corolario a un cambio de paradigma, en donde el Estado, -por primera vez-, se hizo cargo jurídicamente de la salud (Zárate 2008; Simón y Sánchez 2017)²⁶.

Fue así que el Estado comenzó a asumir la contención de las problemáticas en torno a la salud y la enfermedad, lo que implicó aspectos como la planificación, la prevención y,

consecuentemente, la implementación de soluciones asistenciales. Esto, tuvo como resultado varias medidas que permitieron progresos notables destacando la generación de una política descentralizada que estableció provincias sanitarias; se le dio la autoridad al Director General de sanidad para que interviniera en aspectos que tuvieran relación con la habitación permitiendo, por ejemplo, la clausura de ciertas dependencias; se generaron programas nacionales de inoculación y un Departamento de Educación Sanitaria que realizó propaganda a través de la prensa y folletería, además de la generación de manuales de educación sanitaria, sexual, entre otros, con fines educativos (Zarate 2013).

Durante este periodo, comenzó a asumirse para esta etapa una epidemia que históricamente había sido silenciada y que afectaba a una importante número de trabajadores correspondiente a las enfermedades venereas como la gonorrea y la sífilis. La mirada desde la ciencia y la higiene, permitió objetivar un problema escondido por la vergüenza. Así para 1918 se contaba que el 60% de la población trabajadora de las regiones salitreras tenían alguna enfermedad venerea. En tanto, para el caso de Santiago, según la boleta de Inspección en donde voluntariamente se inscribían las llamadas “esclavas”, es decir, trabajadoras sexuales, permitía contabilizar hacia 1921 con un total de 8582 inscritas de las cuales el 63% tenía sífilis. Sin embargo, estas cifras estaban lejos de ser reales comprendiendo que sólo se encontraban 108 prostibulos anotados, los que equivalían al 10% del total de los existentes (Illanes 2010).

Lo interesante es que este problema, iba más allá de la clase trabajadora, se extendía en la totalidad de la sociedad incluyendo los sectores acomodados, los que se vieron obligados a hablar de estos temas y a constituirse en parte de las medidas relacionadas con la implementación de educación sexual. En este último punto, destaca el vínculo entre infecciones de transmisión sexual como la sífilis y su expresión en manifestaciones psíquicas en sus fases terminales.

A lo anterior suman otros problemas de orden sanitario y psiquiátrico que fueron parte de los programas de educación del Estado como el alcoholismo. Este último hecho, generó en el caso de la casa de Orates una sección especial denominado el asilo de intemperancia creado en 1920, lo que da cuenta de la alta prevalencia de este problema dentro de la sociedad chilena y que la oligarquía históricamente las asumía como parte de

los vicios de la clases populares, sin una mirada crítica sobre las condiciones reales que generaban dicho problema.

Así surgieron iniciativas a partir de la década de 1920 principalmente diversas ligas que daban cuenta de la unión entre trabajadores y la ciencia, entre las que se contó la Liga Chilena de Higiene Social, la Liga Nacional contra el Alcoholismo y la Federación Obrera de Chile, las que a través de diversas medidas como por ejemplo la gratuidad en el diagnóstico de enfermedades buscaban palear parte de los problemas sociales (Illanes 2010).

Con todo, estos problemas sanitarios, una medida relevante fue la creación en 1924 del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, medida que generó un instrumento estatal que buscaba aunar las distintas iniciativas del Estado repartidas en oficinas y direcciones, quedando a su cargo en 1925 el Dr. Alejandro del Río (Illanes 2010). Dicho ministerio aunó la dependencia de la Dirección General de Sanidad, la Inspección General del Trabajo, la Junta de Beneficencia, las Cajas del Seguro Obrero, de los Empleados Particulares, entre otras, además del Consejo de la Habitación Popular (Molina 2007)

Asimismo, en 1925 con la nueva constitución y la actualización del Código Sanitario, se observó una continuidad en la idea de la ocupación en torno a la higiene desde el Estado. En particular, llama la atención que el nuevo Código Sanitario contó, entre otros, aspectos con un apartado específico en el título V “De los Dementes”, en donde:

“Se entiende por persona demente, o simplemente demente, la que tiene manifestaciones de una enfermedad o defecto cerebral caracterizado por un estado patológico desordenado, funcional u orgánico, más o menos permanente de la mentalidad, y por la perversión, impedimento o función desordenada de las facultades sensorias o intelectuales, o por el menoscabo o desorden de la volición” (Código Sanitario 1925: 38).

A lo anterior suma la definición de los Manicomios del Estado, estableciendo el carácter estatal de estos y definiéndose un sistema de manutención de quienes accediera a dicho sistema. Igualmente, se establecieron las formas de ingreso que incluían la voluntaria, la

administrativa, de urgencia o la judicial (Silva 1995) en donde tempranamente se supeditó la decisión del juez por sobre los especialistas. Lo anterior queda referido en el artículo 174:

“Para la tranquilidad pública fuere necesario recluir en un manicomio a alguna persona demente, y ésta o la que lo tenga a su cuidado se opusieren al traslado, el Director General, por sí o por delegado, ocurrirá al juez letrado en lo civil del departamento, quien resolverá breve y sumariamente si ha lugar o no a la reclusión” (Código Sanitario 1925: 39).

Además de la definición de los temas básicos en salud, el Código Sanitario trajo consigo la generación de una serie de agencias de orden estatal, aunque no de carácter unificado, las que tuvieron injerencia directa sobre la salud, la prevención y la educación sanitaria de la población. Como antecedente a esto se observó la creación de la Caja del Seguro Obrero en 1924, entre cuyas prestaciones no solo se contaban temas como la jubilación por vejez y pensión de invalidez, sino también prestaciones de salud referidas a asistencia médica, atención maternal, seguros a causa de enfermedad, entre otros (Ahumada 2018).

En particular destaca la ley 4054 denominada la Ley de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Vejez, la que comenzó a regir en 1925 y declaraba, entre otros aspectos, la obligatoriedad del:

... “seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo, para toda persona, de cualquiera edad o sexo, que no tenga otra renta o medio de subsistencia que el sueldo o salario que le pague su patron, sea éste persona natural o jurídica, y siempre que no exceda de cinco mil pesos anuales”²⁷.

Esta ley promulgada tuvo apoyo inicial del sector médico científico y el sector militar, estos últimos, cuyo objetivo era neutralizar el movimiento obrero. No obstante, también tuvo varios opositores, tanto el empresariado por la imposición de medidas de protección a los trabajadores que implicaban costos y, por lo mismo obreros quienes, por una parte, desconfiaban que los descuentos fueran repuestos por el Fisco y, por otra, consideraban que las medidas seguían siendo insuficientes considerando que la jubilación a los 65 con 43 años de expectativas de vida eran ineficientes (Illanes 2010; Molina 2004)

En el contexto del desarrollo del nuevo Ministerio de Higiene, una medida relevante y

que puso el grito en el cielo de las organizaciones industriales como la SOFOFA (Sociedad de Fomento Fabril) fue el el Reglamento sobre Higiene y Seguridad Industrial decretado el 30 de abril de 1926, en donde se planteaba la necesidad de remodelar las fábricas para terminar con la suciedad, la humedad, la oscuridad, el frío, entre otros aspectos (Illanes 2010). Esto da cuenta de la resistencia del empresariado chileno a tomar medidas en post de la mejora de las condiciones laborales y salubridad de los empleados.

Posteriormente en 1927 se modificó el nombre del Ministerio de Higiene, Asistencia Social, Previsión Social y Trabajo por el de Bienestar Social, a partir de la llegada del médico Dr. José Santos Salas, en donde se estableció un nuevo sistema de organización a nivel nacional. Junto con esto, se creó “la sección de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad que tenía a su cargo todo lo relacionado con la lucha contra las enfermedades venéreas, sección que quedó a cargo del Dr. Díaz Velasco y del Dr. Carlos Illanes” (Illanes 2010: 235). Dentro de sus tareas principales se planteó la necesidad de generar medidas educativas respecto a dichas enfermedades a través de los pacientes, las escuelas, entre otros; además de la generación de una serie de folletos (Illanes 2010).

Lo anterior por ejemplo se reflejó entre 1927 y 1938 con la implementación gubernamental de un programa de educación sexual a través de siete manuales de instrucción profiláctica que buscaban difundir nuevos conceptos de salud y enfermedad, quitándole la carga dogmática religiosa a las enfermedades venéreas y otorgándole un significado sociocultural desde el discurso científico (Labarca 2008). Consecuentemente, se integró en este contexto de racionalización de dichas afecciones postulados eugénicos.

Este tipo de políticas que buscaban desde la ciencia establecer un ideario de bien común por sobre las libertades individuales tenía como objetivo reglamentar aspectos en la praxis difícil de manejar como es la vida privada, generándose un importante debate entre el gremio médico, los juristas y parlamentario. Esta discusión se reflejó en el decreto de ley de sobre defenza de la Raza emanado en 1925, en donde se planteaba como función del gobierno luchar contras las costumbre y enfermedades que podían causar degeneración, en donde se identificaba a la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo y la prostitución como parte de dichos males²⁸. Fue en en el contexto de esta ley por ejemplo que se estableció como parte de la solución medidas como un certificado prenupcial que acreditara la

situación de salud venérea de los hombres, no obstante, esta controvertida medida nunca fue puesta en práctica (Labarca 2008).

Igualmente, en 1927 se aprobó el “Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salud Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos”, que se generó sobre la base del código sanitario y que fue derogado recién el año 2000, lo que da cuenta de la escasa importancia a nivel de política estatal que se le ha dado históricamente a la Salud mental en Chile. En ese sentido, dicho reglamento, hacia la década del 2000 era absolutamente ineficiente.

Con respecto a la organización del sistema de atención en salud en 1928, se entregaron parte importante de los recursos monetarios y los servicios que otorgaban las Cajas de Seguro a la beneficencia, siendo uno de sus objetivos traspasar recursos a los hospitales que seguían dependiendo de la beneficencia, sin establecer nuevos recursos para estos. Desde ese momento, todos los asegurados debían atenderse directamente en los hospitales de la Beneficiencia Pública, los que dividían la atención entre asegurados e indigentes, estableciéndose una separación entre los marginales y ultra marginales. Además, se promulgó ese mismo año, la ley de sindicalización obligatoria, quedando la organizaciones obreras sujetas a espacios oficiales, organización que dentro de sus objetivos se encontraban la preocupación por la prestación de salud, llevándose los socorros mutuos a las fábricas (Illanes 2010).

Hacia la década de 1930 se generó la intensificación de la atención hospitalaria destacando el desarrollo para la época hospitales que hasta el día de hoy operan como El Salvador, El Barros Luco y el Hospital Militar. A lo anterior suma espacios especializados para cierto tipo de enfermedades como los sanatorios de San José para tuberculosos y el desarrollo del Open Door, como extensión al Manicomio Nacional. Lo anterior, no obstante, a la crisis del 30, relacionado con la caída del salitre que generó una inestabilidad política y social relevante y, consecuentemente un freno en la implementación de medidas de salud.

La crisis económica en Chile implicó una serie de soluciones a los problemas de la dependencia económica con el exterior a través de medidas de fomento estatal que tienen como corolario la creación de la CORFO (Corporación de Fomento de la Producción) en 1939 que buscaron el desarrollo de la industria interna. En ese sentido, a partir de la

década de 1930 se observa una mirada política intelectual en donde comenzó a percibirse los temas como la pobreza y la clase obrera como parte de una conciencia social, en donde el Estado y la sociedad en general debía comprometerse con sus problemas (Arellano 1988)²⁹.

Durante la década de 1930 se observó la inclusión dentro de la discusión en salud las medidas de control de natalidad, es así que aunque desde la década de 1920, en el contexto de la cuestión social el Estado generó una serie de políticas de cuidados a madres y a hijos como la presencia de asilos, maternidades, Gotas de leche, entre otras; no obstante, estas seguían siendo insuficientes. Fue así que destacó en la discusión nacional la inclusión del aborto terapéutico por primera vez en 1931³⁰.

La base de esta propuesta se sustentaba en la eugenesia pero, sobre todo, su foco estaba puesto en la victimización de las mujeres obreras multíparas, quienes eran las principales afectadas por las prácticas abortivas de tipo “no científicas”. En esta discusión se integró la visión de otros movimientos como el Movimiento Pro emancipación de la Mujeres de Chile (MEMCH) quienes planteaban la emancipación biológica de las mujeres y el consecuente desarrollo de prácticas abortivas legales y científicas. Estas propuestas, de todas formas, se vincularon a la mirada de la muerte de las madres sin hacer mención explícita de la separación entre sexualidad y reproducción. Tampoco dichas propuestas se constituyeron necesariamente en medidas concretas de parte del Estado, las que recién comenzaron a implementarse en la década de los 60 (Pieper 2012).

En 1938 comenzaron programas de atención médica para trabajadores, centrados en los segmentos sociales “productivos” la que en el caso de los obreros se extendía a las madres y los niños. Posteriormente, en 1952 el beneficio se hizo extensivo a toda la familia, relacionado con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 (Arellano 1988). No obstante, estas medidas fueron lentas y parte de la población, por ejemplo, los indigentes quedaron fuera de estas soluciones dirigidas a quienes participaban en actividades productivas, siendo muchos de los relegados personas con problemas psiquiátricos. Así, aunque se inserta la temática de la psiquiatría dentro de las problemáticas de salud, la preocupación mayor de parte del estado tuvo su acento, al igual que las instituciones vinculadas con la pobreza, en volver a las personas en entes trabajadores y consecuentemente productivos y no necesariamente en la enfermedad, de

ahí la relevancia del desarrollo agrícola e industrial en la casa de Orates, incentivada desde sus inicios al alero de la terapia moral, pero especialmente a partir del siglo XX.

Pese a los avances en salud, el sistema en Chile seguía siendo insuficiente. Así, destaca en 1939 Salvador Allende quien señalaba en un informe sobre la realidad Médico social de la Salud en Chile que la mortinatalidad, es decir, la muerte de recién nacidos, era de un 50,5%. A lo anterior sumaban cifras lamentables como:

... “por cada mil nacidos Vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años. Cuatrocientos mil niños no concurren anualmente a ninguna Escuela, lo que representa el 42% de la población en edad escolar. Tenemos seiscientos mil jóvenes analfabetos. El 27,9% de los nacidos vivos son hijos ilegítimos. cifra ésta la más alta entre los países civilizados” (Allende 1939: 4).

Igualmente, Allende señalaba para el periodo que las políticas de medicina preventiva habían sido un fracaso y planteaba la necesidad de generar medidas concretas a nivel nacional como la instalación de un Consejo Nacional de Salubridad, capaz de unificar todos los servicios y programas médicos con el objetivo de crear un Servicio Nacional de Salubridad, entre otras propuestas (Molina 2007). Esta discusión generó que en 1841 se planteara un proyecto de reforma al seguro obrero de 1924, reforma que recién se vio sanjada en 1952 (Molina 2007).

Posteriormente, durante la década del 40 destacó el desarrollo del Servicio Nacional de Salud (SNS) que buscaban integrar las diversas instituciones de salud en un solo sistema. Para esto fue necesario una serie de pasos previos como una ley de perfeccionamiento del Seguro Social Obrero, la Escuela de Salubridad, el Estatuto del Médico, entre otros. No obstante, pese a las mejoras, la mayor parte de la población chilena se encontraba sumida en la pobreza y sin acceso a medidas sanitarias acordes. Así, las cifras mostraban que pese a todos los intentos las enfermedades eran altas, sobre todo, las venéreas.

A lo anterior suman cifras decidoras sobre la salud mental de la población, especialmente trabajadora, destacando que para 1944 más de 1300 personas se habían suicidado, de las

cuales 900 se argüía razones económicas. A lo anterior, se seguían sumando otras enfermedades mentales relevantes como el alcoholismo, las que se asumían como causa de otros males como los hurtos, violaciones y lesiones corporales, observándose para 1943 la totalidad de 143.236 ebrios capturados en la calle (Illanes 2010).

Pese a lo anterior, la mortalidad infantil habían disminuido, lejos de observarse cifras aceptables, medidas como el servicio de atención de los niños y niñas hasta los 2 años al alero del Seguro Obrero, el desarrollo de la farmacología como la sulfas, tuvo resultados positivos.

Por otra parte, en el contexto de la búsqueda de aliados durante la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos generó una serie de medidas que tuvieron como resultado aportes en dinero destacando luego de la reunión de Cancilleres celebrada en Río de Janeiro en 1942, el aporte de cinco millones de dolares a través del *Institute of Inter-american Affairs* (IIAA), de parte de dicho país a Chile, relacionado con un programa de asistencia técnica y económica que permitió el mejoramiento de edificación de hospitales y la construcción de redes de agua potable³¹ (Illanes 2010; Quesada 2013).

En el campo internacional con el fin de la Primera Guerra Mundial destacó la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, cuyo desarrollo se sustentó en la premisa de un estado asistencial, en donde el compromiso en torno a la salud se regulaba en función del valor del ser humano en relación a su potencial laboral, cuestión que permitía el sustento de la sociedad moderna y productiva. “El fundamento para una política de rápido crecimiento y desarrollo descansaba prioritariamente en la mano de obra. Resguardarla y cuidarla era, así, una preocupación prioritaria de la paz económica y social. La OMS era, de esta manera, un instrumento de desarrollo estratégico” (Illanes 2010: 372)

Ante este panorama internacional y en relación a las cifras nacionales, comenzó de parte del gremio médico y progresista la necesidad de generar reformas en el sistema previsional, centrando su protección ahora en el núcleo familiar completo y en todas las etapas de la vida, discusión que luego de varios intentos,– desde 1941 con la propuesta del en ese momento ministro Allende,– recién tuvo resultado en 1952 (Molina 2007,

Illanes 2010). Asimismo, destacó la creación del Colegio Médico de Chile en noviembre de 1948, proyecto que estuvo tramitándose por 15 años en el Congreso (Illanes 2010).

4.6. El desarrollo del Estado benefactor (1950-1973).

La década de 1950 significó el cambio a un modelo industrial en donde el Estado se implicó de forma estructural, fortaleciendo el rol asistencial y subsidiario a la población, principalmente trabajadora (Molina 2007, Illanes 2010). En este contexto, se generó la reforma a la ley 4054, ley que no estuvo exenta de problemas al momento de su creación en 1925 y 26 pero que constituyó la base del desarrollo de políticas proteccionistas de parte del Estado hacia los trabajadores. No obstante, si ya contaba con falencias desde su momento de promulgación, a inicios de la década del 50 y,– en el contexto de la discusión internacional sobre el rol de los estado en materia de salud, sobre todo, posterior a la 2° Guerra Mundial–, esta seguía siendo ineficiente.

En 1950 se impulsó nuevamente el proyecto de reforma a las leyes 4054 y 4055 (Ley de Accidentes de Trabajo), proyecto que inicialmente había sido presentado en 1941 (Bustos 1947), esta vez promovido principalmente por el Médico Jorge Mardones, quien era en ese momento Ministro de Salubridad del Gobierno de Gabriel González Videla, y que dentro de los aspectos que buscaba reformar destacó un aumento notable en las prestaciones y subsidios por parte del Estado en Seguridad Social.³²

En relación a la organización del Sistema de Salud, el proyecto planteaba la unificación de las distintas instituciones del Estado en torno a la sanidad como la Dirección General de Sanidad, los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, la Dirección Nacional de Protección a la Infancia, los Servicios Médicos de la Caja del Seguro Obligatorio, los Servicios Médicos de la Caja de Accidentes del Trabajo, los Servicios Municipales y el Servicio Nacional de Empleados, todos eso ahora serían parte del Servicio Nacional de Salud Pública (SNS). Esta mirada centralizada requería el desarrollo de una infraestructura adecuada que permitiera ampliar el acceso y disposición de los Servicios de Salud representados por hospitales, postas, entre otros (Illanes 2010). Esto implicaba una mirada de la medicina preventiva centrada en la atención primaria, y no únicamente en los hospitales.

El proyecto fue aprobado finalmente en 1952, no obstante, se dejaba afuera los empleados públicos y privados, quienes quedaban bajo el alero del Servicio Médico Nacional de

Empleados (SERMENA), correspondiente a atención de carácter privado (Abarzúa 2018). Pese a que la nueva ley mejoraba notablemente las condiciones de prestación de salud finalmente, este no incluyó dentro de sus prestaciones aspectos relacionados con la salud mental, la que quedó nuevamente fundida en el reglamento establecido en el Código Sanitario de 1925. Asimismo, todas estas prestaciones tampoco fueron llevadas a cabo según la ley establecía tanto con respecto al cobro de los subsidios de los salarios de personas de baja médica como de la prestación misma de salud, ya que el sistema se encontraba colapsado (Illanes 2010).

Los conflictos escalaban en relación al nuevo orden laboral de la Salud destacando que pese a que para la época se había promulgado la Ley del Estatuto Médico Funcionario incentivado por el reciente Colegio Médico en donde se reglamentaba los salarios horarios y modalidad de trabajo de los médicos, estos no tardaron en tener problemas con el Estado, debido por ejemplo al constante retraso en los pagos (Illanes 2010). En este contexto, se desató un conflicto respecto a la autonomía del Servicio Nacional de Salud (SNS) con relación a sus competencias técnicas y el gobierno, disputas de poder intensificada por la ausencia de los recursos comprometido por parte de este último. Fue así que en 1956 el SNS tuvo que realizar despidos masivos de médicos por no poder pagar los salarios comprometidos, dejando aún más empobrecido la capacidad de atención del sistema de Salud (Illanes 2010).

Ese mismo año, se realizó la convención médica que da cuenta del enfrentamiento del gremio médico y las fuerzas políticas, y en donde destacó una agenda de trabajo centrada en varias temáticas relevantes para el desarrollo de la medicina social. En esta convención además se aprobó que la medicina estatal la que incluía el SNS, Fuerzas Armadas, Universidades e Instituciones Filantrópicas, debía ser ejercida por médicos funcionarios, en tanto el resto incluyendo otros servicios fiscales y también autónomos debía poseer un sistema mixto, basado en la libre elección (Abarzúa 2018).

A fines de la década del 50, con la llegada del presidente Jorge Alessandri, los conflictos con el Servicio de Salud continuaron, destacando por ejemplo la discusión por parte del gobierno de la creación de áreas de salud que buscaban centrar la atención en los hospitales sobre los centros de salud, poniéndose énfasis en la enfermedad sobre la prevención, conflicto que como plantea Molina (2007) continúa en la actualidad y que en el caso de la Salud Mental se hace especialmente relevante.

La década de los 60 estuvo marcado por contexto revolucionario americano relacionado con los levantamientos y críticas en torno al agotamiento del capitalismo industrial y las prácticas de explotación, siendo la revolución cubana un ejemplo de ella (Illanes 2010). En el caso chileno se observa un momento de aguda crisis social, profundizada por el terremoto de 1960, que dejó el centro y sur del país en el suelo.

Durante este periodo se observa un crecimiento urbano sin precedente relacionado con la migración campo ciudad, destacando el aumento desde un 40 % de población urbana en la década del 20 hasta el 60% y cuyo resultado devino, en toma de terrenos y desarrollo extenso de poblaciones callampas las que, obviamente, no contaban con las condiciones de salubridad e higiene mínimas (Molina 2007). Esta situación tampoco era mejor en los contextos agrarios, en donde el sistema de inquilinaje y la explotación a dicha población tenían a una parte importante de los trabajadores bajo el sueldo mínimo (Molina 2007).

Con respecto al acceso a la salud, de la población activa laboralmente, el 72% ganaba menos que el sueldo mínimo, lo que implicaba que estos accedían a la sanidad pública; en tanto, el porcentaje restante tenía acceso a la salud privada (Molina 2007). En este contexto, la salud pública socializada contaba con 28.500 camas y la privada únicamente con 1284, por lo que aunque las condiciones de la salud pública eran muy precarias, la realidad es que esta se encontraba en un proceso de expansión relevante y atendía a la gran mayoría de la población del país.

En esta época se da paso al crecimiento de la medicina privada, la que en realidad representaba un porcentaje muy minoritario con respecto a las atenciones totales considerando las cifras antes expuestas. Aunque su impulso, relacionado con la práctica libre de la profesión médica, es una consecuencia de su expansión durante la dictadura. El ejercicio de la medicina, tanto pública como privada, estaba reglamentado en este periodo por el Colegio Médico, especialmente en torno a temáticas como las rentas (Molina 2007).

Lo anterior en el marco de la madurez de la Medicina Social, lucha que se retrotrae a la década del 30 cuando la ciencia se ponía al servicio de las personas en un contexto “del cuestionamiento al sistema en tanto opresor del ser-humano-social” (Illanes 2010: 438). La discusión a inicios de los 60 tendía a comprender la salud como un derecho humano, ya no sólo relacionado con el otorgamiento de servicios técnicos científicos, sino que

también a través de la relación médico paciente. Sobre todo “cuando las condiciones materiales de vida que imponía el esforzado y mal pagado trabajo cotidiano en los hospitales y consultorios tendía a apagar en funcionarios, médicos y paramédicos, el fuego inicial de la utopía” (Illanes 2010: 441).

Igualmente, en la década del 60³³ se activó una discusión en torno a la estructura del sistema de salud en Chile, en relación al rol del Estado y del desarrollo de la medicina privada. Destacó entonces el proyecto de ley de Medicina Curativa, que fue inicialmente enviado al Congreso durante el gobierno de Alessandri en 1961. Luego de su rechazo en 1964 se realizó una segunda propuestas que finalmente, fue aprobada en 1968 con apoyo del presidente Frei. La nueva ley establecía dos principios para el desenvolvimiento de la salud privada: el ejercicio libre de la profesión por parte del gremio así como la libre elección del médico por parte del paciente y el desarrollo de un sistema de copago. Lo anterior se enmarcó en una discusión política entre una mirada de:

... “izquierda que defendía un sistema de salud estatal, de medicina social, y un centro radical que proponía un sistema mixto de fuerte presencia estatal pero compatible con el ejercicio de la medicina liberal, ambos grupos muy críticos del proyecto que presentaba el gobierno a través de su ministro de Salud Pública, Ramon Valdivieso” (Abarzúa 2018: 33).

Durante esta década además, en el contexto nacional e internacional, de alta crítica al sistema capitalista imperante y que en Chile guarda relación con la reforma universitaria, se advirtió el desarrollo de la Medicina Social Integrativa, la que propiciaba la integración de las dimensiones físicas, psíquicas y sociales.

Así, la Salud Pública se convirtió en uno de sus principales campos, otorgándole una mirada biosocial a los problemáticas en torno a la salud, la enfermedad y los contextos sociales involucrados. Esta era una nueva perspectiva que promovía cambios en la formación médica relacionados con la introducción del reciente paradigma social que insistía en que el conocimiento médico y los médicos/as debían ponerse a servicio de la comunidad. En 1968 se convocó, por ejemplo, a una serie de seminarios de formación médica, organizados por los médicos Emilio Villarroel y Salvador Diez, con asistencia de representantes de las Facultades de Medicina, el Colegio Médico de Chile y el Servicio Nacional de Salud, abocados a dicha problemática (Illanes 2010).

De este modo, se fue generando una perspectiva democratizadora de la Salud, integrándose la mirada de la Medicina Comunitaria “como concreción histórica del concepto de Medicina Social Integral”, la que implicaba no solo la consideración biosocial sino que la configuración de acciones prácticas —tanto curativas como preventivas— en conjunto con la participación de la comunidad (Illanes 2010). En el campo de la salud mental, no hay cambios relevantes en materia legislativa durante este periodo aunque se observa el avance de las primeras iniciativas de salud comunitaria a partir de 1966, destacando la labor del médico Luis Weinstein en Santiago y de Martín Cordero en Temuco (Minoletti *et al.* 2012). Siempre bajo la influencia de los modelos críticos en Salud mental, los que eclosionan en la década de 60 en Europa y Norteamérica, pero también en relación al desarrollo local de una medicina de carácter social.

Estos nuevos planteamientos llevaron a discutir sobre nuevas temáticas relacionadas con la implementación, como señaló Marconi (2002) en 1973:

“El debate de fondo se plantea hoy alrededor de lo siguiente: ¿Podemos pasar desde la estructura feudal en Salud Mental, representada por el asilo, modernizado en el Hospital Psiquiátrico, a una psiquiatría de masas? ¿Es imprescindible una etapa intermedia, de Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales o Unidades de Salud Mental, a lo largo del país, antes de planear la solución nacional masiva, intracomunitaria? Vivimos un revolución en Salud Mental, pero... ¿Revolución tecnócrata o revolución cultural?” (Marconi 2002: 82).

Esta época se distingue por un crecimiento en infraestructura hospitalaria sin precedente, generándose la construcción de diversos hospitales regionales como el Hospital Regional de Temuco y el de Puerto Montt. Ambos fueron inaugurados a inicios de la década de 1970 e incluyen en su interior un servicio de psiquiatría, lo que responde a las críticas en torno al sistema asilar y al incipiente desarrollo de una mirada nacional sobre salud mental.

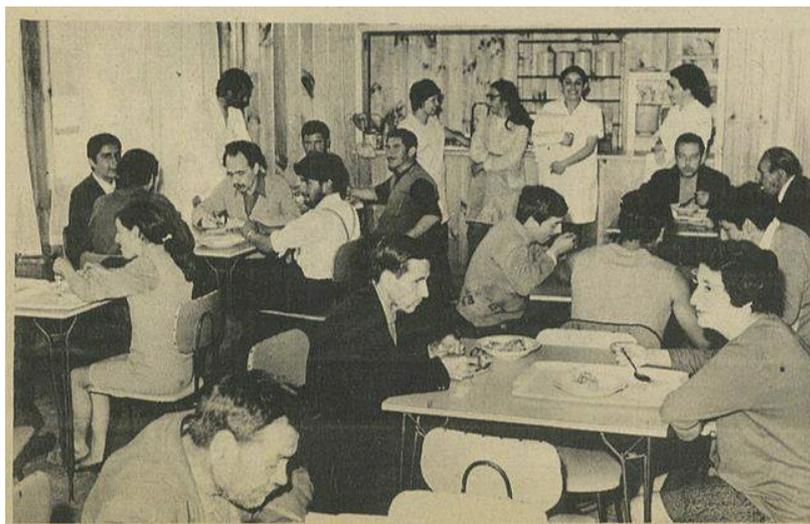


Figura 4.8. Comedor del Servicio de Psiquiatría Temuco del Hospital Clínico de Temuco inaugurado en octubre de 1971.

Fuente: Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional, p.8 (Colaboración Dr. Martín Cordero).

A fines de los años 60 el Gobierno Demócrata Cristiano de Eduardo Frei, había avanzado ampliamente en políticas de carácter médico y social. Entre ellas se incluyó la Ley de Planificación Familiar de 1965, que constituyó una norma de gran relevancia en relación a la aplicación de medidas anticonceptivas para la población femenina y la búsqueda de la disminución de la mortalidad materna por aborto (Castañeda y Salamé 2015)³⁴. Además, destacó la creación del Formulario Nacional de Medicamentos, de 1967, que buscaba regular tempranamente las diferencias de precios en función de los nombre genéricos y de fantasía de los medicamentos; en 1968, la Ley de Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades; y la ya nombrada Ley de Medicina Curativa (Goic 2015).

Hacia 1970, con la llegada del médico Salvador Allende a la presidencia se intensificaron los cambios ya concebidos previamente. Por ejemplo, se observó la democratización de las instituciones públicas, entre ellas las de salud. Esto se materializó con el decreto 602, en 1971, que establecía varias instancias participativas como los Consejos Locales de Salud. En ellos no solo se incluía al personal técnico sino también a representantes de la comunidad. A su vez, se instituyeron Consejos Paritarios en cada establecimiento de salud, compuestos por funcionarios e integrantes de las organizaciones sociales. Durante este periodo aumentó notablemente el gasto en salud, advirtiéndose que en 1970 el 7,1 por ciento del gasto fiscal fue destinado a este rubro. Asimismo, entre 1970 y 1973 se percibe una mejora en las cifras de mortalidad infantil y mortalidad general, lo que responde a las políticas sostenidas tanto del gobierno de Allende como de los anteriores (Illanes 2010)³⁵.

A su vez surgieron iniciativas que vincularon a la comunidad –a partir de organizaciones de carácter voluntario– con la institucionalidad. Entre ellas, se crea la Consejería Nacional de Desarrollo Social, correspondiente a un organismo del Estado que se relacionaba con la población a través de agrupaciones como juntas de Vecinos, centros de madres y sindicatos que, junto a la Comisión Nacional de Emergencia en Salud, buscaban avanzar en la solución de los problemas cotidianos de la población (Illanes 2010)³⁶.

Con el golpe de Estado, los programas propuestos y el anhelo de una medicina de carácter unitario fueron mermados por la aplicación de políticas neoliberales, encausándose a partir de la ley de Medicina Curativa, las prácticas vinculadas al ejercicio de la medicina privada, que creció en desmedro de la pública.

4.7. La salud en Dictadura, la arquitectura del sistema actual.

Luego del golpe de Estado cívico-militar en Chile se advirtió, a nivel de política estatal, medidas de índole neoliberal que intentaban recortar los gastos públicos y que, particularmente en salud, generaron una reorganización bajo un paradigma economicista y restrictivo (Almeida 2002; Aedo 2001). Fue así que en dictadura se desmanteló el estado asistencial imponiéndose un modelo de Estado en el cual:

“El "pueblo" ya no se constituye en una categoría del Estado, sino más bien de la economía: las necesidades y requerimientos del otrora "pueblo" –el que pierde su nombre– pasa a ser un factor "costo social", ante el cual el Estado asume un correspondiente rol económico (subsidiario), con el fin de su incorporación relativa al mercado de trabajo barato” (Illanes 2010: 505).

Este proceso, se extendió no solo en Chile sino que en toda Latinoamérica, a través de un cuestionamiento a una de las premisas alcanzadas en la década de 1960 respecto a la salud como derecho humano, generándose una agenda que buscó limitar los servicios médicos, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y privilegiando la provisión de cuidados médicos individuales (Almeida 2002).

Así, se distinguió la renuncia del Estado como responsable y garante de la salud pública, generándose un sistema que buscó incentivar la privatización. Se disminuyó al mínimo la participación popular, reduciéndose las prestaciones de salud hacia una perspectiva formal curativa y alejándose cada vez más de los preceptos de la medicina social. Solo se

mantuvieron algunas políticas sociales y sanitarias como distribución de vacunas y el reparto de leche para madres e hijos.

A partir de la década de 1980, se realizó una transformación estructural del sistema de salud, inaugurado con la Constitución de ese periodo la que establecía que el Estado debía tener un rol subsidiario. Esto validaba al sector privado como legítimo agente de salud, bajo el precepto de que la población podía elegir “libremente” su sistema de prestación, resaltándose la idea de que las cotizaciones eran de carácter individual (Montoya-Aguilar 2013).

De este modo, se establece la arquitectura del sistema actual, que se estructuró a partir de 1981 con:

i) la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), institución financiera destinada a recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud; ii) la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres); iii) la descentralización del sistema nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de 27 servicios de salud a lo largo del territorio nacional, cada uno de los cuales brinda prestaciones de salud mediante redes asistenciales constituidas por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos y rurales, postas y estaciones médicas rurales, y iv) la descentralización de la atención primaria (Titelman 1999: 182).

A esta estructura general se suma la aplicación del DFL 1-3.063, de 1980, relacionado con el proceso de municipalización del Sistema de Salud, traspasando el 70 por ciento de la Atención Primaria a la administración comunal. Por otra parte, la atención secundaria se vinculó al sistema de salud público a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que comprendían a 27 Servicios en todo Chile (Aedo 2001), y que en la actualidad corresponde a 29.

Con las nuevas reformas el sistema de salud chileno se convirtió en un modelo mixto público y privado, en materia de financiamiento, seguros y entrega de prestaciones. Este proceso fue liderado por el Ministerio de Salud, quien hasta hoy diseña, coordina, supervisa, evalúa y controla las políticas de salud (Aedo 2001). En ambos casos, la obligatoriedad de cotizar en un principio fue del 4 por ciento del sueldo entre 1981 y hasta

1986, cuando se pasó a la cotización obligatoria del 7% por ciento, la que se mantiene en la actualidad. En la práctica son dos modelos con lógicas distintas: en el caso del sistema privado, la ISAPRE (Institución de Salud Previsional) opera como un seguro cuya prestación está definida por el pago de una prima determinada por el riesgo; y el sistema público FONASA (Fondo Nacional de Salud) como un seguro de carácter solidario. En la actualidad FONASA cubre al 80 por ciento de la población de ingresos principalmente bajos y medios y las ISAPRES cubren el 17 por ciento de la población, principalmente de ingresos medios y altos (Bitrán *et al.* 2013). El 3 por ciento restante está representado por las Fuerzas Armadas (FFAA), de Orden y Seguridad Pública, que reciben servicios de salud a través de un sistema que cuenta con mayores beneficios que el resto de la población.

En la década de los 90', con la vuelta a la democracia en Chile, el modelo legitimado de economía social de mercado, doctrina que validaba al sistema neoliberal de la escuela de Chicago, se mantuvo. Esto implicó la continuidad en la privatización del sistema de salud y la desregulación del sistema privado (Titelman 2000), pese a la creación de la superintendencia de ISAPRES en 1990 como organismo regulador. Lo que además ha permitido la discriminación de riesgos por parte de las aseguradoras, quienes han definido su cartera de clientes en función no solo de quien lo puede pagar³⁷ (Titelman 2000). En ese sentido, en el sector público permanece la población con mayores riesgos de enfermedad, más propensas al uso del sistema de salud y con menos recursos, lo que redundaría en una menor entrada económica al sistema. Esta misma desregulación, o más bien dicho regulación a favor del sistema privado, genera en la actualidad el traspaso constante de recursos públicos –a través de otras vías– a las ISAPRES, como por ejemplo mediante compras de servicios de salud que el sistema privado por infraestructura o personal no puede cumplir.

Se ha gestado desde los 80 y luego en los 90 un sistema a la medida de las grandes empresas que han hecho de la salud un negocio y que ha permitido aumentar la inequidad en el país. Pese a ello a fines de los 90, bajo el gobierno de Ricardo Lagos, se comenzó a discutir sobre las directrices de la salud en Chile. Se establecieron objetivos sanitarios y se buscó diseñar políticas acorde a estas problemáticas. La primera iniciativa producto de este debate fue la publicación en 2002 de los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010", que planteaba no solo mejorar cifras de salud en relación a las enfermedades

y enfrentar los desafíos nuevos en relación al tipo de población en Chile, sino también disminuir la inequidad.

En respuesta a estas inquietudes, se implementó el Plan AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud) que constituye un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al FONASA y a las ISAPRES que permite acceso por derecho a ciertas prestaciones, tiempos máximos de espera y protección financiera de las personas que acceden a estos beneficios. En la actualidad las atenciones GES en salud mental son cinco correspondientes a la depresión, trastorno bipolar en mayores de 15 años, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer y Consumo perjudicial o dependencias de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años ³⁸.

Igualmente, se han registrado notables avances en infraestructura y formación desde la década del 90 en adelante, lo que se suma a cifras de salud equivalentes a países desarrollados en relación a aspectos como mortalidad infantil, y expectativa de vida. Sin embargo, esto no se extiende a las cifras en torno a la salud mental³⁹.

Pese a la continuidad del modelo se advierte un cambio en el énfasis de las políticas públicas en salud, relacionada con mejoras en las instalaciones, en las competencias técnicas y coordinación de los establecimientos. Estos adelantos se reflejaron en diversos ámbitos, uno de ellos es la salud mental. A través del desarrollo del primer Plan Nacional de Salud Mental promulgado en 1993, fue posible instalar un sistema de salud mental en los servicios y en los distintos niveles de atención. Posteriormente se desarrolló el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, entre los años 2010 y 2017, el que se sustentó en un modelo de tipo comunitario y, finalmente, un tercer Plan de Salud Mental que se encuentra actualmente operativo hasta el año 2025 (Plan Salud Mental 2017-2025).

No obstante, Chile tiene una deuda invaluable con la Salud Mental relacionada con la falta de legislación específica pese a que los diagnósticos que lideran las licencias médicas en el país corresponden a enfermedades mentales⁴⁰. Las cifras dan cuenta de la subestimación de las enfermedades relacionadas con la Salud Mental a nivel general en Chile y alertan que muchas de estas constituyen una epidemia en el país.

4.8 El discurso médico psiquiátrico a nivel mundial y sus perspectivas en Chile.

La psiquiatría se estableció en el mundo, desde fines del siglo XVIII y principios del XIX, como dominio de la higiene pública. Su nacimiento se fundó en la idea de la locura como una amenaza para la sociedad, siendo su foco la protección social de los “cuerdos”. El código francés de 1810 estableció:

“que no hay ni crimen ni delito, si el infractor se hallaba en estado de demencia en el momento del acto. La posibilidad de asignar la locura era, por lo tanto, exclusiva de la calificación de un acto como delito: si el autor estaba loco, no era la gravedad de su acción la que se modificaba” (Foucault 2002: 21).

En tal sentido, la locura podía disminuir la sentencia e incluso anularla o solo cambiar el destino del encierro, que podía ya no ser en la cárcel. La locura entonces se tipificaba como tal al momento de estar vinculada al delito y no como una condición independiente de éste. Así, la antítesis entre cuidado y castigo se conjugó como una combinación perfecta para el orden social.

Es necesario entender la organización de la sociedad, de la profesión médica y de las instituciones de salud para comprender los patrones de incidencia de enfermedad y actitudes hacia padecimientos específicos, como es el caso de las enfermedades psiquiátricas (Rosenberg 1992). Por eso, al analizar los discursos de la psiquiatría hay que comprenderlos como parte de otros tan diversos como el de las políticas estatales, la ley, la industrialización y otros campos de la medicina, lo que implica analizar una red de discursos (Leitner 2014; Foucault 2002).

La relación inicial de la psiquiatría con la medicina tuvo un objetivo disciplinar. Durante el siglo XIX, esta perspectiva devolvió a los ámbitos de la enfermedad y la medicina mental “todos los grandes trastornos y las pequeñas irregularidades de conducta que no competen a la locura” (Foucault 2001:124). En ese sentido, la imposibilidad de extirpar la locura como un tumor, y su vínculo del efecto de esta como delito o desorden, acercaron la psiquiatría a la represión.

Desde una perspectiva histórica, parte de los trabajos vinculados a la psiquiatría se han enmarcado en las propuestas foucaultianas, siendo este un enfoque cómodo para explicar

el rol de la medicina y el de los médicos como disciplinadores de los cuerpos. No obstante, aunque útil, es relevante ampliar estos focos...“tratando con mayor o menor éxito de usar de ellos pero de modo matizado y cauteloso, apoyándose en información empírica y explorando tanto los contenidos disciplinadores como los asistenciales de las prácticas psiquiátricas” (Armus 2002: 53).

En el caso particular de Chile, uno de los primeros esfuerzos por generar una mirada histórica de la psiquiatría fue el trabajo de Juan Garafulic (1957), quien definió de forma operativa una serie de etapas del desarrollo de la disciplina, cuyo trabajo coincide con miradas posteriores realizadas por otros autores como Foucault en su *Historia de la Locura*, publicada originalmente en 1964.

Las etapas definidas por Garafulic (1957) son cuatro y se inician con un momento “presiquiátrico”, el que se extiende desde el Periodo Colonial hasta inicios del siglo XIX, teniendo como punto de quiebre ontológico el desarrollo de las ciencias y de su construcción y validación del conocimiento a través de su método (Ver cuadro). El especialista sostuvo que en los países occidentales la locura era considerada “un estado demoniaco, un castigo divino, una situación de poseso, una tremenda e inexorable vergonzosa desgracia que se enfrenta con encierros, cadenas, exorcismos, plegarias, medicamentos cabalísticos y muchas otras formas” (1957: 61). Esta etapa, no obstante, es extensa y tiene sus raíces previas a la hegemonía cristiana en occidente.

Etapas	Periodo⁴¹	Descripción
Etapas 1 “Presiquiátrica”	Siglo XVI a los primeros años del nacimiento de la República	Las afecciones mentales eran consideradas como castigo divino o estado demoniaco.
Etapas 2 “médico-filantrópica”	(1852-Inicios siglo XIX)	Extenso periodo en el que se creó la Casa de Orates, en 1852. Comenzó a enfrentarse la locura con criterio de enfermedad, bajo los postulados de la ciencia. El rol de la administración de la psiquiatría nacional estuvo determinado por la Junta directiva de carácter filantrópico de la Casa de Orates, criterios que fueron entrando en pugna con los de tipo médico
Etapas 3 “Predominio del criterio psiquiátrico”	1910-1930	Periodo de consolidación de la disciplina, relacionado con el desarrollo médico-científico. Aparecen las revistas científicas. Los médicos asisten a Congresos Nacionales e Internacionales sobre psiquiatría. Se nombran

Etapa	Periodo ⁴¹	Descripción
		directores médicos en la Casa de Orates y se crea la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (Sonepsyn) en 1932,
Etapa 4 “Expansión”	1930-1957	Ampliación de la atención psiquiátrica en el país (Garafulic 1957; Bornhauser y Andahur 2009).

Tabla 4.1. Etapas cronológicas del desarrollo de la psiquiatría en Chile, según Garafulic (1957).

Durante el siglo V a. n. e. se desarrolló en Grecia la doctrina humoralista de la enfermedad que establecía que el cuerpo estaba compuesto por cuatro fluidos y que el desequilibrio de estos generaba las enfermedades. Esta teoría se definía en relación al lugar donde se expresaba el síntoma, “por lo tanto, en el caso de las enfermedades mentales debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, y ese lugar era claramente el cerebro” (Salaverry 2012: 144).

Entre los escritos atribuidos a Hipócrates, se distingue un tratado que señala que la enfermedad sagrada, denominada así por las características que las vinculaban a deidades o a demonios, no poseía de ninguna forma ese carácter, sino que era fruto de causa natural (Salaverry 2012). Esto nos permite deducir que las interpretaciones de las enfermedades psiquiátricas de tipo religioso poseen una tradición pre cristiana. Durante el siglo II n. e. Galeno clasificó las:

... “enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera se produciría por un exceso o plétora, bien sea del humor sangre o de la bilis amarilla, y se manifestaría con alucinaciones o delusiones, mientras que la melancolía se originaba en un exceso de la bilis negra y su principal manifestación sería la depresión” (Salaverry 2012:144).

Posteriormente, durante el Imperio romano, pese a la existencia de manifestaciones de salud pública relacionadas con el desarrollo de los sistemas de higiene de aguas, las enfermedades mentales se mantuvieron en el orden de lo privado (Salaverry 2012).

En la Edad Media se intensificó la relación entre las enfermedades psiquiátricas y la religión. La teología cristiana veía la locura como señal de lucha entre Satanás y Dios por la posesión de las almas, llevándose a la inquisición parte de los afectados (Aburto 1994). De hecho, a los locos les estaba prohibido el acceso a las iglesias, aunque no se les negaban los sacramentos (Foucault 2019). Durante el periodo medieval y el Renacimiento, la locura también se consideró desde la perspectiva médico científica de

la época, que suponía la presencia de lesiones irreparables al cerebro que hacían incurable dicha situación (Aburto 1994).

Históricamente la solución a la locura correspondió a la exclusión, no en espacios determinados, pero si con respecto al resto de la sociedad (Aburto 1994). En el siglo XV, por ejemplo, se menciona la creación de residencias para insanos, como es el caso del Bethlem Hospital, en Londres. En otros lugares algunos monasterios se ocuparon de los locos, no obstante, la mayor parte vagabundeaba (Aburto 1994). Esta condición errática y vagabunda, generaba que “en ocasiones algunos locos eran azotados públicamente, y como una especie de juego. Los ciudadanos los perseguían simulando una carrera, y los expulsaban de la ciudad golpeándolos con varas” (Foucault 2019: 26).

Durante el siglo XVII, específicamente en 1656, se dictó el edicto de Nantes, cuyo objetivo fue prohibir la mendicidad. Pero terminó generando el encierro de vagabundos y locos en todo Europa, ya que se entendía la ociosidad y la mendicidad como una fuente de desorden (Aburto 1993). Esta época es la que Foucault denomina “del gran encierro”, que se habría extendido hasta fines del siglo XVIII. En el concierto de esta nueva era es que se funda el Hospital General de Paris cuyos objetivos fueron, en parte, alojar a estos desvalidos. Asimismo, los leprosarios, algunos casi en desuso pasaron a ser ocupados por locos.

“En 1542, los bienes de los leprosarios de Schleswig-Holstein son transferidos a los hospitales. En Stuttgart, el informe de un magistrado, de 1589, indica que desde cincuenta años atrás no existen leproso en la casa que les fuera destinada. En Lipplingen, el leprosario es ocupado rápidamente por incurables y por locos” (Foucault 2019: 16).

De este modo, la época de predominio de la razón, en donde los sin razón no tenían cabida, relegando a la locura a una condición inhumana. Los y las locas fueron desterrados a lugares en donde se les maltrataba, se les encadenaba y en donde su único nexo con personas era la de sus propios carceleros (Roa, citado en Aburto 1994). El trato brutal se justificaba porque se creía que su condición era resultado de la propia vanidad, de la flojera e incluso el pecado (Foucault 2019).

Ya en el siglo XVIII, al alero de las ideas de los pensadores ilustrados, se fue incorporando la percepción de que el encierro y el maltrato tenían escasos resultados

terapéuticos. Los principios de la Revolución Francesa sobre la libertad, igualdad y la filantropía en general no calzaban de ningún modo con el trato hacia los desvalidos.

Previamente en Francia bajo el reinado de Luis XV, se había estipulado la creación de los asilos, en 1724, con el objetivo de encerrar a los vagabundos, aludiendo al fracaso de los hospitales generales para este fin. Este método se profundizó a partir de 1760 con el decreto de la construcción de un asilo en cada una de las generalidades bajo la autoridad directa del intendente, con el fin de crear un sistema de encierro mucho más masivo de los indeseados, vagabundos, enfermos, prostitutas y locos, quienes se encontraban obligados a trabajar en las fábricas ubicadas al interior de estos recintos.

Se destaca entonces el rol de Turgot, ministro de Luis XVI, quien organizó, entre julio de 1774 y mayo de 1776, una comisión investigadora de hospitales presidida por el arzobispo de Tolosa, Loménie de Brienne, con el objetivo de reorganizar el sistema de salud (Postel y Quétel 2000). De este trabajo destaca un plan completo para ordenar la asistencia y, sobre todo, la presencia de la categoría de los insanos como de carácter médica, “con derecho a la asistencia pública (tal es igualmente el caso de los que padecen enfermedades venéreas, de los niños abandonados, etc.)” (Postel y Quétel 2000: 122). La tarea fue sucedida por Jacques Necker, en 1776, quien continuó con la obra de reforma iniciada por su predecesor (Postel y Quétel 2000).

Más adelante, en 1781, se creó, a cargo de Jean Colombier, médico jefe del Hospital de Dicu, una inspección general y permanente de los hospitales civiles y de las prisiones (Roa 1974, Postel y Quétel 2000). En este contexto fue elaborada la circular de 1785, redactada por Colombier y Doublet, en la cual dio cuenta de las condiciones inhumanas en la que se encontraban los desvalidos, y planteó la necesidad de que los estuvieran en lugares especiales (Postel y Quétel 2000). En el mencionado documento se afirmaba que no bastaba con internar a los alienados sino que se les debía proporcionar tratamiento en establecimientos específicos dedicados a ellos (Postel y Quétel 2000).

La segunda etapa propuesta por Garafulic (1957), denominada médico-filantrópica corresponde al siglo XIX. Este momento se vinculó al posicionamiento de la modernidad y “fue el primer paso de un largo camino de secularización social por el que transitarán todos los actores de la sociedad civil” (Araya 2006: 6). Hacia fines del siglo XVIII el

desarrollo del discurso médico ilustrado venido desde Europa situó elementos del ámbito de lo privado (Araya 2006) en lo público y tuvo como resultado el aumento de políticas públicas en torno a la enfermedad y la higiene. La creación de la Casa de Orates en la ciudad de Santiago, en 1852, y el nacimiento de la psiquiatría asistencial en Chile son un reflejo de esta dinámica (Escobar 2010 a).

En sus inicios este periodo estuvo marcado por las discusiones con respecto a la naturaleza del campo de la medicina en relación a la filosofía, la psicología y la religión. Las ciencias médicas estaban buscando, desde un enfoque de las ciencias naturales, establecer principios basados en criterios objetivos (Pacheco 2003). Asimismo, los funcionarios ya no debían ser carceleros sino más bien personas indulgentes que debían atenderlos y no juzgarlos, cuestión que quedaba únicamente para el médico (Greve 1984).

El segundo de los aspectos del tratamiento moral consistía en plantear que los locos debían hacerse responsables de sus actos y el tercero, relacionado con el anterior, implicaba que debían mirar sus desvaríos al espejo y observar a los otros. Esta perspectiva intentaba conseguir que cuando los locos notaran qué hacían, lucharían por volver a la realidad (Roa 1971).

Pinel y posteriormente su discípulo, Jean Étienne Dominique Esquirol, introdujeron un cambio metodológico al momento de enfrentar las enfermedades psiquiátricas, basado en la observación clínica sistemática y en la definición de categorías psicopatológicas estables (Pacheco 2003). Además, a Esquirol se le concedió la primera cátedra en el tema surgiendo, a partir de 1817, los primeros médicos alienistas especializados. Asimismo, participó “junto a sus discípulos, Guillame Ferrus (1784-1861) y Jean Pierre Falret (1794-1870), en los trabajos preparatorios de la ley francesa, de 1838, sobre alienados, en la cual se basaron muchas de las legislaciones posteriores sobre la internación de enfermos” (Camus 1993:16).



Figura 4.9. Dibujo sobre William Morris, paciente atado durante 10 años a un barroto de hierro. Fuente: Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Temuco, Enero 1973: 4 (Gentileza Martín Cordero).

En cuanto a la reforma de los espacios de reclusión, Esquirol destacó la importancia de mejorarlos. Él fue el primero en utilizar el concepto de asilo e inició el proceso de transformación de los centros de reclusión de enajenados en hospitales (Camus 1992, 1993). En tanto, Ferrus tuvo como una de sus principales preocupaciones las reformas de los hospitales, y fue nombrado por el gobierno francés como inspector de asilos y manicomios (Camus 1992, 1993).

De este modo, se promovió, a principios del siglo XIX, la idea de que los locos deberían ser separados de la sociedad y tratados en hospitales especializados cuyo emplazamiento debía mantener buenas condiciones climáticas y los pacientes debían tener actividades en la naturaleza (Parr 2007).

Mientras en Francia se llevó a cabo la investigación de las causas orgánicas de la locura y el perfeccionamiento de la metodología clínica, en Alemania, predominó la denominada psiquiatría romántica que tiene sus antecedentes en J.J Langermann (1768 - 1832) y Johann Reil (1759-1832), quienes fueron precursores de la humanización y cuidado de los enajenados. gualmente, destacó el trabajo de Johann Heinroth (1773-1843), quien concibió la enfermedad mental como consecuencia del pecado y, aunque sus observaciones se alejaban de las propuestas francesas, se considera uno de los precursores

del psicoanálisis ya que planteaba que la alienación era producto de conflictos interiores producidos por la culpa (Camus 1993).

A mediados del siglo XIX, en Alemania se impulsó la psiquiatría psíquica orgánica, siendo el neurólogo Wilhelm Greisinger (1817-1868), uno de sus máximos representantes. Él señalaba que la enfermedad mental era un problema específico del cerebro y tenían un carácter somático (Camus 1993). A partir de entonces se desarrolló la denominada psiquiatría del cerebro y la escuela clínica (Camus 1993).

La psiquiatría del cerebro tuvo como sus principales representantes “a Theodor Meynert (1833-1893) y a su discípulo Karl Wernicke (1848-1905), quienes llevaron a cabo importantes descubrimientos y aportes anátomo-patológicos” (Camus 1993:18). La segunda escuela estuvo representada principalmente por Emil Kraepelin, quien realizó aportes notables a partir de la observación de los síntomas y conjuntos de síntomas (Camus 1992), e integró características de diagnóstico asociado a aspectos como la edad, sexo, duración, y evolución (Berrios 2013). De este modo, en Europa se fue gestando durante el siglo XIX una mirada de la locura más humanizada y consecuentemente una psiquiatría cuyo fin era de carácter terapéutico (Aburto 1994).

Asimismo, junto con las prácticas terapéuticas iniciales se produce un avance en las tecnologías. Entre ellas destaca la silla de contención, también denominada de apaciguamiento, de Benjamin Rush, psiquiatra estadounidense quien trabajó en el Pennsylvania Hospital entre 1783 y 1813. La silla en cuestión:

... “se ataba a los enfermos y se les colocaba una especie de caja sobre la cabeza que los aislaba de sensaciones visuales y auditivas, buscando que cesara la agitación. Algún autor ha señalado que los profesionales creían que el efecto buscado se conseguía a base de reducir la estimulación de flujo sanguíneo hacia el cerebro, al apretar la cabeza y las extremidades del paciente” (Pacheco 2015: 1).

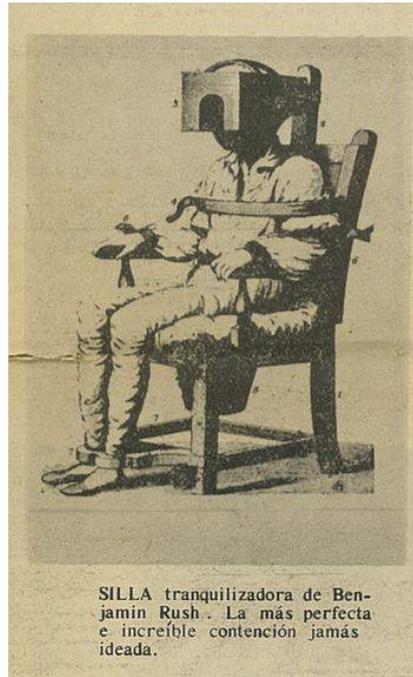


Figura 4.10. Silla tranquilizadora

Fuente: Revista del Servicio de psiquiatría del Hospital Clínico de Temuco, Enero 1973: 4 (Gentileza Martín Cordero).

Particularmente en Chile, durante el siglo XIX destacó un caso emblemático que generó revuelo nacional en el permanente debate entre las explicaciones religiosas y la psiquiatría científica. Se trata de Carmen Marín, más conocida como la Endemoniada, quien ingresó al Hospicio San Borja de Santiago, en 1857, debido a una serie de ataques productos de una supuesta posesión demoniaca. Su caso, llegó a tener un impacto inusitado para la época generándose una controversia entre el sector tradicional religioso y el científico liberal, lo que quedó expresado en discusiones a través de la prensa entre ambos bandos (Durán 2015). La paciente fue sometida a diversos análisis, destacando las interpretaciones del doctor Manuel Antonio Carmona quien, “antecediendo a las teorías de Sigmund Freud y Pierre Janet, vio en estas posesiones una expresión de instintos libidinosos, culpas, amores desechados y/o remordimientos” (Roa 1974: 31) y cuyo diagnóstico fue el de “histérico confirmado, convulsivo y en tercer grado” (Roa 1974: 314).

Estas discusiones no fueron privativas de Chile. En Lima, por ejemplo, con la creación del manicomio de Amentes, en 1857, se dio inicio a una pugna entre los médicos que buscaban el desarrollo de una institución a largo plazo y la obtención de su dirección. Esto generó un enfrentamiento con las instituciones de beneficencia, la que empeoró aun más—“debido a que, para la atención del nuevo manicomio, se trajo desde Francia a las

Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul” (Coello 2018: 62), quienes tenían experiencia anterior en Chile y México (Coello 2018).

En el plano institucional de la Casa de Orates de Santiago Escobar y colaboradores (2002), se definieron tres etapas que permiten comprender la historia del establecimiento en un contexto histórico local y mundial y que coinciden con los planteamientos de Garafulic (1957). El primer periodo corresponde a la fundación de la entidad, entre 1852 y 1891; en el segundo momento, denominado de desarrollo institucional, destacó la elaboración de planes de mejoramiento a nivel profesional e infraestructural; y finalmente, el periodo de consolidación institucional, entre 1931 y 1952 (Bornhauser y Andahur 2009).

Con respecto al periodo fundacional (1852 -1891), sobresalió la labor del médico francés Dr. Lorenzo Sazié, contratado por la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, que junto con el médico Dr. Ramón Elguero, introdujeron aspectos metodológicos de la psiquiatría francesa de Pinel y Esquirol. Elguero además, escribió el primer trabajo científico epidemiológico sobre los internos de la Casa de Orates entre 1860 y 1862, publicado el año siguiente (Escobar 1999).

Más adelante se contrató al médico inglés Dr. William Benham, en 1875, quién fue traído desde Inglaterra por el gobierno de Chile como residente a tiempo completo. Sin embargo, su presencia en el establecimiento provocó serios conflictos, sobre todo con el administrador de la Casa de Orates el Sr. Pedro Nolasco Marcoleta⁴². El administrador no estuvo de acuerdo con las exigencias impuestas por Benham, a lo que se sumó la redacción de un informe lapidario sobre las malas condiciones de los residentes, lo que probablemente costó su destitución, la que aparece en las actas justificada por temas de inasistencia. “Esto último se enuncia como un elemento más del conflicto que habría habido entre los filántropos y los médicos durante los primeros años de la Casa de Orates de Santiago” (Carrasco 2018: 27).

El informe de Benham dirigido al ministro del Interior señala, entre otras cosas:

“La Casa de Orates es al presente un establecimiento donde el insano del país se halla colocado bajo circunstancias tan desfavorables, bajo condiciones tan

irregulares que las probabilidades de curación se hallan mui reducidas” (Benham 1875 citado en Camus 1993: 111-112).

... “habiendo sido 212 el número de pacientes con que el arquitecto se proponía ocupar el actual edificio. Sin embargo, en I ° de julio último, el número de pacientes era de 420, o sea aproximadamente el doble de lo que primitivamente se pretendió instalar dentro de él” (Benham 1875 citado en Camus 1993: 112).

Señala a su vez varias temáticas que se van a ir repitiendo a lo largo de la historia de la Casa de Orates como la falta de condiciones de higiene la escasez de personal; los malos tratos; la mala alimentación; la ausencia de una dirección de carácter médico; y la necesidad de generar un plan terapéutico orientado a mantener ocupados a los enfermos, entre otras. Existen diversas versiones sobre el rol de Benham tanto en un sentido negativo, relacionado con los conflictos con la administración y las altas exigencias impuestas por él (Malbrán 2002); como positivo (Garafulic 1957) coherente con su rol en el intento de implementar una psiquiatría moderna (Medina 2001; Carrasco 2018).

El citado informe fue respondido por el administrador de la casa de Orates, Pedro Nolasco Marcoleta, quien señaló entre otros aspectos que el señor Benham:

... “olvida su contrato. Siempre la asistencia médica ha estado separada de la administración jeneral del establecimiento: los médicos pueden ir i deben hacer observaciones a la direccion, pero mientras el medico no tenga poderes amplios, como lo desea el doctor Benham, i se cambie la lei i el reglamento, éstos tienen que cumplirse”... (Marcoleta 1876: 22).

De este modo, establece un límite sobre la injerencia médica en la administración del recinto. Asimismo señala con respecto a las condiciones de hacinamiento que “no es posible arrojar a la calle a los pobres dementes, so pretexto de que el establecimiento no tenía la capacidad para recibirlos” (Marcoleta 1876: 5).

Luego del paso de Benham por la Casa de Orates, este fue sucedido por el médico Dr. Carlos Sazié, hijo del profesor Lorenzo Sazié, quien fue enviado a por el gobierno a especializarse a Europa. Al igual que su predecesor, tuvo problemas con la Junta de Beneficiencia aunque logró permanecer en la entidad por casi 12 años, hasta el momento

de la caída de Balmaceda. Fue en ese contexto que fue despedido por ser partidario-del gobierno. A su vez, Carlos Sazié fundó el Sanatorio Neuropsiquiátrico de Santiago, el que fue destruido por turbas debido a su apoyo a Balmaceda durante la guerra civil de 1891 (Escobar 2002).

A fines del siglo XIX, se inició lo que Escobar (2002) denominó como el periodo de la Consolidación de la Casa de Orates, que se extendió entre 1891 y 1930. El proceso se inauguró con el informe de inspección de la Casa de Orates, realizado por los Drs. José Joaquín Aguirre y Octavio Maira y publicado en 1893. En él denunciaron el deplorable estado de hacinamiento en el que se encontraban los enfermos, además de la falta de cuidadores y de su mala preparación. A raíz de este informe, durante la administración de Pedro Montt se realizó un plan de mejoramiento de las dependencias, además de la incorporación de un turno permanente de enfermeros durante la noche. Esta etapa coincide con la que Garafulic (1957) designó como la fase de predominio del criterio psiquiátrico relacionada con la formación de psiquiatras y la presencia de cátedras regulares dedicadas a ese fin, además del establecimiento de criterios médicos para enfrentar la clasificación y tratamientos de los pacientes.

De hecho, con la llegada de Pedro Montt a la administración de la Casa de Orates, en 1894, se generó un cambio que permitió la implementación de medidas de mejoramiento de la institución y del tratamiento a los internos (Escobar 2002; Bornhauser y Andahur 2009; Mena 2017). Se establecieron varias disposiciones de gran relevancia para el desarrollo de la medicina alienista local correspondientes a la construcción del Manicomio Nacional en Providencia, el arreglo de las instalaciones de la Casa de Orates de Olivos y la búsqueda de un lugar fuera de Santiago para el desarrollo de un nuevo manicomio (Mena 2017).

Es así como a fines de 1894 se inició la construcción del Manicomio Nacional en una chacra entre las comunas de Providencia y Ñuñoa. Su diseño fue encargado a Carlos Barroilhet, arquitecto que estuvo a cargo de la construcción del Hospital Salvador, en 1871 (Araneda 1980, Osorio 2016). El recinto se proyectaba con una capacidad para 1.200 personas y una extensión de 45.080 metros cuadrados, a lo que se sumaban 8 a 10 hectáreas para las colonias agrícolas, con un total de 34 pabellones, más el pabellón mortuorio y otros de menor importancia (Zilleruelo 2002; Osorio 2016). El diseño de los

edificios seguía el modelo de algunos asilos europeos con pabellones aislados, mayoritariamente de dos pisos y algunos de tres, dispuestos en jardines con diversos talleres para los internos. A su vez, el proyecto consideraba los principios de la higiene en relación a la ventilación e iluminación.



Figura 4.11. Vista aérea de la Escuela de Carabineros en la década de 1950.
Fuente: <http://amosantiago.cl/el-barrio-de-la-casa-de-frei-montalva/#comment-24229>

Sin embargo, en 1898, el edificio fue ocupado por el Estado Mayor para acuartelar al ejército, quedando dichas dependencias para esa institución en donde hoy se emplaza la Escuela de Carabineros de Chile en la avenida Antonio Varas. De esta forma, pese al pago de una indemnización por la pérdida de las dependencias quedó la Casa de Orates de calle Olivos como la institución principal.

Además de la iniciativa en Providencia, se había planteado también la necesidad de generar soluciones regionales. Fue así como, en 1894, el Ministerio del Interior le solicitó al Dr. Manuel Segundo Beca que visite ciudades de Chile para abrir una institución mental fuera de la capital. Esta gestión dio origen al Manicomio de Concepción y posteriormente derivó en una nueva institución construida en 1922 en las afueras de la misma ciudad, correspondiente al Manicomio Avello (Mena 2017).



Figura 4.12. Manicomio de Concepción. Fotografía exterior de la fachada principal. Tomada desde un ángulo diagonal, se observa gente en su techo
Fuente: Archivo fotográfico de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas (MOP)⁴³.

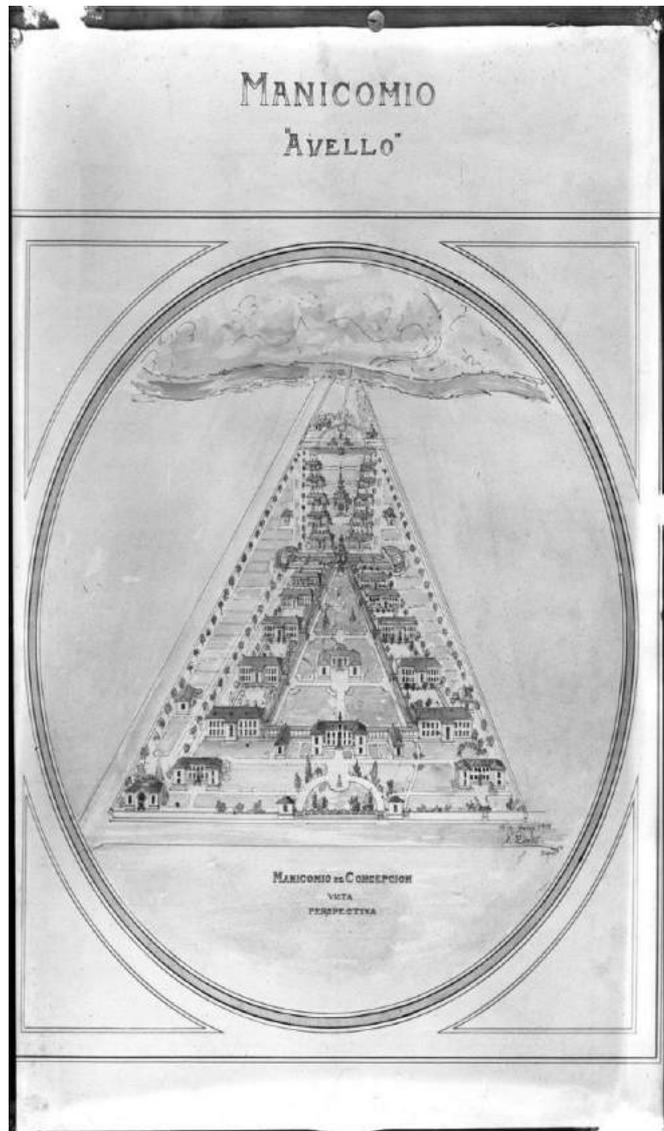


Figura 4.13. Dibujo de Manicomio Avello, Concepción, en perspectiva vertical.
Fuente: Archivo fotográfico de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas (MOP)⁴⁴

Las medidas de mejoramiento antes descritas guardan relación con las políticas estatales que posteriormente derivaron en las discusiones en torno al código sanitario de 1925 y la aprobación del “Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salud Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos”, en 1927. Este reglamento intentó sistematizar las formas de hospitalización de los enfermos definidos como agudos y crónicos; los primeros internados en los hospitales psiquiátricos, con la condición de que no podían superar las 4 semanas de hospitalización; y los segundos, en los Asilos Colonias. En ambos casos se incluyen asilos de temperancia y toxicómanos asociado a adicciones como el alcohol y espacio para judiciales.

La nueva regulación también incluyó ciertas nociones espaciales muy innovadoras considerando su injerencia real en el diseño e implementación de estos espacios, definiendo en su artículo 9 que:

...“La superficie de los Hospitales Psiquiátricos se entenderá en la proporción de 200 metros cuadrados por enfermo, como *mínimum*, y en los Asilos Colonias, será por lo menos, de 15 hectáreas para cada cien enfermos varones y de cinco hectáreas, para cada cien mujeres”⁴⁵.

Aunque en la realidad esto no fue llevado a cabo en la manera que se propuso en el código y luego en el reglamento; en 1928 se fundó la institución Open Door, actualmente el Hospital Sanatorio El Peral. Emplazado en una zona rural al oriente de la ciudad, este lugar se vinculó a la idea de Asilos Colonias y a la presencia de un amplio espacio para tareas productivas.

Finalmente, la cuarta etapa establecida por Garafulic, la que denominó como la expansión psiquiátrica y que, para el año de la redacción del artículo citado, según el autor se encuentra en pleno. Es a partir de mediados del siglo XX que el concepto de manicomio fue reemplazándose por el de hospital psiquiátrico. Por ejemplo, en 1968 surge el Hospital Psiquiátrico de Putaendo, Philippe Pinel, el que nació al alero de un discurso psiquiátrico cimentado en la idea de la existencia de las instituciones manicomiales, siguiendo una mirada hasta ese minuto tradicional de la psiquiatría. Las dependencias correspondían inicialmente a un Sanatorio construido en 1940 para enfermos tuberculosos, enfermedad infecciosa para la que se recomendaba –desde la segunda mitad del siglo XIX y con fines

terapéuticos— una alimentación adecuada y el aire fresco. Por eso se impulsó la construcción de sanatorios donde además, a partir del aislamiento, se podía controlar el contagio (Cartes 2013)⁴⁶. Debido al desarrollo de los tratamientos por antibióticos – específicamente a la estreptomina— estos espacios quedaron en desuso, definiéndose como alternativas de aprovechamiento del espacio la creación de instituciones psiquiátricas en esta infraestructura como fue lo ocurrido en Putaendo. Además, estos sitios generalmente se encontraban relativamente aislados de la sociedad cuestión que fue muy conveniente en ese momento para mantener a los enfermas y enfermos fuera de la vista.

Mientras, al alero de la influencia crítica tanto nacional como internacional, después de la Segunda Guerra Mundial y a raíz del surgimiento de movimiento protectores de los derechos humanos, además del auge de técnicas de psicoterapia y el aumento en la efectividad de los fármacos, se desarrollaron en Chile iniciativas en torno a la psiquiatría comunitaria. Su historia se inicia en la década de los 60, aunque se vio censurada durante la dictadura militar, retomándose recién esta perspectiva en la década de los 90, con la llegada de la democracia. Fue así que en 1993 y luego en el año 2000, se realizaron los primeros planes nacionales de Salud Mental y psiquiatría, cuyo resultado fue la inserción de prácticas vinculadas a un modelo de atención comunitario (Minoletti y Zaccaria 2005).

Actualmente se está implementando el tercer plan de Salud Mental, iniciado el año 2017, que busca profundizar los cambios anteriores. Pese a lo anterior, en Chile sigue existiendo una brecha importante con respecto al resto de la Salud, expresado en aspectos legales que lamentablemente favorecen la vulneración de los derechos de los pacientes psiquiátricos (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025).

4.9. Una mirada histórica. El surgimiento de las perspectivas críticas en salud mental y la salud comunitaria.

Desde una perspectiva en el tiempo y estudiando el fenómeno de los espacios de salud mental, surgen, a partir de la década de 1960, varios aportes fundamentales que permiten vislumbrar el desarrollo de los enfoques críticos a nivel histórico de la psiquiatría. Entre estas contribuciones destacan las propuestas de Erving Goffman y Michel Foucault, especialmente en las obras de ambos autores: “*Internados*” en el caso de Goffman e

“*Historia de la locura en la Época Clásica*” de Foucault, las dos publicadas por primera vez el año 1961 (Álvarez-Uria 2018).

Como plantea Álvarez–Uria (2018), por una parte Goffman se sustentó en la observación participante como técnica para llevar a cabo un lúcido análisis sobre las instituciones de salud mental. En tanto, Foucault presentó, desde un punto de vista anacrónico, la construcción de la locura y de establecimientos dedicados al tema en Francia a partir del siglo XIX. Ambas obras, junto con la reflexión entre psiquiatras, filósofos-y sociólogos, dieron pie a un replanteamiento tanto de las prácticas asociadas a como del mismo saber psiquiátrico. De esta manera aparecen corrientes críticas o movimientos denunciadores como la antipsiquiatría, y la psiquiatría comunitaria, que revelaron en el campo de la salud mental la profunda crisis de las ciencias, del arte, de la ideología, de los valores en suma de la sociedad (Desviat 2006: 9). Lo anterior en un contexto social de postguerra en donde surgen movimientos protectores de los Derechos Humanos, y a su vez, se inicia el cuestionamiento a la autoridad y a la idea de sometimiento, que tiene su clímax en las revueltas estudiantiles en Francia, en mayo del 68 (Desviat 2006; Galván 2009).

Destaca así la publicación de Goffman, *Internados*, que corresponde a cuatro ensayos divulgados previamente y reeditados en conjunto, en la cual sobresale una reflexión efectuada a partir de un extenso trabajo de campo en la década de 1950. La tarea fue realizada principalmente en el Instituto Nacional de Salud Mental de Bethesda, Maryland, y en el Hospital de St. Elizabeths, de Washington D.C., espacio federal que contaba con cerca de 7000 internos. El objetivo central de su investigación, fue “tratar de aprender algo sobre el mundo social de los pacientes hospitalizados, según ellos mismos lo experimentan subjetivamente” (Goffman 2001: 9), atendiendo a su noción de parcialidad como observador pero también asumiendo su distancia con el mundo médico y funcionario de los espacios⁴⁷.

A través de su concepto de institución total, establece no solo la descripción de aislamiento y exclusión social de aquellas personas que se encuentran dentro de ellas, sino que del proceso que implica la conversión de individuo a interno. Las instituciones totales son depositarias, por tanto, de procesos que permiten este tránsito, que generalmente se inicia con actos administrativos como la admisión o programación, como define Goffman, en donde se desnuda, limpia, desinfecta y se clasifica al paciente (peso,

talla, etc.). Luego se les quitan toda las pertenencias, incluso la ropa y apariencia, dejando fuera la posibilidad de expresar el propio yo y violando la propia intimidad. A lo anterior se suma lo que se define como el test de obediencia, momento en el que reclusos y funcionarios dejan clara la nueva condición del interno o interna, e incluso en cierto casos estos pierden el propio nombre para ser denominados de forma peyorativa.

Más adelante alguno de los objetos de los que tuvo que despojarse pueden ser “recuperados”, pero ya no serán los propios sino que otros comunes, muchas veces marcados, constituyendo parte del ajuar de la institución y consecuentemente de los y las internas y no individual. A esto se agrega la imposición de una nueva rutina, ajena y reglamentada, relacionada con efectuar actividades diarias obligatorias y en espacios determinados; la imposición de comer ciertas comidas y de consumir ciertos medicamentos, entre otros aspectos.

Este conjunto de normas en alguna medida implica la separación o mutilación de la persona que accede a las instituciones en relación al mundo exterior, desarrollando todos los aspectos de la vida en un solo lugar, bajo un “plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.” (Goffman 2001:13). Esto se vincula a la idea de la manipulación de los individuos y sus cuerpos, los que pueden ser sometidos, manejados y transformados en busca del orden social (Paredes 2018). Serán los cuerpos los que se encontrarán sujetos a espacios determinados donde se efectúan las rutinas impuestas, en donde ocurre la vigilancia y en los que se efectúan también las prácticas de resistencia. Es en este marco que las estructuras como el panóptico toman relevancia.

Destaca a su vez la obra de Goffman *Estigma, identidad deteriorada*, publicada inicialmente en 1963, en la cual desarrolló el famoso concepto de “estigma social”. Concibiéndolo como un proceso que se genera, por una parte, a partir de un atributo que vincula a la persona con características indeseadas socialmente y, por otra, a la asociación por parte de la comunidad de ciertos rasgos o estereotipos negativos a ciertas personas o grupos sociales (Goffman 2006). Este concepto clave es fundamental para comprender, a lo largo del tiempo, las implicancias sociales y materiales detrás de la psiquiatría, en la que no sólo trata con pacientes con ciertas condiciones definidas como psiquiátricas, sino que también con la carga social que esto implica.

En cuanto a la propuesta de Foucault, aunque generalmente se asume *Historia de la locura* como su primer acercamiento a estas temáticas, es necesario mencionar también la publicación de su obra *Enfermedad mental y personalidad*, en 1954, en la cual reflexiona inicialmente en torno a dos preguntas fundamentales, “¿en qué condiciones podemos hablar de enfermedad en el campo psicológico? y ¿Qué relaciones podemos establecer entre los hechos de la patología mental y los de la patología orgánica?” (Foucault 1984: 9).

Sobre esta base establece la necesidad de comprender, desde su perspectiva, la existencia de una deficiencia relevante al momento de comprender las enfermedades psicológicas, las que han sido históricamente difíciles de definir. Esto podría ser producto de que han sido estructuradas y descritas del mismo modo que las enfermedades orgánicas, es decir, a partir de la descripción de síntomas fisiológicos. Esta problemática planteada por el autor ha generado lo que él define como “paralelismo abstracto” (Foucault 1984: 16), concepto que establece que no existe tal unidad en la que “consideramos la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos” (Foucault 1984: 16).

Asimismo, Foucault problematiza una mirada histórica de la definición y percepción de la locura desde la Edad Media, periodo en el cual esta se construye desde el cristianismo, y asocia la experiencia de la locura a la posesión demoniaca. En ese sentido “el cristianismo despoja a la enfermedad mental de su sentido humano y la ubica en el interior de su universo” (Foucault 1982: 90). Posteriormente, a fines del siglo XVI, durante el Renacimiento, se registró un cambio en la percepción de la locura que se empieza a ver reflejado a través de relatos, cuentos y fábulas:

... “es una larga serie de "locuras" que, aunque estigmatizan vicios y defectos, como sucedía en el pasado, los refieren todos no ya al orgullo ni a la falta de caridad, ni tampoco al olvido de las virtudes cristianas, sino a una especie de gran sinrazón, de la cual nadie es precisamente culpable, pero que arrastra a todos los hombres, secretamente complacientes” (Foucault 2019: 29).

En ese sentido, durante el siglo XVII se configura cierta hospitalidad en torno a locura, la que se observa como parte de la vida, ya no como un fenómeno externo, pero sí como una potencial amenaza trágica a la razón (Foucault 2019). No obstante, esta visión pasó a ser dominada en época clásica por las nociones de exclusión y encierro. Es en este contexto que se construye el Hospital General de París, en 1656 con el propósito de encerrar a los indeseables, vagabundos y pobres, en este espacio; y aunque aún no existía la clara noción del enfermo psiquiátrico, los “sin razón” se convirtieron en parte de este grupo. Por tanto, no se trataba de corregir a esas personas, sino de segregarlas, visión que predominó hasta el fin del siglo XVIII.

Fue en el siglo XIX, ya con los planteamientos de Pinel:

... “cuando la relación fundamental de la ética y la razón se habrá invertido en un segundo nexo de la razón con la moral, y cuando la locura ya no será más que un avatar involuntario llegado del exterior a la razón, se descubrirá con horror la situación de los locos en los calabozos de los hospicios. Habrá indignación al ver que los "inocentes" hayan sido tratados como "culpables"” (Foucault 2019: 226).

Así fue como comenzó el desarrollo de la psiquiatría moderna que, aunque clasifica la enfermedad psiquiátrica como un ente independiente a la culpa atribuida a los criminales, siguió operando con la estructura de castigo (Foucault 2019). Por eso Foucault profundizó en la idea de que la reforma a la psiquiatría no fue más que una falacia, ya que no tenía como objetivo liberar a los locos, sino que controlarlos de mejor forma a partir de “definir un espacio material y simbólico para alojar y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados” (Stolkiner y Solitario 2007: 124). En ese sentido, cambió el argumento que legitimaba, pero no las prácticas sociales (Pastor y Ovejero 2009).

Entonces adquiere relevancia la figura del panóptico, analizado por Foucault, y la función de este dispositivo en el control de los cuerpos. La arquitectura permite –a través de la visibilidad, o incluso de la sensación de visibilidad– inducir en el detenido/interno un estado consciente y permanente de atención, lo que garantizaría el funcionamiento automático del poder. Además, a través de compartimentar el espacio, se busca someter a la clausura, evitar la comunicación potencialmente peligrosa y mantener el status quo (Foucault 2002).

Más allá de que el análisis de Foucault se sustentó en la elección de ciertas fuentes para la elaboración de una narrativa desde una perspectiva histórica, sus trabajos y los de Goffman constituyeron ejercicios fundantes para el desarrollo de estudios relacionados con la antropología médica y su vínculo con la psiquiatría y el desarrollo de la crítica a la psiquiatría tradicional.

Desde una perspectiva histórica, destacan otros aportes relevantes como el de David Rothman quien, en 1971, publicó *The discovery of Asylum. The Social order and Disorder in the New Republic*. El texto analiza el proceso desde el punto de vista de la historia social de los espacios de confinamiento en la sociedad estadounidense. Su obra da cuenta del paso desde una sociedad colonial cristiana, –que entendía el encierro como un medio social de ordenamiento para proporcionar un alivio adecuado a condiciones como la locura y un castigo adecuado por las malas acciones, el pecado– a una sociedad que ya no solo buscaba el ordenamiento sino también la redención. Según Rothman, desde la década de 1820 fue posible constatar cambios, desde un punto de vista tanto teórico como práctico, sobre la construcción y funcionamiento de los espacios de confinamiento para el cumplimiento de su rol reformador (Rothman 1971).

En relación a la relevancia que adquieren los derechos de los pacientes, muchas veces en condiciones de deplorable abandono, y la influencia de autores como Goffman y Foucault, surgieron propuestas como la antipsiquiatría, planteada inicialmente por el médico psiquiatra sudafricano David Cooper. En su obra *Psiquiatría y antipsiquiatría* el especialista critica a la psiquiatría tradicional, señalando que esta ofrece “concepciones y procedimientos que parecen la antítesis total de los convencionales y que, en efecto, pueden considerarse como una antipsiquiatría en germen” (Cooper 1976: 7).

En ese sentido, Cooper, junto a otros autores como Laing, puso una voz de alerta al estado de la psiquiatría tradicional, y su naturaleza violenta (Laing y Cooper 1972). Esto los condujo a la búsqueda de prácticas alternativas para realizar terapias en un concierto de libertad para los pacientes (Desviat 2006), aspecto del todo innovador para la época. Por ejemplo, Cooper llevó a cabo un experimento, en 1962, en un hospital al noroeste de Londres, donde dirigió un pabellón con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En el lugar, generó un sistema de organización que durante los cuatro años de vida del pabellón permitió ir aboliendo progresiva y exitosamente muchos aspectos de la rutina institucional psiquiátrica. Entre sus logros se cuenta la eliminación de medicamentos y/o

drogas y/o tratamientos potencialmente dañinos, además de cambios en la estructura social de estos espacios, a través de medidas como la desjerarquización de la relación tradicional de paciente y médico (Cooper 1976).

En esta misma línea se cuenta la creación en 1965, en Londres, de la Philadelphia Association en la que participaron autores ya conocidos como Cooper, Laing y Esterson cuyo objetivo, fue la creación de casas anti psiquiátricas (Desviat 2006). A ello se suma el aporte del trabajo en conjunto entre Laing y Cooper titulado *Razón y violencia. Una década de pensamiento sartreano*. El texto corresponde a un análisis de las obras *Saint Genet, comédien et martyr* (1952), *Questions de méthode* (1960) y *Critique de la raison dialectique* (1960) de Sartre, en el que a partir de los lineamientos principales del pensamiento del autor, realizan una aproximación fenomenológica a la enfermedad psiquiátrica. En el prefacio del libro, el propio Sartre dice:

... “Pienso, como ustedes, que no es posible entender las dolencias psíquicas desde afuera, a partir del determinismo positivista, ni reconstruirlas mediante una combinación de conceptos que se mantengan exteriores a la enfermedad vivida. Creo también que no se puede estudiar ni curar una neurosis sin un respeto fundamental por la persona del paciente, sin un esfuerzo constante por captar la situación básica y por revivirla, sin un proceso que trate de encontrar la respuesta de la persona a esa situación, y pienso —como ustedes, según me parece— que la enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su unidad total, inventa para poder vivir una situación no vivible” (Sartre 1972: 9).

Asimismo, la obra de Laing y Cooper está vinculada con la filosofía lingüística, la sociología, el psicoanálisis, el estructuralismo y, de forma muy cercana, el marxismo. En este último punto, se alude a la idea de la violencia “la que se define como la acción de la libertad sobre la libertad, ya sea contra la necesidad de alienación, ya contra la propia libertad, ya contra la libertad de otro” (Balbuena 2011: 683).

Destaca también exponentes como Thomas Szasz y sus textos *La fabricación de la locura* (1997)⁴⁸ y *El mito de la enfermedad mental* (1960), quien sustentó su crítica en los fundamentos filosóficos de la enfermedad mental, señalando que los trastornos psiquiátricos no podían considerarse solo de origen orgánico, con el cerebro como el

órgano afectado, ya que no existe evidencia clara y empírica sobre el fenómeno causal (López Silva 2014). Igualmente, criticó la praxis médica en salud mental, entendiendo a esta; más bien como un medio de control social.

Las corrientes críticas permitieron generar discusión en torno a conceptos como el encierro, la dignidad y el castigo. Este debate también ha permitido vislumbrar modificaciones en el trato, en el rol de la medicina, los médicos y las herramientas terapéuticas. A su vez dio origen, desde un punto de vista asistencial y terapéutico, a planteamientos como la psiquiatría comunitaria.

La psiquiatría comunitaria, por su parte, surgió a fines de la década de 1950. Su origen se dio de forma casi simultánea en los principales países industriales del orbe, asociado a políticas sociales de bienestar en los contextos de la postguerra (Huertas 1991). Además se vinculó a la integración de una mirada terapéutica fuera de los espacios manicomiales y a la incorporación de principios de salud pública a la salud mental, que incluyó aspectos como prevención, rehabilitación y promoción en atención psiquiátrica (Huertas 1991).

Como antecedente a su puesta en marcha están las primeras críticas surgidas a la perspectiva asilar y alienista, a principios del siglo XX, con el desarrollo del higienismo mental en Estados Unidos y que planteaban por primera vez una crítica al modelo de encierro, pese a que en la práctica no tuvo importantes resultados. Asimismo, en Francia, ya en 1903, el psiquiatra Paul Serieux en su obra *Rapport sur l'assistance aux alienes*, condenó las políticas estatales en torno a los manicomios. En este mismo país surgieron también, a inicios del siglo XX, los planteamientos del médico alienista Edward Toulouse, quien creó el primer hospital psiquiátrico libre en Francia. Sin embargo, pese a la existencia de posiciones críticas desde dentro del sistema, estas no fueron lo suficientemente masivas como para el desarrollo de reformas de carácter estructural (Galende 1991).

Fue con el avance del Estado de Bienestar y el posicionamiento de las ideas humanistas después de los horrores vividos durante la guerra, que las críticas al sistema comenzaron a generar cambios. Luego de la destrucción del sistema de salud de los países afectados y las secuelas mismas de la guerra que dejaron a gran parte de la población con requerimiento de atención psiquiátrica. Nacen en Inglaterra las comunidades terapéuticas,

término que oficializó el psiquiatra Maxwell Jones durante la guerra y la postguerra, a partir de sus trabajos en Mili Hill y con ex prisioneros en Dartford, en la década de 1940, y posteriormente en el Henderson Hospital, hasta la década de los 60 (Basaglia 1972; Galende 1991). Las comunidades proponían el entendimiento de las instituciones desde una perspectiva no jerarquizada entre usuarios y funcionarios; y la democratización de los servicios (Basaglia 1972; Galende 1991).

Asimismo, destacan los trabajos llevados a cabo en el Northfield Hospital por los psiquiatras Bion y Rickman, en 1943, quienes trataron con soldados con afecciones mentales (Galende 1991). Fue así que generaron:

... “discusiones colectivas sobre sus problemas y para hacerlos participar también en el gobierno del pabellón. El trabajo de este grupo de Northfield, donde se originó toda una corriente de psicoanálisis grupal, es conocido como Comunidad Terapéutica” (Galende 1991: 143).

Sobre la base de estas discusiones es que, en 1944, en Inglaterra se creó el Servicio Nacional de Salud Mental y se dictaron las leyes del Sistema Previsional y el Seguro de Salud. Esto generó una reestructuración de la sociedad, advirtiéndose una transformación en los esquemas políticos sociales. Fue gracias a estos cambios que, en Inglaterra, se produjo la implementación de un sistema de medicina social, impulsado por los gobiernos laboristas de la época y en relación a la salud mental implicó:

...“la sanción de programas de rehabilitación y reimplantación social de enfermos mentales internados. El éxito, aunque relativo, de la despsiquiatrización que impulsó la comunidad terapéutica, no hubiera sido posible sin este contexto político y esta conciencia social” (Galende 1991: 145).

En 1953 un comité de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe denominado *The Community Mental Hospital*, texto progresista para la época que proponía varias recomendaciones entre las que se contaba la conversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas y la disponibilidad de un ambiente adecuado para modificar las relaciones entre pacientes y personal (Galende 1991). Es más, sugería número de camas, tipo de infraestructura y

forma de organización adecuada para este proceso (Moreno-Küstner 2002). No obstante, pese a las recomendaciones, en general sólo se tomó una parte de la estas. En muchos casos se mantuvo la forma de organización social pre existente, siendo en la mayoría sistemas deficientes (Galende 1991).

Desde 1959, se produjo la consolidación del concepto de psiquiatría comunitaria, que tiene como corolario, en gran Bretaña, la promulgación de una ley relativa a la enfermedad y deficiencia mental, que buscaba favorecer la libertad de las y los pacientes (Galende 1990). De este modo, hacia los 60, con la consolidación de las perspectivas críticas en salud mental comenzó a cuestionarse y exigirse coherencia entre los planteamientos teóricos sobre salud mental y las prácticas concretas en los enfermos y, complementariamente, se inició el debate respecto del verdadero rol que cumplían las instituciones psiquiátricas (Galende 1991).

En Italia, surgen autores como el psiquiatra Franco Basaglia quien publicó *La institución negada y Los crímenes de la paz*, cuya obra reflexiona sobre la dialéctica entre la dimensión médica, es decir la mirada sobre los aspectos psicopatológicos de los y las enfermas, y la dimensión sociopolítica, relacionada con la condición de exclusión de los y las enfermas (Galende 1991). En ese contexto, planteó aspectos como el cierre de las instituciones totales, propuestas claves para el desarrollo de la ley 180, en mayo del 78, la que abolía los manicomios.

A partir de su experiencia a cargo de un Hospital Psiquiátrico en el norte de Italia, Basaglia propuso convertirlo en un hospital abierto. No obstante, este camino no estuvo exento de problemas. En *Los crímenes de la paz* reflexiona en torno a las críticas surgidas a su propuesta desinstitucionalizadora, luego que un paciente, internado desde hacía diez años en el hospital, fue de visita a su casa y mató a su esposa con un hacha, desatándose una ferviente discusión partidaria y política. Pese a los sucesivos incidentes que generó la experiencia de Gorizia y posteriormente desde el Hospital Psiquiátrico de Trieste, también dirigido y luego cerrado por él mismo, se generó la base que en conjunto con el apoyo político permitió la generación de la ley de Salud Mental aprobada en 1978.

A diferencia del movimiento inglés, la instancia surgida en Italia, se sustentó en la relevancia de generar cambios institucionales, creando una reforma asistencial, más que

enclaves fuera del sistema (Desviat 2006). En ese sentido, en Italia la reforma fue levemente más tardía que en otros países por lo que sus resultados fueron en parte fruto de otras experiencias previas, pero además supo recoger particularidades regionales dentro del mismo país (Galende 1991).

En esta línea, se crearon marcos legales en otros países como por ejemplo Estados Unidos. Allí se desarrolló la denominada ley Kennedy, en 1963, cuyo objetivo estuvo también orientado a la desinstitucionalización de pacientes y la creación de Centros comunitarios de Salud Mental. Como antecedente a esta ley se subraya el rol de la Higiene Mental, y uno de sus líderes Robert Felix, movimiento que generó una serie de reformas psiquiátricas y que generó el sustrato para la elaboración de dicha ley (Galende 1991).

Bajo la influencia de estas nuevas prácticas, en Chile, se creó el primer programa de Salud Mental Comunitario en 1966 que, aunque no se llevó a cabo, planteaba un modelo integrado a la Atención Primaria de Salud (APS). Además, postulaba que los hospitales psiquiátricos “eran inefectivos y de alto costo para responder a las necesidades de salud mental, proponiéndose en cambio el desarrollo de una red de servicios basada en APS y en hospitales generales” (Minoletti *et al.* 2012: 441). Con la misma orientación nacen propuestas como la del Dr. Marconi “quien lideró un grupo universitario que se trasladó desde el principal hospital psiquiátrico del país al sector sur de Santiago, en 1968, con el objeto de desarrollar una experiencia piloto de psiquiatría comunitaria” (Minoletti *et al.* 2012: 441). La práctica en psiquiatría comunitaria también fue desarrollada por el Dr. Luis Weinstein y el Dr. Martín Cordero, el primero en la ciudad de Santiago y el segundo en la ciudad de Temuco. No obstante, estos programas se vieron congelados producto de la dictadura a partir de 1973 y muchos de sus líderes perseguidos e incluso asesinados (Minoletti *et a.* 2012). De este modo, aunque se retrocedió quedaron algunas de sus iniciativas como la presencia de servicios de psiquiatría dentro de hospitales generales (Minoletti *et al.* 2012).

Con respecto al desarrollo de la psiquiatría en el periodo de dictadura, se evidencia a nivel institucional y teórico un importante retroceso, registrándose escasos recursos humanos y materiales destinados a dicha problemática. En ese sentido, pese a que se generaron importantes esfuerzos de profesionales que trabajaron en ese tiempo no se advierte una mirada estructural y de políticas públicas en torno a la salud mental en Chile. Fue con la

llegada de la democracia, en la década de 1990, que se recuperaron las expectativas para la reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica. En concreto, en 1993 se llevó a cabo el primer plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, cuyo resultado fue la inserción de prácticas innovadoras vinculadas al desarrollo de un modelo de atención con un eje comunitario (Minoletti y Zaccaria 2005). Gracias a esta iniciativa se produjo la integración en los hospitales generales y surgió el modelo de atención secundaria inserto en los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, compuesto por un equipo psicosocial multidisciplinario, los que se han constituido en un importante aporte al desarrollo de la Salud Mental Nacional.

Posteriormente, durante la década del 2000, se puso en marcha el segundo plan de Salud Mental, que tuvo como modelo lo aplicado antes, profundizando y perfeccionando tareas ya comenzadas. Se estableció así un modelo de atención inserto dentro de la comunidad con el objetivo de incentivar la inclusión social de los usuarios y la entrega eficiente de parte del Estado de atención de las enfermedades mentales (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025). A su vez, se integraron como eje central las líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

... “en su Informe sobre la salud en el mundo en el año 2001. Entre esas líneas de acción se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales” (Minoletti y Zaccaria 2005: 346).

En la actualidad, se encuentra en desarrollo la implementación del tercer plan de Salud Mental, cuya labor continúa con lo iniciado en la década del 90. No obstante, en Chile aún no existe una ley de salud mental que evite la vulneración de los derechos de los usuarios y usuarias de los servicios psiquiátricos (SONEPSYN 2016). Lo mismo respecto del gasto del Estado en salud mental que asciende a solo el 2,4% de los recursos totales de salud, cifra muy por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4.10. El nacimiento de los asilos psiquiátricos y su diseño.

Los estudios relativos a la locura y, en particular sobre la arquitectura y la espacialidad en asilos psiquiátricos, se han convertido en una temática que ha suscitado gran interés en la historia de la psiquiatría principalmente a partir de los aportes de Foucault, quien puso el foco en las narrativas en torno al espacio. Desde una perspectiva histórica y sociológica, el pensador francés se adentró en las metáforas que buscaban la significación en torno a la planificación de dichos espacios y su relación con las dinámicas sociales del poder (Moran y Topp 2007). A estos estudios se sumaron otros autores que han revisado el desarrollo de las implicancias sociales y materiales de dichos espacios a través del tiempo (Goffman 2001, 2006; Rothman 1971). Estos diferentes puntos de vista, han sido claves para comprender el auge y funcionamiento del asilo como solución asistencial y sus implicancias sociopolíticas.

Con respecto al apogeo del asilo, este se estableció como un fenómeno mundial, cuyos primeros impulsores fueron Inglaterra y Francia, ambas naciones ejes del desarrollo de la sociedad capitalista industrial, aproximadamente entre mediados del siglo XVIII y mediados del XIX (Scull 1989). Este cambio, propiciado por la especialización, se enmarcó en la lógica de una sociedad urbana-industrial, en la cual el trabajo asalariado constituyó la base de la subsistencia, convirtiéndose la población no productiva en una carga tanto para su propia familia como también para las sociedades estatales (Scull 1989).

De esta manera, surgieron los hospicios. Sin embargo, muchos de ellos se llenaron no solo de desempleados, sino que de personas que, incluso mediante amenazas de disciplina y castigo, no pudieron ser persuadidas al orden. Así se fue generando la necesidad de respuestas institucionales diferenciadas según tipo de población. Además esto se sustentó en la delimitación de la locura, pasando de la demencia como un fenómeno vago y que afectaba a una proporción desconocida de la población, –ya que este tipo de etiquetas estaba determinada solo a los casos más graves o violentos– a una condición que podía ser diagnosticada, certificada y tratada con autoridad por un grupo de expertos legalmente reconocidos: los alienistas (Scull 1989). Esta nueva mirada sobre la locura planteaba que esta era una condición tratable, optimismo terapéutico que conllevó el desarrollo del tratamiento moral cuya clave estaba determinada por la generación del asilo (Piddock 2009).

Asimismo, se insertaron dentro del marco del diseño espacial y geográfico las propuestas de la escuela alienista representada por autores como Philippe Pinel en Francia, Samuel Tuke en el Reino Unido y Lungermun en Alemania, quienes planteaban que los locos debían ser separados de la sociedad y tratados en espacios especializados para ese fin (Coldefy y Curtis, 2010). Estos primeros esfuerzos se enmarcan en una reforma social "filantrópica" de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Este acercamiento inicial fue algo confuso ya que se sostenía en ciertos principios relacionados con que los locos merecían ser tratados dignamente, resguardándolos de la burla pública y asegurando el orden social a través de su reclusión en ambientes *ad hoc* (Scull 1989). Aunque a veces solo se recalcan los objetivos de orden, disciplinamiento y control social de parte de los recientes estados a través del asilo, estos fueron una medida que además obedecía a propósitos terapéuticos, pese a que rara vez se cumplía ese fin.

En 1780 en Francia se establece una inspección general y permanente de los hospitales civiles y de las prisiones (Postel y Quérel 2000, Aztaraín 2005). Esto dio origen a la redacción por parte de Colombier y Doublet de la *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*; documento de 44 páginas, fechado en 1785 (Aztaraín 2005: 43), que daba cuenta de las condiciones inhumanas de los alienados, y planteaba la necesidad de crear lugares especiales para ellos (Postel y Quérel 2000), los cuales debían contar con un recinto de contención y uno de tratamiento. Estos últimos debían disponer de distintas salas según la clasificación de los locos.

“Cada departamento constaba de un conjunto de habitaciones en un solo piso, alrededor de un patio y con una galería cubierta. En el centro del patio había un edificio para los baños, así como salas para la administración de las purgas y las sangrías que eran elementos imprescindibles del tratamiento. En el conjunto de habitaciones se situaban las salas de día y las celdas individuales para la noche. La utilización de mucha agua e higiene y una dieta alimenticia rigurosamente preparada fueron algunos de los principios fundamentales de la “Psiquiatría Ilustrada”” (Aztaraín 2005: 44).

En el caso de Inglaterra, se rastrean inicialmente varias soluciones institucionales privadas que generaron las primeras “Casas de locos”, espacios generalmente de muy

malas condiciones materiales en donde se empleaba la coacción física y las cadenas como medios de control. Luego surgieron movimientos contrarios a estas prácticas, entre los que se cuentan especialistas como John Conolly quien, a mediados del siglo XIX, fue una de las principales figuras de la nueva tendencia sin restricción mecánica a las personas con patología psiquiátrica y un autor clave en el desarrollo de la reforma victoriana de la locura (Scull 1989).

La propuesta de Conolly se basó en tres principios relacionados con la supresión de medios de represión, la selección activa y adecuada de los enfermos encargados de la vigilancia de los otros enfermos y el desarrollo de una organización de los asilos que incluía condiciones materiales adecuadas como la vestimenta, espacios cómodos, comida, etc. (Scull 1989, Piddock 2009).

Entre las características claves que planteó Conolly se distingue la necesidad de elección de un sitio adecuado en donde se pudiesen desplegar edificios con una arquitectura predominantemente lineal, que permitiera la entrada de luz y ventilación cruzada, sin que ningún edificio eclipsara a otro ni a los patios de ventilación. A su vez, consideraba la presencia de diversas salas que tuvieran espacio para la clasificación de los internos, con habitaciones asociadas para los asistentes, así como acceso establecido a cada una de las salas de baño, ducha y armario sin tener que salir al exterior. A esto se suman galerías de uso de día, con ventanas que permitieran la visibilidad al exterior, además de habitaciones para recreación como aulas escolares, salas de trabajo y talleres y, en términos de ~~tamaño~~ aforo, se planteaba la acomodación de entre 360 y 400 pacientes. Respecto a las oficinas, estas debían emplazarse en el centro y debía favorecerse el acceso a los distintos sectores sin tener que pasar por cada uno (Piddock 2009).

Sobre esta base se fueron masificando soluciones asistenciales, destacando en Inglaterra la ley de locos de 1845 que volvió obligatoria la construcción de asilos en todos los condados. En particular para el caso de las instituciones mentales, el desarrollo de su diseño fue parte del proceso histórico y social, que se sustentó en la praxis con la incorporación, desde fines del siglo XVIII, de tres principios: la disciplina, la higiene y la terapia moral (Scull 1989).

Es así que surge una serie de indicaciones para los lunáticos entre las que se encuentra el sistema de Gheel, nacido en la homónima ciudad belga⁴⁹. Allí se registró, desde el siglo XII, el traslado de alienados con objetivos curativos, lo que derivó posteriormente en el desarrollo de un nuevo tratamiento, a inicios del siglo XIX. El sistema de Gheel planteaba “la creación de asilos donde los locos son mantenidos bajo cuidado entre familias campesinas. Este constituyó un tratamiento de inspiración mágico religiosa, relacionado con la:

... “búsqueda de los santos curadores de la locura. La lista es muy amplia: Meulenbeeck en Bélgica, Echternach en Luxemburgo, Saint Menoux en el Borbonado, Locminé en Bretaña, Saint Dizier en la Champaña, o San Florentino de Bonnet en el Meuse, aunque las más famosas fueron las peregrinaciones basadas en el culto a Sante Dimpna o Difnea en la villa de Gheel en Bélgica, que dieron origen, al quedarse los peregrinos en la zona, a las primeras “colonias familiares” para el tratamiento de los alienados” (Aztarain 2005: 57).

Igualmente surgió el denominado sistema “cerrado” o “inglés” (Ramírez 1884), el que se desarrolló con mayor fuerza a partir del siglo XIX, y que buscaba la institucionalización de los pacientes en espacios aislados de la sociedad aunque permitía la libertad de movimiento en dichos recintos. Este método incluyó la utilización del trabajo como herramienta terapéutica, vinculada con la terapia moral, y también como un medio de manutención. En los asilos de tipo cerrado se reconocen varias tipologías cuya revisión permite comprender su desarrollo en relación a las lógicas de considerar la locura como enfermedad; de la relevancia del control del cuerpo; del espacio en términos terapéuticos y de disciplinamiento; y de la disponibilidad de recursos.

“La construcción de los manicomios se asemeja, en grandes líneas, á la de un hospicio. En ambos casos se trata solo de combatir los peligros que resultan de la aglomeración en un mismo local de un gran número de individuos pero los hospitalizados no son, por si mismos, un foco de contagio. Es preciso notar que aunque los locos se encuentran rara vez atacados por enfermedades infecciosas ó agudas, las que se curan generalmente en los hospitales; es indispensable, sin embargo, prever un servicio de aislamiento y de enfermería, aunque no es necesario que tengan un gran desarrollo” (Larraín Bravo 1909: 1142).

Sobre esta base Scull (1989) establece tres tipos arquitectónicos básicos los que –pese a que no fueron modelos exactos y que algunas instituciones adoptaron formas intermedias– permiten caracterizar los distintos diseños de la arquitectura hospitalaria del siglo XIX e inicios del XX en Gran Bretaña, la que se extendió al resto de Occidente e incluso a Chile. Los primeros fueron los edificios tipo conglomerado, correspondientes a aquellos que no exhibían unidad de estilo y a menudo se componían de recintos con temporalidades y funcionalidades diversas, los que fueron reconvertidos en asilos de lunáticos.

El segundo tipo de asilo fue el de corredor. Estos consistían en un bloque central que incluía los cuartos de administración, flanqueados por alas largas a cada lado, cada una con áreas de trabajo apropiadas y segregadas por sexo⁵⁰. Como su nombre lo dice, poseían pasillos o corredores a lo largo de los edificios para facilitar el acceso. Generalmente contaban con dos o tres pisos. Algunos poseían habitaciones en un solo lado de los pasillos y otros tenían habitaciones en ambos, lo que generaba problemas de ventilación e iluminación (Scull 1989). Este tipo de diseño se enmarca en un modelo en el que priman las estructuras como patios desde donde se distribuyen habitaciones en torno a un punto central, generando un diseño que asimila a un panóptico⁵¹.

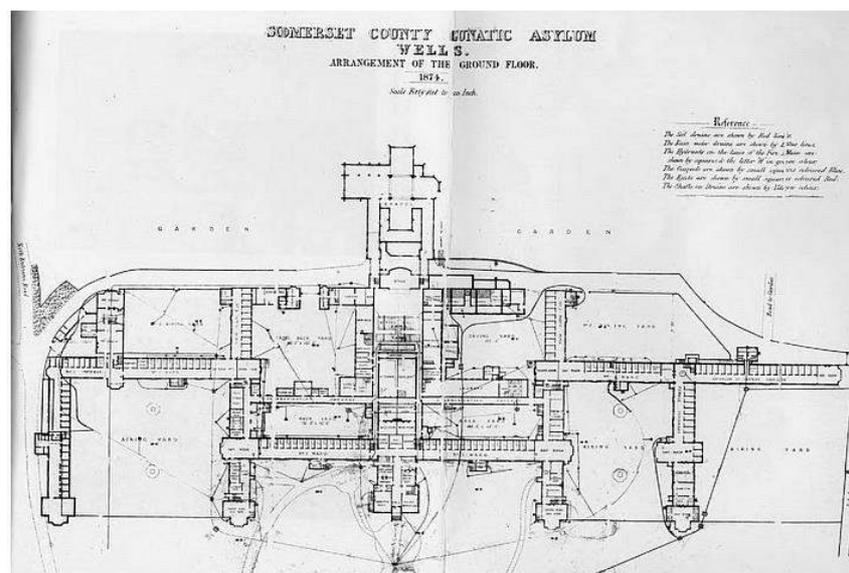


Figura 4.14. Mendip Hospital, plano de hospital tipo corredor, construido en 1848 y cerrado en 1991 en la localidad de South Horrington, arquitectos George Gilbert Scott y William Bonython Moffat
Fuente: <http://www.asylumprojects.org/index.php/File:mendip.png>

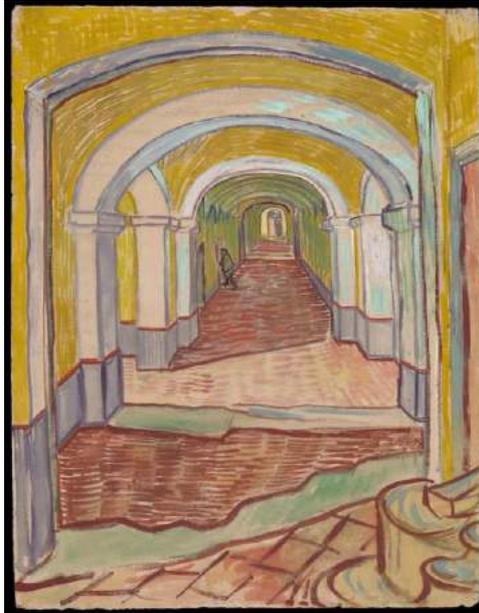


Figura 4.15. Corredor de Asilo, Vincent Van Gogh, Septiembre 1889.
Pintura que representa un corredor del Asilo Saint-Rémy-de-Provence en donde Van Gogh estuvo internado.

Fuente: <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/336327>



Figuras 4.16 y 4.17. Hospital psiquiátrico San Niccolò, Siena en 1870. Pabellón Conolly para agitados, presentó una estructura inspirada en el modelo panóptico
Fuente: (Diana 2010: 250).

El tercer tipo fue el asilo de pabellón, modelo que surgió hacia 1860, que se masificó en las décadas posteriores y correspondió a edificios tipo bloques independientes, de uno o dos pisos, generalmente colocados en ángulo recto con un corredor de enlace que unía los distintos bloques o que encerraba un patio central. Este tipo de diseño nació a partir de las recomendaciones de Florence Nightingale, siendo el primer recinto inaugurado con este patrón, en 1865, el Hospital Militar Royal Herbert, en Shooters Hill Eltham, diseñado por su sobrino (Mc Donald 2012). Este esquema surgido para hospitales generales, se aplicó también en los asilos y adquirió una gran relevancia dadas sus grandes dimensiones, lo que se relacionó más con el objetivo de suplir la falta de espacio que con una lógica terapéutica.

Es más, como plantea Scull (1989), los primeros establecimientos de este tipo en Inglaterra fueron los de Caterham y Leavesden, ambos de idéntico diseño y cuyo objetivo era recibir casos de baja expectativa terapéutica de otros asilos. El impulso de estas instituciones era, más bien, de carácter económico, desapareciendo en el diseño el legado de tratamiento moral. La arquitectura de los asilos, que durante la primera mitad del siglo XIX había sido un eje fundamental para la creación de una atmósfera agradable, pasó a ser considerada un costo innecesario (Scull 1989).

“The rapid collapse of the asylum's pretensions to provide cure in the post-1845 era had been matched by the decay and disappearance of all the crucial features of moral treatment—those elements that were supposed to distinguish the asylum from the prison” (Scull 1989: 236).

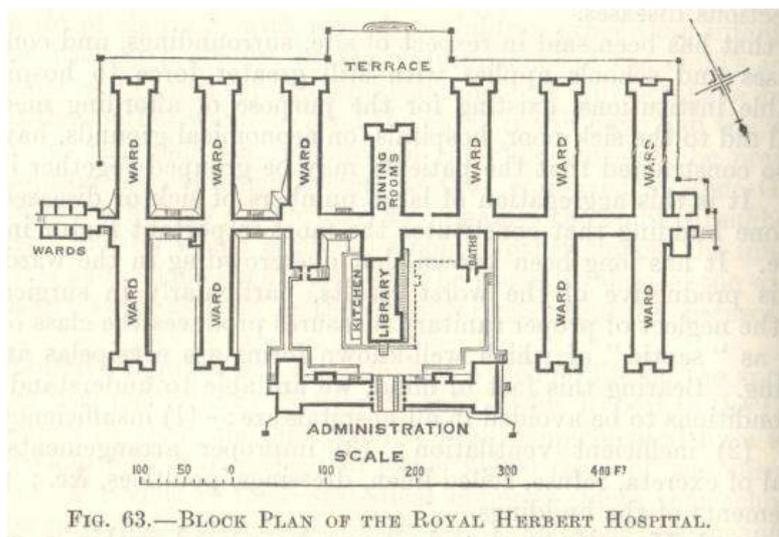


Figura 4.18. Plano hospital tipo pabellón, Royal Herbert Hospital, inaugurado en 1865 en la localidad de Shooters Hill Eltham.

Fuente: http://www.asylumprojects.org/index.php/Pavilion_Plan_Institutions

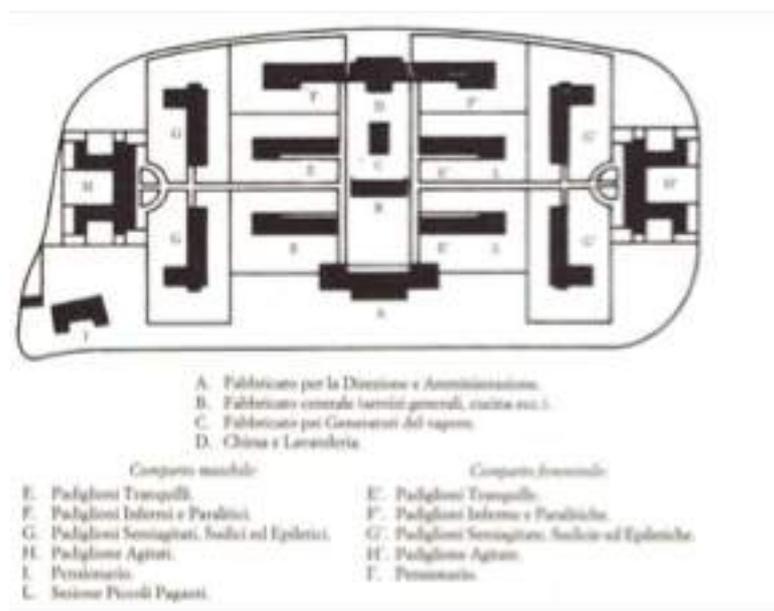


Figura 4.19. Planimetría del manicomio di S. Salvi di Firenze, Florencia 1891. Fue diseñado en 1890 por el arquitecto Giacomo Roster (1837-1905), por indicaciones específicas del psiquiatra Augusto Tamburini (1848-1919), y corresponde a un sistema de pabellones perpendiculares a un edificio con eje central conectados entre sí por rutas aéreas.

Fuentes: (Diana 2010: 248).

Lo relevante es que varios de estos modelos planteados se observan en la conformación de los espacios de salud mental en Chile, con la presencia de espacios tipo conglomerado en la primera casa de Orates empleada en el barrio Yungay. En segunda instancia, el modelo de corredor corresponde al prototipo de Vivaceta para la conformación de la segunda Casa de Orates de calle Olivos, inaugurada en 1857. Posteriormente, modelos

tipo pabellón se pueden apreciar en la planificación del Manicomio Nacional en la calle Antonio Varas (aunque nunca llegó a ser utilizado con ese fin); en la construcción del Open Door “El Peral”; y en los pabellones de mampostería reforzada diseñados en la década de 1950 en lo que hoy día es el Instituto Psiquiátrico J. Horwitz Barak, (que aún se encuentran en uso).

Se debe recalcar, además, que muchos de los asilos se diseñaron en términos ideales desde la perspectiva arquitectónica y de la ubicación, con el fin de generar un entorno curativo y proteger a los pacientes de las influencias negativas de la naturaleza y la sociedad (Söderström 2016). Por eso mismo se redujo la capacidad de usuarios de estos espacios, para otorgarles una mejor atención y cuidado. Se buscó aislar a quienes tenían enfermedades infecciosas de contagio común y se habilitaron espacios específicos para los denominados “furiosos” (Aburto 1994). Lo anterior se reflejó en Chile en el proyecto de la segunda Casa de Orates y el posterior asilo de intemperancia. Sin embargo, en la práctica no todo remitía al diseño sino también al uso y a los recursos humanos, económicos y sociales destinados a estos espacios que históricamente han sido escasos.

No obstante, la arquitectura asilar en general no cumplió con su mandato original, ya que rara vez estos establecimientos fueron de redención, sino que lugares convenientes para deshacerse de las personas inconvenientes (Scull 1989). Cuestión que se enmarca no sólo en la lógica de los diseños sino en relación a los usos de los espacios a través del tiempo para indagar en sus huellas en relación a las implicancias sociopolíticas de la salud mental y del desarrollo de la psiquiatría.

Iniciado el siglo XX se advierte una profundización del sistema de hospital/asilo tipo pabellón, cuya crisis vinculada al problema de la institucionalización eclosionó hacia la década de 1960 con el surgimiento de los modelos críticos en salud mental. En ese contexto, contexto decayó la construcción de hospitales psiquiátricos a nivel mundial y, en el caso de Chile, la mayoría pasaron a ser unidades dentro de los hospitales generales. Lo anterior se evidencia con la presencia de servicios de psiquiatría en varios de los establecimientos construidos entre la década de 1960 y 1970 como el Hospital de Temuco y el Hospital de Puerto Montt. Posteriormente, en dictadura, no se desarrolla una arquitectura vinculada a espacios de salud mental, sino hasta la llegada la democracia y la incorporación del sistema de salud comunitaria, que buscaba integrar la salud mental

dentro de la red espacial de los usuarios. No obstante, en Chile se registra el predominio de modelos de salud mental que se contraponen y cuyos diseños materiales son el reflejo de la subvaloración y abandono de este ámbito de salud y sus usuarios. Se recalca, además, la ambigüedad inherente a estos espacios y a las personas afectadas. Lo que implica tanto condiciones políticas como prácticas cotidianas relacionadas con aspectos como gestionar el riesgo, establecer el orden, garantizar la seguridad y permitir la recuperación; las que se encuentran en constante tensión, situación que se refleja tanto en el diseño como en el uso de estos espacios (Simonsen 2017).

4.11. Arqueología y espacialidad en lugares institucionalizados. Antecedentes de una arqueología de la psiquiatría.

La arqueología histórica y contemporánea, posee un rol crítico respecto de la sociedad contemporánea (Orser 2006) y es por eso que se ha hecho cargo de aspectos sociales fronterizos, entendiendo la frontera desde una perspectiva amplia. No solo como límite físico sino también social y simbólico (Mantecón y Truchuelo 2016), que constituye un espacio entre la civilización y la barbarie, entre los ciudadanos y los parias. Fronteras, no obstante, que son permeables.

Dentro de este marco, el estudio de las prácticas de exclusión social y las dinámicas sociales ha sido una problemática recurrente en los últimos años. Desde la década del 2000 en adelante se investiga sobre espacios como cárceles, centros de detención ilegal y hospitales psiquiátricos, entre otros. Esto se enmarca en el caso de Chile asociado a la llegada de la democracia y del desarrollo de una perspectiva crítica de la disciplina, que ha evidenciado un creciente interés por entender la arqueología como una herramienta política para interpretar y comprender el pasado reciente (Zarankin y Salerno 2008).

En el caso del estudio de prácticas de exclusión en torno a dinámicas de violencia cívico política, relacionada con las dictaduras cívico militares en América, existen notables trabajos tanto en Chile como en otros países. Sin embargo, a nivel mundial y local las investigaciones sobre instituciones totales, han tenido un desarrollo menor. A modo de antecedente, uno de los trabajos pioneros fue el de Lois Feister (1991) quien realizó un estudio de un orfanato –que funcionó desde 1886 a cargo de las Hermanas de la Caridad– emplazado en una antigua mansión de 1761. El lugar estuvo operativo hasta 1914, cuando

fue vendido al estado de Nueva York y se convirtió en un sitio histórico. A finales de la década de 1960, se llevaron a cabo una serie de proyectos arqueológicos –en respuesta a los trabajos de restauración– destacando el hallazgo de diversos juguetes como muñecas y loza de juego, entre otros. El aporte de este estudio es que da cuenta de las formas de vida institucionalizada en niños y niñas, en un entorno de pobreza y enfermedad. Los juguetes no sólo expresan la existencia de los pequeños y la reproducción de roles de género sino que también estrategias sociales en torno a la repartición de estos elementos. A los huérfanos se les otorgaba objeto similares aunque distintos para evitar los conflictos entre ellos, proporcionando una lección sobre las relaciones de propiedad (Feister 1991).

En el estudio de la arquitectura en espacios institucionalizados destaca el trabajo pionero de Markus (1993) en su libro *Buildings & Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types*. El texto introduce la noción de poder en torno a las estructuras arquitectónicas, comprendiendo que los edificios son un producto cultural, son experiencias de realidad y dan cuenta de procesos sociales. Markus (1993) analiza diversos edificios construidos entre 1750 y 1850, periodo en el que se despliega la revolución industrial, que deriva en una serie de prácticas de ordenamiento y control social que se reflejan en la arquitectura. En esta época se registran cambios materiales sin precedentes, un importante crecimiento urbano, la incorporación de tecnologías de producción a gran escala, el desarrollo del ferrocarril y el consecuente aumento de la conectividad. Estos adelantos incluyeron una arquitectura productiva ad hoc junto con el aumento de edificaciones destinadas al control social relacionado con los resultados de esta explosión productiva con características como el crecimiento urbano y la pobreza.

Durante este periodo surge el diseño del panóptico de Jeremy Bentham (1748-1832), propuesta inicial de 1781, que buscaba –desde la arquitectura– solucionar problemáticas en torno al control y vigilancia de poblaciones recluidas como presos y locos (Neira 2004). A su vez, este modelo nacido en época victoriana, perseguía visibilizar y cuidar a las poblaciones recluidas antes relegadas a las mazmorras.

Aplicando las propuestas metodológicas de Hillier y Hanson los trabajos de Markus (1993) abordan diferentes tipos constructivos del inicio del periodo moderno. Desde el ámbito de la arqueología destacan los trabajos realizados por Eleanor Casella (2001, 2002), a través del proyecto Arqueología de Ross Factory en Tasmania, efectuado entre

1995 y 1999, en el que analizó ese espacio carcelario, que fue ocupado entre 1848 y 1855, por mujeres convictas que cumplían condena por delitos cometidos en Irlanda e Inglaterra. Esta cárcel fue el reflejo del sistema penal público inglés del siglo XIX que buscaba –a través del exilio y el trabajo de los y las internas– incentivar la moral y salvar a las personas de la “ociosidad y la pobreza”. Pero a su vez, constituyó un medio de control social para ejercer el poder imperial, en particular con el encarcelamiento de personas vinculadas a los grupos nacionalistas irlandeses. Es por eso que se profundizó en el estudio de la arquitectura en el siglo XIX como eje de las instituciones penales generadas en el periodo y su rol en el ejercicio reformativo y/o más bien de exclusión a través de la reclusión. Asimismo, la autora profundiza en el rol de las mujeres encarceladas tanto desde la perspectiva de cómo se conciben y planifican estas prácticas para mujeres en el contexto de la reforma al sistema penal inglés, que basaba inicialmente su preocupación en niños y mujeres; y de cómo se construyen las dinámicas internas de género dentro de estos espacios.

El trabajo realizado por Spencer-Wood y Baugher (2001) compara tres estudios sobre instituciones totales: la Ross Factory en Tanzania, el Asilo para indigentes de Adelaida, en el sur de Australia, y el Asilo de Magdalena en Filadelfia, que corresponden a espacios de recepción de mujeres pobres y convictas en el siglo XIX. Los analiza a la luz del desarrollo del capitalismo industrial y sus consecuencias, relacionadas con la pobreza urbana y sus expresiones como la mendicidad y la delincuencia. Lo considera el origen de instituciones totalizadoras que buscaban una reforma moral de los “institucionalizados” a través del trabajo y el arrepentimiento y que tuvieron como resultados asilos, orfanatos, y prisiones, entre otros. Estos espacios fueron planificados con el objeto de controlar la vida de sus usuarios, tanto desde la arquitectura como de las actividades que allí ocurrían e incluso en ámbitos materiales como el vestuario (Spencer-Wood y Baugher 2001).

En Latinoamérica se distinguen los trabajos de Zarankin (2002) vinculados al análisis de accesibilidad a escuelas, casas y centros de detención, en los que aspectos afines con las dinámicas de control –relacionados con la facilidad de desplazamiento y visibilidad entre estructuras– dan cuenta de intenciones y sentidos sociales y políticos. A partir de esta premisa analiza a través del diseño de las escuelas en Buenos Aires y las implicancias de este en la creación de grupos y roles diferenciados dentro de la matriz social.

Más recientemente están los estudios realizados por Davies, Crooke y Murray (2013) en los cuarteles de Hyde Park en Sydney, que corresponde a una barraca en cuyo segundo y tercer piso se emplazó un Depósito de Inmigración femenino y un Asilo del Gobierno para Mujeres Enfermas y Desamparadas, entre 1848-1886. Estas barracas fueron excavadas a inicios de la década de 1980 hallándose una colección de más de 113 mil artefactos de los cuales el 70- por ciento se encontró entre las tablas y techos del conjunto. Los objetos, entre los que se contaron pipas de tabaco, fragmentos de género y artículos religiosos; fueron barridos, desechados e incluso perdidos sin intención, quedando entre las cavidades por hasta 160 años y constituyen un registro arqueológico único de confinamiento institucional, especialmente de mujeres. Incluso dan cuenta de aspectos religiosos que van desde la separación de internas anglicanas de católicas –la expresión de institucionalizadas de la religión a partir del material proveniente de los misioneros– hasta las formas de culto particular que tenían ellas en el ámbito de la cotidianidad (Davies 2013).

Desde una perspectiva actual vinculada a espacios punitivos se encuentra el trabajo de De Dardel y Söderström (2018) quienes analizan las políticas neocoloniales de Estados Unidos en América Latina, específicamente en Colombia, con el denominado “Plan Colombia” llevado a cabo a inicios de la década del 2000. Parte del plan consistió en que la Oficina Federal de Prisiones norteamericana tomó el control penitenciario colombiano, generando una reforma al sistema penal sustentada en un régimen ultra punitivo. Se construyeron 16 cárceles nuevas y se integraron instalaciones como celdas de castigo. Parte del diseño de estos nuevos espacios buscaba el aislamiento casi total de los confinados disminuyendo al mínimo la interacción entre guardianes y presos e incentivando la privación sensorial.

La reforma, además de endurecer las condiciones de detención se basó en la transformación del sistema penal y legislativo a partir de la configuración de nuevos delitos lo que provocó un aumento del 70 por ciento de la población penitenciaria, con la implementación de políticas neoliberales en Colombia especialmente a partir de la década de 1990 (De Dardel y Söderström 2018). Pese a esa transformación masiva del sistema, se vislumbraron dinámicas locales. Aunque hubo movilidad de las políticas públicas en el espacio geográfico, en un proceso de globalización acelerada, es importante resaltar las

dinámicas de poder y las implicancias en situaciones particulares, en este caso relacionadas con prácticas de dominio y disciplinamiento social en la arquitectura de carácter punitivo, constituye un eje para comprender dinámicas sociopolíticas.

También surgieron estudios en torno a espacios vinculados con la salud y la exclusión, específicamente de hospitales. Se entienden los hospitales de un modo genérico como aquellas instituciones cuyo objetivo principal era el cuidado formal de los débiles y enfermos y cuya organización y estatus formal era variado (Roffey 2012). Esta gama de establecimientos se centró en diversos tipos de aflicciones como lo fue el caso de la lepra, destacando aquí el desarrollo de instituciones especializadas.

En el ámbito de la arqueología, se encuentran los estudios efectuados por Roffey (2012) en leprosarios en Inglaterra, específicamente en los trabajos de excavación efectuados en St. Mary Magdalen, Winchester. A partir de estas se pudo distinguir el desarrollo y la transformación del hospital desde el siglo XII hasta el XVI y sus implicancias sociales. Asimismo, queda en evidencia la no existencia de patrones de diseño y construcción entre los distintos leprosarios lo que dependía de factores tan diversos como los recursos y la ubicación.

Desde una perspectiva espacial y material en espacios de leproso está el trabajo realizado por Dos Santos (2018) en el que se analizan los restos arquitectónicos a partir de análisis gamma de la Colonia de Leprosos de Santo Antônio do Prata, en el estado de Pará, Amazonía, Brasil. En el caso de Brasil, el auge de estos espacios se relacionó con la generación de políticas públicas de exclusión para el combate de la enfermedad, a través del desarrollo de colonias agrícolas las que se iniciaron en la década de 1920 y fueron abolidas alrededor de 1960.

Con respecto al estudio de espacios psiquiátricos en arqueología, aunque no es un tema tratado masivamente, existen varios autores que han trabajado esta perspectiva desde un enfoque material, espacial e histórico en especial desde la década del 2000 en adelante. Todos estos trabajos poseen un enfoque integral, que se sustenta en comprender a los seres humanos a partir de un enfoque contextual, en donde la materialidad y el espacio constituyen un eje relevante para acercarse al problema de la enfermedad y de la salud mental y sus implicancias sociopolíticas.

Destaca así el trabajo pionero de Susan Piddock, quien en su tesis doctoral titulada *A Space of Their Own: Nineteenth Century Lunatic Asylums in England, South Australia and Tasmania*, compara las prácticas asilares en estos tres espacios geográficos (Inglaterra, Australia y Tasmania) según sus contextos sociopolíticos y culturales. Asimismo, a través de fuentes documentales, da cuenta de cómo se concibió concibieron durante el siglo XIX las formas de tratamiento que incluían la importancia de un diseño arquitectónico como medio para el tratamiento, cura y reinserción de los pacientes en la sociedad. El surgimiento de formas de tratamientos durante el siglo XIX, vinculado a la protección de los “locos”, se tradujo en el desarrollo de un sistema de asilos para lunáticos financiados por el gobierno de Gran Bretaña. No obstante, pese a algunos ideales discursivos, los planteamientos no se reflejaron en las construcciones arquitectónicas de los manicomios estudiados por la autora (Piddock 2009).

Las implicancias y complejidades desde el punto de vista interpretativo en el estudio de prácticas institucionales, específicamente de carácter asilar, presentan varios desafíos teórico-metodológicos. Por una parte, está el uso que se le da a los edificios y la cultura material institucional, considerando que estos espacios limitan la posesión de objetos, lo que puede dificultar la tarea de vincular los artefactos con grupos particulares (Piddock 2009). En tanto, una segunda dificultad y a la que también nos enfrentamos en la presente tesis, es que algunos de los edificios pueden seguir siendo utilizados como hospitales psiquiátricos o estar cumpliendo otras funciones; lo que implica, por tanto, una metodología acorde (Piddock 2009).

En el caso argentino destaca tempranamente un estudio realizado en el pabellón Jakob del Hospital Braulio Moyano, de mujeres, correspondiente a un conjunto de establecimientos dedicados a problemas mentales al que se sumaba el Borda, este último de hombres (Schávelzon 2009). Se sucedieron una serie de críticas en relación a iniciativas de uso patrimonial por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, luego del abandono del hospital. Se detectaron actividades de tipo turísticas pero enfocadas al sensacionalismo, en las que por dos años se hicieron recorridos al manicomio en ruinas. Fue así que en el marco de una puesta en valor se realizó un aporte a estudiar las prácticas cotidianas materiales relacionadas con las actividades comunes aunque con escasa

relevancia en el contexto de la puesta en valor (Schávelzon 2009), posiblemente por la naturaleza misma del sitio y su vínculo a las enfermedades psiquiátricas. En ese sentido,

“el rescate nació como un trabajo patrimonial en reacción a otro turístico descontrolado y terminó como una frustración, aunque estudiada arqueológicamente. Una experiencia más de la arqueología de una gran ciudad que constantemente obliga a replantear métodos, técnicas y hasta nuestra propia racionalidad como científicos ante la realidad que nos circunda (Schávelzon 2009: 188)

En el contexto local, al alero del impacto ambiental, existen escasos antecedentes de excavaciones en hospitales. Destaca el ejemplo de las excavaciones en el Hospital del Salvador (Andino consultores 2018), comuna de Providencia en Santiago y en el Hospital San Juan de Dios de Chillán, Ñuble a cargo de Francesca Mengozzi. De este último, sobresale el hallazgo de un fragmento de botella de “Neurosine granu” en las excavaciones. Este remedio se utilizó como sedante para la epilepsia y para enfermedades psiquiátricas, siendo uno de los primeros en incluir cannabis. La temporalidad de este fragmento coincide con la segunda ocupación de este recinto que data desde 1874 hasta 1939 (Com. Pers. Goldschmidt 2020). Asimismo, la integración de la medicación en el mundo psiquiátrico también coincide con la configuración de cambios materiales, aspecto que veremos posteriormente en el desarrollo de esta tesis.

Asimismo, destaca el trabajo reciente de Durán (2021), en su tesis de grado titulada “El Instituto de Reeducción Mental de 1940: evaluación de su arquitectura en relación al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del S. XX”, realizada en el Open Door El Peral, en donde destacó la aplicación de análisis formal y análisis de percepción con el objetivo de comprender la dinámicas de exclusión y poder en torno a dicho espacio en relación al discurso de la psiquiatría para la década de 1940 en Chile..

Por otra parte, se distingue el trabajo de Longhurst (2011), quien realizó una comparación entre cuatro instituciones psiquiátricas en Australia, específicamente en Nueva Gales (emplazadas en Gladesville, Parramatta, Callan Park y Kenmore). El autor logró mostrar la disonancia existente entre el crecimiento de esas instituciones, el desarrollo de la Teoría Psiquiátrica y la legislación de Salud Mental. Documenta los cambios desde una

perspectiva asilar a una de carácter comunitario, pero que, no obstante, no lograron desmarcarse de ciertas prácticas de exclusión y encierro. En ese sentido, el entorno construido no reflejaba la teoría psiquiátrica y, de hecho, aunque a menudo operaba de manera no intencionada, la evidencia material plantea una distancia entre el ser y el deber ser.

En Brasil Juliana Brandão (2015) a partir de su investigación de maestría, analizó el Hospital de Neuropsiquiatría Infantil de Belo Horizonte, el que funcionó bajo ese nombre entre 1949 y 1980. A partir del análisis de la arquitectura del lugar, entendiendo esta como un súper artefacto de disciplinamiento, buscó comprender prácticas de control en los niños y niñas internados con trastornos mentales. Su metodología se sustentó en el análisis gamma propuesto por Hillier y Hanson e incorporó los índices de integración de Blanton (1993).

Actualmente, en el marco de su investigación doctoral, Brandão (2017 a, 2017b, 2021) aborda el estudio de una antigua institución psiquiátrica pública, el Hospital Colonia, en Minas Gerais, en donde se emplaza actualmente el Centro Hospitalario Psiquiátrico de Barbacena. Este espacio alojó a pacientes considerados incurables, “locos” e incómodos socialmente que efectuaron, como parte de su labor terapéutica, una serie de actividades como trabajos manuales, agropecuarios, y de mantención de infraestructura, las que se supone debían ser remuneradas, aunque esto nunca les pagaron. El Hospital Colonia buscaba mantener el orden social a través de distintas estrategias, como el control espacial y cierto tipo de prácticas terapéuticas como el trabajo con el fin de “ordenar el caos de la locura” y de reinsertar al paciente a la sociedad. Asimismo, rescata el proceso de internamiento, *via crucis* (Brandão 2021: 99), asociado a las dinámicas de pérdida de identidad personal y el consecuente proceso de conversión a paciente.

A su vez hay estudios que aplican la teoría del poder disciplinario de Foucault en ámbitos como la psiquiatría y que permiten comprender, desde la perspectiva discursiva, el uso de prácticas institucionalizadoras y que tienen como resultado la creación de espacios materiales terapéuticos. Esto permite comprender el fenómeno global del desarrollo de la psiquiatría, sobre todo desde fines del siglo XIX, aunque obviamente atendiendo a las particularidades locales. En ese sentido, está el trabajo de Leitner (2014) sobre la psiquiatría en Japón a principios de la era Meiji (1868-1912) y el desarrollo de dos leyes.

La primera de ellas a la Ley de custodia de pacientes mentales de 1900, que regulaba la práctica tradicional del cuidado familiar, pero lo sometía a la administración policial, lo que generaba un nuevo sistema de atención controlado por el Estado. Este modelo tradicional planteaba el confinamiento temporal en celdas privadas integradas en las casas en caso de peligro para la comunidad (Leitner 2014). En tanto, la segunda, correspondiente a la Ley de hospitales mentales de 1919, buscaba generar una red de atención de corte disciplinario que operara a través de la creación de una red de asilos y hospitales siguiendo el patrón europeo. Si bien esta norma no generó una solución sistemática a lo largo del tiempo, da cuenta de cómo el discurso de la psiquiatría moderna fue permeando a diversas sociedades (Leitner 2014).

Otra autora destacada es Katherine Fennelly (2019), quien realizó un análisis crítico de los restos materiales, la arquitectura y la documentación de los asilos para lunáticos de Irlanda e Inglaterra. Fennelly analizó la construcción a gran escala de estos establecimientos al inicio del siglo XIX. Mientras florecían políticas urbanas como resultado de la implementación de ideas ilustradas del siglo XVIII inspiradas en el ideario del progreso social y moral. Las urbes, como espacio de acogida de este ideario, debían contener a los elementos disruptivos de la sociedad como los pobres, los locos y criminales, construyéndoles instituciones destinadas a su confinamiento (Fennelly 2014, 2018, 2019). De este modo, muchos de los lunáticos fueron confinados en distintas instituciones del sistema social inglés. En el caso de Irlanda, entre las décadas de 1820 y 30, hubo salas para lunáticos en las Casas de Industrias (workhouses) correspondientes a instituciones totales, en donde se ofrecía empleo y alojamiento y que dependieron del inspector general de prisión.

No obstante, hacia la década de 1840 se observó un cambio en la administración de los asilos para lunáticos, generándose una política centralizada de diseño, construcción y manejo de estos. Estas políticas incluyeron el desarrollo de una arquitectura neoclásica y a gran escala, la que también se aplicó a otras instituciones totales y que se sustentó en los principios del tratamiento moral que buscaban impulsar formas racionales de comportamiento, siguiendo los planteamientos de Samuel Tuke, quien, promovió el autocontrol de los pacientes (Fennelly 2012, 2014, 2019).

En particular, en el caso de Fennelly, destacó su estudio en el área del Hospital Psiquiátrico de St Brendan, en Grangegorman, Irlanda, relacionado con la conversión de este recinto en un nuevo campus para el Instituto de Tecnología de Dublín (DIT). A partir del análisis de la transformación del lugar a lo largo de su historia, se observó la ampliación de las instalaciones y la generación de instituciones suplementarias con el fin de clasificar reclusos, siendo el objetivo principal separarlos, pero a su vez reinsertarlos socialmente a través del trabajo. Siempre orientado al tratamiento moral dentro de la sociedad industrial.

Por otra parte, Fennelly (2014) realizó un estudio en el West Riding District Asylum (1818), ubicado en Inglaterra, a 18 km al sureste de Leeds, y en el Asilo del Distrito de Maryborough (1833) emplazado a 80 km al suroeste de Dublín, en Irlanda. A partir de las perspectivas de diseño y uso de estos espacios, observó la relevancia del control sensorial en ambos recintos en función tanto de objetivos terapéuticos y clasificatorios, como de las dinámicas de poder. En ese sentido, no sólo la luz y el aire fresco fueron claves en el diseño interior de los espacios, sino que la experiencia auditiva también influyó en la organización espacial de los pacientes al interior de los edificios y en las experiencias sensoriales propias del lugar. Llama la atención, por ejemplo, el ruido metálico de las llaves el que sugiere dinámicas de poder y jerarquía entre cuidadores y pacientes (Fennelly 2014).

Es así como, desde la arqueología y desde la historia de la psiquiatría, no solo se ha estudiado el espacio construido sino también se ha explorado en fenómenos sensoriales como el sonido y la vista y sus efectos, lo que apunta a la relación entre la cultura material y la percepción sensorial (Kearin 2019, 2020; Fennelly 2014; MacKinnon 2003a, 2003b; Ankele y Majerus 2020).

Finalmente, es relevante señalar que la arqueología histórica y la arqueología de las instituciones han hecho una contribución importante a la investigación al centrarse en las condiciones materiales de la vida institucional (Ankele y Majerus 2020). Aunque las instituciones totales no han sido un elemento dominante en las problemáticas disciplinares, su estudio ha permitido otorgar a la materialidad un rol relevante para comprender los procesos sociales e históricos en torno a las variadas formas de poder

entre distintos actores y grupos sociales y explorar las dinámicas sociopolíticas dentro de los grupos subalternos, atendiendo a su diversidad y a sus propias lógicas.

4.12. Espacialidad, ambiente y psiquiatría.

En el estudio de la espacialidad, se presentan diversos trabajos en torno a perspectivas históricas sobre el uso del espacio en Salud Mental. Ellos también incluyen las implicancias actuales en el ámbito del diseño de estos lugares en relación con sus usuarios, tanto pacientes como funcionarios, y cuyo desarrollo se desprende de autores como Foucault, Goffman y Rothman (Moran y Topp 2007). Tomando los planteamientos de Navarro (2015), se conjugan dos visiones sobre las instituciones manicomiales. Por una parte, desde la historia de la medicina como un espacio laboratorio necesario para la generación y acumulación de conocimiento para el desarrollo de la psiquiatría actual. Por otra parte, desde la perspectiva sociológica ya abarcada en el presente trabajo, relacionada con la idea del laboratorio, pero para generar formas de disciplina y ordenamiento social.

Lo interesante de ambas visiones, complementarias muchas veces, –dado que coinciden con el fracaso en la institución de los manicomios “porque degeneró en la cronificación de la locura: algunas patologías lo son de por vida y solo se atenúan, ahora lo sabemos, gracias al seguimiento y al tratamiento farmacológico permanentes” (Navarro 2015: 118). Es que la construcción y diseño del espacio concebidos para albergar a los locos son un elemento central para comprender las dinámicas sociohistóricas de estos lugares.

Uno de los antecedentes más relevante del análisis sobre el espacio y su materialidad es la psicología ambiental, la que se entiende como el estudio de la relación entre el comportamiento humano y el ambiente físico y social, ya sea construido o natural (Bonnes y Bonaiuto 2002). Se incluye por tanto una mirada que además de integrar las dimensiones tradicionales de las ciencias naturales, correspondientes al tiempo y el espacio, contiene la percepción ambiental como un elemento fundamental de la dimensión humana de los sistemas ambientales (Bonnes y Bonaiuto 2002).

Esta rama disciplinar surgió a partir de las décadas del 50-60, pero se intensificó en la década de los 70' y su origen se basa en comprender el ambiente como un factor relevante en el desarrollo cognitivo y conductual de las personas. A lo que se agrega el rol de las ciencias ambientales con respecto a la preocupación por las consecuencias de la

manipulación de su entorno por parte del ser humano. Entre los principales hitos de su desarrollo se encuentra la conferencia sobre Psicología Arquitectónica y Psiquiatría en 1961 en Utah, Estados Unidos, así como el surgimiento de publicaciones con relación a esta temática. En tanto, en Europa la publicación de Proshansky y colaboradores (1970), en la que recopilan una serie de trabajos bajo el título de *Psicología Ambiental* en la que sobresalió un enfoque interdisciplinario para la comprensión de esta problemática (Roth 2000).

En esta área de trabajo se distinguen dos tradiciones teóricas que han promovido la relevancia del ambiente y del entorno cotidiano sobre el comportamiento humano. La primera se refiere a la psicología de la percepción que pone atención específica en las características sensoriales-perceptivas del medio ambiente. La segunda tradición, de carácter holístico, está relacionada con un enfoque contextual sobre las personas y su medio, siendo cada vez más considerado como un entorno sociofísico, con una creciente énfasis en los aspectos sociales del ambiente físico y de los procesos psicológicos involucrados (Bonaiuto y Bonnes 2000; Bonnes y Bonaiuto 2002).

Dentro del planteamiento de la psicología ambiental, se comprende que el ambiente se articula en distintos ámbitos generales, los que están relacionados entre sí. Por una parte está el ambiente natural, el que se refiere, desde una perspectiva holística, a la influencia de los ecosistemas en el comportamiento humano. Un segundo ámbito es el referido al ambiente construido, que guarda relación con las características fijas y semifijas de ambientes materiales. Aquí hay aspectos más permanentes como edificios y elementos de mayor facilidad para alterar como pueden ser muebles o decoración. El tercer ámbito corresponde al ambiente social y conductual relacionado con la esfera más íntima, referido a la ecología de los pequeños grupos (Jiménez y Aragonés 1986).

Lo anterior guarda relación con escalas de análisis espacial donde se distinguen varios niveles que entrecruzan las variables expuestas. Por una parte, está el microambiente correspondiente a la habitación, es decir, el espacio privado. Un segundo lugar es el que corresponde a los ambientes de proximidad y se refiere a los espacios de habitación colectiva, áreas de trabajo y espacios semipúblicos, en general. Un tercer nivel es el que comprende los ambientes públicos y refiere a escalas de análisis en relación a la ciudad y región; y finalmente un último ámbito de carácter global, que da cuenta del mundo en su

totalidad y que incluye tanto el ambiente natural como el ambiente construido (Moser 2003).

Esta mirada interpretativa guarda relación con dos grandes modalidades para comprender el rol de la relación entre ambiente y personas: “una que ubica la conducta como efecto de las propiedades ambientales y otra que la sitúa como causa de las modificaciones de éste” (Roth 2000: 64). Ambas miradas, comprendidas no desde la polarización, permiten recoger en distintas medidas el rol del ambiente como parte de nuestro contextos social, y han incentivado otras miradas multidisciplinarias como la arquitectura conductual, la ecología conductual y el diseño ambiental. Ellas han ido integrando la consideración del ambiente como un eje fundamental en la comprensión de los procesos psicológicos y conductuales humanos y de la aplicación de estos en diversos campos relacionados con el diseño de espacios físicos como escuelas, hospitales, cárceles, y centros de salud, entre otros (Bonnes y Bonaiuto 2002).

Por eso resulta crucial entender que el tipo de ambiente que creamos puede alterar nuestra mente y nuestra capacidad de pensamiento, emoción y comportamiento. Tal afirmación socava la certeza de nuestras categorías ontológicas: la dicotomía que separa el interior del exterior y el sujeto del objeto (Robinson 2015) comprende que la “psicología (subjetivismo), el ambiente (material) y la comunidad (social) son formas de agencia y elementos de trasfondo semiótico-material, por lo cual sólo tiene sentido explorarlos como forma de articulación en la acción situada histórica y corporal” (Berroeta 2001: 212). Esta mirada permite otorgar protagonismo al ambiente en una perspectiva amplia que incluye el espacio material no solamente como escenarios inocuos sino como agentes activos dentro de la realidad.

Así los espacios manicomiales, como construcción terapéutica pero también como lugares de exclusión, se vincularon históricamente a lugares de control sanitario y conductual. Dada la apreciación negativa de las patologías psiquiátricas, cruzadas por aspectos como la clase social, estos recintos se constituyeron en lugares no solo de separación con el resto del mundo sino también de abandono. De este modo los establecimientos, conviven con otras instituciones en constante conflicto y contradicción que se han organizan en relación a la representación de la locura y su transformación a través del tiempo (Stolkiner 2003).

De ahí que el surgimiento de perspectivas críticas históricas en psiquiatría pusiera entre sus ejes el ambiente, representado en la institución como concepto y materializado en los establecimientos, como un referente material a modificar, en donde se integran no sólo los espacios arquitectónicos sino que los diversos objetos que allí se disponen. Es por esto que uno de los aspectos que explícitamente se ha buscado transformar, en las corrientes en psiquiatría, orientadas al desarrollo de las perspectivas comunitarias y la antipsiquiatría, guarda relación con el ambiente. Comprendiendo que el medio se vincula directamente con las condiciones de vida de las personas, no solo de los usuarios de los sistemas de salud mental sino de la población en general (Berroeta 2001).

Dentro de las transformaciones propuestas se planteó la generación de acciones que permitan un bienestar emocional, social y físico, siendo estos cambios efectuados en espacios concretos. Lo anterior se ejemplifica con el desarrollo de prácticas como la desinstitucionalización, junto con la elaboración de estrategias territoriales en lugares como los barrios (Berroeta 2001). Estas perspectivas han permitido modificaciones en los espacios, sin embargo, se observan también continuidades desde la era de los asilos hasta la actualidad, lo que se relaciona con las implicancias sociopolíticas de estos recintos a través del tiempo.

Asimismo, dentro de la vertiente multidisciplinaria destaca la relevancia que han adquirido los enfoques fenomenológicos que buscan enfatizar en el significado de las experiencias de los sujetos en los espacios (Graumann 2002). En este ámbito hay una serie de estudios que han integrado variables espaciales y materiales tanto dentro como fuera de los espacios de salud mental y sus implicancias en términos fenomenológicos en grupos con patologías psiquiátricas específicas. Este es un aspecto relevante a considerar en el marco del diseño e implementación tanto de espacios de salud mental como de los espacios públicos en general (ej. Söderström 2016).

Por lo tanto, existen variadas aproximaciones en el campo de la psicología y la psiquiatría que, desde una perspectiva multidisciplinaria, han enfatizado en el espacio desde la dinámica de éste como un todo complejo que implica aspectos sociales, políticos y materiales. Su análisis histórico permite comprender las aproximaciones en torno a la enfermedad psiquiátrica y sus cambios y continuidades a través del tiempo.

CAPÍTULO 5

DESARROLLO

5. Introducción.

A continuación se presentan los distintos análisis para la comprensión del diseño, uso y transformación del espacio del IPDJHB. Como etapa inicial, se realizó una revisión y análisis de fuentes documentales y gráficas desde una perspectiva material con el objetivo de establecer una mirada contextual sobre el desarrollo de la historia social de la materialidad del IPDJH.

En segunda instancia se efectuaron entrevistas a funcionarios que permitieron acercarse a la memoria de las condiciones materiales y sociales de la institución de al menos los últimos cuarenta años.

En tercer lugar se planteó una caracterización del registro material actualmente presentes en el espacio, a partir de una inspección visual superficial y la comparación con los planos y relatos orales, lo que permitió evidenciar la transformación material de este espacio

Además, se efectuó el análisis estratigráfico el que constituye parte de los análisis formales. Para esto, se seleccionaron sectores a partir de la información obtenida a través de los resultados de la inspección visual y la información obtenida a través de fuentes gráficas y escritas. Asimismo, se realizó una aproximación analítica en torno a la percepción de los espacios y la arquitectura, específicamente el movimiento (Mañana 2003) correspondiente a análisis gamma.

Lo anterior permitió analizar las transformaciones materiales y espaciales, estableciéndose una periodicación de construcción y diseño de uso de espacio, a través del cruce de la información de las fuentes documentales, los planos, el análisis formal, análisis de la percepción y las imágenes en terreno, para así comprender las dinámicas de uso del espacio

5.a. Aproximación contextual sobre el desarrollo de la historia social de la materialidad del IPDJHB. De la Casa de Orates al Instituto Psiquiátrico.

5.1.a. Los primeros antecedentes sobre la medicina y la locura en Chile en la ciudad colonial e inicios de la República.

Durante el Periodo Colonial y en contexto de una sociedad barroca la consideración de la locura como condición de enfermedad no fue tal. Aunque la salud era un aspecto necesario su etapa de profesionalización llegó recién a mediados del siglo XVIII. Esta vino asociada a las reformas borbónicas, las que a partir de principios de la Ilustración establecieron una modernización en la burocracia colonial, lo que se reflejó en el caso médico con la creación del Protomedicato en 1756 y la formación médica en la Universidad San Felipe (Laval 1958).

No obstante, la formación médica local a través de la Universidad de San Felipe no fue exitosa desde el principio, tanto por sus deficiencias como por el poco interés de estudiarla. Es más, ni el ofrecimiento de becas con casa y alimentación tuvo resultados positivos. Así, entre 1756 y 1769, se logró tener solo 7 estudiantes, todos religiosos (Cruz-Coke 1995). El prestigio de la profesión médica es algo que recién comenzó a forjarse a fines de la Colonia y principalmente desde la segunda mitad del siglo XIX durante el desarrollo de los discursos higienistas⁵².

Asimismo, al igual que en la Europa medieval, en Chile la medicina estuvo ligada desde inicios de la colonia a las órdenes religiosas. Si bien el primer hospital fue fundado por Pedro de Valdivia y su administración dependió del Cabildo, “desde 1617 fue encomendado a los hermanos de la Orden religiosa de la Caridad de los Hermanos Hospitalarios, los "padres capachos", tarea que cumplieron hasta 1823” (Espinoza 2010: 654). En ese sentido era habitual que asociado a los hospitales se emplazara el convento y la capilla.

En relación a antecedentes directos sobre espacios vinculados a “los locos” en la Colonia prácticamente no se conocen referencias. La presencia explícita de una sala para alienados se registra recién en la segunda construcción del Hospital San Juan de Dios, la que ocurrió

a partir de un contrato firmado en 1782, pero que se llevó a cabo en 1796, probablemente utilizando los estudios efectuados catorce años antes. El nuevo recinto fue encargado al arquitecto Joaquín Toesca y se construyó sobre el edificio en ruinas del primer Hospital, emplazado en las mismas dependencias, aledañas a la iglesia y convento de San Francisco, uno de los pocos edificios coloniales que aún queda en pie en la ciudad de Santiago (Guarda 1997).

En 1791 se le solicitó a Toesca que informara sobre el estado del edificio que albergaba al Hospital San Juan de Dios, quien señaló las deficiencias del recinto tanto desde la perspectiva de su aspecto material como en relación a su funcionalidad médica. Entre los elementos mencionados planteó que este carecía de condiciones básicas como acequias que generaba que se formara un pantano que llegaba a parte de las salas afectando a los enfermos. A lo anterior sumaban problemas en el diseño en relación a la altura baja de sus techos y ventanas mal distribuidas que impedían la ventilación (Guarda 1997).

La implementación de un nuevo hospital coincide con la introducción en la arquitectura colonial de patrones de ordenamiento espacial relacionados con el discurso médico ilustrado de mediados del siglo XVIII (Goldschmidt y Letelier 2021b). En él se advierten nociones de higiene relacionadas con un incipiente desarrollo científico y que, hasta el momento de su demolición en 1943, siguió siendo utilizado con ese fin. En 1796 se emprendió la construcción del nuevo edificio, el que contó en su plano con una sala planificada inicialmente para alienados, siendo una innovación para la época. Llama la atención que recién un quinquenio después se intentó establecer una segunda medida formal al problema de los alienados.



Figura 5.1. Plano del Hospital de San Juan de Dios de la ciudad de Santiago de Chile, 1767.
 Fuente: Plano del Hospital de San Juan de Dios de la ciudad de Santiago de Chile, 1767 . Disponible en Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile⁵³.



Figura 5.2. Plano Hospital san Juan de Dios, 1796
 Fuente: (Guarda 1997: 214).

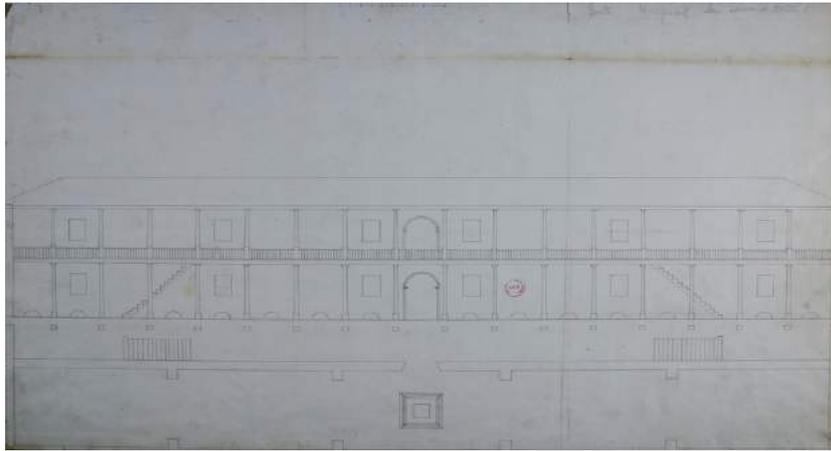


Figura 5.3. Proyecto de nuevas salas en el Hospital San Juan de Dios, primer claustro, Alameda y San Francisco [material cartográfico]
Fuente: Mapoteca ANC, Vol. 105. 1833

Desde los primeros años de la República se intentó generar avances en el desarrollo de la medicina. Fue el propio O'Higgins quien en su gobierno, a partir de 1818, reinstauró el Tribunal del Protomedicato; intentó organizar un curso de medicina; reactivar la Junta de vacunación creada en 1812 por Carrera y fundar el Cementerio General (Cruz Coke 1995).

En relación a los hospitales, en este periodo estuvieron principalmente a cargo de las órdenes religiosas, al mando del prior y del Cabildo. Para dicha época destacó la instauración de un mayordomo protector, personaje de la elite quien tenía la tarea de administrar los recursos, siempre escasos, de estas instituciones. Es más, hacia 1819, el hospital contaba con apenas 50 camas y no poseía financiamiento. En este contexto Manuel Ortúzar, mayordomo del hospital señaló que:

“el Hospital de caridad era la casa del horror y un cuadro del infierno”. Agregaba Ortúzar que los padres juandeanos, sin disciplina, sin caridad, sin educación, no permitían asociación alguna y absorbían todas las rentas del hospital” (Cruz Coke 1995: 282)

Fue así que en 1823, los padres de la orden de San Juan de Dios fueron expulsados de sus funciones administrativas pasando el manejo de los hospitales, según lo estipulaba la Constitución redactada ese año, a los Cabildos y, posteriormente en 1928 a las Municipalidades. A esto se sumaron medidas como la creación, en 1822, de la Junta de Sanidad Suprema con el objetivo de enfrentar los problemas sanitarios de las instituciones

hospitalarias, los que se agravaron aun más luego del terremoto del 30 de junio de 1822 (Cruz Coke 1995).

Estos primeros impulsos fundacionales tuvieron escasa continuidad. Luego de la liberación de Chiloé, en 1826, y de la elección de ese mismo año del Almirante Manuel Blanco Encalada como presidente, se inició un intento de gobierno federado que tuvo como resultado un periodo de desorden político que recién amainó hacia 1830 y que generó el estancamiento de políticas en torno a la salud (Cruz Coke 1995). Por lo tanto, durante esta época, aunque se intentó modificar la mirada sobre los hospitales, la realidad es que se registró una continuidad de la estructura colonial en la que enfermos y enfermas eran atendidos en hospitales administrados por la caridad al alero principalmente de órdenes religiosas, observándose incluso hasta la década de 1850 la obligatoriedad de parte de los médicos de recetar sacramentos (Vargas 2019).

Asimismo, aunque ya se advierte la influencia de la Ilustración y el desarrollo de la ciencia en esa época, la verdad es que los hacendados estaban lejos de aquellos influjos. Sobresale, por ejemplo, la “Cartilla de campo y otras curiosidades, dirigidas a la enseñanza y buen éxito de un hijo” escrita por Pedro Fernández Niño, agricultor de la zona central cuyo objetivo era legar a los hijos de los hacendados los saberes para desempeñarse como latifundista. En ellas se encontraban diversos conocimientos como los de salud, los que eran de variada índole ya sea piojos, ladillas, ponzoñas, dolores de muelas, entre otros muchos males, pero no se contaban las afecciones de tipo mental, lo que no significa que no existiesen sino que no eran consideradas dentro del espectro popular como problemas de salud (Sagredo 2006).

Con respecto a cuáles eran los tipos de enfermedades que se registraban, tanto en los hospitales, entendiendo estos como los lugares donde estaban los especialistas, como en los contextos vernaculares representados por la Cartilla de campo, se reconocen afecciones similares entre las que se encontraban la viruela, el chavalongo (Tifus) y la sífilis; así como afecciones comunes como fiebres y fatigas (Vargas 2019). Respecto a los números de enfermedades planteadas por Laval, para 1814 en el San Juan de Dios, llama la atención el alto índice de sífilis el que correspondió a un 38 por ciento del total de pacientes, a diferencia de otras enfermedades infecciosas como el chavalongo y la viruela, las que representaban solo el 10,5 y el 7,8 por ciento respectivamente. En este

contexto, es relevante señalar la incidencia de la sífilis debido a la parálisis general progresiva que se manifiesta en las fases finales de la enfermedad, que genera una serie de síndromes de tipo psíquicos como la psicosis, la manía y la demencia (Castro *et al.* 2018). Si bien estas manifestaciones se encuentran recién documentadas en las cifras de la Casa de Orates, se deben haber observado de forma extensa durante el Periodo Colonial y los inicios de la República.

Hacia la década entre 1830 y 1840 se observó el crecimiento en la migración campo ciudad, el que se intensificó durante la segunda mitad del siglo XIX. Este desplazamiento tuvo como resultado un importante crecimiento de la ciudad de Santiago con la configuración de nuevos barrios (Romero 1984). Esta explosión demográfica provocó una mayor concentración de habitantes en las grandes ciudades y la generación de una serie de problemas sanitarios vinculados al crecimiento desmedido, que irían empeorando a lo largo del siglo XIX.

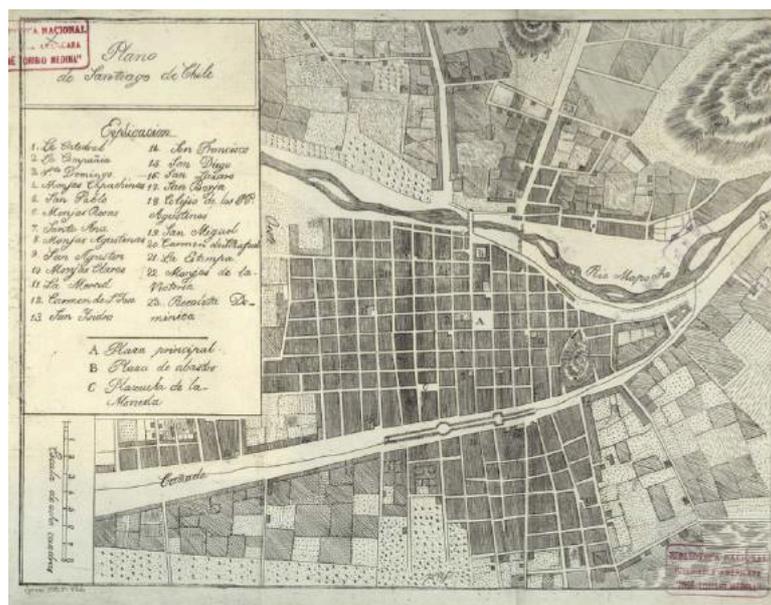


Figura 5.4. Plano de Santiago de Chile [material cartográfico]. Sala Medina. .
Fuente: Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile⁵⁴.

A su vez, la profesión médica recién alcanzó su prestigio a fines del siglo XIX apoyada por el desarrollo del discurso higienista. Por lo tanto, médicos y administradores se vieron inicialmente enfrentados en una situación de desmedro para los primeros. Esto se observa en relación a los médicos alienistas y al rol secundario que debieron jugar con respecto a las decisiones en las primeras soluciones asistenciales de la locura. Sin embargo ya hacia

1850 existen opiniones formadas de los médicos de la necesidad de generar un espacio adecuado para las afecciones de la cabeza, más allá de una sala dentro de un hospital. Así, destacan las referencias que realizó el médico del Hospital San Juan de Dios, Francisco Javier Tocornal, que para 1851 explicaba la necesidad de tener establecimiento especiales espacios para lo locos, advirtiéndolo por ejemplo que la temperatura podía incidir en este tipo de enfermedad (ver nota final de documento para detalle de texto)⁵⁵.

En el texto llama la atención la preocupación por la generación de un espacio especializado para las afecciones mentales relacionada con los avances que se planteaban en Europa. Esta visión no era solo en función de lo que ocurría dentro de los hospitales sino que hacía alusión al entorno de dichas personas en sus propios contextos cotidianos. En ese sentido, no sólo la institucionalidad ha generado históricamente prácticas de violencia sino que también las familias, vecinos y tutores fuera de las instituciones (Correa 2009).

Con respecto a referencias para alienados en hospitales de otras localidades para fines del Periodo Colonial y la primera mitad del siglo XIX como la Serena, Valparaíso, Talca, Valdivia y Chillán, no se encuentran. Así como tampoco referencias en el hospital de mujeres San Francisco de Borja, fundado en 1772 (Estévez 1982), lo que nos lleva a comprender que la incorporación de estas afecciones como problema de salud comenzó recién a mediados del siglo XIX.

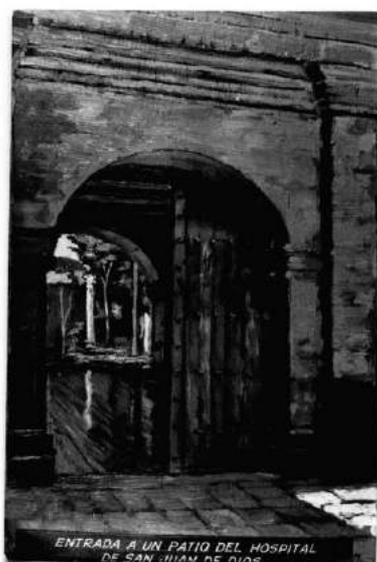


Figura 5.5. Entrada a un patio del Hospital San Juan de Dios.
Fuente: Sala Medina. Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile⁵⁶

5.1.b. Las primeras soluciones asistenciales para la locura: La Casa de Orates del Barrio Yungay (1852-1856).

Existen algunos antecedentes durante el Periodo Colonial en el territorio de Chile sobre espacio para “locos” en el hospital San Juan de Dios. Luego, a inicios del siglo XIX, el desarrollo de soluciones asistenciales se ligó más bien al ámbito de la pobreza y exclusión, como lo fue el Hospicio de Santiago que estaba dirigido a un vasto público, tanto enfermos y enfermas psiquiátricas, como gente pobre. Siendo su objetivo internar a los mendigos, en donde se alojó al final de su periodo a 550 internos, tanto hombres como mujeres, dementes, epilépticos y ancianos, es decir, todos los incurables (Medina 2002a). Esto se convertía en un problema social de gran magnitud, como señaló Gilliss (1854), ante el caso de un hombre demente que había estado confinado 15 años y que solo la muerte lo había liberado, o de la necesidad de llevar a las personas dementes a Lima e incluso el caso de un hombre italiano que había venido de Copiapó a Valparaíso y que por su condición de locura había sido obligado a volver en el mismo barco en el que venía, a lo que el agente se había negado debido al descontento que generaba en el resto de los pasajeros, llevándose finalmente preso al agente por desacato a la autoridad (ver nota al final del documento para detalle de texto)⁵⁷.

Recién se puede establecer como primera medida exclusiva al problema de los enajenados y enajenadas la creación de la casa de Orates de Nuestra Señora de Los Ángeles. La institución se fundó el 8 de agosto de 1852, mismo año que comenzaba el gobierno conservador de Manuel Montt (Camus 1992; Aburto 1994; Medina 2001; Leyton 2005; Osorio 2016).

La base de la instalación de este nuevo asilo se sustentó en la propuesta europea de buscar formas de aislar a los locos, lo que tenía como fin, por una parte, limitar su acción y, por otra, cuidarlos. Su fundación significó la implantación de un modelo terapéutico que determinó el patrón de atención durante el siglo XIX (Correa 2017). Fue en esas circunstancias que se desarrolló la incipiente medicina alienista, relacionada con el proceso de medicalización de la locura que tuvo como corolario la creación de la primera cátedra universitaria de salud mental (Correa 2017).



Figura 5.6. Sección Plano de Santiago de 1856 elaborado por Pedro Dejean, modificado en donde se indica emplazamiento primera Casa de Orates en barrio Yungay y la segunda en calle de las Olivas. Fuente: Plano topográfico de la ciudad de Santiago de Chile [material cartográfico] por Pedro Dejean. Mapoteca. Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile⁵⁸

La iniciativa de la Casa de Orates “Nuestra Señora de los Ángeles” fue llevada a cabo por el teniente Coronel Francisco Ángel Ramírez, el entonces intendente de Santiago, quien había sido enviado a Lima en donde visitó la Casa de Locos de San Andrés con el objetivo de generar algo similar en Chile (Camus 1992; Aburto 1994; Leyton 2005)⁵⁹. Para este periodo nuestro país contaba con una población aproximada de un millón 200 personas, de las cuales cien mil residían en Santiago (Aburto 1994), siendo una ciudad de considerable tamaño y a la que le hacía falta la presencia de instituciones que albergaran a la “población loca”, más allá de los hospicios.

La primera Casa de Orates se inauguró el 8 de agosto de 1852 y se emplazó en el barrio Yungay, para ese entonces el límite poniente de la ciudad de Santiago (Osorio 2016). Con respecto a su emplazamiento hay tres versiones sobre el origen de los terrenos⁶⁰, más allá de sus propietarios anteriores, estos fueron aportados por el gobierno. En tanto, la alimentación quedó en manos de la Municipalidad y la caridad aportaba dinero y especies para su funcionamiento (Aburto 1994), aspectos que fueron desde el inicio insuficientes para su operación.

En relación a su ubicación original esta aparece en el plano de Dejean de 1856, entre las “calles Santo Domingo (al sur), Rosas (al norte), Maipú (al oriente) y Herrera (al poniente)” (Osorio 2016: 88). Por su parte, Araneda (1974) señala el mismo

emplazamiento, en la esquina suroriente de Santo Domingo y Herrera, frente a la quinta de Delfina Astaburuaga, y que en el momento era ocupado por la Séptima Comisaría de Carabineros⁶¹. Se produce entonces la adaptación de un espacio ya existente, no planificado inicialmente, siendo este desde un principio un lugar con condiciones deficientes. El panorama también es similar a otras instituciones contemporáneas a ésta dentro de Hispanoamérica. El Hospital de Insanos o Amentes, por ejemplo, inaugurado en Lima en 1859, y emplazado en las afueras de la ciudad en una antigua reducción indígena, fue instalado específicamente en dependencias del edificio del Colegio de Indios Nobles, posteriormente conocido como la Quinta de Cortez (Coello 2018).

La primera Casa de Orates tuvo un impulso ordenador, como planteó la ley promulgada el 31 de julio de 1856 en la que se establecía que allí debía internarse a aquellas personas que “con su conducta causare escándalo, cualquier sea su condición [...], i que perjudica a la tranquilidad pública o la seguridad de las personas, o que ofende con sus actos las buenas costumbres”⁶², confundiendo desde el inicio a enajenados con delincuentes (Aguirre 2019).

La administración de la Casa estuvo a cargo de una junta directiva compuesta por representantes de la alta burguesía, siendo los primeros en detentar dicha función Antonio Barros, Manuel Cerda y Concha, Matías Cousiño y Vicente Ortúzar (Aburto 1994). Esta asamblea de cinco integrantes elegía un presidente que debía renovarse anualmente. Ella estuvo a cargo de suministrar y administrar los recursos materiales y humanos; y duró hasta 1891 cuando por decreto de ley se determinó que la Casa de Orates quedaba integrada a los establecimientos administrados por la Junta de Beneficencia de Santiago (Escobar 2002).

Con esta determinación se originó el denominado periodo fundacional que se extendió desde su inauguración hasta 1891 (Escobar 2002). Esta etapa se caracterizó por el desarrollo inicial de la psiquiatría en Chile convirtiéndose en la primera solución asistencial sistemática para la locura, cuyo fin era enclaustrar a los afectados y librarse de sus reacciones peligrosas (Aburto 1994). En los primeros dos años de funcionamiento la junta directiva a cargo de la Casa de Orates, del barrio Yungay tenía como único objetivo reunir a los enajenados. Al inicio el rol de los médicos fue auxiliar, es más, no se consideró necesaria la contratación de un especialista sino hasta la llegada del médico

francés Lorenzo Sazié, en 1854. Él también fue el primer decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Aburto 1994) y fue acompañado por Luis Úbeda como médico practicante. No obstante, las críticas a la gestión del médico por parte de la junta administrativa, las que se centran principalmente en su escasa permanencia en la institución, llevaron a su remoción. Este hecho se condice con los diversos frentes que el médico debía abordar tanto en el ámbito de la educación médica como otras áreas de su interés como la obstetricia (Correa 2009).

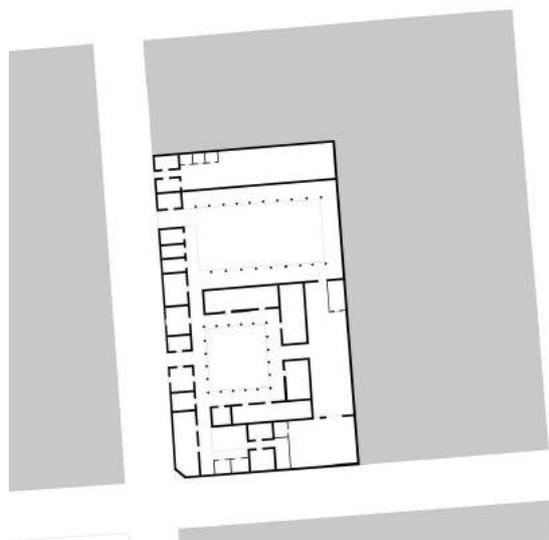


Figura 5.7. Planta Casa de Orates 1852 Proyecto Fondecyt N° 1150308. Santiago 1850: la capital antes de su modernización. La mirada urbana de la expedición naval astronómica norteamericana de James Melville Gilliss
Fuente: (Ríos 2018: 17).



Figura 5.8. Emplazamiento actual IPDJHB.
Fuente: Google Earth

En 1854 se promulgó una ley bajo el gobierno de Manuel Montt, y su ministro Antonio Varas, que estableció la inversión de 20.000 pesos para el asilo de locos, luego que el 1 de junio de ese año el presidente Montt se dirigiera al Congreso Nacional con las siguientes palabras:

“La casa de locos necesita de una protección eficaz. Planteada sin elementos bastantes i en un local poco adecuado, es en extremo insuficiente para las necesidades. Cuento con vuestra cooperación para sacarla de la situación en que se halla y convertirla en un verdadero hospital que reúna las condiciones que exige la curación de tan lamentables enfermedades”⁶³.

Destacan en esta línea los planteamientos de Ugarte quien reemplazó a Diego Antonio Barros como director de la Casa de Orates luego de su muerte en 1853, en cuyo cargo duró únicamente seis meses:

...“un Establecimiento que hasta el presente sólo tiene nombre pomposo y fascinador, porque de ninguna manera puede apellidarse tal, ni menos satisfacer las múltiples y apremiantes exigencias que da lugar la demencia, más generalizada de lo que se cree en esta República. El Establecimiento demanda serios y asiduos cuidados en el deplorable estado en que se encuentra”⁶⁴...

Continúa:

“no tener valor para permanecer un día mas al frente de los mismos infelices de mis semejantes, hacinados cual inmundos cerdos en un rincón de la república y en peor estado que los mas infames criminales”⁶⁵.

La primera medida fue que esos fondos se destinaran a la construcción de un nuevo edificio, emplazado actualmente en Avenida La Paz con Olivos. En esos años este sector estaba fuera del radio urbano por lo que cumplía las condiciones para que los orates pudieran estar relativamente aislados de la sociedad y además en un entorno natural (Aburto 1993). El terreno de la Casa de Orates de Olivos fue adquirido en 1854 por una cifra de 8.000 pesos a pagar al arzobispado, dueño del espacio⁶⁶. La elección del lugar no fue aleatoria. Esta zona estaba ubicada en el margen norte de la ciudad siendo un espacio límite entre lo rural y lo urbano. Dado que quedaba fuera del centro de la ciudad se

alejaba, por una parte, de la presencia de indeseables, y por otra, se emplazaría en un espacio que aseguraba cierta extensión para el desarrollo de actividades terapéuticas⁶⁷.

El barrio La Chimba o la Cañadilla formaron parte de la actual comuna de Recolecta, espacio que surgió durante el Periodo Colonial como la trastienda de la ciudad, y que cobijó progresivamente población migrante mestizos, indios y españoles empobrecidos (Márquez y Truffello 2013). Este sector aledaño a la ciudad se fue integrando a fines del siglo XVIII siendo uno de los hitos más relevantes la inauguración del puente Cal y Canto en 1789 que vino a unir a esta zona con la ciudad de Santiago. Posteriormente, destacó la creación del Cementerio General, en 1821, siendo la incipiente preocupación del Estado por temas de salubridad uno de los motivos aludidos para su construcción. A partir de estas decisiones se fue definiendo el barrio higiénico, el que vivió su máxima expresión con la celebración del primer centenario.

Consecuentemente La Chimba, dentro de su contexto de barrio marginal urbano, relacionado con la pobreza y el descontrol, pasó a convertirse, de nuevo en una lógica de lo marginal, en un barrio para la aplicación del orden y la higiene como medida de control social y sanitario. En ese sentido, es relevante recalcar que la conversión del histórico barrio La Chimba no estuvo exenta de problemas y no fue un proceso completo de gentrificación, sino que en él convivieron poblaciones históricamente marginadas, tanto trabajadores como enfermos. Lo anterior se condice con la presencia de otras instituciones de beneficencia hacia 1872 como la Casa de la Verónica, correspondiente a un asilo para mujeres, y la Casa del Buen pastor que, además de haber sido un monasterio, fue un asilo (Torneró 2011). A lo anterior se suma la antigua cárcel Pública de Santiago construida entre 1887 y 1892, la que aunque se emplazó en el margen sur del río Mapocho fue en el límite con la Chimba y buscó reemplazar al Presidio Urbano emplazado en la calle San Pablo.

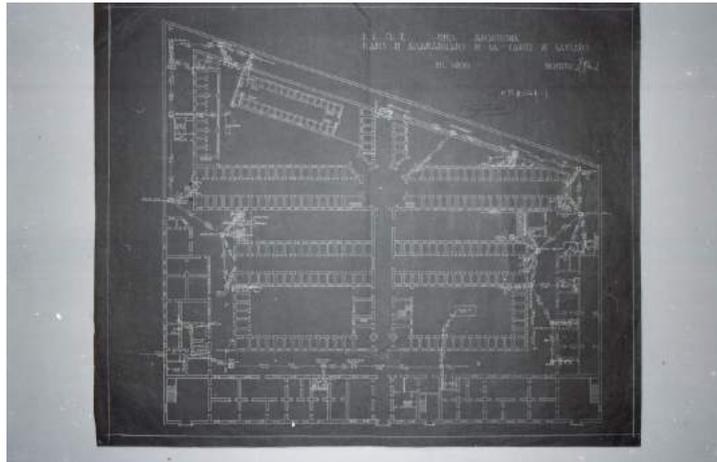


Figura 5.9. Plano antigua Cárcel Pública de Santiago
Fuente: Archivo fotográfico dirección de Arquitectura MOP⁶⁸



Figura 5.10. Fachada Cárcel Pública de Santiago sin año, demolida el año 1994.
Fuente: Archivo fotográfico dirección de Arquitectura MOP⁶⁹

Pese a los intentos iniciales, como plantea Correa (2009) los primeros años de la Casa de Orates no reflejaron los adelantos de los planteamientos de la medicina alienista de la época. Aunque se observan esfuerzos, la realidad es que en este espacio se mezcló la cotidianidad de la organización con protoespecialistas en una estructura institucional en la que primaron las decisiones de carácter administrativo por sobre los criterios médicos, aspecto que pesó hasta ya comenzado el siglo XX.

5.1.c. La segunda Casa de Orates: aspectos sociales, materiales y espaciales 1858-1891

Aquí está la Casa de Orates, en la calle Olivos, ¿Olivos de qué?, ¿Monte de los Olivos?, ¿olivos de la paz?, ¿olivos de los poetas y de los sabios?, difícil saberlo, olivos en el barrio de la Recoleta, barrio representante de la Cultura del Barro, adobes parados, adobes tendidos, delgados y gordos, chicos y grandes, mezclados con listones o tablas de madera y alambres, barro con paja, con ramas y cañas, muros enquinchados, panderetas de barro y ramas de olivos tal vez, o de laurel o de espino o de guayacán, duran un siglo y entre ellos pueden vivir indios o mestizos, criollos que se creen descendientes de condes o marqueses y extranjeros que saben que no descienden sino de gente que era más pobre y vulgar y plebeya

de lo que ellos son ahora; viven también, en la Casa de Orates, locos, muchos locos, no saben de quiénes descienden ni les importa descender de nadie, se han soltado de todo y no les importa el pasado ni el futuro, viven al minuto, en el segundo, todo se les va y todo se les viene, ¿para dónde va todo y de dónde viene todo?

(Manuel Rojas, *La Oscura Vida Radiante* [1971]2007:141).

El edificio de la Nueva Casa de Orates se inauguró el 12 de septiembre de 1858 y se emplazó en la Calle de los Olivos, pese a aún estar inconcluso y a acoger a una cifra menor de los 270 cupos proyectados; no obstante, esta cifra se vio exponencialmente sobrepasada. El diseño fue encargado a Fermín Vivaceta⁷⁰, quien se hizo cargo también de los trabajos del nuevo edificio⁷¹. El proyecto original contaba con murallas altas y piso de ladrillo y en el exterior tenía 5 patios para hombres y mujeres, con un aforo de 270 camas. Desde el principio este espacio era de carácter carcelario y no contaba con adecuada calefacción (Aburto 1994; Cruz Coke 1995). Pese a esto, las condiciones eran notablemente mejores a las de las dependencias de Yungay, siendo un avance notable con respecto al edificio anterior.

Este proyecto se enmarcó en un contexto del desarrollo del higienismo urbano, destacando que el establecimiento se emplazó en el sector norte de la ciudad en donde se situaba el cementerio y se comenzaron a concentrar una parte importante de las instituciones médicas. Aunque su desarrollo es relativamente temprano en relación a la planificación urbana higiénica, que se masifica con motivo de la celebración del centenario, su emplazamiento y diseño responden a una lógica de ordenamiento urbano, muy distinto a lo observado con la primera casa de Orates en el barrio Yungay (Leyton 2005). El edificio construido poseía dos cuerpos destinados uno para cada sexo y costó según Recaredo Santos Tornero (2011) 92.870 pesos y su gasto anual medio era de 15.000 pesos.

En relación a la materialidad de los edificios, estos fueron inicialmente de adobe, madera y pisos de ladrillo (Correa 2017) y fue efectuado por la empresa Allende Hnos, construcción a cuyo cargo se encontraba el mismísimo Fermín Vivaceta. En relación al origen de dichas materias primas, las maderas fueron encargadas a Valparaíso por el mismo arquitecto en 1856 y los adobes, por motivos económicos, fueron realizados en el mismo terreno de la futura construcción⁷². Avanzado el siglo XIX se fueron reemplazando las técnicas constructivas por albañilería de ladrillo simple y pisos de entablado de madera, sistema que predominó hasta la década de 1950 cuando se comienza

a utilizar el hormigón como parte de la albañilería reforzada, sistema utilizado en la mayor parte de los edificios que actualmente se encuentran en uso⁷³.



Figura 5.11. Tornero, Recaredo S., 1842-1902. Vista jeneral tomada de la Recoleta, Santiago 1872 .
Fuente: Disponible en Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile⁷⁴

Con respecto al diseño de este nuevo edificio, se le encargó al intendente Ramírez encomendarle la tarea al arquitecto Fermín Vivaceta, quien se hizo cargo del diseño y los trabajos de la nueva Casa de Orates⁷⁵. El proyecto original contó con 10 patios, divididos en dos lados, 5 para hombres y 5 para mujeres, los que se encontraban circundados por anchos corredores (Aburto 1994; Correa 2017). La fachada del edificio que daba a la calle de las Olivas, actualmente calle Olivos, la describe Tornero como “hermosa y sencilla” (2012: 11) y el emplazamiento de la oficina del administrador y los empleados se encontraban en ese sector.

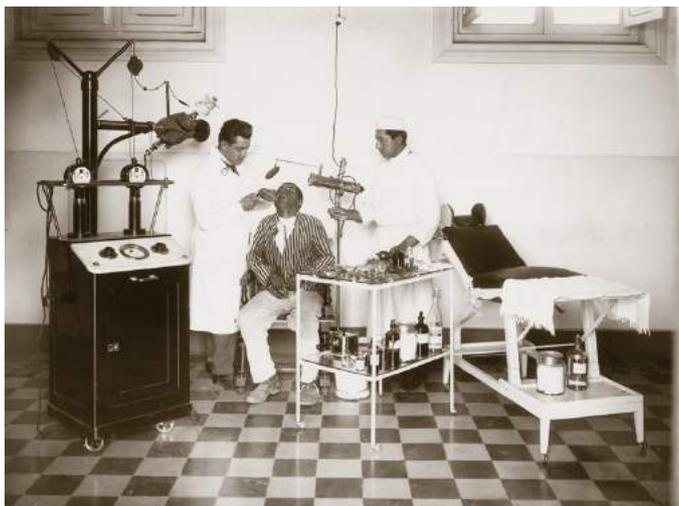


Figura 5.12. Paciente siendo atendido por dentista, se distinguen pisos de baldosas, dispuestas en damero.
Fuente: MINSAL⁷⁶.

Lo interesante de este espacio es que, a diferencia de lo definido para la primera Casa de Orates, fue diseñado y concebido inicialmente para este uso y respondió a dos lógicas relevantes. La primera, de carácter macro, estuvo relacionada con su emplazamiento en el marco del urbanismo de Santiago y la segunda, en el ámbito semimicro y coherente con el diseño de la institución, fue vinculada a las dinámicas de control y uso interno. El lugar fue concebido con carácter de control y desde sus inicios, pese a mejorar las condiciones de la primera casa de Orates en Yungay, no contaba con aspectos básicos como una adecuada calefacción (Aburto 1995). En este contexto, Leyton (2005) denominó este periodo como del hospicio de concentración, lo que quería decir que era un espacio “de acumulación de pacientes, donde se acostumbra el encierro como asistencia a los alienados. No hay cuerpo médico que lo dirija” (Leyton 2005: 48) y se supeditó a la llamada etapa fundacional en la cual el gobierno de la institución estuvo bajo el alero de la Junta de la Beneficencia (Camus 2008).

Aunque no hay certezas sobre los modelos y/o ejemplos utilizados por Vivaceta, sí se sabe que existieron varios manicomios con características similares tanto en periodos anteriores como posteriores. Uno de ellos es el Asilo de Sainte Anne, al sur de Francia, inaugurado en 1867 (Molanez 2018). De este modo, se rescata que existió una contextualización clara respecto a los avances en diseño que existían para la época en manicomios, aunque su operatividad haya sido insuficiente.

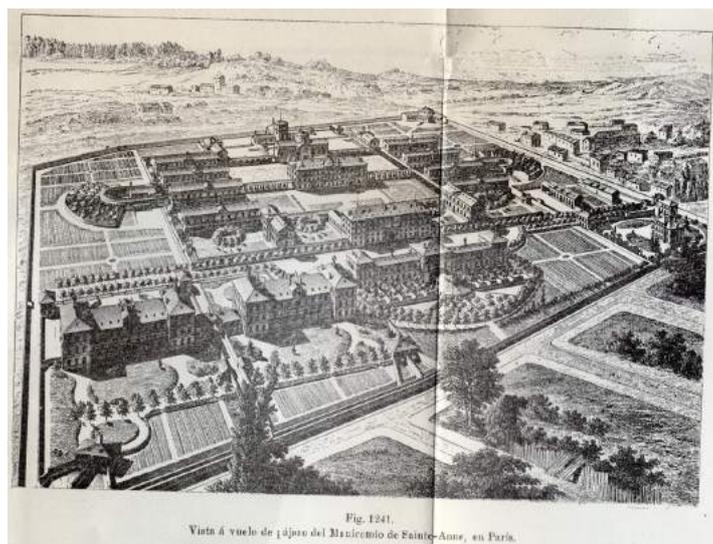


Figura 5.13. Vista a vuelo de pájaro de Manicomio de Sainte-Anne en Paris, destaca la presencia de planos radiales tipo panóptico
Fuente: (Larraín Bravo 1904: s/n, fig.1241)

Aunque los planos de la Casa de Orates nos dan ciertas luces sobre la distribución y la articulación del espacio, es importante tener en cuenta que la institución estuvo permanentemente en obras, readecuaciones y transformaciones. Por ejemplo, la finalización de trabajos urgentes en el sector de la Casa quedó sin concluir en 1859, sólo un año después de su inauguración, esto incluyó aspectos no planificados en la obra original como la disposición de agua a través de cañerías de fierro, recurso que antes era comprado y movilizados por los mismos alienados⁷⁷. La presencia de cañerías constituyó un adelanto relevante para el periodo considerando la limitación de recursos disponibles, no obstante estas no se dispusieron en todas las construcciones hasta casi medio siglo después.

La arquitectura se fue complejizando a medida que fueron surgiendo necesidades de espacio y de desarrollo de nuevas categorías. Una de ellas fue en 1865 la solicitud por parte del administrador Pedro Nolasco Marcoleta de construir una pieza de 14 varas al final del patio oriente para curar enfermedades contagiosas de los internos. Esto guarda relación con los problemas infecciosos que se generaban en estos recintos sobrepoblados y que se hacían evidentes en las altas cifras de tuberculosis que se registraban. Ese mismo año se sumó la construcción de otros dos patios de hombres y se planificó la construcción de dos patios más para mujeres en enero de 1866, además de una pieza para la leña⁷⁸.

Desde la perspectiva del diseño, con respecto a una escala de análisis semimicro, que nos

permita comprender cómo se planificó el espacio de la institución, se nota que el proyecto estaba organizado por categorías que permitían la clasificación de los pacientes. Esta lógica se dio a partir de criterios básicos como el sexo y de otros más complejos como el diagnóstico, el tipo de terapia o la clase social; lo que determinó no sólo la forma de las habitaciones sino que su ubicación en relación al resto y al exterior (Letelier y Gutiérrez 2021).

Estas particularidades se vieron reflejadas en el plano de 1889 en la publicación de Murillo “Higye et Assitance Publique au Chili” realizada en el marco de la exposición Universal de Paris, en la sección Chile. En ella se describen los distintos hospitales y soluciones asistenciales implementadas en Chile, entre las que se cuenta la Casa de Orates de la que se señala que los diversos cuerpos de edificios que la componían correspondían a edificios altos, bien ventilados, que no poseían piso⁷⁹ y que entre patios había árboles frutales que otorgaban sombra y frutas (Murillo 1889).

En cuanto a su distribución, según Murillo (1889), se señalaba que esta era pareja entre hombres y mujeres en donde los cuartos de mujeres se emplazaron al final del sector derecho y los dormitorios de hombres en el lado contrario. No obstante, al observarse el plano presente en la publicación una de las cuestiones que llama la atención es la disposición panóptica de la sección de mujeres correspondientes al sector E, en donde se advierte que desde el acceso al patio se puede observar hacia las habitaciones (ver figura 5.15 y 5.16). Esta disposición difiere en los cuartos masculinos que quedaron organizados a partir de un patio centralizado que se conectó con un pasillo, cuyas esquinas no se podían avizorar desde el acceso principal. Esta lógica de vigilancia distintiva nos permite comprender que existió un mayor control hacia las mujeres en una doble condición de sometimiento tanto como enajenadas y como mujeres (Contreras 2015)⁸⁰.

En este contexto, surgió la afirmación de que aunque los hombres sufrían más la locura, por motivos laborales y por el alcoholismo, las mujeres presentaban una alta propensión a esta, por su mayor excitabilidad nerviosa, sus condiciones fisiológicas, como la menstruación y el parto (Letelier 1898). Lo interesante de esta aseveración es que, aunque las cifras iniciales mostraban lo contrario, la justificación de la condición de inferioridad moral de la mujer se suponía estructural.

Asimismo, estructuras semicírculo tipo panóptico al final de los pasillos aparecen en el

ya nombrado Asilo de Sainte Anne, al sur de Francia, construido en 1868, lo que permite establecer que la Casa de Orates se enmarcaba en el desarrollo de un diseño que poseía parte de las innovaciones del periodo.

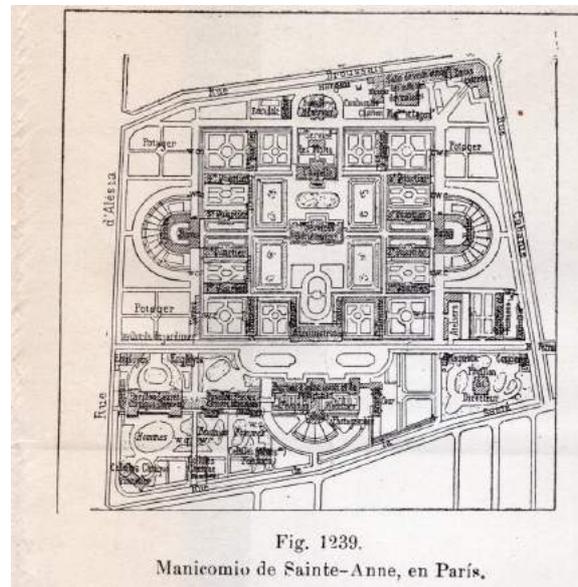


Figura 5.14. Manicomio de Sainte-Anne en Paris, destaca la presencia de planos radiale tipo panóptico
Fuente: (Larraín Bravo 1909: s/n, fig.1239)

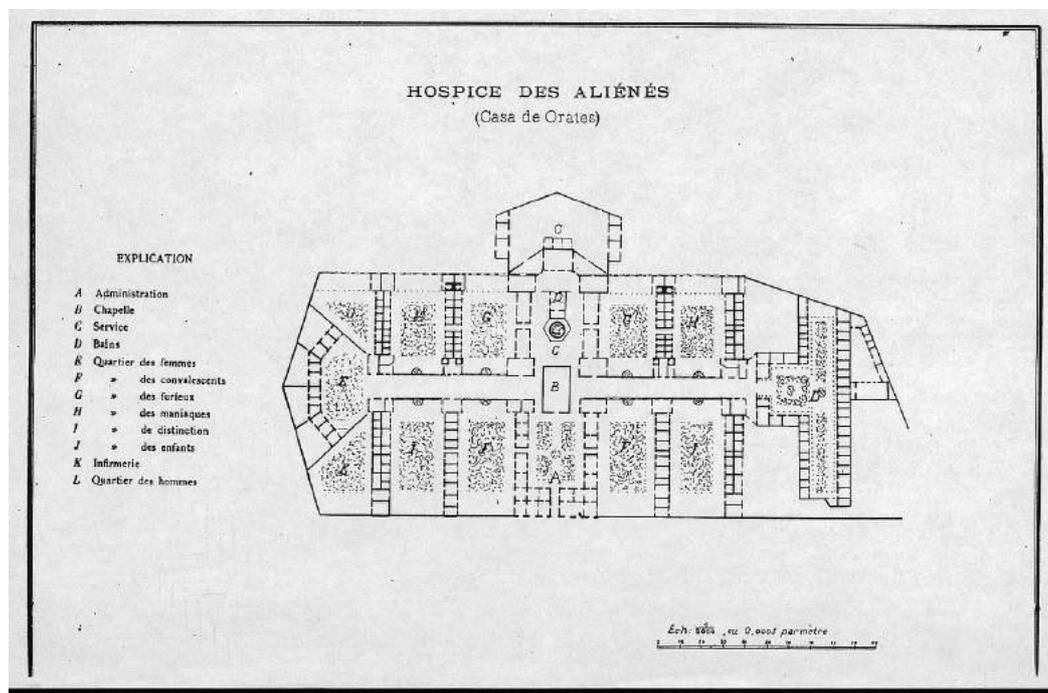


Figura 5.15. Plano de la Casa de Orates según Adolfo Murillo.
Fuente: Murillo, A. 1889. Assistance Pública en Chili. Santiago: Editorial San José, s/p.

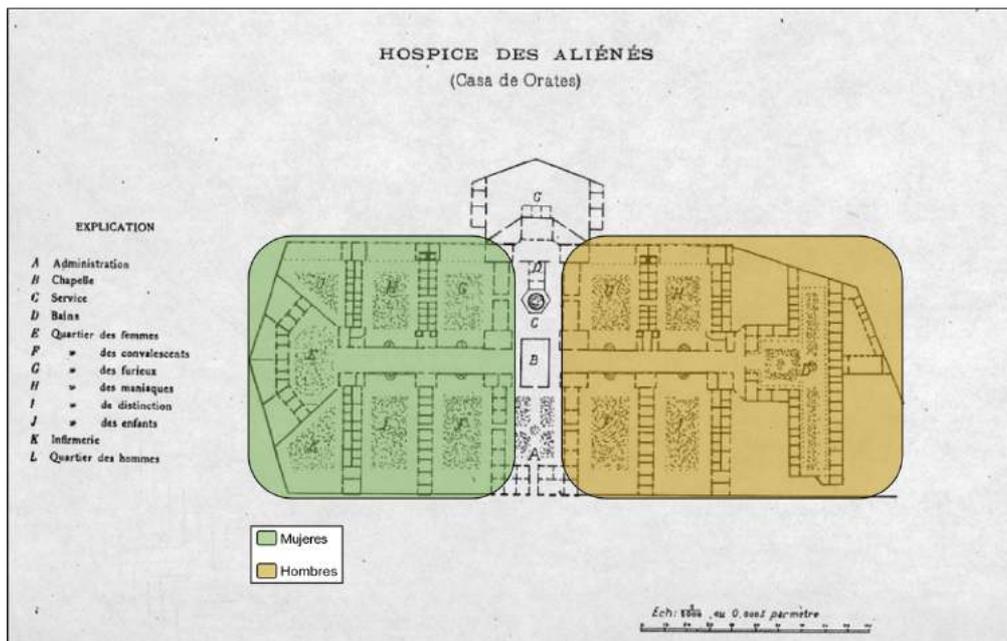


Figura 5.16. Plano de la Casa de Orates según Adolfo Murillo con el sector de mujeres indicado en verde y el de hombre en amarillo.
Fuente: Murillo, A. 1889. *Assistance Publique en Chili*. Santiago: Editorial San José, s/p. En: Letelier y Gutiérrez 2021: 903.

En relación a la forma de distribuir los espacios, la categoría más relevante fue el diagnóstico, disponiéndose los alienados, maniacos y furiosos, correspondientes a clasificaciones genéricas, sin una base psicopatológica, en distintas habitaciones de la Casa de Orates. Como señaló Pedro Nolasco Marcoleta, administrador de la institución, en su informe en respuesta al documento generado un año antes por Benham para el caso de los locos furiosos “han de estar aislados, necesitando en todo caso mayor número de asistentes” (Marcoleta 1876: 7). Ello se condice con el emplazamiento de los más graves en la segunda línea de edificios, a diferencia de la enfermería y sala de convalecientes, destinadas a espacios de afección de origen no mental. El aislamiento permitía la separación con el exterior de los y las enfermas, así como también dentro del mismo recinto, entendiéndose que estos pacientes alteraban a sus congéneres por lo que se hacía necesario un espacio determinado para ellos (Larraín Bravo 1909).

El informe de Benham, y la respuesta emanada por el administrador de la Casa de Orates un año más tarde, permiten ahondar en las condiciones en las que se encontraban los internos. Su relato hace ver situaciones de habitación insuficientes e indignas y describe un entorno de hacinamiento, higiene deficiente y mala alimentación. En resumen, al interior del lugar encontró malas condiciones de habitabilidad de los espacios.



Figura 5.17. Fotografía patio femenino Casa de Orates, posiblemente década de 1920.
Fuente: MINSAL⁸¹.



Figura 5.18. Fotografía fachada exterior por Calle Los Olivo s/a.
Fuente: IPDJHB



Figura 5.19. Fotografía baños, se observan tinas y usos de baldosas de cemento, posiblemente década de 1920.
Fuente: MINSAL⁸².

Con respecto a la infraestructura destinada a la clase alta, en 1871, el inspector de la Casa de Orates planteó la necesidad a la junta directiva de habilitar el espacio diseñado originalmente para las dependencias de la administración, como pensionado. Esta sugerencia da cuenta de la prioridad que la administración y la junta le dan al mejoramiento y uso de los espacios para cierto segmento social. Con este fin, se realizó un cierre con ladrillos a los costados y rejas de fierro al medio. El surgimiento de un sector de pensionados se condice con la generación de medidas en relación a lo definido en el reglamento de octubre 1854 de la junta administrativa de la Casa de Orates que estableció la presencia de enfermos de primera y segunda categoría, entendiendo los primeros como aquellos que poseían de recursos para sus costas; en tanto los que carecían de estos eran de segunda categoría y no debían pagarlos⁸³.

No solo había diferencias en las habitaciones sino también en la alimentación. Lo anterior quedó explicitado en un informe entregado a la junta por parte de los médicos de la Casa de Orates A. Valderrama, J. Castro y Octavio Echeгойen, el 5 de octubre de 1885, quienes señalaron que los resultados de su investigación, fueron los siguientes:

“1.º La alimentación que reciben los pensionistas es buena, atendida no solo cantidad i calidad de los alimentos sino tambien su variedad; por consiguiente creemos que en esta parte no debe introducirse innovacion.

2.º No sucede lo mismo con los alimentos que se suministran a los enfermos que no son pensionistas, pues, a nuestro juicio son deficientes i muy poco variadas. A menudo hemos asistido el reparto del almuerzo i de la comida que se dá a los enfermos i hemos notado que en los patios que hai mayor número, corresponde a cada uno de los asilados medio plato de almuerzo i medio plato de comida, consistiendo ambos como término medio de 80 a 100 gramos de carne, 40 de arroz, un litro de caldo, i algunas papas, siendo además de advertir que la racion de carne no alcanza en muchas ocasiones para todos los enfermos.

Nace este último inconveniente de que se beneficia todos los días una sola vaca, destinándose una parte considerable de ella al pensionado, que es el menor número i el resto a la mantención de 551 enfermos, (existencia del 1.º de Setiembre) i algunos empleados cuyo número no baja de 15.

En presencia de estos antecedentes se comprende fácilmente que la carne no sea suficiente para el reparto, i el caldo que de ella se obtiene no contenga la cantidad

de sustancia que se necesita para crear, mantener o estimular la robustez de los enfermos.

A la diferencia de los alimentos se agrega que ellos son enteramente iguales durante todo el año, siendo de observar a este respecto que la medicina considera que la variedad en la naturaleza i preparacion de los alimentos son tan importantes como la cantidad.

Seria conveniente, pues, a nuestro juicio que se aumentara en un tercio mas la porcion de carne que se distribuye a los enfermos i que esto no solo sea de vaca sino tambien de oveja, puerco, etc.

Estimamos tambien necesario que se proporcione ademas a los asilados un plato mas de comida formado de alimentos feculentos; tales como frejoles, chuchoca con mote, u otro análogo. Igual alimento aconsejaríamos que se hiciera en el almuerzo a los asilados que trabajan i a los que los médicos indiquen, según el estado especial de salud”⁸⁴.

Recién en 1884 se celebró el contrato para la construcción específica de los edificios de pensionistas, ya que antes solo se generaron adecuaciones de las estructuras originales. Estos nuevos recintos se emplazaron en el caso de las mujeres hacia el sector de la calle cementerio, posteriormente avenida La Paz, y de los hombres por calle Los Olivos, donde se encontraba el acceso principal de la institución⁸⁵. Se aprecia un vuelco hacia los sectores más acomodados que tuvo como resultado la ampliación de la sección del pensionado, cuya condición de mayor cuidado con habitaciones amuebladas y cortinajes, observables en las fotografías presentes en las memorias de la institución, era utilizado para mejorar la imagen de este espacio y para propiciar el uso por parte de las elites (Correa 2017). Las diferencias no eran solo infraestructurales sino también en la alimentación, lo que incluso se proyectaba en el presupuesto específico de esta sección para 1884 en donde se señaló “aves, cordero, huevos, chocolates, etc. para los pensionistas”⁸⁶.

En el ámbito espacial es interesante destacar que el pensionado estuvo orientado desde el inicio, con la adaptación de la administración, hacia la calle de Los Olivos y posteriormente con la conformación de Avenida La Paz se extendió por parte de esta avenida. Esta conexión con la calle guarda relación posiblemente con la condición privilegiada de dicho segmento que les permitía mayor vínculo con el mundo exterior.

A lo anterior se suman soluciones constructivas que se fueron agregando a lo largo del siglo XIX y principios del XX en función de las propiedades higiénicas de estos lugares. Se distingue, por ejemplo, la progresiva modificación de los pisos de ladrillo, empedrado y asfalto que fueron cambiados por madera principalmente en las habitaciones, trabajo realizado en ocasiones por los mismos pacientes. Asimismo, los empedrados y pisos de ladrillo además de ser soluciones poco higiénicas, está registrado que eran rotos por los alienados siendo potencialmente peligrosos⁸⁷. A pesar de las desventajas de las materialidades antes nombradas, su uso se extendió en el tiempo posiblemente por temas de recursos, hasta inicios del siglo XX describiéndose por ejemplo en 1904 para la generación de calzadas entre los patios que se inundaban⁸⁸.



Figura 5.20. Fotografía década de 1920 correspondiente a sala hospitalizados, se observan pisos de madera.

Fuente: MINSAL⁸⁹.



Figura 5.21. Plano 1884 superpuesto en emplazamiento actual.
Fuente: Elaboración propia.

A grandes rasgos se advierte que el periodo –desde la inauguración de la Casa de Orates hasta 1891, cuando la institución quedó integrada a los establecimientos administrados por la Junta de Beneficencia de Santiago– se caracterizó por la constante pugna entre la Junta Directiva de la institución, compuesta por la oligarquía que aspiraba a cumplir con sus deberes cívicos y cristianos en torno a la caridad, pero que chocaba con el desarrollo de la medicina alienista. Esta rivalidad se hizo evidente a través de la conflictiva relación entre la Junta y los distintos médicos que fueron parte del establecimiento como Ramón Elguero, William Benham y Carlos Sazié (Escobar 2002).

Así se vislumbra el proceso de medicalización de la sociedad y del desarrollo de la salud pública, cuya base se fue generando desde mediados del siglo XIX hasta inicios del XX. En ese sentido:

“Lo que generalmente se entiende hoy día como salud pública, se identificó durante el siglo XIX bajo otras expresiones: higiene, salubridad, beneficencia, medicina preventiva y social, etc.; y, si bien hubo más de un intento por evaluar seriamente las necesidades de salud de la población y los recursos con que se contaban para hacerle frente, sus resultados nunca se tradujeron en un cuerpo coherente y sistemático, o sea, en una política propiamente tal” (Salinas 1983: 101).

A fines de esta etapa se observan cambios a nivel nacional relacionados con el reemplazo de la caridad como solución asistencial de la salud. En estos años se produce la introducción incipiente del discurso higiénico y el desarrollo de medidas de carácter estatal para responder a la deplorable situación en la que se encontraba la salud en el país. Entre las medidas desplegadas podemos nombrar la Ley de Policía Sanitaria, del año 1886; la Ordenanza General de Salubridad, de 1887; la creación del Instituto de Higiene; y el Consejo Superior de Higiene; ambos en 1892 (Zárate 2008). Este último fue quien solicitó un informe de las condiciones de la Casa de Orates el mismo año de su creación.

5.1.d. La Casa de Orates desde 1891 al Manicomio Nacional en 1930.

Y allí estaba, en la calle Olivos, cerca de la puerta de entrada de la Casa de Orates: el edificio era pesado, de adobes o de ladrillos, pesado de aspecto, pesado de impresión; parecía un edificio visto en una pesadilla, cerrado, muros altos, sin esperanza ni perspectiva; como el cementerio, la comisaría, la morgue, la cárcel, el hospital, la olla del pobre, todo lo que al chileno, rico o pobre, inteligente o torpe, amenaza o hiere, la Casa de Orates está incorporada al folklore; de la comisaría, de la cárcel, del hospital y hasta de la olla del pobre, se puede salir, pero no se puede salir, absolutamente no se puede salir, del cementerio, de la morgue ni de la Casa de Orates, con el agravante de que en el cementerio y en la morgue se está muerto, más en el primer lugar que en el segundo —siempre que no te hayan hecho ya la autopsia—, en tanto que en la Casa de Orates se está de dos maneras; vivo y muerto (Manuel Rojas, *La Oscura Vida Radiante*, 1971: 165).

Este periodo de la Casa de Orates se inauguró con la incorporación de la institución a la Junta de Beneficencia de Santiago, organismo dependiente del Ministerio del Interior, que daba unidad administrativa a los establecimientos definidos dentro de la beneficencia (Aguirre 2019). La etapa se extiende hasta la inauguración del Manicomio Nacional, dentro de las dependencias de la Casa de Orates, hacia 1928, y la elección en 1931 del primer director administrativo médico, Jerónimo Letelier (Escobar 2002). La época se caracteriza por el desarrollo del Movimiento de la Higiene Mental cuyo origen radicó en las propuestas surgidas a mediados del siglo XIX, las que buscaban transformar el modelo asilar de asistencia psiquiátrica (Araya 2021; Rosen, 1974) y que en Chile guardó relación también con el comienzo del dominio del discurso médico-científico en las decisiones generales en torno al tratamiento de las enfermedades mentales.

Desde la década de 1890 se registró un notable cambio relacionado con la implementación de mejoramientos en infraestructura, especialmente con la llegada de

Pedro Montt a la administración en 1904 (Escobar 2002; Bornhauser y Andahur 2009; Mena 2017). El cambio incluyó la integración de los profesionales de la salud en las decisiones médico administrativas del establecimiento. Destacó, en ese sentido, el rol de Jerónimo Letelier quien fue “jefe Médico en 1910, Administrador en 1923, Jefe de la Sección Manicomio y Sub-Director Técnico en 1925, Director Interino en 1931 y Director Titular en 1932” (Escobar 2005: 240).

El proceso de mayor injerencia de los médicos y del criterio científico en torno al devenir de la Salud Pública no constituyó un hecho vinculado únicamente a la locura, sino que a todos los ámbitos de la salud dentro de la denominada "medicalización de la sociedad" (Salinas 1983 ;Correa 2009). Su corolario fue tanto la Constitución de 1925, relacionado con la incorporación por primera vez de la salud como un derecho, así como el primer Código Sanitario redactado tres años después . En este periodo se aprecian cambios concernientes a la medicina alienista tanto en la organización interna de los recintos, como en la expansión del sistema de salud de los alienados hacia otras dependencias. Un ejemplo de ello es el fallido Manicomio Nacional en Providencia, cuya construcción se inició en 1894 y corresponde a la actuales dependencias de la Escuela de Carabineros de Chile (1894); otro es el asilo de locos de Concepción (1895); y también se cuentan La Quinta Bella (1923); El Peral (1928); y El Manicomio de Concepción (1922); entre otros.

En cuanto a la organización interna de la Casa de Orates se advirtió, a partir de la década de 1920, la diferenciación de tres secciones dentro del establecimiento correspondientes a:

1. Hospital Psiquiátrico, para pacientes voluntarios, de observación y agudos;
2. Manicomio para pacientes crónicos o judiciales; y
3. Asilo de Temperancia y toxicómanos, principalmente para alcohólicos, legalizado en 1925 (Escobar 2005).

Con respecto al inicio de esta etapa, en la última década de 1890, se presta atención a las demandas de los médicos por modernizar las instituciones manicomiales. Se establece la necesidad de generar soluciones asistenciales en provincias; la inclusión de una dirección médica; y el desarrollo de los asilos tipo open door, entre otros (Araya 2014). Durante

este periodo la Casa de Orates se encontraba sumida en una crisis social y de infraestructura de gran envergadura, asociada a su deficiente sistema de administración y a los escasos recursos asignados a este espacio y sus usuarios.

En este contexto, en 1892, el Consejo Superior de Higiene le solicitó a los médicos José Joaquín Aguirre y Octavio Maira la realización de un informe sobre las condiciones del lugar. El resultado del reporte, entregado en 1893, arrojó entre otros temas la falta de cuidadores y que los enfermos quedaban encerrados sin vigilancia durante la noche. A ello se sumaban condiciones de hacinamiento registrándose, por ejemplo, que en una pieza de doce metros cuadrados dormían 17 enfermos sin camas, únicamente con pajas que se disponían sobre el asfalto; además de la falta de pasillos y salones para protegerse del frío y la lluvia (Escobar 2002).

Es en este marco, que se comisionó al médico Manuel S. Beca con el propósito de que efectuara un estudio de los sistemas asistenciales para alienados en Estados Unidos y Europa. A partir de este viaje se publicó, en 1898, el informe Instituciones y servicios de enajenados en Europa y Estados Unidos (Araya 2021). El texto mencionaba varios aspectos relevantes relacionados con la transformación del asilo a un hospital psiquiátrico, vinculado tanto con la organización como con sus condiciones materiales, “contemplando desde la ubicación y el tipo de construcción hasta la creación de secciones abiertas y salas de observación” (Araya 2021: 89).



Figura 5.22. Plano 1901 superpuesto en emplazamiento actual
Fuente. Elaboración propia.

Anteriormente, en 1892, se realizó un estudio para la ampliación de la Casa de Orates y se asignaron 45 chacras de la Casa de Huérfanos para la construcción del nuevo manicomio cuyo diseño con 34 pabellones, más terreno para la laborterapia, estaba pensado para una capacidad de 1.200 internos (Zilleruelo 2002; Osorio 2016). No obstante, este sitio fue utilizado por el Estado Mayor General del Ejército, en 1898, para acuartelar a la Guardia Nacional, estableciéndose en el lugar el Regimiento Cazadores. Este espacio nunca pudo ser recuperado, pagándose una multa a la Junta de Beneficencia por parte del ejército, la que de ninguna forma cubrió los requerimientos de la institución (Garafulic 1957; Zilleruelo 2002; Osorio 2016)⁹⁰.

En 1894, dentro de la lógica de mejoramiento de la Casa de Orates, se nombró a Pedro Montt como administrador, cuya gestión se extendió hasta 1906 (Fuentes y Gallardo 2014). Después de este cargo, Montt fue elegido presidente de la República. Se inauguró así, un momento de desarrollo institucional, en el cual se distinguían importantes planes de mejoramiento en el ámbito profesional e infraestructural (Escobar 2002; Bornhauser y Andahur 2009). Este periodo además coincide con la implementación de una serie de medidas relacionadas con el desarrollo de la higiene pública a nivel nacional reflejado en diversos proyectos urbanos asociados con la celebración del centenario.

En ese sentido, como señala Larraín Bravo en 1909:

“El plano del manicomio de Santiago, vulgarmente conocido como *Casa de Orates* no es seguramente la última palabra en la materia, pero este servicio ha sido muy mejorado,—tanto en las construcciones mismas como en el régimen que se empleaba en los dementes— desde que se hizo cargo el Excmo. Señor Don Pedro Montt, actualmente Presidente de la República, que en sus numerosos viajes al Viejo Mundo y a los Estados Unidos había estudiado con tezon é interés especiales en esta materias (Larraín Bravo 1909: 1148).

En 1895, destacó la creación del Asilo de Locos de Concepción, correspondiente a un edificio de propiedad de la Congregación del Buen Pastor (Sievers 2012). Este nuevo establecimiento constituyó un importante avance en los procesos de descentralización del tratamiento, comprendiendo que el proyecto asilar había sido pensado en una lógica

centralista que implicaba que los locos pasaban en recintos hospitalarios o carcelarios durante mucho tiempo a la espera de ser trasladados (Correa 2017). No obstante, más que descongestionar la capital permitió institucionalizar a la población que se emplazaba fuera de esta (Correa 2017).

En el caso de la Casa de Orates, en el ámbito de la infraestructura, las mejoras de la última década del siglo XIX fueron notorias siendo la habilitación del teatro Grez, finalizado en 1898, uno de los elementos más conocidos, tanto por su presencia actual en el Instituto como por sus implicancias sociales en el momento. A lo anterior se suma la Capilla y la Biblioteca; la construcción del segundo piso de todas las salas que daban hacia la calle Olivos; la finalización de los departamentos de pacientes crónicos; la construcción de laboratorios para autopsia; y la construcción de las dependencias de las monjas de Cluny, quienes arribaron en 1896 a hacerse cargo principalmente de la sección femenina (Fuentes y Gallardo 2014)⁹¹.

Tomando en cuenta el trabajo de Zilleruelo, el autor además registró otras modificaciones igualmente importantes hacia 1896. Entre ellas menciona algunas medidas higiénicas como el reemplazo del sistema de desagüe de acequias a cañerías; la sustitución por madera de los pavimentos de asfalto; y la conversión de 70 habitaciones pequeñas en 15 salones más amplios, lo que da cuenta de una intención por higienizar el espacio a través de medidas de salubridad como la ventilación y la limpieza⁹². A lo anterior se agrega, la construcción de tres departamentos para 120 mujeres; la edificación de nuevos pabellones finalizados a inicios del siglo XX; y la construcción de una Casa de Observación, que constituía una medida para evitar que los enajenados esperaran en los calabozos de la policía hasta que se decretara su ingreso a la institución, cuestión que incluso en ese periodo ya era considerada antihumanitaria (Zilleruelo 2002)⁹³.

Esta información se encuentra contenida en las actas de la Casa de Orates de 1896 (ver cuadros) en las que se expone un largo listado tanto de construcciones nuevas como de reparaciones, las que constituyeron el comienzo de un periodo de transformación material y espacial de gran relevancia. El proceso está vinculado a la inserción de los preceptos de la higiene y el desarrollo de la arquitectura hospitalaria, en conjunto con la terapia moral, los que generaron un cambio en el diseño del que lamentablemente no existen planos. Esta modificación guarda relación con dos aspectos fundamentales: la introducción de

grandes habitaciones en lugar de las pequeñas, lo que favorece aspectos como la ventilación pero sobre todo, permite mayor capacidad; y el segundo aspecto, es la incorporación de cambios relacionados con la integración de tecnologías higiénicas como el alcantarillado; la instalación de gas para alumbrado; el uso de pisos de madera; y la apertura de ventanas, puertas y tragaluces; entre otros.



Figura 5.23. Salones amplios con cama. Fecha interminada posiblemente entre 1900 y 1920.
Fuente: MINSAL⁹⁴.



Figura 5.24. Sala hospitalizados, se observan pisos de madera, posiblemente entre 1900-1920
Fuente: MINSAL⁹⁵.



Figura 5.25. Sala hospitalizados, se observan pisos de madera, posiblemente entre 1900-1920
Fuente: MINSAL⁹⁶.

Entre los cambios experimentados destaca el arreglo de dos casas de Avenida del Rosario, en las que dormían 60 insanos, en salones de 200 y 265 metros cuadrados. Las reparaciones permitieron generar espacios de mayor ventilación así como galerías vidriadas en los patios de enfermería femeninos y masculinos con el objetivo de aprovechar mejor el calor durante el día y abrigar así a los enfermos. Para este periodo se construyó además, en el patio 9 de mujeres, un edificio de 42 metros de largos por 9,75 metros de ancho y con corredores de 3 metros a ambos lados⁹⁷.

Reparaciones	Monto
Dstrucción de 2,650 metros cuadrados de murallas de adobe en el interior de las piezas, acarreo de los escombros, i sacar i acarrear las piedras de los cimientos.	4050
Abrir rasgos para 91 puertas i 140 ventanas.	173,25
16,235 metros cuadrados de enlucidos.	3247
67 puertas i 140 ventanas nuevas con cerrajería.	9891,5
Reforma de 235 puertas, colocándoles postigos jiratorios para vidrios, o tragaluces, i chapa.	2859,4
5,024 vidrios comunes i 1,600 de un centímetro de grueso.	4336,9
6,340 metros de entablado de piso en 174 piezas: 2,606 metros de guardapolvos i 1,295 metros de entablado de cielo.	12735,5
36,639 metros de pintura en techos i murallas de 67 salones, en techos de otras 128 piezas, en 532 puertas, en 179 ventanas, en 29 capitulios en corredor.	21988,4
5,335 rollos de papel.	1007,96
32 capitulios para dormitorios de guardianes.	2250
7,121 metros de empedrados.	3809
2,755 metros de asfalto, con el material estraído de los dormitorios	2351,14

Reparaciones	Monto
Transformación de las casas N. 79 i 81 de la Avenida del Rosario para aumentar a 50 las camas de cada una i arreglo del comedor de la Quinta.	6150,03
Ensanche de la instalación del gas para alumbrar todos los dormitorios, i del agua potable.	4158,17
Suma.	79008,25

Tabla 5.1. Reparaciones efectuada en la Casa de Orates en 1896

Fuente: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896. Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta Gutemberg, Santiago, 1897: 10-11.

Nuevas Construcciones	Monto
Un edificio, dividido en tres secciones, de 1.20 metros de largo, 8.50 de ancho i 4.60 de alto, con corredores de 3 metros de ancho a ambos lados, para 140 mujeres.	43.877,85
Construcción de desagües en toda la Casa, por cañerías, de 1,346 metros de estension, con escusados i sus estanques en 17 patios i en 23 salones, uriniales en 7 patios i 9 salones, i lavatorios en 18 patios, i supresión de 1,176 metros de acequias.	44.067,66
Un edificio para lavandería con 5 piezasde [66 metros de superficie i 4.60 de alto, i 319 metros cuadrados de galpones i corredores en el primer piso, i una sala de 50 metros de superficie i un secador de 31.75 metros de largo por 8.30 de ancho, i 445 de alto en 2º piso.	13.847,88
Un edificio de altos en el patio 9 de mujeres, de 42 metros de largo, 9.75 de ancho i 4.90 de alto, con corredores de 3 metros de ancho a ambos lados.	9.312,86
Una bodega de 40 metros de largo, 17.75 de ancho, i 4.75 de alto, con muralla de ladrillo a la calle, i reja de fierro sobre zócalo de ladrillo al interior.	6.592,03
Un ferrocarril Decauville, de 1,009 metros de estension, con una tornamesa, 6 cambios i 12 carros.	4.794,75
Un estanque de fierro de 30.000 litros para agua de los baños, a 2.80 metros de altura, sobre muralla de ladrillo.	1.694,25
Instalación de los talleres de herrería i carpintería, construyendo galpones especiales i provisión de herramientas.	1.954,46
Suma de nuevas construcciones.	126.141,74

Tabla 5.2. Nuevas construcciones efectuada en la Casa de Orates en 1896.

Fuente: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896. Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta Gutenberg, Santiago, 1897:11-12.

Llama la atención la construcción de la locomotora tipo Decauville, la que fue concursada en 1895 y en cuyas bases se sostenía, entre otros aspectos, que junto con la construcción de los rieles se debía entregar con tres carros de plataforma con cubierta de madera, otro con cubierta de fierro y un tercero tipo tumba con 0,003 y 1/2 m³ (AMM, FEB AD DA 0018/24, F.1). La presencia de dicho locomotora, cuya función fue la de transportar

objetos y carga, nos remite a comprender la magnitud que comenzó a alcanzar la Casa de Orates en el marco de esta ciudad industrial.

Para 1896, en el ámbito terapéutico, se realizó la modificación de la sección de hidroterapia creándose –en vez de pequeñas piezas– un espacio abierto de mayor vigilancia y aireación. Asimismo, se efectuó la instalación de la sección de electroterapia, la que, sin embargo, quedaría recién completamente operativa en 1904⁹⁸ cuando se instaló la luz eléctrica en la institución. El desarrollo de la infraestructura de baños estuvo presente desde el inicio del desarrollo de la Casa de Orates, vinculado tanto con temas sanitarios como terapéuticos.

Como señaló Zilleruelo, en 1896, se fue generando un cambio respecto de las condiciones lúgubres de la Casa de Orates original, la que “se edificó, dándole ese aspecto fúnebre i sombrío que ha conservado hasta hace poco tiempo i que la hacía aparecer a los ojos de los visitantes más bien como un presidio que como un sitio de retiro i aislamiento de un regular número de enfermos” (Zilleruelo 2002: 33).

También se distinguen cambios en las perspectivas de diseño relacionadas con el desuso de planos radiales o panopticales, los que pese a ser útiles respecto al control “lamentablemente hemos visto que la vigilancia en tales condiciones se encuentra en pugna con la higiene, a causa de la defectuosa orientación en que quedan ciertas celdas. Por eso el plano radial está abandonado hoy en día (Larraín Bravo 1909: 986)”

En cuanto a técnicas como la aplicación de electricidad y los baños hidroeléctricos, hay referencias a ellas en el acta de la junta de beneficencia en 1885, cuando el Director Secretario del organismo, Miguel Irrarázabal, solicitó la presencia de un médico residente que entienda “las aplicaciones eléctricas i distintas clases de baño”⁹⁹. Si bien esto recién se materializó en 1890 con el encargo de equipamiento de baños hidroeléctricos y, posteriormente, la instalación de la sección de electroterapia, la que solo fue utilizada en 1904 cuando la Casa contó con electricidad (Araya y Leyton 2009).

Con respecto a las materias primas utilizadas, se privilegió el uso de materiales con mejores propiedades higiénicas, es decir, menos porosos y más lavables. Uno de los aspectos más relevantes fue el uso de la albañilería de ladrillo en reemplazo al adobe.

Larraín Bravo señalaba en 1904, que en el caso de las viviendas obreras, cuyo patrón coincide con la explosión del desarrollo industrial de la Casa de Orates¹⁰⁰.

Se observó también el uso de baldosas¹⁰¹ de cemento, las que aparecen en las fotografías de las memorias de forma extensa desde la última década del siglo XIX pero principalmente a partir de siglo XX¹⁰². Este tipo de soluciones se utilizó, posiblemente, en los pisos y media pared porque eran espacios frecuentes de limpieza, –cuestión que dicha tecnología facilitaba– y se extendió su uso tanto a interiores como exteriores según se aprecia en las fuentes fotográficas. Hasta el día de hoy se las reconoce en parte de los vestigios de los edificios demolidos después del terremoto de 1985 presentes en los patios del actual Instituto Psiquiátrico.

En relación al uso de superficies impermeables Larraín Bravo señaló en 1909, que estas eran difíciles de realizar y traían consigo grandes desembolsos de dinero; pero por sus condiciones higiénicas eran preferibles en hospitales incluyendo hospicios y manicomios (Larraín Bravo 1909).

Es durante esta época, específicamente en 1895, que se decide la construcción de los salones Grez al interior de la Casa de Orates, obra inaugurada oficialmente en 1898, efectuada a partir de las donaciones de Manuel Silvestre Grez Fresno (1821-1895). Sus paredes fueron posteriormente embellecidas gracias a los frescos de autor desconocido aunque han sido históricamente atribuidos a Pedro Lira (1845-1912) y sus estudiantes (Fuentes y Gallardo 2014; Gallardo y Fuentes 2015). El salón fue, en principio, pensado con más de una funcionalidad y se enmarca en los intereses vinculados al desarrollo de actividades recreativas tanto para pacientes como abiertas.

Pese a que la inauguración del teatro Grez se realizó en un periodo de crisis de espacio de la institución, su desarrollo se explica porque al momento de su construcción ya se proyectaba la presencia del nuevo Manicomio Nacional en los límites de las comunas de Providencia y Ñuñoa, espacio enajenado por el ejército en 1898 (Escobar 2002).

En relación a las necesidades de la Casa de Orates, a fines del siglo XIX se da a conocer una carta con fecha 4 de agosto de 1898 –dirigida al administrador de la época Pedro Montt y firmada por los doctores Beca, Echegoyen, Montecinos y Castro– en la que mencionan varios aspectos relevantes sobre la condición de Hospital/Asilo. Dado que en

el recinto convivían pacientes crónicos y curables, condiciones que requerían especial atención, esto se debía traducir en medios sociales y físicos. En ese sentido la Casa de Orates se señala:

... (no es) “solamente un Hospital destinado a la curacion de los casos de enfermedad mental o enajenacion, sino tambien sitio de atencion de aquellos enfermos que sin ser ya curables necesitan vivir en él para su propia asistencia, para su protección i para su guarda a fin de evitar sean perjudiciales en la sociedad o en las familias. Por esta razon tambien el asilo seguro de enajenados peligrosos i criminales, que la Justicia declara irresponsables, pero que es preciso aislar i mantener guardados a fin de que no ocasionen daños a terceros o a si mismos.

Ésta multiplicidad de fines explica la variedad de su poblacion, que a este respecto puede ser dividida en categorias o agrupaciones formadas por: 1º Los enfermos agudos, o sea, casos curables; 2º Los enfermos crónicos considerados incurables; 3º Los dejenerados conjénitos i los dejenerados secundarios, tambien incurables; i 4º Los enajenados peligrosos i criminales.

Los medios de atencion que deben emplearse en cada una de estas categorias han de ser tambien variados i múltiples como ellas i adecuadas a cada clase, a fin de que su empleo sea útil i eficaz” (AMM, FEB ts CRU00808, p. 1)

Parte de esta carta nos lleva a comprender la relevancia de tener espacios divididos según las distintas condiciones de los pacientes, sobre todo, las distinciones según tipo de patologías y consecuentemente el tiempo de estancia. En ese sentido, se observa la necesidad de generar una distinción de espacios para los enfermos denominados crónicos, correspondientes a aquellos internos que podían estar asilados toda su vida considerando que hacia 1894 había más de 23 enfermos con más de 25 años en la institución¹⁰³. Esta cifra fue en aumento y ya para diciembre de 1916 había 61 enfermos con más de 25 años de permanencia en un total de 1.918 enfermos¹⁰⁴.

La creciente cantidad de pacientes implicaba también la necesidad de espacios adecuados para ellos. La propuesta de Larraín Bravo en ese sentido señalaba, hacia 1904, que los manicomios debían: poseer habitaciones según tipo de enfermedad; tener baños no solo

por la higiene sino además por los tratamientos; poseer corredores sobre el suelo y bien saneados; tener patios con árboles que tuvieran apariencia de “jardines”; y presencia de marquesinas y aleros muy volados en los pasillos de forma que los enfermos tomaran el aire pero protegiéndose del clima, entre otros aspectos.

A lo anterior se suma la necesidad de generar un diseño adecuado no solo en las habitaciones sino también en los espacios de trabajo, en el contexto del desarrollo industrial de la Casa de Orates. El proyecto se estableció en función de las labores, las que se repartían principalmente a partir del sexo de los internos, así las mujeres se dedicaban a la costura y lavandería y los hombres a la carpintería, zapatería y sastrería. Entre otros aspectos se buscaba que no primara la tecnología que apurase el trabajo sino la importancia de mantener a la gente ocupada como parte de su terapia (Larraín Bravo 1909).

Asimismo, se debe comprender este espacio en el contexto del desarrollo de las obras urbanas, vinculadas a los planteamientos de la higiene. Entre ellas se cuenta la instalación del alcantarillado, el que constituyó una obra de gran envergadura a nivel nacional y que se llevó a cabo inicialmente en la ciudad de Santiago, como asentamiento principal y escenario de las acciones realizadas para la celebración del centenario de la Independencia (Fernández 2015). Este proyecto tiene su germen en la Ordenanza General de Salubridad de 1887 y fue llevado a cabo entre 1905 y 1910 (Fernández 2015). El proyecto del alcantarillado establecía tres barrios denominados Central, Ultra-Alameda y Ultra-Mapocho. Este último abarcó el área donde estaba emplazada la Casa de Orates, quedando una parte importante de barrios fuera de este proyecto¹⁰⁵.

La construcción del alcantarillado¹⁰⁶ también se enmarca en un ordenamiento urbano general bajo el programa higiénico y que, en este caso particular, estuvo asociado a la apertura de la Avenida la Paz, correspondiente a la extensión de la calle Cementerio, la que en el tramo de la Casa de Orates al sur, no existía. Esta prolongación implicó la enajenación de parte de estos terrenos y la construcción de un túnel –que tardó entre 1905 y 1906- bajo la nueva calle, cuyo objetivo fue unir el pensionado de mujeres con el pabellón Barros emplazado en la parte poniente de la avenida.

Otras modificaciones que se llevaron a cabo posteriormente fueron, en 1899, la construcción del segundo piso de los edificios de calle de Los Olivos, al costado sur, correspondiente a los patios 1, 2 y 3 de mujeres más la administración. Se define para ese año la necesidad de construir estos nuevos espacios debido a que todos los dormitorios de mujeres se encontraban saturados. Los pabellones Morandé y Avaria, pertenecientes al pensionado de señoras y construidos ese último año estaban completamente llenos¹⁰⁷ y la construcción del segundo piso del pabellón Martínez según consta en la fotografías de 1903 (ver figura 5.26 y 5.27).



Figura 5.26. Vista general de la Casa de Orates desde Cerro Blanco, se distingue calle Balmaceda, hoy Dr. Raimundo Charlin y parte de bodega, Pabellón Martínez y Morgue, 1901.
Fuente: Disponible en Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile¹⁰⁸.



Figura 5.27. Bodega, Pabellón Martínez y Sala de autopsia. En esta imagen se presenta el pabellón con dos pisos
Fuente: Chile descripción física, política, social industrial y comercial de la República de Chile, por Carlos Tornero.1903.

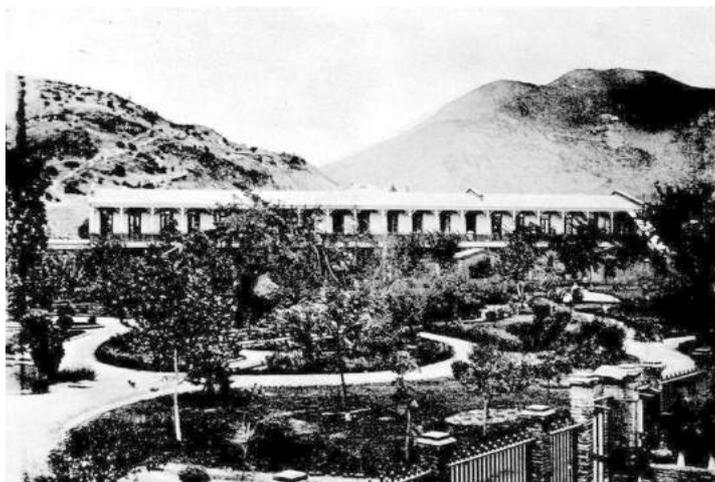


Figura 5.28. Casa de Orates Pabellón Observación Hombres, Posiblemente vista norte de Pabellón Martínez.

Fuente: Chile descripción física, política, social industrial y comercial de la República de Chile, por Carlos Tormero.1903.



Figura 5.29. Casa de Orates. Llama la atención la presencia de piso de huevillo, tipo de recubrimiento utilizados desde el Periodo Colonial en los patios y la presencia de pasillo techados con baldosas de cemento.

Fuente: MINSAL¹⁰⁹.

El plano más efectivo para comprender la distribución de la Casa de Orates hacia las primeras décadas del siglo XX es el de 1901. Su trazado da cuenta de una ampliación de la Casa organizada en al menos en 20 patios enfrentados a diversas construcciones tipo pabellón con corredor, los que originalmente eran de un piso en su mayoría y se fueron ampliando a dos. Este plano nos muestra diferenciada la distribución de los espacios femeninos y masculinos y las principales dependencias como el teatro, biblioteca y administración entre otros.

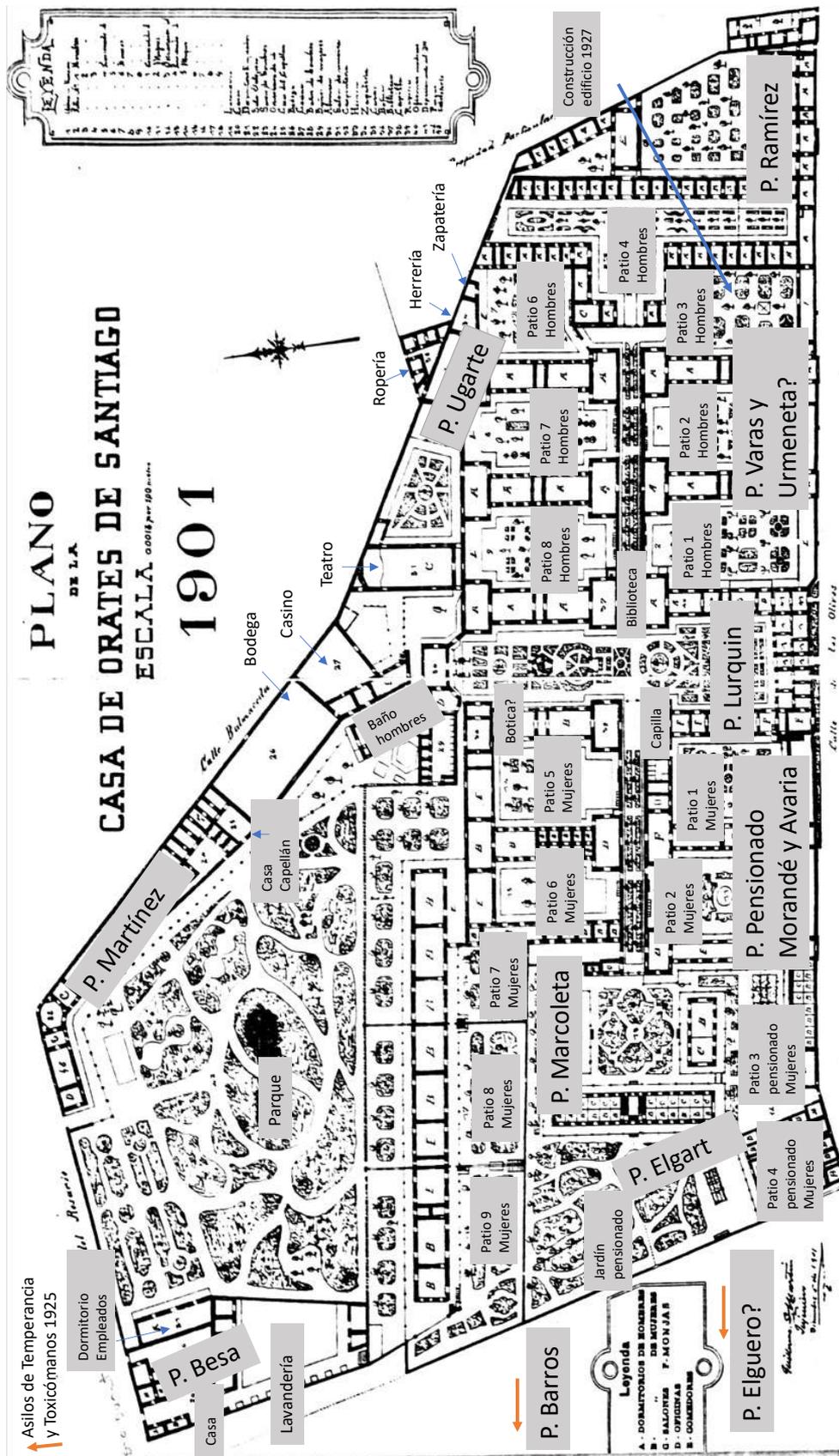


Figura 5.30. Casa de Orates y sus dependencias según información recogida de las Actas, plano. Con P se indica Pabellón, flecha azul dependencias al interior de casa de orates en terreno actual y flechas en naranja dependencias fuera del terreno actual.

Fuente: Elaboración propia



Figura 5.301 Santiago, Casa de Orates [fotografía] / Carlos Kirsinger & Cia. Santiago : Carlos Kirsinger & Cia. , [Entre 1901 y 1909]. 1 tarjeta postal : colotipo, fotomecánico monocromo sobre papel ; 14 x 9 cm. Fuente: Archivo Fotográfico. Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile ¹¹⁰.

No obstante, aunque no están claramente indicados los pabellones y los patios individualizados según número y nombre, a partir de las actas y otros documentos se puede concluir que hacia 1904-05 había al menos 14 pabellones distribuidos en el área original de la Casa de Orates y se extendían hacia el sector poniente de la calle Cementerio. Los nombres de los pabellones (ver tabla 5.3) fueron asignados según los apellidos de los distintos donantes y personajes relevantes para la historia de la institución. Está, por ejemplo, el Pabellón Lurquín que se construyó con los fondos de la herencia de Alejandro Lurquín hacia 1898 (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905). A él suman los pabellones Varas y Urmeneta. El primero debe su nombre a Antonio Varas, Ministro de Estado que aprobó la fundación de la Casa en 1852. En tanto, el segundo recuerda a don José Tomás de Urmeneta, quien por veinticinco años se desempeñó en la presidencia de la Junta Directiva¹¹¹.

Nombre	Descripción	Sección	Tipo
Pabellón Ramírez	Un edificio de dos pisos, de 83,80 m de largo por 6,60 de ancho, con corredores al interior de 2 m de ancho y dos escaleras de fierro. El edificio da frente a la calle de Los Olivos, está al oriente de la entrada central y al lado del Pabellón Lurquín. Se quemó parte de él cuando se encontraba en construcción en 1904.	Pensionado	Masculino
Pabellón Lurquín	Tiene, bajo techo, una superficie de 3540 m, en cada uno de sus dos pisos. Comprende la Administración, una sección de enfermas gratuitas, una sección del Pensionado de Señoras, el Departamento de las Monjas y la Capilla. Se incendió en 1904 y se terminó de reconstruir en 1905.	Pensionado- Gratuitas- Administración- Monjas y Capilla	Femenino
Pabellón Barros	Correspondió al lugar en donde se emplazó la Quinta Díaz, específicamente las casas número 929 y 935 de la calle de Los Olivos, tuvo 29 piezas. Se diseñó para el ensanche del pensionado femenino. Se nombró en honor a don Diego Antonio Barros, primer administrador de la Casa. En 1907 se construyó un pabellón para enfermas pensionistas.	Pensionado	Femenino
Pabellón Elguero	Correspondió ala casa número 921 de la Quinta Díaz en calle Olivos y fue arreglada en 1904 para el ensanche del pensionado	s/i	
Pabellones Avaria	Pabellón pensionista femenino	Pensionado	Femenino
Pabellón Morandé	Pabellón pensionista femenino	Pensionado	Femenino
Pabellón Marcoleta	En 1904 se cubrió una galería de vidrio de 53,60 metros de largo por 4,47 metros de alto, para cubrir el corredor del norte del patio. Además se instalaron dos de las escaleras del pabellón Lurquin después del incendio.	s/i	Femenino
Pabellón Ugarte	Pabellón de talleres que daba a la Calle Balmaceda (actual Raimundo Charlin). eEn 1904 se realizaron tres piezas, se ensacharon los talleres de carpintería, zapatería, herrería, zapatería, tapicería y hojalatería.	s/i	s/i
Pabellón Varas	Pabellón de hombres. El nombre dado a estos pabellones recuerda al Ministro de Estado que aprobó la fundación de la Casa en 1852.	s/i	Masculino

Nombre	Descripción	Sección	Tipo
Pabellón Urmeneta	En 1905 se realizaron en el segundo piso dormitorios de 42 metros de extensión y corredores a ambos lados. Se renovó el primer piso destinado a oficinas médicas (entablados, pinturas, puertas y dos escalas de fierro). Su nombre se debe al filántropo don José Tomas de Urmeneta, quien durante veinticinco años desempeñó la presidencia de la Junta Directiva.	Gratuitos	Masculino
Pabellón Besa	Se emplazó en la esquina norte de la calle del cementerio. Se construyeron los cierres hacia la calle en 1905 para comenzar la construcción del pabellón de mujeres.	s/i	Femenino
Pabellón Elgart	Se emplazó en la esquina sur de la calle del cementerio. Se construyeron los cierres hacia la calle en 1905 para comenzar su posterior edificación. Se construyó el cierre que une con el pabellón Besa que tiene una extensión de 41, 47, 70 y 87,80 metros de alto 5,60 metros de ancho, sobre cimientos de 2,25 metros en promedio, de mampostería de piedra.	s/i	s/i
Pabellón Martínez	Se instaló una de las escaleras del pabellón Lurquín después del incendio de 1904.	s/i	Masculino

Tabla 5.3. Efectuada a partir de descripción de pabellones y sus instalaciones considerando los Movimiento de la Casa de Orates de Santiago entre 1904 y 1907.



Figura 5.32. Casa de Orates: Pabellón Marcoleta en segundo piso, 1901. Fuente: Disponible en Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile¹¹².

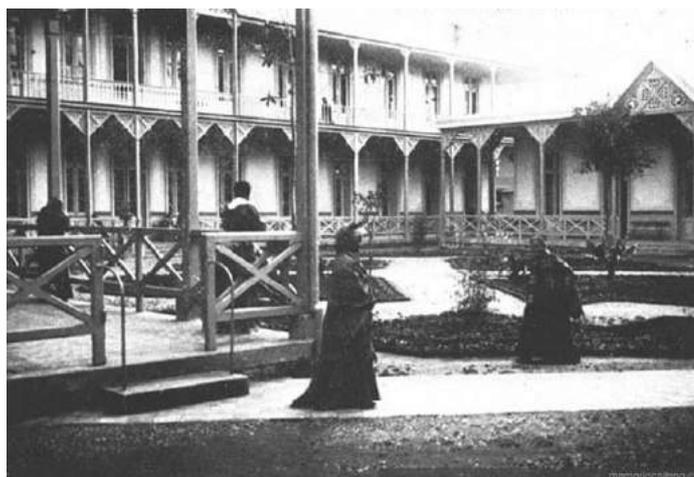


Figura 5.33. Casa de Orates: Pabellón Morandé: pensionado de señoras.
Fuente: Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile¹¹³.



Figura 5.34. Patio de Mujeres.

Fuente: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el primer semestre de 1899, 1900. Imprenta Valparaíso, Santiago.

Con respecto a las mejoras al interior del recinto y su expansión en la primera década del siglo XX, destaca varios hitos relacionados con la planificación ya más clara del barrio higiénico. Algunos de ellos fueron la construcción de la actual Avenida La Paz, el ensanche de las calles Los Olivos¹¹⁴ y Balmaceda –para lo cual en 1905 la administración vendió algunos terrenos– y el desarrollo de alcantarillados.–En las memorias se menciona la extensión de la Casa de Orates en calle Balmaceda (actualmente Dr. Raimundo Charlin) hacia 1909, refiriéndose ahí a la construcción de un patio para niños y sucios avaluado en 33.435,76 pesos. Además se inició la construcción de un galpón de cocina, 4 nuevos talleres, la conclusión de la carnicería, la edificación de piezas aisladas, 7 para hombres y 8 para mujeres; y la construcción de una casa en Avenida Cementerio¹¹⁵, entre otros. A esto se suman arreglos menores como mejoras en el pensionado de señoras, el estuco en el Pabellón Barros y la “escala de piedra en túnel i enladrillado en el mismo”¹¹⁶.

Más allá del detalle de las dependencias, uno de los aspectos centrales es que para esta época se plantea la desaparición de las celdas individuales, al excepción del pensionado “Todos los enfermos, especialmente los ajitados, ocupan extensos dormitorios con luz eléctrica”¹¹⁷. Esto es indicador de un cambio con respecto al diseño de los espacios previos con predominio de los pabellones, modelo que imperó a nivel mundial a inicios del siglo XX y que cumplía con varios objetivos. Por una parte, incluía un diseño que permitía un mayor aprovechamiento del espacio –comprendiendo que este siempre era escaso–; brindaba una superficie con mejor ventilación siguiendo los preceptos de la higiene y mayores posibilidades de vigilancia.

Además del mejoramiento en infraestructura se registró un aumento de personal, que fue posible con la llegada a Chile de las hermanas de la orden de San José de Cluny¹¹⁸, en 1895, y la incorporación de seis de sus religiosas en 1896 a la Casa de Orates. A esto se agrega también la creación de una nueva plaza de médico residente, junto con dos internados para estudiantes de medicina (Aguirre 2019).

La llegada de las religiosas fue negociada en Francia y firmada en 1894, cuando se definió inicialmente la llegada de 10 a 12 hermanas, las que finalmente fueron 15 (Aguirre 2019; AMM, FEB AD DA0018/2). Ese mismo año, el Ministerio del Interior solicitó la autorización al Arzobispado para la fundación de esta misma orden en Santiago para los fines de cuidado de las enajenadas (Aguirre 2019). Las religiosas se embarcaron en 1895 “En el vapor ‘Oropesa’, de la Pacific Steam Navigation Cy. que zarpa de la Pablice, el 9 de junio próximo i que llegara a Valparaiso el 12 de julio” (AMM, FEB AD DA0018/2, f.1).

Si bien en un principio las tareas de las religiosas se concentraron en la sección femenina, a lo largo de los años sus labores aumentaron abarcando otras áreas de la Casa de Orates como la alimentación, registrándose una mejoría en este ámbito con su llegada. Además se hicieron cargo de la ropería, lo que implicó la confección de vestuario masculino y femenino y otros aspectos relacionados con la formación tanto de empleados como de las y las internas (Aguirre 2019).

El arribo de las religiosas a fines del siglo XIX se comprende bajo dos principios fundamentales. En primer lugar, a partir “de los ideales de la caridad cristiana y de la

asistencia misionera hacia los más desamparados, dos aspectos de la beneficencia católica que refuerzan la modernización de la institución y el trato moral hacia los enfermos” (Aguirre 2019: 106).

En tanto, el segundo aspecto se vinculó al periodo transicional entre los ideales científicos y el desarrollo de la higiene, que tuvo como resultado la profesionalización de las tareas médicas en desmedro del desarrollo de estas actividades bajo el alero de la caridad cristiana. En ese sentido, las religiosas cumplieron una labor intermedia entre la profesionalización y la caridad. Esto se ejemplifica a través de la relevancia que fue adquiriendo la educación y la formación del personal, y en particular de las religiosas, como un medio que facilitaba las tareas administrativas y médicas (Aguirre 2019).

No obstante, ya se discutía sobre la necesidad de traspasar los servicios médicos del mundo religioso al laico. Esta aspiración se ilustra en las palabras de Manuel S. Beca, en el marco del Cuarto Congreso Científico de Santiago, efectuado entre diciembre de 1908 y enero de 1909 respecto a que “el personal de servicio de los hospitales psiquiátricos fuera “exclusivamente laico” como ocurre “en todo el mundo civilizado” (Araya 2021: 89). Sin embargo, la realidad es que el mundo religioso fue relevante no solo con respecto a los servicios médicos sino que también educacionales dentro de este espacio, por lo que sus funciones fueron suplidas recién décadas más tarde.

En ese sentido, las/os religiosas/os desempeñaron un rol fundamental en la formación de los empleados y empleadas. Ellas tuvieron especial participación en la inauguración de dos escuelas de instrucción primaria para empleados de la Casa de Orates en 1823, dirigidas por la orden religiosa femenina y la masculina y con la colaboración de una preceptora y un preceptor titulados¹¹⁹.

Con respecto a los Hermanos Hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios, ellos llegaron de España en 1822 con el fin de hacerse cargo de la sección masculina y tuvieron un importante rol en el desarrollo de actividades en el marco de la laborterapia (Murillo 2002). Ambos grupos cumplieron una tarea esencial si se considera que el analfabetismo de los empleados y subalternos, en la época de la administración de Echeñique, alcanzaba el 80 por ciento (Escobar 2005).



Figura 5.35 Patio Grez, década de 1920, posiblemente emplazado al oriente del teatro.

Fuente: MINSAL¹²⁰.

Asimismo, se observa en el proceso de profesionalización y traspaso al mundo laico de la atención dentro de la Casa de Orates un rol relevante de las religiosas y religiosos. En 1923 se acordó la creación de cursos para enfermeras y enfermeros alienistas y en 1925 se inauguró dentro de la institución la Escuela para Enfermeras Alienistas. Las clases eran dictadas por médicos y comprendían cursos de higiene y medicina, anatomía, fisiología y moral, entre otros temas. Mientras que su evaluación también era llevada a cabo por médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile junto a dos representantes de la comunidad de Hermanos de San Juan de Dios y dos de las religiosas, correspondientes a la Superiora y una de las Hermanas de Cluny (Aguirre 2019).

La labor de las Hermanas de San José de Cluny se mantuvo hasta 1930, periodo en el que definitivamente dejan la institución. Este proceso comenzó oficialmente en 1927 cuando la orden manifestó la necesidad de abandonar sus tareas en el recinto debido a la falta de vocaciones. Ese año, “la Superiora General escribió desde París informando al Arzobispo de Santiago, Monseñor Crescente Errázuriz, la decisión de terminar con el convenio dado el escaso número de Hermanas chilenas. A esa fecha había una sola novicia y, desde la llegada a Chile en 1895, solo contaban con catorce profesas nacionales” (Aguirre 2019: 107). Las religiosas de la orden de San José de Cluny fueron reemplazadas por Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón¹²¹, provenientes de la ciudad de San Carlos, y para su partida se efectuó una manifestación en el teatro de la Casa¹²².

Junto con el proceso de profesionalización –relacionado con la llegada de las órdenes religiosas y el traspaso creciente de dichas actividades al mundo laico–, a lo largo del periodo el mundo médico fue adquiriendo relevancia dentro de las labores terapéuticas y

administrativas de la Casa de Orates. Durante este tiempo resaltó el Dr. Manuel Segundo Beca, contratado en 1890 por la Casa de Orates, quien había realizado una memoria de licenciatura en 1885 sobre las enfermedades mentales, acompañada de una Estadística General de la Casa de Orates desde su Fundación hasta 1885. Este trabajo dio origen a las memorias de la Institución. A su vez, destacaron otras de sus publicaciones las que sentaron las bases para varias de las modificaciones propuestas en la última década del siglo XIX con respecto a la organización, infraestructura y tratamiento de las enfermedades nerviosas¹²³.

Entre las iniciativas propuestas por Beca, estaba la necesidad de generar soluciones asistenciales para la locura de tipo regional. Por esta razón, en 1894, el Ministerio del Interior le solicitó a Manuel Segundo Beca que visitara ciudades de Chile con el fin de abrir una institución mental fuera de la capital. Esta gestión dio origen al Manicomio de Concepción, el que posteriormente, en 1922, derivó en una nueva institución construida a en las afueras de la misma ciudad, el Manicomio Avello (Mena 2017). Asimismo Beca, en 1909, planteó la relevancia de realizar una serie de mejoras dentro de la Casa de Orates vinculadas al desarrollo de la laborterapia. Esta vez se enfocó en el desarrollo del trabajo al aire libre y de talleres, además de la implementación de espacios adecuados para niños (Araya 2021), destacando en este último punto la construcción de un patio para niños y sucios que daba a la calle Balmaceda¹²⁴.

El inicio de la segunda década del siglo XX se caracterizó por un creciente desarrollo del nivel formativo de los empleados. De esta manera hacia 1909 la Casa ya contaba con 305 funcionarios entre los cuales había 10 médicos, 12 internos y 24 monjas. Ya en 1910 se realizó el nombramiento del primer jefe médico durante la administración de Carlos Rogers (1906-1920) que correspondió al médico Jerónimo Letelier, como corolario de la lucha entre la administración y los médicos¹²⁵. Finalmente, se asume la relevancia de la opinión médico científica. Aunque esto no necesariamente implicó un aumento de los recursos económicos si fue un logro con respecto a la relevancia de los recursos formativos.



Figura 5.36. Paciente llamada Zoila Errázuriz descrita vestida con un “traje grotesco y chillón” y dos enfermos que padecen delirio místico, se destaca el uso de la rayas destinado para los enfermos/trabajadores.

Fuente: Sucesos. Valparaíso: [s.n.], 1902-1934 (Valparaíso: Universo) 32 v. N°691, año XIV, (23 dic 1915).

El mismo Letelier más adelante fue nombrado sub director médico además jefe médico de la Casa de Orates en 1923. En 1924 –ostentando los cargos de jefe y sub director– Letelier fue comisionado por la Junta de Beneficencia en viaje a Europa con el objetivo de conocer las colonias agrícolas y los manicomios de puertas abiertas (open-door), para proyectar un camino en la institucionalización de los alienados. Luego de este recorrido el profesional elaboró un informe de cinco capítulos que incluyó Servicio de Enfermeros; Servicio Médico; Hospitales Urbanos; Hospitales Psiquiátricos; y Asilos-Colonias. Entre sus demandas planteaba la habilitación de pabellones psiquiátricos de emergencia en los hospitales de Iquique, Antofagasta, Viña del Mar y Punta Arenas. A lo anterior sumó la solicitud de construir un nuevo hospital psiquiátrico. Respecto de este último punto, consiguió su aprobación en 1929, no obstante la crisis de ese año paralizó el proyecto (Araya 2021)¹²⁶.

Otro de los aportes relevantes de Letelier fue el desarrollo de la unidad de hospitalización voluntaria. A esta nueva unidad se integraron una interna y un interno, la Srta. Johnson y el Sr. Iturra, ambos estudiantes del último año de medicina. Aquí llama la atención la presencia de la primera mujer médica en formación, la que manifestó su interés por especializarse como psiquiatra¹²⁷.

Junto con los adelantos antes expuestos se planteó la necesidad de mejorar las condiciones al personal no profesional “Una buena administración debe propender a formar un cuerpo de empleados especialistas, bien rentados, para que los servicios de atención y tratamiento de los enfermos resulten satisfactorios y hasta más económicos”¹²⁸.

Durante esta época, gracias a la administración de Echeñique, los empleados recibieron una discreta mejora salarial “porque antes ganaban lo que se dice vulgarmente, pero con exacta expresión: “Una miseria””¹²⁹. Además de estos incrementos en sus ingresos y el desarrollo de la escuela de instrucción primaria, para 1926 se realizaban conferencias semanales de tipo moral y social exhortándolos a cumplir sus deberes dentro y fuera de la institución¹³⁰.

Las mejoras antes descritas guardan relación también con las políticas estatales que derivaron en las discusiones en torno al Código Sanitario de 1925, la aprobación del *Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salud Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos* en 1927 y la consecuente derogación de la Ley de Locos de 1856. Esta nueva regulación ordenó las formas de hospitalización de los pacientes definidos como agudos y crónicos. Los primeros serían internados en los hospitales psiquiátricos, quienes no podrían superar las 4 semanas de hospitalización y, los segundos, en los asilos colonias. Además, en ambos casos se debía incluir asilos de temperancia y espacio para pacientes arribados por vía judiciales.

A partir del reglamento se establecieron tres secciones de enfermos dentro de la Casa de Orates:

- “a).- Enfermos hospitalizados “de oficio”: alienados peligrosos y antisociales internados por decreto de autoridad;
- b).- Enfermos hospitalizados “voluntariamente”, esto es, psicópatas simples, relativamente inofensivos o sociables, admitidos sin decreto de autoridad;
- c).- Enfermos “en Observación”, esto es, sujetos a examen de sus facultades mentales, ya sea que se presenten ellos mismos, los traigan las personas que tengan facultad para hacerlo o los envíen las distintas autoridades con aquel objeto”¹³¹.

Entre los aspectos que llaman la atención en estas nuevas disposiciones está la creación de pabellones especiales para el funcionamiento de asilos de temperancia y enfermos que

se hallaren sometidos a la acción de la justicia, lo que implica la creación formal de una primera unidad de lo que posteriormente se denominó como psiquiatría forense (Paredes 2018).

No obstante, la puesta en marcha del reglamento no estuvo exenta de polémica, como señaló Jerónimo Letelier (1927) quien fue comisionado, en 1926, por el Director General de Sanidad junto al subdirector del Asilo de Temperancia para la redacción de éste. Documento que fue modificado por la dirección y que, según Letelier, no establecía las necesarias diferencias que debiesen tener este tipo de recintos en relación a otros hospitales¹³². En el contexto de las nuevas ordenanzas, en 1927 se publicó también el *Reglamento de la Asociación Médica de la Casa de Orates*, correspondiente a un instrumento organizacional cuyo objetivo era ampliar la estructura ya existente¹³³.

Pese a todas las modificaciones administrativas y materiales relacionadas con los espacios, la contratación de más personal y las demandas de parte de los médicos, las condiciones de hacinamiento siguieron siendo graves. En diciembre de 1894 la institución albergaba 897 enfermos siendo su capacidad solo para 272 pacientes (Zilleruelo 2002). Pese a que durante los últimos años del siglo XIX e inicios del XX la capacidad de la Casa de Orates creció notablemente, la sobrepoblación siguió aumentando. Para 1904 se registraban 1.509 pacientes, excediendo por mucho la capacidad del lugar. A ello se suma ese año el incendio del Pabellón Lurquín, que dejó a 230 enfermos, 40 funcionarios y 24 monjas sin espacio¹³⁴. Al año siguiente, la población ascendía a 1.530 (Garafulic 1957).

Este tipo de problemas de espacio redundó en condiciones de habitabilidad nefastas para los pacientes y funcionarios, como por ejemplo las dificultades derivadas de las enfermedades infecciosas. Este inconveniente se observó en los contagios por tuberculosis que se registraron. En 1901 la cifra de muertes por esa enfermedad fue del 18 por ciento, en 1902 del 23 por ciento, en 1903 del 30 por ciento y, aunque en 1904 hubo una baja al 26 por ciento, luego del incendio en el primer semestre del año 1905 la cifra aumentó al 35 por ciento¹³⁵.

Pese a estos números, relacionados con enfermedades derivadas de la falta de espacio, la cantidad de asilados siguió aumentando. A modo de ejemplo, en el año 1909 había un total de 1.609 internos (741 hombres y 841 mujeres)¹³⁶, a 1910 había un total de 1.671

(763 hombres y 608 mujeres)¹³⁷ y en 1911 había un total de 1.739 internos (795 hombres y 944 mujeres)¹³⁸. Tanto es así que en 1912 durante la administración de Carlos Rogers, —quien señaló que la mayoría de los enfermos dormía en el suelo—, se cerró el ingreso de pacientes por falta de espacio. Con esta medida de presión se obtuvo la autorización para invertir 180 mil pesos en infraestructura con los que, en 1913, se comenzó la construcción de varias dependencias nuevas. Entre ellas se levantó el anexo al pensionado de hombres y mujeres, con capacidad para 150 personas cada uno. También se realizó la instalación de alcantarillado y luz eléctrica para estas secciones, además de la construcción de piezas para empleados y una bodega, entre otras ampliaciones (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1915, oficio del Administrador de la Casa el Señor Presidente de la Junta de Beneficencia, Sociedad Imprenta-Litografía Barcelona, Santiago, 1916). No obstante, la situación siguió siendo apremiante llegando a que el mismo Rogers señalara en 1915 que incluso los comedores tuvieron que ser convertidos en dormitorios (Camus 1993).

En 1916¹³⁹, la población de enfermos ya era de 1.997 y la de empleados de 342, casi doblando la capacidad de 1.000 pacientes con la que en ese momento contaba el recinto. Sobre esta base, tanto la administración como los médicos de la Casa de Orates hacían presente el problema a través de la Revista de Beneficencia Pública, iniciada en 1917. En ella recomendaban la construcción de diversas secciones en los hospitales de las distintas regiones del país (Camus 1993). Asimismo, en el acta responsable del recuento del año 1915, se señalaba la necesidad de construir un manicomio tipo open door fuera de las ciudades “pues en la actualidad no se concibe la existencia de manicomios en el centro de ellas”¹⁴⁰.

Destaca también las quejas de la administración:

“De desear sería también que las personas influyentes se preocuparan alguna vez de estos pobres i desgraciados enfermos e hicieran algo por mejorar su situación precaria, pues esta Administración por más esfuerzo que haga en mejorar las condiciones de los enfermos, se estrella siempre con la falta de dinero necesario para hacer reformas, con el poco o casi ningún interés del público i con la indiferencia con que se mira en el país este Establecimiento. No podemos pretender estar exentos de críticas, pero la mayoría de las veces no son justas i acusan poco conocimiento de la realidad”¹⁴¹.

Como se planteó en el acta de 1924, cada 10 años en los últimos 20 aumentaban alrededor de 500 pacientes¹⁴². En tanto, para 1927 se planteaba la existencia media de 2.503 pacientes.¹⁴³ Ese aumento general solo podía seguir subiendo y como se planteó en la memoria de 1925, “si se considera que, por la deficiencia de los Servicios generales de Asistencia y Previsión Social en que ha vivido el país, se han multiplicado las causas predisponentes de las enfermedades mentales”¹⁴⁴.

Sobre esta deficiencia de espacio y escasez de medios materiales, los médicos de la Casa de Orates solicitaban la presencia de un sistema efectivo de hospitalización en distintos lugares del país y la conversión de los antiguos “asilos de reclusión” a sistemas de puertas abiertas. Dadas las presiones y las propuestas internacionales sobre los asilos de puertas abiertas (open-door), en 1923 se obtuvo la Quinta Bella, correspondiente a una quinta de 18 cuadras de extensión cuyo objetivo inicial fue el de construir un hogar de asilados. Para obtener espacio se habilitó parte del chalet y varias dependencias. También se construyeron dos departamentos de un piso con capacidad para 50 camas, albergándose un total de 200 enfermos hombres derivados desde la Casa de Orates, además de 15 niños¹⁴⁵. De este modo, se generó una colonia agrícola que permitía, por una parte, surtir a la casa de Orates así como mantener a los enfermos trabajando¹⁴⁶.

En relación a los niños, estos constituyeron un grupo de enfermos escasamente nombrados, que mantenía una doble condición de subalternidad, la de niñez y la de problemas mentales. Es así que –aunque el número de ellos fue bajo en proporción al resto de los pacientes– se mencionó la construcción de un patio específico para infantes recién en 1909, pero sin detallar actividades ni terapias específicas en relación a su edad. Luego se registró su traslado a la Quinta Bella, hacia 1926. Sobre la base de este desplazamiento, como se planteó en la “Memoria de la Inspección General, a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios”, se plantea la relevancia de generar un espacio adecuado para ellos:

“Estos pobrecitos enfermos vivían oprimidos en el Establecimiento, encerrados entre los muros de un Departamento viejo y ruinoso, sin extensión ni medios propios para que se desarrollaran las actividades propias de su edad , consumiéndose en el ocio forzado de su reclusión en los primeros años de su vida,

todo lo triste y desgraciada que se quiera, pero vida al fin que, orientada adecuadamente, podía reportar más tarde alguna utilidad para ellos mismos, aunque más no fuera para disimular la miseria de su condición de insanos. Hoy día los niños viven en Colonia a todo campo, a todo aire, a todo sol; trabajan en lo que pueden, se distraen físicamente y se duermen en la noche rendidos por el ejercicio continuado, para volver al día siguiente a reanudar con mayor entusiasmo sus juveniles actividades”¹⁴⁷.



Figura 5.37. Niños en la Quinta Bella, 1926.

Fuente: Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, Imprenta y Litografía Universo,

A su vez, se hace escasa referencia a la presencia de niñas, lo que podría ser indicativo de la suma de su condición de mujer como categoría subalterna que se agrega al desmedro de su tratamiento dentro de una lógica interseccional¹⁴⁸. Esta ausencia de presencia o mención de niñas podría estar relacionada desde el inicio con un esfuerzo mayoritario en la recuperación de hombres por sobre la de mujeres. Más allá de esto, el traslado de los niños a la Quinta Bella constituye un ejercicio vinculado al desarrollo de un tratamiento específico para estos pacientes, cuestión escasamente abarcada en la Casa de Orates hasta ese momento.

La idea inicial de la Quinta Bella era trasladar al servicio masculino y acomodar los servicios femeninos en la Casa de Orates. En ese sentido, junto con la obtención de la Quinta, se realizaron varias mejoras dentro de la Casa de Orates como reparaciones y construcción de comedor en el pensionado de hombres; la adaptación de los patios 2 y 3 para la realización de un departamento para pensionados hombres de tercera y cuarta clase; la transformación de los patios 1 y 2 de hombres para hospicianas mujeres “enfermas que por su vejez y demencia necesitarían ser trasladadas al Hospicio”¹⁴⁹;

comienzo de trabajos de alcantarillado; la construcción de un departamento de enfermeras en el pensionado de mujeres, el arreglo de la fachada norte de la Casa de Orates; la instalación del taller de escobas y colchones y la ampliación de varios talleres como la zapatería y la carpintería. Asimismo, ese año se mandó a diseñar en los terrenos de la parte norte de la Avenida del Rosario, al arquitecto de apellido Mouat, el proyecto de un hospital psiquiátrico, pese a que finalmente no se llevó a cabo su construcción.



Figura 5.38. Taller Panadería, década de 1920.
Fuente: MINSAL¹⁵⁰.



Figura 5.39. Taller de escobas, posiblemente década de 1920.
Fuente: MINSAL¹⁵¹.



Figura 5.40. Taller de sábanas, posiblemente década de 1920.
Fuente: MINSAL¹⁵².



Figura 5.41. Taller de costura, posiblemente década de 1920.
Fuente: MINSAL¹⁵³.

Se llevó a cabo además el arreglo de los pensionados masculinos, sobre todo de los que pagaban entre 300 y 200 al mes, estableciéndose este como una especie de “hotel independiente, espacioso, alegre y confortable”¹⁵⁴. Se realizó también el arreglo de los pensionados de más baja categoría, que pagaban alrededor de 100 y 50 al mes, señalándose la instalación en ellos de servicios sanitarios. Este tipo de datos permiten comprender que si los pensionados de tercera y cuarta categoría antes no tenían servicios, los de indigentes probablemente estaban en mucho peores condiciones.

Las circunstancias antes descritas fueron observadas por Mr. Sidney A. Leak, Director del Hospital de Insanos de Leicester, en Humberstone (Inglaterra), quien a partir de una visita realizada a la Casa de Orates dio cuenta de lo relevante de la implementación del sistema open door percibido principalmente en la colonia agrícola. En este contexto señaló, “El trabajo de los enfermos es como un preciosa válvula de escape para sus energías latentes, que los beneficia a ellos mismos y al Establecimiento”¹⁵⁵. No obstante,

pese a los importantes avances presentes en la implementación del primer sistema open door señaló:

“Los dormitorios por ejemplo, contienen muchos enfermos. En nuestros hospitales con ser mucho más espaciosa las autoridades sanitarias están constantemente pidiendo que se ensanchen más.

Y en general, tienen ustedes asilados, muchísimos más enfermos de los que deberían vivir en sus terrenos y edificios”¹⁵⁶.

A este mismo tema se refiere Echeñique, el Director de la Casa, cuando dice que de eso se queja, ya que el lugar se encuentra habilitado para 1.000 a 1.200 personas. Por otra parte –aunque constituye un testimonio de una novela– “La oscura vida radiante” de Manuel Rojas, ambientada en los años 20 en la Casa de Orates, ofrece un panorama descriptivo bastante asertivo sobre las condiciones materiales del lugar, especialmente hacia el exterior de los terrenos actuales del Instituto (para ver cita completa ver nota al final de documento)¹⁵⁷.

...todo es igual, aunque en algunas partes es peor, en las que están como a espaldas de la Casa de Orates y que parecen estar también a espaldas del mundo y de la vida: ventanas abiertas hacia salas solitarias dotadas de muebles rústicos, otras cerradas y cubiertas con rejilla de alambre, rincones polvorientos con olor a orines. ¿Cómo será adentro? Adentro es peor, están los enfermos, decenas, centenas, sentados, de pie, deambulando, acurrucados en los rincones, tendidos en el suelo, transportando canastas o grandes ollas, callados o hablando consigo mismos, vestidos normalmente o cubiertos con mamelucos azules que les quedan cortos o largos, sonriendo hacia el cielo, descalzos, con los pies negros de suciedad, algunos sin nada más que el mameluco, y le dieron, para ponerse mientras trabajaba, un mameluco de otro color y pareció otro loco, un loco de otro color; sólo la expresión y la mirada denunciaban que no lo era; una escoba, trapos, un escobillón y una pala, amén de un tarro grande con ruedas, serán sus herramientas, barrendero o algo así (Rojas [1971] 2007: 168).

Por otra parte, es interesante señalar que hacia 1925, por primera vez en las actas se hace referencia a la magnitud de esta institución total, que contaba entre internos y funcionarios con 2.500 personas:

Se trata de una verdadera ciudad con sus calles y aceras, plazoletas y jardines; con sus edificios de uno y dos pisos, que interrumpen por un lado, la Avenida La Paz, y por el otro lado, la Avenida del Rosario; con sus numerosos y determinados servicios de orden administrativo y médico; con sus pequeñas fábricas, su Teatro, sus Enfermerías (que son pequeños Hospitales) y su Morgue, en fin con sus distintas reparticiones y dependencias para la vida de enfermos de sus habitantes.

Como en una ciudad, cada patio asilado, cada sección de servicios generales, forma una o más vastas casas, independientes de las demás¹⁵⁸.

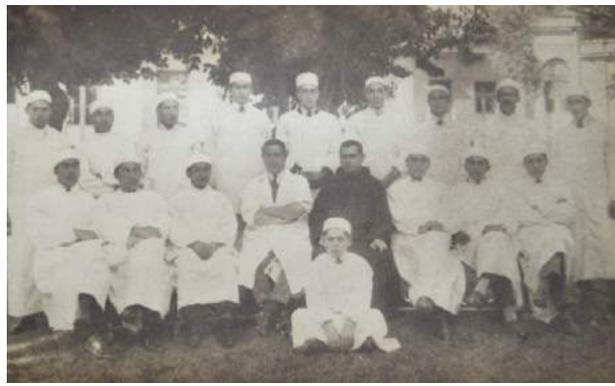


Figura 5.42. Enfermeros 1926.

Fuente: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927 s/p. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.



Figura 5.43. Fotografía de un patio masculino, aparece en acta de 1925, por lo que podría corresponder a dicho año.

Fuente: MINSAL¹⁵⁹.

A fines de 1925, se hizo oficial el Asilo de Temperancia, según Decreto Supremo N° 5.944 en cumplimiento a lo que establecía la ley de alcoholes, de 1902, otorgando recursos exclusivos para la naciente sección, específicamente aquellos provenientes de

las multas de ebriedad. El emplazamiento del nuevo servicio fue por el frente del sector norte de la Casa de Orates, en la calle Santos Dumont n° 835, previamente denominada Avenida del Rosario. Desde la creación del Open Door se estableció la importancia de trasladarlo a esas dependencias (Rojas 2002). Aunque su existencia no fue oficial hasta 1925, esta unidad ya se había puesto en marcha previamente utilizando parte de los recursos destinados a la Casa en general. La iniciativa se enmarcaba en que el Asilo de Temperancia constituía, no solo un servicio dispuesto por la ley que no se estaba cumpliendo, sino una necesidad. El diagnóstico mayoritario, en el universo de las patologías psiquiátricas, comprendía las enfermedades derivadas del consumo de alcohol¹⁶⁰.

Con respecto a quienes llegaban a este espacio, se plantearon tres tipos de hospitalizaciones: por pena afflictiva, en el caso de “delito de ebriedad”; de tipo voluntaria y como internación. Esta última estaba destinada a aquellos que padecieran trastornos mentales derivados del alcoholismo¹⁶¹. La presencia del Asilo de Temperancia fue otorgando la relevancia de la prevalencia del alcoholismo y de la necesidad de generar medidas efectivas para su tratamiento, lo que se vinculó fuertemente al orden social, ya que este se comprendía como problema para el Estado a partir de lo penal. Sin embargo, pese a que prevalecía esta mirada desde el Estado, en el ámbito psiquiátrico se hizo énfasis por comprender que “El alcoholismo es una enfermedad; y como tal, no debe tratarse con castigos corporales, sino con apropiados sistemas terapéuticos individuales y de profilaxis social”¹⁶².



Figura 5.44. Asilo Temperancia en 1926.

Fuente: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla. 1927 p. s/p. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

Este apropiado sistema se enmarca dentro de la lógica de la laborterapia, y a su vez de la utilidad social “que devuelvan la salud al individuo, le faciliten sus actividades productoras y los conviertan en un buen elemento útil para la sociedad¹⁶³.”

En diciembre de 1925, por decreto supremo N°762, el gobierno otorgó los fondos necesarios para la adquisición de un predio agrícola para dar inicio a un manicomio tipo Open Door¹⁶⁴. Lo anterior se enmarcó en el Plan General de Manicomios, originario de 1925, aprobado por la Junta de Beneficencia en julio de 1929, cuyo objetivo era la asistencia de enfermos desde una mirada descentralizada estableciéndose tres zonas: norte, centro y sur (Correa 2017).

Asimismo, se realizaron importantes trabajo de observación de manicomios para el futuro desarrollo del Open Door, así aprovechando un viaje a Estados Unidos del médico Roberto Gleisner V. para que visitara los principales manicomios estadounidenses. Asimismo, se comisionó a los médicos Volney Quiroga, Juan Orellana G., y Arturo Vivado O., para que visitaran los servicios open-door de Buenos Aires y Montevideo con el objetivo de que recogieran la experiencias en torno a estos¹⁶⁵ (Ver foto 5.48). A partir de las observaciones se estableció un nuevo modelo asilar, el que se enmarcó en los preceptos higiénicos y en nuevos” ideales psiquiátricos, que pese a su carácter renovado, continuaban confiando en el retiro y el encierro, asociado esta vez a uno de los principales criterios terapéuticos que avalaban la open door: el trabajo” (Correa 2017: 10).

El Open Door contaba inicialmente con más de 1.200 hectáreas de extensión en terreno:

...“inmejorables e higiénicos, con abundante provisión de agua y fuerza eléctrica, es un lugar ideal, donde el trabajo liviano y agradable proporciona al enfermo que esté capacitado para él, será uno de los principales medios terapéuticos. Con respecto al programa de construcción del Open Door, este fue aprobado en 1829 por la Junta Central, estableciéndose algunos criterios como la separación de la sección de hombres y mujeres con bastante distancia entre ellas, y “aun más, separadas por los Pabellones de la Administración y por otros Servicios Generales que deben ser mixtos, tales como la Panadería, Lavandería, Hospital Quirúrgico, Matadero, Escuela de Enfermeros y Enfermeras, etc”¹⁶⁶.

Para albergar a los primeros 430 insanos, en 1929, el ex director, el señor Echeñique, efectuó una labor rápida de construcción principalmente correspondiente a la habilitación de espacios ya existentes, sin embargo, se proyectaba la construcción de 22 pabellones¹⁶⁷.

Se publicó una nota en el periódico La Nación del 25 de marzo de 1929¹⁶⁸ titulada *El Peral será motivo de orgullo para el país*, en la cual se señalan declaraciones de Francisco Echeñique, director del establecimiento. Dentro de los aspectos más notables plantea la realización de una visita a Buenos Aires, Montevideo, Río de Janeiro y Santos por parte del director; el arquitecto jefe de la dirección, Oscar Oyaneder; y el médico Jerónimo Letelier. Establece que el viaje tuvo la intención de conocer distintos modelos de hospitales psiquiátricos, deteniéndose en la realización de un análisis cuidadoso de los establecimientos de aquellas ciudades para no repetir sus errores.

Por otra parte, destaca una descripción de las distintas secciones del Open Door, correspondientes a los sectores de mujeres y de hombres, casa de salud, asilo de temperancia y hospital clínico. A estas unidades se suman una serie de servicios de talleres para trabajos de alienados, como panadería, lavandería, matadero y lechería; además de extensas cuadras de tierras para labores agrícolas, resaltándose siempre la relevancia de la productividad económica del espacio.

En esa línea, Echeñique señaló que en el lugar se había producido, desde octubre del año 1928 a marzo de 1929, más de tres mil quintales de papas, dieciséis mil fardos de pasto, diez mil sandías y melones y cebollas, entre otros productos. Además, afirmó que se encontraban listas cien cuadras para sembrar trigo con el objetivo de obtener harina para la elaboración del pan de la institución.

Toda esta productividad, se relacionó con la ocupación de esta nueva institución destacando por ejemplo que hacia 1930 se contaba con un total de 414 pacientes¹⁶⁹ y para 1932 un total de 700 pacientes¹⁷⁰. A lo anterior, suman instalaciones complementarias como una escuela pública para la población local.

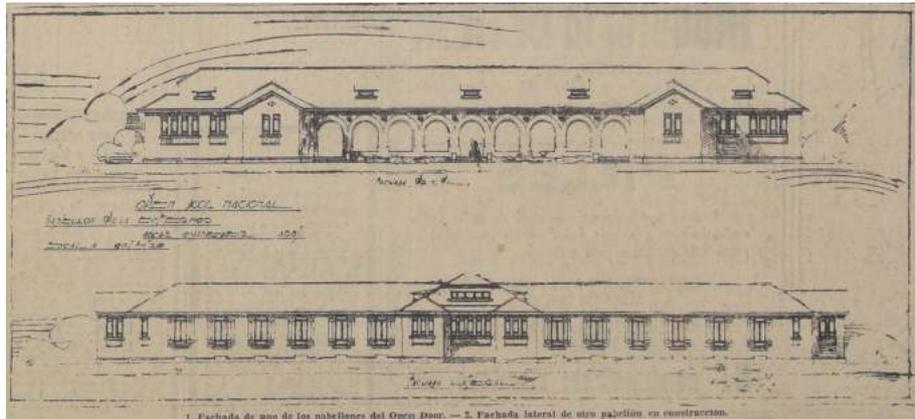


Figura 5.45. Pabellones del Open Door

Fuente: La Nación, años XIII Núm. 4452, 15 de mayo de 1929

En conjunto con el desarrollo del Open Door en el fundo El Peral, en la Casa de Orates continuaron las obras de mejoramiento infraestructural. Hacia 1927 se efectuó la reparación completa del Pabellón del Parque que daba hacia calle Balmaceda, edificio de dos pisos que se encontraba a punto de derrumbarse (posiblemente pabellón Martínez) junto con la construcción de refuerzos en la bodega que quedaba a continuación del pabellón. Además, se realizaron refuerzos de techumbres y se embaldosearon –con baldosas fabricadas en la misma Casa de Orates– los pasillos desde la Avenida del Rosario hasta la cocina central y se construyó un nuevo edificio entre los patios 3 y 4 de hombres con el fin de beneficiar a cerca de 500 enfermos¹⁷¹.



Figura 5.46. Taller baldosas.

Fuente: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. s/p. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

Además en 1928 se puso en práctica el Reglamento de Insanos, cambiando el nombre de la Casa de Orates a Manicomio Nacional. Este cambio de nombre se debió a la diferenciación interna de la Sección Manicomio y la de Hospital Psiquiátrico, distinción que se consolidó durante los años 30 (Medina 2001). En el contexto de esa diferencia, se

planteó la necesidad de generar un hospital psiquiátrico, en el sector norte de Avenida del Rosario, con el objetivo de diseñar dependencias específicas para atención de enfermos agudos, profilaxis de enfermedades mentales y la enseñanza universitaria. Además, del traslado del Policlínico de Neuropsiquiatría, a cargo del Dr. Fontecilla, que ya funcionaba en el lugar desde agosto de 1928. Aunque este nuevo hospital nunca se llevó a cabo, si destaca el funcionamiento de ambas unidades desde 1927 y formalmente desde 1928.



Figura 5.47. Pabellones del Open Door, fotografía Enrique Mora
Fuente: Cultura digital UDP



Figura 5.48. Sala de entretenimiento pensionados en Hospital psiquiátrico Buenos Aires, fotos posiblemente tomadas en viaje de comisión para visitar opendoor en américa por los médicos Volney Quiroga, Juan Orellana G., y Arturo Vivado en 1926.
Fuente: IPDJHB

Pese a todas esas mejoras, en 1929, bajo la administración de Vargas, se señaló la necesidad de construir dos barracas desarmables en Avenida La Paz para la sección de mujeres, que se encontraba colapsada.

Durante este extenso periodo se registró una continuidad en la formación médica psiquiátrica, destacando a Augusto Orrego Luco, desde 1892 hasta 1905, como director de la cátedra de Enfermedades Nerviosas. Posteriormente, la siguió ejerciendo Joaquín Luco, hasta 1925, quien la subdividió en Neurología y Psiquiatría. En 1927 la Universidad de Chile hizo oficial las nuevas cátedras de neurología y psiquiatría y quedaron como profesores titulares los médicos Hugo Lea-Plaza y Oscar Fontecilla. Este último fue jefe del Hospital Psiquiátrico desde su creación en 1928, que luego se denominó Clínica Psiquiátrica y pasó a depender de la Universidad de Chile en 1931 y donde se impartió definitivamente la enseñanza de esa disciplina (Medina 2002 a).

A inicios de la década de 1930 el sistema de atención psiquiátrica en la ciudad de Santiago contaba con una importante complejidad, atendía a las demandas y a los cambios en el ámbito de la salud reflejados en el Código Sanitario de 1925 y el Reglamento de 1927 sobre los servicios de salud mental. Esta área de la medicina contaba con diversas secciones, tanto fuera como dentro de las dependencias, entre las que se contaron las siguientes (Aburto 1994; Rojas 2002):

1. Sección Hospital psiquiátrico: correspondió a una sección de ingreso voluntario y de enfermos agudos y se emplazó en sector norte de la Casa de Orates original.
2. Sección manicomio: fue la unidad de enfermo crónicos y alienados considerados peligrosos y se emplazó en dependencias de la Casa de Orates.
3. Colonia Agrícola: sección de 18 cuabras en la comuna de Conchalí que para 1928 permitió asilar 200 enfermos y 18 niños, en donde se realizaron actividades de cultivo y cría de animales, entre otras (Rojas 2002).
4. Open Door o Asilo Colonia: compuesta por el fundo El Peral en la comuna de Puente Alto.
5. Asilo de Temperancia: se efectuó según lo mandado en la ley de alcoholes. Para la admisión se establecieron dos criterios, pacientes “con y sin perturbación mental” (Rojas

2002: 44). Estos últimos son los que se internaron voluntariamente a reclusión o fueron condenados por sentencia del tribunal a causa del consumo de alcohol (Rojas 2002).

Todas estas secciones poseían un cupo aproximado de 3.000 camas. La mayoría de ellas estaban en el manicomio y en el hospital, emplazados ambos en el lugar original de la Casa de Orates, correspondiente a la que se denominó Casa Central. En tanto, la sección del Open Door concentraba 300 camas y otras 200 estaban en la Quinta Bella (Aburto 1994). Este crecimiento, fruto del desarrollo local de la medicina y del esfuerzo de funcionarios tanto administrativos como médicos, tuvo como corolario la generación de una nueva estructura organizacional del asilo a nivel nacional y –en el ámbito específico de la Casa de Orates– con el nombramiento del primer Director de profesión médico psiquiatra, Jerónimo Letelier, en 1931.

5.1.e. Terapéutica y enfermedades psiquiátricas. Aspectos materiales y espaciales en el desarrollo de la Ergoterapia y su relación con la Terapia Moral a fines del siglo XIX.

El tratamiento previo a la conformación de la medicina alienista y la psiquiatría, fue la exclusión, pero no necesariamente con fines terapéuticos. Una vez iniciado el siglo XIX se observa recién la instauración en Europa de la comprensión del espectro de las afecciones psiquiátricas como problemas de salud y enfermedad. Esto se vinculó a la búsqueda de tratamientos para esas dolencias, aunque no siempre conseguían la desaparición de éstas, sino que buscaban la adaptación de las personas afectadas a la sociedad. Por ejemplo, a través de comprender dentro de la sociedad industrial al ser humano como un/a trabajador/a.

Una de las primeras formas de tratamiento utilizada fue la denominada terapia moral. Ella se sustentaba en un enfoque de la enfermedad mental que involucraba el compromiso con cada paciente de manera individual, proporcionándole un espacio cómodo o un entorno mental en el que, en la medida de lo posible, pudiese recuperarse (Fennelly 2019). Esto significaba ofrecer ciertos principios de salubridad, bienestar y aislamiento como medio para la mejora en las condiciones de los alienados.

Por lo tanto, la terapia moral fue clave no solo en el diseño y construcción de edificios, sino que también de los parques y jardines, los que desde sus inicios tuvieron una función

terapéutica en el ámbito del trabajo y la recreación. Por esta razón los jardines y parques, formaron parte de la construcción de los asilos modernos, ya que en conjunto con las actividades, ayudaban a la curación de los alienados (Camus 1993; Correa 2013). Es más, el mismo reglamento de 1884 permitía que los pensionistas pudiesen pasear por la arboleda acompañados de guardias.

Los jardines fueron hasta la década de 1930 un elemento central en la preocupación de la Casa de Orates y posteriormente Manicomio Nacional, que se reflejó en el embellecimiento de los recintos y la configuración de nuevos jardines adosados a los pabellones. Se resalta que los diseños de los edificios, por lo general organizados en pabellones, se pensaron enfrentados a un área verde. La importancia que se le dio a los jardines se demuestra en al menos 18 patios y dos parques presentes en el plano de 1901 y en la inversión y desarrollo del trabajo por parte de los internos en labores de jardinería.



Figura 5.49. Jardín Casa de Orates, fecha indeterminada posiblemente década 1900-1920
Fuente: MINSAL¹⁷²

En la línea terapéutica se registró el incipiente desarrollo de la ergoterapia o laborterapia consistente en el trabajo físico e intelectual de los enfermos, siendo uno de sus propulsores el Sr. Ramón Elguero y posteriormente William Benham (Aburto 1994). En ese sentido, el trabajo como terapia:

... “alejaba al insano de sus obsesiones delirantes, ya que el trabajo pasaba a ocupar su cuerpo y su mente, llevándolo a un estado de mayor tranquilidad: además, lo hacía sentirse útil nuevamente y, por otro lado, el trabajo podía significar algún alivio en el presupuesto del recinto” (Camus 1993: 115).

Con este objetivo en mente se generó una distribución de las habitaciones centralizada y la mayor parte de las actividades laborales que se dispusieron fueron realizadas en los márgenes de la Casa de Orates. Las tareas a realizar fueron principalmente actividades de campo, las que según Elguero, en 1862, eran las más eficaces ya requerían de mayor fuerza físicas y, consecuentemente, presentaban mayor distracción a los pacientes (Zilleruelo 2002). En ese sentido, la Casa de Orates contaba con 30 hectáreas de terreno, de las cuales al principio solo se utilizaban para edificios de cinco a seis (Dávila 1884). El resto del terreno fue ocupados en laborales agrícolas y arrendado para la obtención de recursos. Más adelante las actividades siguieron estando organizadas en los márgenes pero fue creciendo la necesidad de edificios y patios para las habitaciones de los enajenados, disminuyendo progresivamente los espacios para actividades y sumando cada vez más internos que se incorporaban a estas actividades.

De este modo, queda en evidencia que la mayor parte de la población en la casa de Orates trabajaba. Por ejemplo, para el año 1907 trabajaban 1.563 internados, 713 hombres y 850 mujeres lo que correspondía al 63,6 por ciento de los pacientes¹⁷³. Estas cifras fueron variando, registrándose un aumento en relación a la mayor presencia de internos. En 1916, desarrollaban estas tareas 1.788 enfermos, de un total de 2.083 enfermos atendidos. Dentro de las ocupaciones que realizaban se encuentran la albañilería, baños, bodegas, carpintería, camisería, cocina, costurería, escribientes, jardines, lavandería, herrería, zapatería, corta adobes, gasfitería y hojalatería, entre otras¹⁷⁴.

Es relevante señalar que se registra, al menos desde inicios del siglo XX, la recepción de una módica gratificación económica a los alienados por sus trabajos, la que era de orden semanal¹⁷⁵. De este modo, las actividades laborales cumplieron una triple función: la ocupación de los internos, el otorgamiento de recursos económicos para ellos y la mantención de la misma institución gracias a servicios y productos generados en el mismo lugar.

En general se observa un creciente desarrollo y ampliación de los distintos talleres a lo largo del tiempo, desde la temprana instalación de la panadería y sus diversas ampliaciones e integración de nuevas máquinas; hasta la instalación de los talleres de carpintería y herrería, en 1896, con diversas ampliaciones y provisiones de

herramientas¹⁷⁶. Asimismo surgen los talleres de escobas y colchones, en 1923; la fábrica de fideos; el molino; y el taller de encuadernación en el Asilo de Temperancia, en 1928. Con respecto a la labor de las mujeres, destacó la del costurero, en donde las enfermas tranquilas –a cargo de una de las hermanas–, en 1923 confeccionaron un total de 1.759 camisas, 1.090 calzoncillos 2480 sábanas, 790 delantales, 300 enaguas, etc.¹⁷⁷

Todas estas fábricas generaron una producción anual relevante tanto para la mantención de la institución como para la venta fuera de ella (ver cuadro). Tanto es así que para 1826 se afirmaba que al fin todos los enfermos tenían camas, lo que implicó –además del creciente aumento de dormitorios– la presencia de colchones y sábanas fabricadas en la misma institución.¹⁷⁸

Tipo de Fábrica	Número de enfermos que trabajan	Producción
Fábrica de colchones y almohadas	14	Renovación casi en su totalidad de los colchones de los internos en el último año.
Molino	6	En un año se produce 238.763 kilos de harina de primera, 146.204 k de harina de segunda, 42.353 kilos de afrecho y afrechillo.
Harinas alimenticias	4	Frangollo, harina de frejoles, de arvejas, de garbanzos y de lentejas.
Fideos	3	12.518 kilos de fideos.

Tabla 5.4. Fábricas masculinas en 1826 al interior de la Casa de Orates.

Fuente: Tercera parte, Memoria de la Inspección General, a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, 1927. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

Para esta misma época, en 1926, se llevó a cabo la instalación de una fábrica de baldosas y mármoles artificiales a cargo de un técnico que se encontraba asilado y se amplió la fábrica de jabón¹⁷⁹. De hecho, ya en 1927 se definió el uso de las baldosas fabricadas en las dependencias de la Casa de Orates al interior de la institución e incluso se señaló que la fábrica estaba en condiciones de recibir pedidos del exterior.

Asimismo, es interesante también la profundización de la laborterapia a través de la lógica de los open door, es decir, de las colonias agrícolas. En esa línea, en 1923 ocurrió la obtención de la denominada “Quinta Bella”, espacio de 18 cuerdas de extensión en

Avenida Recoleta donde se pretendía edificar el hogar de los asilados. Este espacio contó con una capacidad inicial de 200 enfermos. Como se indica en el acta referente al año 1923:

“Los asilados se dedican de preferencia al cultivo de hortalizas y surten al Establecimiento de una parte de la verdura y fruta que consume, fuera de las que se usan en la Colonia. Los asilados se manifiestan muy satisfechos del cambio de residencia y son muy pocos los que han tratado de evadirse. La tranquilidad, el panorama y el modo paternal como son tratados los asilados por los Hermanos de San Juan Dios, les hace más llevadera su situación”¹⁸⁰.

Con la Quinta Bella el desarrollo de actividades se fue ampliando, registrándose un aumento en la agricultura y en el trabajo ganadero que surtió a la misma quinta, a la Casa de Orates y permitía la venta al exterior.

El auge de la laborterapia además se fue especializando, no sólo en el marco del tipo de actividad efectuada, sino también a partir de los diagnósticos. En este ámbito se cuenta la creación del Asilo de Temperancia, el que operó oficialmente desde fines de 1925 y sobre el cual se señalaba:

“Al alcohólico hay que recluirlo, y durante la reclusión debe trabajar en su beneficio y en el de su familia. En lo posible, debe trabajar en el Asilo en las mismas actividades que desarrollaba en la vida libre, y fruto de su trabajo, también en lo posible, debe alcanzar para la satisfacción de sus necesidades de vida como individuo o como miembro de una familia”¹⁸¹.

En ese sentido, se planteaba la idea de generar una continuidad con su vida externa cuestión que, sin embargo, se reconoce únicamente para pacientes alcohólicos debido a la extensión de esta enfermedad dentro de la sociedad. Además de actividades que se realizaran en el exterior también se fueron generando nuevas tareas destacando entre ellas el desarrollo de un taller de imprenta, encuadernación y una fábrica de libros blancos en el Asilo de Temperancia¹⁸².

Por otra parte, se registró la práctica de actividades recreativas a través de la construcción del teatro Grez, inaugurado en 1897, aludiendo a sugerencias que se remontaban a al menos 1875, cuando Benham planteó la necesidad de construir espacios destinados a la entretención (Correa 2013). Pese a las condiciones vulnerables de la época, la presencia de esta estructura incluye por primera vez dentro de la terapia moral aspectos relacionados con el arte y la música. Se trataba de la denominada “alta cultura”, cuestión que estaba reservada no solo a los cuerdos, sino que también a la clase acomodada, y que se refleja en la estructura y también en los falsos frescos pintados en el interior e inaugurados en 1904.

Junto con el desarrollo del teatro se produjo varios años después la instalación de un biógrafo (como entonces se denominaba al cine) en 1920, regalado por Arturo Lyon quien asumió el cargo de administrador provisorio, luego de la muerte de Carlos Roger en 1920 y dado que el sub administrador, Máximo Campo, que debía quedar en el cargo, se encontraba en Europa¹⁸³. El biógrafo funcionaba los domingos “así los enfermos han tenido un rato de alegría en su vida monótona que llevan en este Hospital”¹⁸⁴.

Otro de los espacios notables fue la biblioteca. Esta se implementó desde su inicio como un servicio para los pacientes del pensionado. Para 1926 tuvo un movimiento de 9.034 lectores dentro de su área y 3.750 fuera de ella, siendo los periódicos y revistas las lecturas de mayor circulación (90 por ciento). Igualmente incluyó un servicio ambulante de lectura destinado a proveer diarios y revistas al resto de los patios. Fue muy notoria también, hacia 1926, la instalación de radiotelefonía en la sección del pensionado femenino y masculino, señalado como un medio notable de “cultura y entretenimiento”¹⁸⁵. Además de la presencia de piano, mesas de billar y juegos de salón en las secciones de pensionado y medio pensionado masculinos.

En relación al uso de la terapia moral y física y su aplicación en la Casa de Orates, en una carta del 4 de agosto de 1898, dirigida al administrador de la época Pedro Montt y firmada por los doctores Beca, Echegóyen, Montecinos y Castro (Ver nota al pie para leer documento)¹⁸⁶, se señala que la lógica del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, se estructuró según los planteamientos propios del tratamiento moral,— por una parte—, y, por otro, relacionado con terapias físicas. Estas, consistieron principalmente en la hidroterapia y la electroterapia (Garafulic 1957) cuya implementación guardó relación con la aplicación de los adelantos científicos de la época. Se evidenció la preocupación por su uso en 1885

cuando el Sr. Secretario de la Junta, Miguel Irrarázabal, solicitó la presencia de un médico residente que entienda “las aplicaciones eléctricas i distintas clases de baño”¹⁸⁷. En 1896 se realizó la modificación de la sección de hidroterapia generándose en vez de pequeñas piezas un espacio más abierto de mayor vigilancia y aireación. Asimismo se llevó a cabo la instalación de la sección de electroterapia, la que, sin embargo, quedaría recién completamente operativa en 1904 cuando se instaló la luz eléctrica en la institución (Araya y Leyton 2009). Las instalaciones incluyeron un aparato para producir corrientes sinusoidales y ondulatorias para aplicación directa y baños eléctricos, además de otro aparato de electricidad de alta frecuencia del Prof. D’Arsonval (Araya y Leyton 2009).

La incorporación de la terapia eléctrica se vio involucrada en una larga discusión a nivel mundial sobre el rol de esta en el tratamiento médico. En este contexto se presenta la correspondencia entre el médico chileno Germán Greve y Augusto Orrego Luco, en 1893 y 1894 desde Berlín y Viena en la cual Greve menciona el amplio uso de la electroterapia. Refiere, a su vez, la existencia de dos posturas asociadas a la terapia de parte de los médicos europeos. Por una parte, estaban aquellos que planteaban que esta era de tipo sugestivo, siendo exitosa para pacientes histéricos y neurasténicos¹⁸⁸ y, por otro lado, los que sostenían que sus efectos eran físicos, basados en la primicia de que los mecanismos fisiológicos del cuerpo operaban a partir de impulsos eléctricos (Araya y Leyton 2009). Esta discusión también sienta sus bases en la búsqueda de un origen orgánico de las enfermedades mentales. Por ejemplo, en Francia el médico alienista Jean-Martin Charcot, intentó encontrar un evidencia anatomopatológica de la histeria.

“De esta manera quedaba asegurada la omnipresencia del cuerpo y el destierro de la mente, en la producción de las enfermedades psiquiátricas. No quedaba otra salida. No reconocer la lesión orgánica en la histeria y en otras entidades patológicas, habría dejado a la psiquiatría fuera de la euforia biologicista del siglo” (Araya y Leyton 2009: s/p).

Pese al furor inicial del uso de la electricidad, los mecanismos sobre cómo esta operaba eran desconocidos, lo que no concordaba con el discurso científicista de inicios del siglo XX. Independiente de lo anterior su uso se vio profundizado en la década de 1930 con la aplicación de nuevas pruebas en el país (Araya y Leyton 2009). En el caso particular de la Casa de Orates, tanto el uso de las terapias físicas como de la moral, correspondieron al

resultados de los avances propios de la medicina alienista a nivel mundial. Pero, sobre todo, se relacionaron con la injerencia que a fines del siglo XIX comenzaron a tener los médicos al interior de la institución. Esto, en el contexto del desarrollo de la higiene pública y de las discusiones durante los primeros cincuenta años de funcionamiento de la Casa de Orates, entre los médicos y la administración de la institución.

Lo relevante de las últimas décadas del siglo XIX e inicios del siglo XX guarda relación con la transformación a través de la profesionalización de la medicina alienista y la incorporación de la idea de las terapias como un medio efectivo para la sanación y/o mejora en la calidad de vida de los alienados. Siempre con la figura de la ocupación como una herramienta efectiva de recuperación— tanto a través del trabajo para enfermos indigentes— o como medios recreativos, especialmente para los pensionados.

La dinámica terapéutica se mantuvo similar hasta la década de 1930, momento en que se produce el advenimiento de nuevas terapias biológicas como el electro shock y el coma insulínico. Asimismo, “En el arsenal se disponía de electroterapia, cuya influencia sobre neuropatías histéricas era conocida desde antes, de sedantes (bromuro), hipnóticos (hidrato de coral, luminal), antisifilíticos (mercurio y yoduro de potasio), y de antimaníaco (opio, morfina)” (Escobar 2002: 119-120). a A estos elementos se suman contención mecánica, aislamiento y absceso de fijación¹⁸⁹. Posteriormente, en la década de 1950, se integró el desarrollo de los psicofármacos y aunque se mantuvieron muchos de los tratamientos, algunos como el coma insulínico reemplazados, también se incorporó el uso de la terapia ocupacional (Escobar 2002).

5.1.f. El Salón Grez

Uno de los elementos constructivos que ha llamado históricamente la atención corresponde al teatro Grez. Se trata de una obra sin precedentes, construida en 1895 e inaugurada dos años después en las dependencias de la Casa de Orates y que, el año 2016, fue declarado Monumento Nacional en conjunto con la lavandería¹⁹⁰. Estudiar su origen y sus características guarda relación con dos aspectos centrales, en primer lugar, las implicancias sociopolíticas que llevaron a construir este salón en el contexto del desarrollo de la terapia moral. En segundo lugar, que el teatro aún se encuentra en pie y sus dependencias, pese a

no estar en las mejores condiciones de conservación, permiten adentrarse en su evolución y uso a través del tiempo.

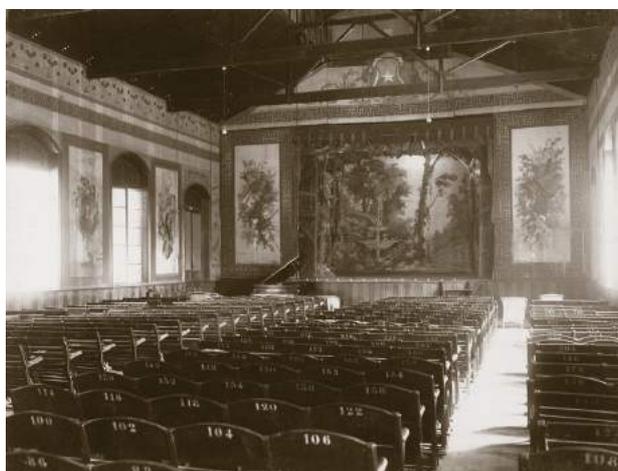


Figura 5.50. Teatro Grez, década de 1920.
Fuente: MINSAL¹⁹¹.

El teatro Grez se originó a partir de las donaciones efectuadas por Manuel Silvestre Grez Fresno (1821-1895), aristócrata perteneciente a la elite santiaguina y parte de la red oligarca, que, junto con la iglesia, sustentaron la caridad en la que se sostenía el sistema de salud de la época (Fuentes y Gallardo 2014). El generoso personaje testó en 1895 una importante cifra, la que se distribuyó en \$ 38.000 para el Arzobispado de Santiago, \$ 50.000 para la Casa de Orates y \$100.000 para mujeres viudas y pobres (Fuentes y Gallardo 2014)

A partir de estos recursos y bajo la administración de Pedro Montt se construyó lo que se denominó inicialmente como los salones Grez. Ellos estaban destinados originalmente a una doble función: espacio para la recreación de los enfermos y dependencias para su estadía. Estas instalaciones comenzaron a construirse durante el segundo semestre del año 1896 y se inauguraron en julio del año siguiente (Fuentes y Gallardo 2014; Correa 2017).

Así, por ejemplo, se señala en 1896:

“Con el propósito de proporcionar distracciones a los enfermos se les ha llevado a pasear los domingos en la primavera fuera del establecimiento hasta un número de 70, convenientemente custodiados, i se ha iniciado la construcción de salón de 26 metros de largo por 11 de ancho en que se tocará música, se organizarán diversos entretenimientos”¹⁹².

Con la materialización de este proyecto se vislumbra el impacto de la propuestas efectuada por Benham, en 1875, sobre la necesidad de construir un espacio o salón cubierto para diversas funciones como comida y diversión (Fuentes y Gallardo 2014; Correa 2017). Esta idea tomó forma y ya se hace mención en el registro de 1899 con la presencia de presupuesto asociado al Salón de Música. De hecho, se registran gastos en flores para conciertos y respresentaciones dramáticas, instrumentos, fletes y carros urbanos para paseo, papel de música, impresión de programas, afinación de piano y peluqueros, entre otros items¹⁹³.

El proyecto se fue complejizando a medida que se concretaba la habilitación formal del teatro, incluso en 1904 se efectuó la inauguración de una serie de pinturas murales en su interior. Estas obras comprenden 12 murales de 3,33 x 4,20 metros, correspondientes a los paisajes en el acceso y 10 murales de 3,33 x 1,74 metros, correspondientes a las pinturas laterales (Fuentes y Gallardo 2014). Con respecto al autor de estas obras, este es desconocido, aunque han sido atribuidas a través de la memoria oral al pintor Pedro Lira y sus estudiantes (Fuentes y Gallardo 2014)¹⁹⁴.

Los murales en el salón Grez se vincularon al contexto artístico cultural de fines del siglo XIX lo que explica sus figuras asociadas al genio creador masculino como Homero, Virgilio, Dante, Lope de Vega, Shakespeare, Calderón de la Barca, Molière y Goethe. En ese sentido, el diseño presente en las pinturas muestra que la locura se expresaba como una enfermedad femenina, en tanto las características de valor intelectual adquirirían condiciones de excepcionalidad en el caso masculino (Fuentes y Gallardo 2014). Esta disposición de la época se justificaba desde una perspectiva científica basada en la hipótesis de que las mujeres tendían mayormente a la locura (Letelier 1898).

Pese a su expansión como teatro, el salón tuvo más de una forma de uso, asociadas a las necesidades constantes de espacio que había en el lugar. Así por ejemplo, el 5 de mayo de 1904 se describe un incendio en el pabellón Lurquín (Sección de mujeres). Como resultado de ese incendio, y debido a la necesidad de espacio, el teatro fue utilizado temporalmente para albergar a 70 enfermos¹⁹⁵.

A medida que se inicia el siglo XX, durante la fase expansiva de la Casa de Orates, se utiliza el teatro para el desarrollo de actividades entre la comunidad de la Casa de Orates en

general y agentes externos. De hecho se describen funciones de la Estudiantina, formada en 1924 por empleados y enfermos, y el Cuadro Dramático organizado por los mismos en 1925¹⁹⁶. Pese a las condiciones vulnerables de la época, la presencia de esta estructura permite incluir por primera vez dentro de la terapia moral aspectos relacionados con el arte y la música. La denominada “alta cultura”, cuestión reservada generalmente no solo a los cuerdos, sino que también a la clase acomodada, se acerca a los enfermos, lo que se reflejó en la estructura misma del teatro y en los falsos frescos en el interior.

El lunes 24 de marzo de 1930 el periódico La Nación destaca la celebración el día anterior de una fiesta de caridad en el teatro Grez, destinada especialmente al recreo y diversión de los asilados en la institución:

“Se desarrolló un interesante programa de variedades en el que participaron el Conjunto Naldy, Lola la Gitana, Rogel Retes, Judith del Valle, Carmen Poblete y otros artistas de la capital. Esta fiesta fué destinada al recreo de los enfermos de ese establecimiento” (La Nación 24 de marzo de 1930:13).



Figura 5.51. Mujeres, posiblemente funcionarias, disfrazadas

Fuente: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, 1927, p. s/p.. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.



Figura 5.52. Banda musical de cuerdas, niños y hombres.
Fuente: Biblioteca IPDJHB

Asimismo, es importante notar cómo se integran en las memorias de la Casa de Orates fotografías que dan testimonio de la recreación posiblemente vinculada al teatro, con utilización de disfraces y referencia a fiestas. No obstante, pese a su relevancia, a partir de la década de 1930 decae su presencia en las fuentes documentales. En ese sentido, en la búsqueda de información aparecen limitadas referencias a estas como la efectuada por Victoria Castro¹⁹⁷, quien señaló... “Llegaba yo a una especie de teatro gigante que había, que tenía una tarima, un lugar para representaciones, no tengo idea por qué estaba eso ahí” (Entrevista V.C.).

...“cada vez que ibas y la particularidad de ella era que empezaba a conversar feliz, pero rápidamente de repente se podía enojar y tu tenías que estar ahí, no sé, pero lo que siempre terminaba haciendo era subirse a este como proemio y cantar y cantaba bonito, pero a medida que cantaba, su cuerpo hacia cosas que yo después reconocí en alguna persona u otra que conocí, una gran académica, pero que tenía los rasgos de lo que es la paranoia” (Entrevista V.C.).

Posteriormente hay escaso registro de su uso e incluso se planteó que este espacio fue utilizado como bodega, aunque esa información no fue asociada a una fecha específica. Desde la década de 1990, pero principalmente en los últimos 20 años el teatro ha aumentado su uso asociado a actividades de la misma institución así como festivales externos. Asimismo ha experimentado modificaciones como el cambio de las butacas de madera por sillas a inicios de los 2000 y sido objeto de investigación en torno a sus pinturas (Fuentes y Gallardo 2014).

En el ámbito patrimonial destaca el año 2015 la declaratoria del Teatro Grez y la Lavandería del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, según decreto N°135 del Consejo de Monumentos Nacionales como Monumento Nacional. El valor histórico de las dependencias es innegable, siendo además una de las pocas instalaciones construidas a inicios del siglo XX que aún siguen en pie. Esta iniciativa, junto con el despliegue de una serie de actividades de extensión –actualmente a cargo de la Terapeuta Ocupacional Wally Schlechter– han permitido el funcionamiento del espacio tanto por pacientes/usuarios como por grupos externos.

El uso actual del teatro constituye uno de los valores más significativos del presente de este espacio. Hasta ahora se ha mantenido con diversos usos dentro del contexto sistémico, predominando su fin artístico y su dinámica de espacio comunitario y colectivo. Cualquier modificación futura requerirá necesariamente la consulta de sus usuarios como las de carácter técnico. No obstante, este espacio presenta serios problemas de conservación que se hacen más evidentes en las pinturas, siendo además necesario evaluar sus condiciones constructivas teniendo en cuenta su sobrevivencia por más de un siglo en un país sísmico.

5.1.f. Del Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. Periodo de expansión y consolidación Institucional (1931-1973).

Durante esta época se produce la expansión del modelo de atención psiquiátrica, lo que se inicia desde el momento en que los especialistas se constituyen en los administradores de los espacios psiquiátricos hasta la época de reforma sociales que eclosionó con la reforma universitaria de 1968 (Medina 2002 a). En ese sentido: “La progresiva interrelación del quehacer psiquiátrico con las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad, fue, en fin, abriendo la especialidad a la influencia de la psicología y las ciencias sociales” (Medina 2002 a: 104).

El desarrollo del Manicomio Nacional comenzó con la puesta en práctica del reglamento general de 1928. No obstante, aludiendo a lo planteado por Escobar (2002), se establece como inicio de este nuevo periodo el nombramiento de Jerónimo Letelier como primer director psiquiatra de la institución. Su designación se vinculó con lo que Garafulic (1957) denominó como el momento de consolidación médico científica. Se afianzó la mirada

profesional en el manejo de la institución y adquirió un rol de mayor protagonismo del equipo médico (Escobar 2002). No obstante, problemas relacionados con la falta de recursos económicos y humanos. En este periodo, además, prosperó la publicación de revistas científicas y asociaciones médico científicas como la Sonepsyn (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile). Se produjo a su vez la consolidación del modelo de organización de salud mental propuesto en 1927, vinculado a la existencia de una sección de Hospital psiquiátrico, una sección de Manicomio, el Open Door y el desarrollo de asilos de temperancia

El modelo clínico correspondiente a unidades para pacientes ambulatorios denominado en principio Hospital psiquiátrico, nació en 1928 dentro de las instalaciones de la Casa de Orates. Posteriormente fue convertido en clínica psiquiátrica. En 1929, la Junta de Beneficiencia aprobó la construcción de un nuevo psiquiátrico para cubrir dependencias de la clínica, sin embargo, este nunca se llevó a cabo (Medina 2002 b).

Durante este periodo fue preponderante el rol del médico Oscar Fontecilla quien fundó, en 1930, la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. En 1935, él mismo inició la publicación de la Revista de Neurología, Psiquiatría y Disciplinas Conexas. Esta fue sucedida más tarde por la Revista de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, editada desde 1947 por la Sonepsyn y vigente hasta la actualidad (Escobar 2015). En ella fueron publicados varios de los estudios referentes a la aplicación de los nuevos tratamientos de shock. Fontecilla fue director del Manicomio desde 1944 y organizó las Primeras Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico en enero de 1937, que congregaron a profesionales de Argentina, Perú, Ecuador, Uruguay y Chile. Lamentablemente fue asesinado ese mismo año por un paciente (Escobar 2007).

Las Jornadas fueron de gran relevancia porque permitieron posicionar temáticas relacionadas con la higiene mental. En ellas médicos como Lorente de Patrón y Arce Molina propusieron el desarrollo de instituciones a nivel nacional como ligas de salud mental y clínicas conductuales, entre otras. A estas iniciativas se suma la demanda de realizar trabajos con las familias de los pacientes con objetivos terapéuticos por parte de Olga Carbonell, la creadora del Servicio Social en el Manicomio (Araya 2014).

A nivel nacional se fundó la Asociación Chilena de Higiene Mental, la que sesionó por primera vez en diciembre de 1931 –un año después de la realización del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, en Washington, Estados Unidos (Araya 2021)– y tuvo una duración de 19 años. Su primera directiva estuvo compuesta por insignes personajes tanto médicos como intelectuales de la época (Ruperthuz 2017). Entre sus objetivos se estableció la relevancia de la profilaxis y de la rehabilitación en la enfermedad mental (Araya 2021).

Sobre esta base, propusieron varias medidas de relevancia para la prevención y rehabilitación. Ellas incluían la necesidad de construir un Hospital psiquiátrico; incorporar servicios de psiquiatría dentro de los hospitales generales; crear policlínicos; y habilitar asilos tipo open door para los enfermos crónicos. Señalaron a su vez la importancia de mantener una mirada multidisciplinaria, con un mayor compromiso del Estado, lo que implicaba la integración a este objetivo de asistentes sociales, educadores, pediatras, psicólogos, enfermeras y criminólogos (Araya 2021). Pese a su relevancia como eje intelectual de planificación en Salud Mental, finalmente la organización no logró constituirse en un ente estatal y tampoco consiguió establecer un modelo de operación en relación a los alienados. El reglamento de 1928 permaneció vigente junto a las disposiciones transitorias del Código Sanitario de 1931, que facultaban a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social (Araya 2021).

Aunque la década de 1930 no estuvo exenta de problemas, sí fue un momento de expansión del sistema de atención relacionado con la implementación de la estructura establecida a fines de la década de 1920 y vinculada a la puesta en marcha del sistema integrado de salud psiquiátrico. En cuanto a la organización interna del Manicomio, para fines de la década de 1930 la institución ya contaba con Servicio de Urgencia y con tres servicios de pacientes agudos de los cuales cada uno poseía un sector de pacientes crónicos. Estas unidades se encontraban en manos de los médicos Horwitz Barak, Octavio Peralta Varela y Agustín Téllez Meneses. Cada una funcionaba aparte y la llegada de los pacientes a ellas dependía del azar (com. pers. Gustavo Murillo). Asimismo, en 1939 se estableció la Cátedra Extraordinaria de Psiquiatría a cargo del médico Agustín Téllez (Medina 2001). Dos años antes se había presentado una charla sobre Metodología de la Enseñanza de la Psiquiatría, cuyo relator fue Oscar Fontecilla en las Primeras Jornadas de Neuropsiquiatrías del Pacífico, efectuadas en 1937¹⁹⁸.

Así, se registran las cátedras de corriente fenomenológica de Téllez:

“La de Horwitz, que se dedicaba al alcoholismo. Había otra que era conductista y Peralta, que era fenomenológica también. Esto, implementando los tratamientos lógicos. Y también en Téllez y en la época de mi padre, que era de antes, introducen las terapias biológicas y el psicoanálisis” (Entrevista Dr. G.M.)

En este periodo, específicamente en 1931, se produjo la incorporación de otros ámbitos profesionales al Manicomio correspondientes a las Visitadoras Sociales Olga Carbonell y Balbina Acevedo (Murillo 2002).

Posteriormente, en 1933, se generó la publicación del título *Nociones elementales de la higiene. Guía práctica para las Enfermeras del Manicomio*, recopilado por Orlando Poblete, en el que se señala que “La higiene es el arte de prevenir las enfermedades y de conservar las condiciones normales de la salud” (Poblete 1933: 5). El documento, es más bien de carácter formativo, por lo que su aplicación al Manicomio posiblemente fue limitada. No obstante, su existencia viene a consolidar el desarrollo de una nueva era en torno a la salud en Chile, relacionada con la injerencia del Estado en el ámbito de la salud y la profilaxis. Otro de los aspectos que da a conocer es la distinción entre la higiene personal y la pública mencionando en ambos ámbitos los aspectos materiales y espaciales como eje para su desarrollo.

Dentro de la esfera privada señala los siguientes elementos a considerar: realizar el trabajo en sitios bien ventilados; vestimenta adecuada según estación del año; recreación sanas y al aire libre; evitar excesos en la comida y bebida; dieta apropiada; evacuación diaria y regular del intestino; cuidado de boca y dentadura; evitar las desviaciones de la columna; procurar suficiente agua para uso interno y externo; y la relevancia de trabajar, hacer ejercicios, distraerse y descansar (Poblete 1933).

Aunque en muchos de estos aspectos es limitada su aplicación en el Manicomio, la presencia de este documento permite comprender el desarrollo de directrices vinculadas a prácticas higiénicas. Desde fines del siglo XIX se comenzó a instaurar dentro de las políticas de desarrollo social y urbano del país pero en la práctica tuvo resultados

limitados en el ámbito de la psiquiatría producto de la escases de recursos destinados a ello.

El documento también establece algunas normas en el ámbito constructivo, especialmente relevantes para el presente trabajo. Entre ellas incluye la importancia de las propiedades higiénicas de los materiales relacionadas con factores como humedad, porosidad, ventilación, resistencia, etc. Sobre esta base, planteó el uso del ladrillo como un elemento positivo de acuerdo a sus propiedades higiénicas, no obstante, peligroso en un país de terremotos como el caso de Chile. Pese a esto permitieron la construcción de los segundos pisos, aunque recién comenzaban a extender su uso a partir del siglo XX. A su vez suma medidas en torno a la ventilación y la iluminación, promoviendo en ambos casos las naturales. Pero también se refiere al uso de fuentes artificiales por medio de aparatos especiales así como la relevancia de calefacción seguras evitándose medios peligrosos como los braceros, altamente utilizados en estos espacios, siendo el mejor el de radiadores con agua caliente (Poblete 1933).

Por otra parte, durante esta época se aprecian importantes avances en el tratamiento con las denominadas terapias biológicas, vinculadas principalmente a los shock severos, lo que generó mejoras en patologías como la esquizofrenia (Cook 1938). Es en este contexto que se empezó a usar el coma insulínico o método de Sakel,¹⁹⁹ siendo los pioneros en su aplicación en Chile los médicos Arturo Vivado, César Bustos y Antonio Morales. Ellos presentaron en una sesión de la Sociedad de Neuropsiquiatría, en 1937, los resultados de su estudio en 15 pacientes esquizofrénicos, de los cuales 8 tuvieron recuperación satisfactoria, 5 muy buena y una murió (Escobar 2002 a). Esta última, luego de varios días de tratamiento, no salió del estado de shock en el que permaneció dos días (Araya y Leyton 2009). Sin embargo, en 1938, Vivado fue más cauto, estableciendo que aún no se podía hablar de curación, “prefiriendo continuar la observación aludiendo a remisiones totales, con restitución completa, social cuando el paciente puede salir del hospital y parcial cuando no le es posible vivir fuera del hospital” (Vivado 1938, citado en Escobar 2006: 55).

A su vez, se documentó su uso en el manicomio destacando los planteamientos del médico Pedro Macuada (1940) quien señaló:

... “tengo noticias, recogidas de la misma Casa de Orates, de que en el tratamiento con insulina se produce siempre el shock hipoglucémico, al cual los médicos de hoy ya no le tienen el temor de antes. Los enfermos siempre se despiertan de este coma con inyecciones de suero glucosado, en cantidad proporcional a la insulina administrada. Es verdad que en este establecimiento se inyectan siempre grandes dosis de insulina (hasta 100 y 120 unidades en 24 horas). En la mayoría de los casos, los resultados son ampliamente satisfactorios” (Macuada 1940: 83).

El mismo autor señala el uso de esta terapia en la Casa de Orates²⁰⁰ para toxicómanos, especialmente morfinómanos (Macuada 1940). Por otra parte, Vivado y Murillo aplicaron otros tratamientos, como la apomorfina, la que se probó en 15 pacientes bebedores en 1942, teniendo como resultado la abstinencia en 10 de ellos (Escobar 2006). A lo anterior se suma la cardiazolterapia, –que consiste en el uso de cardiazol (pentametilén tetrazol), un compuesto sintético, como inductor de convulsiones– la que tuvo como antecedente el uso de aceites alcanforados (Cook 1938). Esta terapia comenzó a ser aplicada en 1938 en el Manicomio, por Vivado, no obstante, su práctica no fue de gran éxito debido a como señaló el médico:

... “Antonio Morales, que había participado en los ensayos con insulina de Vivado, “las lesiones son graves porque no se ven en los ataques de epilepsia espontáneos”. Dice que la literatura sobre cardiazolterapia es pobre en este sentido y solo habla de luxaciones de la mandíbula, pero ellos han identificado luxaciones de articulaciones mayores, fracturas y un caso de mal epiléptico” (Araya y Leyton 2009: s/p).

Tanto la cardiazolterapia y, especialmente, la insulinoterapia constituyeron un impulso a la psiquiatría chilena de fines de la década de 1930. Intentaba igualarse a otros ámbitos de la medicina desde el punto de vista del prestigio científico, tratando de alejar la imagen de una disciplina que se movía en el campo especulativo (Araya y Leyton 2009). En ese sentido, se presenta lo planteado por Vivado y Arroyo, quienes en 1939 publicaron el artículo titulado *La asistencia psiquiátrica en Chile*. En él señalaron que “muchos médicos somáticos juzgan que la psiquiatría se mueve en un campo puramente especulativo, casi metafísico, desvinculado de toda realidad corporal” (Vivado *et al.* 1939: 158). De este modo, se deja ver la discusión en torno al desarrollo de escuelas sicodinámicas como el sicoanálisis y las escuelas biologicistas, siendo estas últimas las

que tuvieron una mayor agenda de desarrollo relacionada con el intento de poner a la psiquiatría en la vanguardia científica de la época (Araya y Leyton 2009).

Otra de las terapias que se comenzaron a desarrollar durante este periodo en Chile, fue la electroconvulsiva. Se obtuvo la descripción de su uso por parte del médico Octavio Peralta y la aplicación de esta gracias a que dos médicos cedieron la máquina al hospital en 1943. Un año más tarde, en 1944, el médico Alfredo Rojas Carvajal mostró en las Jornadas de Neuropsiquiatría los resultados del empleo de esta técnica en 100 pacientes, reportando un éxito del 79 por ciento. Además de esos resultados, los médicos Arturo Vivado y C. Núñez mostraron los resultados de la aplicación de electroshock en la Clínica Psiquiátrica y el médico Eduardo Bruscher, dio a conocer el uso de la terapia electroconvulsiva de tipo ambulatoria (Escobar 2002 a).

En este punto es significativo el testimonio temprano del Dr. Gustavo Murillo respecto a su padre el médico Ruperto Murillo.

“[Mi padre] trabajado antes en la catedra de don Arturo Vivado Alsina, que fueron los que introdujeron las terapias de shock en Chile, el electro shock y el coma insulínico que se usaban en la esquizofrenia. El electro shock además en la depresión endógena. El electrochoque hasta el día de hoy es el mejor recurso para la depresión endógena, que es la depresión más grave y él hacía los electrochoques personalmente y un hermano del profesor Vivado hizo la máquina para hacer electrochoque y cuando yo llegué al hospital se hacía electrochoque y lo hacía Téllez, lo hacía Concha y me enseñaron” (Entrevista Dr. G.M.).

A partir de los resultados de las terapias de shock en 1939, Vivado, Larson y Arroyo propusieron una nueva organización de la atención del Hospital Psiquiátrico. Esta consideró la modernización de la sección de tratamientos que incluía terapias como insulino terapia, convulsoterapia, piretoterapia, fisioterapia, psicoterapia y laborterapia. Así se inaugura una mirada de la psiquiatría que busca incorporarse en la medicina general desde la perspectiva científica-biológica. No obstante, se advertía una ética discutible pensando en la aplicación de tratamientos como la insulino terapia en mujeres alienadas, indigentes e institucionalizadas (Araya y Leyton 2009). A estas prácticas se suma también el uso de otras terapias como la malarioterapia, – que consistía en la

inyección de parásitos de la malaria— basada en un estudio presentado por Vivado en Buenos Aires el año 1944.

Por otra parte, durante la década de 1930, pero especialmente a inicios de la década de 1940, se observó además una preocupación por expandir la psiquiatría hacia otras regiones. Se habilitaron camas en Viña del Mar, las que para 1945 llegaron a ser 100, así como también se registró la presencia de camas en las ciudades de Concepción e Iquique (Medina 2002 a). Igualmente, en el marco del desarrollo de la atención a todo el país, se creó en 1940 el departamento judicial del “manicomio nacional” con 140 cupos nacionales, cuyo pabellón debió ser destruido luego del terremoto de 1985 (Paredes 2018).

En 1943, los médicos psiquiatras Isaac Horwitz y Luis Cubillos presentaron en las Primeras Jornadas Nacionales de Neuropsiquiatría, en Viña del Mar, una propuesta de proyecto de Ley de Alienados que buscaba subsanar las deficiencias de la legislación de ese momento. Posteriormente, en 1947, ellos mismos presentaron al Congreso Nacional un proyecto de legislación psiquiátrica para la asistencia de los enfermos mentales. La propuesta fue el resultado de una serie de anteproyectos efectuados por varias comisiones designadas por Salvador Allende como Ministro de Salubridad. Sin embargo, no fue considerada por el Congreso (Araya 2021).

En 1948, la Asociación Chilena de Higiene Mental se convirtió en la Asociación Chilena Pro-Salud Mental, dirigida por el psiquiatra Arturo Vivado. La nueva organización se convirtió en una filial de la Asociación Latinoamericana de Salud Mental (ALAPROSAM), dependiente de la Federación Mundial de Salud Mental y patrocinada por la OMS, la UNESCO y las Naciones Unidas. Esta poseía una orientación de carácter más académica y psiquiátrica, con un enfoque en el desarrollo de publicaciones científicas y en la divulgación de medidas de prevención de patologías psiquiátricas a través de la educación y de conferencias de médicos especialistas (Araya 2021). Asimismo, generó una campaña pública orientada a la construcción de un Hospital Psiquiátrico (Araya 2021).

Por lo tanto, pese a los notables avances en el campo de los tratamientos biológicos y la ampliación de la red de atención de salud mental, esta siguió siendo un campo desprovisto de importancia político social. Esta carencia se reflejó, no sólo en el desinterés del

Congreso sino también en las condiciones desfavorables en infraestructura y personal con que contaba el Manicomio Nacional. En febrero de 1946 ocurrió un grave incendio en el Manicomio. El fuego comenzó aproximadamente a las 12 de la noche (Murillo 2002), y los resultados fueron nefastos lamentándose la pérdida de la vida de 13 pacientes, además de la destrucción de un tercio de las construcciones. A raíz del incendio una vez más se acordó la construcción de un nuevo recinto en un terreno anexo al Hospital del Salvador, emplazado en el sector oriente de la ciudad. No obstante, solo se puso la primera piedra (Medina 2002 b).

Aunque hay escasos antecedentes de aquél trágico evento, el incendio fue de grandes proporciones y se habría iniciado producto, al parecer, de un corto circuito. El fuego se expandió rápidamente debido al material ligero de las construcciones y a la llegada de bomberos se pudo apreciar que el incendio abarcaba una extensión de tres pabellones femeninos y una bodega. Se informó que la labor de bomberos fue satisfactoria, pese a la pérdida de vidas las que resultaron inevitables debido a que en una de las salas habían insanas atadas a sus camas. Además se acusa falta de implementos básicos como extintores²⁰¹. Este incendio, fue una consecuencia de las malas condiciones en las que se encontraban las y los internos en el Manicomio Nacional, cuestión que se agravó aún más debido a este siniestro. La respuesta estatal consistió en la entrega de recursos, de \$3.500.000, para el retiro de escombros, la habilitación de algunos pabellones que no habían sido completamente destruidos y un pabellón en el Open Door. Sin embargo, esto de ninguna forma consiguió cubrir mejoras reales en las condiciones de los pacientes. De este modo, a casi cien años del desarrollo de esta institución, la situación poco había cambiado.

En 1950, la Cámara de Diputados nombró una comisión especial con el objetivo de estudiar la condición económica y social del Manicomio Nacional. A partir del informe elaborado por la comisión se estableció que, considerando todas las deficiencias, el policlínico externo atendió, durante el año 1949, a 4.698 enfermos y el servicio dependiente de las Clínicas Psiquiátricas universitarias a otros 2.317 enfermos (Medina 2002b). Sin embargo, se da cuenta de importantes carencias, siendo la mayor parte de estas “la alimentación, vestuario, ropa de cama, atención médica y, en general se refiere a la promiscuidad y abandono de los enfermos” (Ahumada 2002: 59).

Junto con lo anterior, en el periodo se registraron importantes deficiencias en la higiene y falta de espacio debido a la estrechez de salones y patios, observándose condiciones de hacinamiento y promiscuidad, especialmente en la sección de reos y el patio 5, correspondiente al de mujeres epilépticas. Se sugiere entonces la construcción inmediata de un pabellón para 300 enfermos; la construcción de un colector de alcantarillado en la población el personal en el Open Door correspondiente a edificios ya terminados; además de la construcción de un pabellón de crónicos y epilépticos que han “llegado al extremo de esa enfermedad” (Ahumada 2002: 59).

Además, se establecieron soluciones a largo plazo como la de construir un Hospital Psiquiátrico Nacional, alternativa que ya había sido contemplada en propuestas anteriores, y la necesidad de ampliar el denominado Instituto de Reeducción Mental en el Open Door, correspondiente a una unidad con capacidad para 100 enfermos creada en el primer lustro de la década del 40 para enfermos que sufrían alguna toxicomanía y alcoholismo, el que se encontraba para la época colapsado (Ahumada 2002).

Para esto se permitió que el manicomio solicitara un crédito de hasta 30 millones de pesos y se estableció un aporte anual de la Polla Chilena de Beneficencia del 8 por ciento correspondiente a 5 millones de pesos anuales. Al año siguiente, para la construcción de una Clínica Psiquiátrica se aprobaron 10 millones de pesos del Presupuesto Nacional pero esta vez en los terrenos del Hospital Barros Luco, cuestión que tampoco se llevó a cabo (Medina 2002 b).

En este contexto, la Junta de Beneficencia aprobó, el día 6 de junio de 1950, la construcción de una clínica psiquiátrica en terrenos del Manicomio. En dicha reunión se presentaron los planos y el proyecto completo para llevar a cabo la construcción. Este plan tuvo detractores, entre ellos el mismo Ministro de Salubridad que planteó la idea de no hacer un gran centro de atención psiquiátrica aludiendo nuevamente a la aspiración de que este se construyera en los terrenos del Hospital del Salvador. Esto, sustentado en que la psiquiatría se entendía como una rama de la medicina y que, consecuentemente, los hospitales generales debían contar con servicios de psiquiatría. Aludiendo además a lo necesario que era no desvincular a los pacientes de sus territorios de origen (Medina 2002 b). Pese a esta opinión, por cierto fundada en los avances de la disciplina psiquiátrica, se aprobó la construcción la que contaría con 101 camas²⁰².

Sin embargo, aunque el proyecto se había aprobado, quedó detenido y fue en el marco de la celebración del centenario de la institución que comenzó a reactivarse, presionado desde el gremio médico a través de artículos críticos en la prensa con respecto a las condiciones de los enfermos. En ese contexto, destacan varias entrevistas como la del médico Manuel Francisco Beca Soto, el 12 de junio de 1852, al periódico El Mercurio, quien realizó un revisión sobre el “traspaso” del manicomio en Providencia al ejército en la década de 1890. Posteriormente, en el mismo diario, con fecha 16 de julio, el médico Luis Cubillos, señaló la urgencia de realizar la construcción de la clínica (Medina 2002 b).

Asimismo, el médico Carlos Núñez Saavedra planteaba en el mismo periódico diez días después:

... “existe una cortina de hierro entre el establecimiento y el público, el cual no sabe qué pasa en su interior por el miedo que los locos despiertan en la población. La gente debería saber que el 70% de las consultas médicas generales padecen de algún problema psíquico, que el 20% de los nacidos vivos tienen posibilidades de enfermar alguna vez y que 1 de cada 10 adultos tendrá algún quebranto psiquiátrico durante su vida” (Medina 2002 b: 167).

El diario El Mercurio, en su editorial del 5 de agosto de 1952 da cuenta que se mostró una película sobre la situación de los asilados y se realizó una colecta pública para el Manicomio Nacional, señalando que debiera mantenerse, no por caridad sino a partir de recursos públicos. En esa misma fecha, cuando se realizó la conmemoración de los 100 años de la institución el director subrogante, el médico Octavio Peralta, informó en su discurso sobre el desarrollo de un futuro centro psiquiátrico al costado del Hospital Barros Luco. Las nuevas instalaciones contarían con 11.200 m² de extensión y un cupo para 410 camas en una edificación de 3 pisos más subterráneo, dirigida a los denominados pacientes agudos porque el resto debía trasladarse al Open Door. Además de señalar la proyección de centro regionales en Antofagasta, La Serena, Concepción y Valparaíso (Medina 2002 b).

Durante esta época se abrió una discusión sobre la necesidad de ampliar los servicios de psiquiatría y dónde se levantarían las nuevas instalaciones. Si en el Open Door, o en las

mismas dependencias del Manicomio, o en dependencias colindantes, donde finalmente ocurrió la construcción de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, o asociado a otros hospitales como el Salvador o el Barros Luco, entre otros (Medina 2002 b).

A partir de esta discusión finalmente se produjo la renovación del Manicomio Nacional y se construyó lo que había sido aprobado en los terrenos vigentes para aprovechar los servicios ya existentes. La primera entrega fue el 11 de abril de 1953, y correspondió a cinco pabellones con capacidad para 120 enfermos y tuvo un costo de 19.673.000 pesos. El espacio finalmente se consolidó hacia 1956, cuando las antiguas dependencias de pacientes agudos fueron reemplazadas por las modernas y pasó a llamarse Hospital Psiquiátrico (Medina 2002b). Estas nuevas construcciones surgieron luego de un proceso de cambio relacionado con la búsqueda de mejorar el servicio, siempre limitado, y constituyen parte de las dependencias que se utilizan hasta el día de hoy (Carrasco 2006).

Si bien no encontramos antecedentes del estudio llevado a cabo para la conformación de estas dependencias, su diseño se enmarca en lo que Scull (1989) denominó como edificios de pabellones, cuyos antecedentes en Chile ya se vislumbraban incluso en la construcción del primer Manicomio Nacional en la década de 1890, enajenado por los militares. Asimismo, destaca el uso de albañilería reforzada, correspondiente a muros construidos a partir de ladrillos con algún agente litigante (Ching 1985), y que poseen muros tipo cadenas de hormigón. Este estilo de construcción se enmarca en las propiedades higiénicas ya introducidas en la discusión sobre el manicomio a partir del título *Nociones elementales de la higiene. Guía práctica para las Enfermeras del Manicomio* recopilado por Orlando Poblete (1933).

Aunque fue una novedad la construcción de estos espacios, la realidad es que a nivel mundial y, en particular, en Chile este tipo de diseño arquitectónico hospitalario venía a la baja relacionado con cambios conceptuales importantes en torno a la salud que buscaban la:

“unidad de la medicina sin desconocer la multiplicidad y complejidad de sus aspectos, exigía la concentración de todos los servicios para facilitar el intercambio de ideas, las interconsultas y el aprovechamiento de los servicios generales. Por otra parte, asumía el hospital un papel activo en la lucha contra la

enfermedad -y esto exigía expedición, rapidez y proyectaba audazmente su acción hacia el medio” (González 2012: 257-258).

Lo anterior se manifiesta en el edificio tipo monobloque, estilo de arquitectura que hasta la actualidad predomina en el ámbito hospitalario. Es interesante rescatar cómo, incluso dentro de contextos críticos vinculados a la “desinstitucionalización a nivel mundial”, y en torno al desarrollo de una mirada de la medicina comprendida como un todo indivisible, siguió operando la lógica de la separación entre la psiquiatría y el resto de los ámbitos de la salud.

Esto, a su vez, se comprende en el contexto de la institucionalización de la arquitectura moderna en Chile a partir de la década de 1950, la que se caracteriza por su racionalidad que evitaba la ornamentación (Elish 2014). Esto se expresó en la arquitectura pública destacando la introducción de elementos como el mosaico vitrio que se vinculó inicialmente al arte mural y que posteriormente hacia la década de 1960 y 1970 se masificó como revestimiento que ofrecía variadas posibilidades cromáticas (Vera 2013). En ese sentido, llama la atención su temprana presencia como revestimiento la que se extendió incluso en parte de los subterráneos asociado al túnel bajo avenida la Paz.



Figura 5.53. Planos de Agua Hospital psiquiátrico, 1953
Fuente: Archivo de Aguas, Aguas Andinas.

Este fenómeno se repite en la construcción de la Clínica Psiquiátrica en terrenos dependientes del Servicio Nacional de Salud y a una cuadra del Manicomio, entre las Avenidas Santos Dumont, La Paz, Montserrat y Profesor Zañartu. La Clínica Psiquiátrica

previamente operó y dependió administrativamente del Manicomio. No obstante, desde fines de 1858 pasó a depender del Hospital José Joaquín Aguirre, vinculado a la Universidad de Chile, dependencia que fue generada a partir del carácter docente de la clínica (Medina 2002b).

En 1956, el Manicomio Nacional pasó a denominarse como “Hospital Psiquiátrico”, cuando,

... “las antiguas dependencias de pacientes agudos son reemplazadas por las modernas, lo cual no sólo mejora el entorno hospitalario sino también permite una atención más profesional de los pacientes según el modelo médico hospitalario convencional” (Medina 2001: 80).

Durante esta época, se produjeron importantes avances en la institucionalización de la asistencia psiquiátrica y su vínculo con el resto de los ámbitos de la salud. En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud que incluyó el desarrollo de la Sección de Higiene Mental y Alcoholismo, la que posteriormente se denominó Sección Salud Mental, teniendo recién su primer encargado el médico Luis Custodio Muñoz, en 1960. Asimismo, durante la década de 1950 se amplió la formación psiquiátrica a otras instituciones resaltando la creación de la Cátedra de Psiquiatría en la Pontificia Universidad Católica de Chile, liderada por el médico Francisco Beca (Escobar 2015).

La década de los 50, además, estuvo marcada por el desarrollo de tratamientos farmacológicos como los neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos (Murillo 2002). La introducción de psicofármacos fue una verdadera revolución en la salud mental. Destaca así el descubrimiento del litio cuyos estudios comenzaron en 1947 y otros medicamentos como la clorpromazina en 1952; el Meprobamato; la Reserpina en 1954; el descubrimiento de la imipramina en 1955; del uso psiquiátrico de la iproniazida en 1957; la introducción del clordiazepóxido en 1960; entre otros (Escobar 2010 b; López-Muñoz *et al.* 2000).

En Chile se produjo la introducción de la clorpromazina y la reserpina cuyos efectos permitieron el alta del 51 por ciento de los enfermos según Escobar (2010 b). El médico Francisco Beca y sus colaboradores confirmaron las ventajas del uso de ambas drogas, especialmente en diagnósticos como psicosis agudas incluido el *Delirium*

Tremens. “Estos hallazgos modifican el comportamiento de los pacientes y permiten el alta de una importante cantidad de pacientes alcohólicos, esquizofrénicos, maníaco-depresivos, etc.” (Escobar 2010 b: 247).

En 1950 se creó la Asociación Pro Alienados emplazada en la calle Brasil N° 53, organismo autónomo cuyo objetivo era:

“Ayudar a los enfermos mentales indigentes del Hospital Psiquiátrico, con alimentos y vestuario. Satisfacer necesidades de los enfermos y del Hospital que señalen los médicos y asistentes sociales (donación de Aparato de Electro-Shock y Electro- Cardiograma). Colaborar en laborterapia de los médicos, procurándoles a los enfermos instrumentos de trabajo. Poseen en el hospital, un taller de costura con máquinas de coser. La ayuda que presentan es tanto de tipo material como espiritual (Hacen fiestas, dan conciertos, realizan entretenimientos varios)”²⁰³.

A lo anterior se suma la creación en 1953 de la Liga contra la Epilepsia que, aunque no puso su foco en el psiquiátrico, su desarrollo se vinculó al cuidado de enfermedades que se atendieron extensamente en dicha institución.

Con respecto a las condiciones infraestructurales de la época existen escasos registros escritos. Sin embargo, se presenta el testimonio del Dr. Gustavo Murillo quien visitaba el hospital siendo un niño, ya que su padre fue también médico psiquiatra:

“Yo conocí el hospital antiguo de niño, eran casas de dos pisos, casas de campo preciosas, estaba en el lugar donde está ahora. Al frente había muchos departamentos de crónicos que eran de un piso, pero muy elegantes y muy bien tenidos. Había un gimnasio y estaba el pensionado al frente. Toda la cuadra de al frente era del hospital y la cuadra norte también, atravesando Santos Dumont también era del hospital y entonces todo eso fue desapareciendo” (Entrevista G.M.)

Durante esta época se consolidó el psicoanálisis, corriente que en Chile se identifica desde la década de 1930 en adelante con médicos como Luis Matte Blanco. Él realizó sus ensayos posteriormente en el manicomio, en el sector C, específicamente en el Patio 5 de mujeres a cargo del médico Carlos Soto Rengifo en la década del 50 (Ruperthuz 2013). Por otra parte, a fines de los años 50 e inicios de los 60 Armando Roa introdujo el método

fenomenológico que buscaba instalar la relevancia del síntoma como “inseparable del contenido anímico” (Roa 1960: 11). Esta visión ponía el acento en la propia vivencia de los y las enfermas, en un entorno de condiciones materiales, sociales y culturales, es decir, del contexto y no solo del síntoma desde una perspectiva biológica.

“De ahí que una historia clínica deba contener los síntomas, la manera cómo se han obtenido, la descripción textual hecha por el enfermo, la tonalidad afectiva del relato y la entrevista, su repercusión en la mímica, conducta espontánea y provocada, tanto frente al examinador como al ambiente del hospital y de la casa, el cuidado en el vestir y en el arreglo personal, el sentido del tacto social, de la oportunidad, de las distancias sociales, del control de las necesidades instintivas, todo ello descrito de manera de provocar en quienes no hayan visto al enfermo la imagen viva y rigurosa de él” (Roa 1960: 15-16).

En ese sentido, entre las décadas de los años 50 y 60 se observa una ampliación en las corrientes interpretativas en torno a la enfermedad psiquiátrica. La presencia de nuevos métodos así como de las miradas biologicistas, se centraron en la comprensión de los mecanismos que operan en el desarrollo de la enfermedad, lo que permitió ampliar los rangos diagnósticos y terapéuticos, a lo que se sumaron a los nuevos tratamientos farmacológicas. No obstante, estas iniciativas respondieron a intereses personales de los médicos y no a miradas de carácter institucional y menos de tipo nacional.

Con respecto al desarrollo de otro tipo de terapias, Menchaca y Rojas (1962) señalan que en los inicios de la década de 1960 la recreación en espacios de pacientes agudos estaba en manos de las asistentes sociales. En cambio en el caso de los crónicos, registran la exhibición de una película o documental cada 15 días, la realización de comités de apoderados para fiestas y otras actividades. No obstante, en el caso de la ejecución de talleres para crónicos, la iniciativa se dejaba a las y los auxiliares, dependiendo de su propia motivación, sin orientación técnica ni equipo profesional.

Durante este periodo se aprecian recursos muy limitados tanto con respecto a la cantidad anual como a la gestión de estos mismos. De hecho, llama la atención que para 1961, encontrándose el hospital en una situación precaria, no se hayan utilizado todos los recursos anuales presupuestados (Menchaca y Rojas 1962). Asimismo, surge la presencia

de la fundación Pro alienados, que fue un aporte fundamental con respecto a la alimentación y vestido de los internos.

Para 1961 el hospital contaba con 2.389 camas, de las cuales 400 estaban destinadas a pacientes agudos “y el resto para sub-crónicos y crónicos” (Menchaca y Rojas 1962: 4). “Es un Hospital de los más grandes del país, con una dotación de enfermos considerable; lo que imposibilita, casi podría decirse, el buen tratamiento de ellos” (Menchaca y Rojas 1962: 5).

En relación a la organización interna, había una dirección de la cual dependían cinco servicios de psiquiatría; uno infantil y cuatro de adultos. Había un consultorio externo de atención a adultos, el que funcionaba en un sistema rotativo en el que los cuatro jefes de servicio, se hacían cargo por seis meses. A estas unidades se sumaban servicios para-psiquiátricos, es decir, para la atención de la “población intramural” (Menchaca y Rojas 1962: 4) que incluían Medicina General, Cirugía, Ginecología, Urología, Tisiología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Odontología. A ellos se agregaban servicios médicos que denominaban de “colaboración diagnóstica” como el laboratorio clínico, laboratorio de investigación psiquiátrica, radiología, electroencefalografía y anatomía patológica. Finalmente estaban los servicios calificados como de colaboración médica como enfermería, farmacia, servicio social, administración, alimentación, guardia y residencia.

Con respecto a las condiciones del hospital:

...“en los patios de enfermos crónicos son malas, existiendo una gran diferencia con los departamentos de enfermos agudos, debido a que los primeros permanecen por largos años en el hospital; demostrando así la necesidad de crear nuevos y más hospitales de esta índole” (Menchaca y Rojas 1962: 5).

DETALLE DE GASTOS PRESUPUESTARIOS EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y CLÍNICA INFANTIL AL 31 DE DICIEMBRE 1961.				
ITEMS	PRESUPUESTO	INVERTIDO	MAXOR GASTO	MEJOR GASTO
06-1 a) Ret. Aliment. Enf.	144.276,73	145.945,41	1.668,68	
06-1 a) L.I. " "	140.250,00	139.419,09		
06-1 b) Ret. Aliment. Per.	11.750,00	12.529,95	799,95	830,91
06-1 b) L.I. " "	11.750,00	11.358,51		
06-2 Ret. Farmacia...	57.530,83	44.536,54		391,49
06-2 L.I. " "	16.400,00	15.480,98		12.594,29
06-3 b) Agua, Luz y Lumbre	81.000,00	70.816,30		619,02
06-3 c) Lavandería.....	45.660,00	45.559,36		10.183,70
07- Ret. Adquisiciones	26.912,20	20.002,92		90,64
07- L.I. " "	11.453,00	9.502,62		6.909,28
08- a) Repar. Edificios..	44.800,00	42.208,51		1.947,38
16-1 Subsidios	73.684,18	78.848,78	5.364,60	1.992,49

Figura 5.54. Detalle gasto presupuestario de Hospital psiquiátrico y clínica infantil.
Fuente: (Menchaca y Rojas 1961: 3)

Este mismo año, destacó un reportaje hecho por el escritor José Donoso para la revista *Ercilla*, en el que planteaba:

“No se puede decir que los enfermos de los pabellones nuevos del Hospital Psiquiátrico, destinados a casos agudos, se encuentren en malas condiciones. Allí, el esfuerzo esporádico de las Autoridades y el interés individual de algunos médicos han logrado algo. Pero estos puestos esfuerzos pierden eficacia, porque médicos y autoridades no se han puesto de acuerdo, no aúnan sus luchas para trazar un programa coherente en que los esfuerzos se sumen para lograr eficacia. Es cierto que en los pabellones nuevos la ropa es limpia, que los baños son decentes, que existe el instrumental necesario. También es cierto que en algunas secciones los médicos están aplicando técnicas nuevas con resultados prodigiosos. Pero no hay voces que lleguen y muevan a las autoridades, para ponerse de en forma orgánica respecto de las necesidades de cambio y al tipo de hospital que las técnicas modernas requieren. Así, las ventanas de los pabellones nuevos no son aptas para un hospital psiquiátrico; y aunque hace tiempo se habla de calefacción, no existe más que en forma de braseros peligrosos por la naturaleza misma del enfermo mental. Pero al comparar esta sección con el resto del hospital, habitado por dos mil enfermos crónicos parece un paraíso” (Donoso 2004: 350)

Asimismo, mostró el patio 13, a cargo de Armando Roa, del cual señaló:

“Cruzando la calle Santos Dumont, hacia el norte de la manzana del hospital psiquiátrico, existe una trágica tierra de nadie: Es el patio de Reos. Mitad cárcel

mitad manicomio. Es el peor patio del hospital. Las últimas lluvias derribaron una porción considerable. El dormitorio inmenso se llueve “como afuera”. Los ciento veinte reos-psicopáticos no se escapan porque no tienen ganas, porque fácil sería, pese a la vigilancia de los gendarmes. En realidad no se fugan porque temen aún más a la policía. Este sector del hospital está condenado. Los terrenos que ocupan han sido cedidos a la Universidad de Chile y los patios deben caer. ¿Pero que se hará con estos ciento veinte reos? Nadie ha tomado aún una determinación, a pesar que la demolición debe comenzar pronto. No pueden ser colocados en otros patios del hospital. No hay lugar en la cárcel: el director de Prisiones, Rafael Silva Lastra, ha escrito últimamente una carta solicitando la urgente de hospitalización de cien reos diseminados en los establecimientos del país, que no pueden permanecer en las cárceles. La demolición se viene encima, y nadie ha tomado una determinación. Hay homicidas que esperan sentencia, hacinados, inmundos en dormitorios con las paredes descascaradas, con las ventanas propicias para la huida. Pero no todos son homicidas y furiosos. Hay un alienado que entró en 1917, un anciano tranquilo y balbuceante que anda por todas partes con un palo porque se cree carabinero. A éste lo mandan a la esquina a comprar cigarrillos y el diario. Pero nadie se ha preocupado de interiorizarse en casos como el de Modesto Yévenes. ¿Cómo? El médico que atiende el patio no tiene tiempo para asistir más que tres veces por semana un par de horas, ¿cómo cuidar así en formas debida de los enfermos, si además tiene otros patios que atender, y su oficina es una miseria?

El mismo médico que atiende patios de reos atiende otro en que se encuentra una enferma que se ha fugado más de veinte veces. Basta que las auxiliares la pierdan de vista un instante para que como un gato suba a los tejados por cualquier parte y huya. Las dosis de calmante no son suficientes para contenerla. El efecto del electroshock le dura cinco días y luego de nuevo emprende la fuga. La policía la trae de vuelta una y otra vez, porque afuera da escándalo, se desnuda en las plazas y en las calles, presa de delirios sexuales. Se intentó una operación que la tranquilizaría en forma definitiva mediante la extracción de una parte del cerebro. Pero después de la primera fase de la operación, la enferma se destrozó la herida, que se infectó y ha sido imposible volver a intervenir. Mientras tanto se ha intentado todo: los tranquilizantes no surten efecto, y si se le pone camisa de fuerza, la enferma se mueve día y noche, de modo que el cuerpo se le llena de lacras y se agrava aún más. Esta enferma de treinta años, de ojos claros y brillantes, pero

reducida a un harapo humano, es uno de los espectáculos más macabros que ofrece el hospital: sin saber qué hacer con ella mientras llega la hora de la operación que la tranquilizará en forma definitiva, los médicos la mantienen encadenada de un pie, como un animal, en los momentos que su deseo de fuga se hace violento. Esto no puede suceder. No hay excusas, ni las más plausibles, para que en el siglo XX se encadene a un enfermo” (Donoso 2004: 354-355).

El reportaje en la revista *Ercilla* tuvo tal impacto que incluso permitió que se generara mayor formación de psiquiatras, como especialidad falente:

“¡Qué le han dicho a Donoso cuando le propusieron lo del Psiquiátrico!... que le gustan las cosas lúgubres... entró también el fotógrafo Bibí de Vicenzi, y entonces van de patio en patio, fascinados y aterrorizados (...) El curso de Roa era en el pabellón 13 y frente a este lugar, cuidaba el pabellón 13, la Reina de España, que limpiaba el W.C, el “trono”, de manera muy cuidadosa (...) y habiendo encontrado eso, vinieron las fotos, pa!, pa!, pa! Esas fotos aparecieron en la portada de la revista *Ercilla* (...) la *Ercilla* la leía todo el mundo, la revista llegó a manos del Presidente J. Alessandri Rodríguez, y a la semana de esta publicación se ordenó generar las becas y los 28 postulantes teníamos cargo de especialidad en falencia” (Entrevista a Rafael Parada)²⁰⁴

Desde mediados de la década de los 60 se observó un cambio importante en relación al desarrollo de la psiquiatría nacional. Este se entiende en el contexto de las transformaciones sociales revolucionarias de la época, pero se retrotrae a un proceso vinculado a la relevancia de la salud como tarea del Estado. En este marco es que a fines de la década de 1960 en el Chile de la Unidad Popular²⁰⁵ se desarrolló de forma pionera en América Latina un modelo comunitario, el que alcanzó un desarrollo incipiente, hasta la dictadura.

El proyecto se estructuró a partir de un modelo que promovía un sistema de red de servicios territorializado, relacionado con un modelo de trabajo en la comunidad que implicaba, entre otros aspectos: “la delegación de funciones, la creación de monitores como agentes comunitarios, la difusión de los programas de salud mental utilizando las plazas públicas o las sedes sociales” (Desviat 2020: 31).

En 1966 se creó el primer programa nacional de salud mental que planteaba, entre otros aspectos, incorporar a la comunidad en roles activos dentro del sistema asistencial. Estas aproximaciones destacan los médicos Juan Marconi y José Horwitz (Medina 2002 b) y la integración de los servicios de salud mental comunitarios con Atención Primaria de Salud (APS). Estas iniciativas se llevaron a cabo a raíz de la discusión mundial de la desinstitucionalización, con esfuerzos iniciales por parte de los médicos Juan Marconi, Luis Weinstein y Martín Cordero, en diversas partes del país (Minoletti *et al.* 2012).

Pese a estos relevantes cambios, se observaron algunos avances a nivel de infraestructura. Ellos ocurrieron principalmente fuera del ámbito del propio Hospital Psiquiátrico. Se trata principalmente del desarrollo de unidades de psiquiatría en la proyección de hospitales regionales como el de Temuco y el de Puerto Montt, ambos inaugurados a inicios de la década de 1970.

Estos planteamientos se enmarcan en la fuerza que adquiere la laborterapia para la época. El trabajo se integra como parte de la terapia ocupacional, cuestión que ya se vislumbraba desde el tratamiento moral, pero cuya principal diferencia se vinculó a la profesionalización de esta. Ya no solo afin a la realización de una tarea de tipo industrial, sino que a comprender el proceso en relación a cada paciente. No obstante, esto recién se llevó a la práctica como parte de un programa nacional a inicios de la década del 2000, debido a las escasas condiciones materiales y técnicas para desarrollar este tipo de terapia²⁰⁶.

Anteriormente se intentó aplicar en el patio 9 del psiquiátrico, gracias a los psicólogos Luis Montecino y Mirentxu Bustos, un primer acercamiento a terapias de tipo conductual, correspondientes al sistema de economía de fichas, el que se vio interrumpido por la dictadura (Montesinos 2018), y que solo volvió a ser implementado en el Sanatorio El Peral en 1976 y a inicios de la década de los 80 en el Hospital psiquiátrico²⁰⁷.

Sin embargo, las condiciones en el Hospital psiquiátrico siguieron siendo deplorables. Ello queda en evidencia por la profundización en el hacinamiento. Para resolver este problema se generaron algunas soluciones asistenciales fuera de Santiago, como la inauguración en 1969 del Hospital psiquiátrico Philippe Pinel en Putaendo emplazado en

el antiguo sanatorio de Tuberculosos ya en desuso. También se realizó un traslado al nuevo recinto de 1.100 pacientes desde el Sanatorio el Peral y el Hospital Psiquiátrico, reduciéndose 1.000 camas en este último (Murillo 2002).

En el ámbito de la organización interna del Hospital psiquiátrico, a finales de la década del 60 contaba con 4 Servicios Clínicos dirigidos por los Dr. A. Téllez, O. Peralta, J. Horwitz y E. Brücher E. (Murillo 2002). A su vez, se distingue una ampliación de los servicios integrándose nuevos profesionales de carreras como psicología de las universidades de Chile y Católica (Medina 2002 a).

En este proceso destacó el desarrollo de la Terapia Ocupacional. A fines de la década de 1950 se interioriza en la disciplina, lo que generó actividades en las cuales colaboraron asistentes sociales, funcionarios y voluntarias (Escobar y Sepúlveda 2013). Este trabajo inicial buscaba la utilización de actividades en todas sus formas, adaptadas al tipo de enfermo con el que se trabajaba (Escobar y Sepúlveda 2013: 27). En el caso del Hospital, destacan trabajos de asistentes sociales como la tesis de Menchaca Goic y Mirna Rojas Flores de 1962. En el texto se plantean algunos de estos principios pero desde el punto de vista del trabajo social, considerando que recién el año anterior se había abierto el primer año de la carrera de Terapia Ocupacional al Hospital (Menchaca y Rojas 1962).

Con respecto a su extensión para aquella época, aunque hay escaso registro documental de ello, el Hospital abarcaba una superficie similar a la del periodo anterior. Su amplitud era bastante mayor a la de hoy, comprendiendo parte de los terrenos al norte del actual Instituto, en la vereda norte de la calle Raimundo Charlin. Allí se había emplazado el Asilo de Temperancia.



Figura 5.55. Fotografía enfermas pabellón N°17.
Fuente: (Menchaca y Rojas 1962: s/p).

En relación a las condiciones humanas y materiales destaca la descripción del patio femenino número 17, el que contaba con 150 internas:

“Hay un comedor, pieza relativamente pequeña con ventanas, barrotes y enrejado de alambre. Hay ocho mesones y otras tantas bancas, todo de madera; no hay manteles y como las enfermas dan vuelta la comida que se desparrama por las mesas hasta llegar al suelo, permanece siempre húmedo, maloliente y con apariencia de suciedad.

Los dormitorios son amplias piezas en las que están hacinadas las camas en todas las direcciones posibles, para aprovechar mejor el espacio; entre cada una de ellas hay menos de medio metro de separación. Todas tienen colchas blancas, lo que haría resumir que el resto de la ropa de cama estaría limpia; no es efectivo, ya que en una ocasión en que tratamos que seis enfermas tendieran sus camas como un medio para efectuar laborterapia extendida a los patios, y no sólo en el taller, se pudo constatar lo inmundo de las sábanas, frazadas, los colchones de paja vacíos y rotos.

Al averiguar la causa de esta miseria y suciedad se obtuvo como respuesta que es por falta de fondos y que como se trata de enfermas crónicas e indigentes, no se le da importancia al bienestar personal. Agudo contraste con el patio de pensionado de señoras que está al lado de este pabellón.

Las enfermas permanecen todo el día acá tiradas en el suelo por carecer donde sentarse, a pleno sol en el verano y expuestas al frío y a la lluvia en el invierno. Sin responsabilidad, ni control ni disciplina que regule y encamine sus andares, la enferma poco a poco se sume en el aislamiento y la indiferencia. Escasamente vestidas la mayoría con una camisa de mezclilla, pocas con zapatos, varias desnudas. Sus cabellos son cortos, dan la impresión de erizados por la falta de peinado, y si a esto se le suma la expresión de la cara algunas inexpresivas, otras reflejan intenso drama interior, alegría a carcajadas, tristeza volcada en llanto, agresividad en gritos; la actividad extraordinaria de otras que corren o caminan apresuradamente como si tuvieran un objeto preciso, o el autismo exagerado en que nada tiene importancia sino su propio mundo, dando la impresión de una cáscara vacía, no un ser humano; se obtiene un cuadro deprimente gris, triste, algo que impresiona y aterroriza, y hace aparecer a estas mujeres como sub-humanas.

Ciertas enfermas han llegado a una disociación tal con el resto del ambiente y tanto se han sustraído de la vigilancia, que incluso satisfacen necesidades biológicas elementales como el comer, alimentándose con los desechos de los basureros y excremento.

Nada hacen y nada se les permite hacer; en nada se ocupan y en nada pueden ocuparse, pues éste es el régimen de vida imperante en el hospital.

Dentro de este panorama general de vida no existen relaciones interhumanas, salvo rudimentos de sociabilidad que se establecen en base a los elementos de la patología, sociabilidad incontrolada que no beneficia en absoluto a la enferma, sino que por el contrario, no hace otra cosa que cultivar y fomentar aún más los constituyentes del núcleo mórbido.

Este aspecto contrasta en forma evidente, con un pabellón recién construido en la parte posterior, detrás del comedor, por la Sociedad Pro-Alienados y otros, dedicado a la Laborterapia propiamente tal. Es una habitación de grandes dimensiones, con dos piezas pequeñas y un baño, rodeado de ventanas y circundado por un jardín que las mismas enfermas han hecho.

El cambio de ambiente es notorio y hace que lo sórdido y triste del patio N°17 aparezca aun peor” (Menchaca y Rojas 1962: 55 - 57).

La descripción anterior permite adentrarnos en la penosa situación de las mujeres alienadas indigentes. Esto se condice con una mirada de la salud en la que siguiéron primando las condiciones económicas como posibilidad de recibir mejor trato. Lo mismo ocurre con el tipo de enfermedad siendo los diagnósticos crónicos una sentencia, prácticamente, de encierro perpetuo. Igualmente, aunque la separación de agudos y crónicos constituyó un aspecto positivo para los primeros, la realidad es que generó una mayor precarización de los segundos. El drama se acentuó, registrándose algunas modificaciones en la década de 1980, pero continuó siendo un modelo que recién cambió ya iniciada la década de los 2000 con la consolidación del sistema de hogares protegidos.

La precarización anterior coincide, además, con algunas prácticas de experimentación de tratamientos altamente invasivos en mujeres crónicas e indigentes en la década de 1930 (Araya y Leyton 2009). Estas experiencias no sólo reafirman las condiciones infrahumanas en las que se encontraban parte importante de las internas sino del aprovechamiento de éstas con fines “científicos”, aspecto en la actualidad regulado.



Figura 5.56. Enferma diagnosticada con esquizofrenía hebefrénica. Se observa el patio con árboles sin hojas, piso de baldosas de cemento y tierra, bancas de madera y ropa colgada
Fuente: (Menchaca y Rojas 1962: 81)

Durante esta época existe escaso registro de crecimiento y mejora infraestructural, siendo el salón de Laborterapia, uno de los pocos ejemplos. El espacio, construido por la sociedad Pro alienados a inicios de la década de 1960, y la presencia de un jardín alledaño, construido por las mismas internas, permite comprender la motivación, por parte de un grupo de funcionarias y enfermas por mejorar el lugar. Se señala cómo el desarrollo de actividades constituía un quiebre dentro de su vida institucionalizada, generando motivación, liderazgo e incluso “se apreciaba un cambio tan notorio, como si en realidad fueran normales, pues incluso los diálogos y temas discutidos parecían de personas sanas” (Menchaca y Rojas 1962: 62). No obstante, volvían a su situación anterior al término de los talleres.

Para 1969, El Dr. Gustavo Murillo describió sobre las dimensiones de la Institución:

“Toda la cuadra de al frente era del hospital y la cuadra norte también, atravesando Santos Dumont también era del hospital y entonces todo eso fue desapareciendo. El año que yo llegué, el 69, ya a trabajar, a formarme, había tres mil pacientes en el hospital. Actualmente hay creo 600, que es la misma cantidad de pacientes que había en el 1889, datos que tengo yo de un antepasado que escribe la historia del hospital también y describió el hospital, don Adolfo Murillo Sotomayor, higiene de la asistencia pública de Chile” (Entrevista G.M.).

Ya para 1970 aún no se disponía de Anatomía Patológica, pero se llevó a cabo una ampliación de otros servicios como el de Psiquiatría Infantil, Medicina Interna y Neurocirugía. Además, se sumó atención ginecológica, de otorrinolaringología, rayos, posta antialcohólicos y una sala de guardia para atención de urgencias que posteriormente se convirtió en Servicio de Urgencias. También se agregaron talleres de rehabilitación, dentro de los que se contaban la realización de muebles, guitarras y juguetes (Murillo 2002).

En 1972 se inauguró el hospital diurno, iniciativa de Enrique Paris –y también su primer jefe hasta su muerte a manos de agentes del Estado en dictadura– evento al que asistió el entonces presidente Salvador Allende. Este establecimiento se ubicó en el lugar en donde en la década de 1990 se emplazó el Servicio Orientación Médica Estadística (S.O.M.E.). Su funcionamiento fue hasta 1974, momento en que se transformó en unidad de Adolescencia. Ese mismo año se formó el Servicio de Rehabilitación de Alcohólicos dirigido por el médico Gustavo Murillo hasta 1978 (Murillo 2002).

Finalmente, entre la década de 1930 y 1960 se hace evidente una preocupación estatal por el desarrollo de la salud. Esto se refleja en la conformación del Código Sanitario y tiene como resultado una expansión de la psiquiatría a nivel nacional, aunque siempre limitada por la falta de recursos. Además se ponen en práctica una serie de iniciativas como la Asociación de Higiene Mental; el desarrollo de nuevas terapias biológicas y farmacológicas; y la conformación inicial de un primer Plan de Salud Mental en 1968. No obstante, estas acciones representaron una solución marginal con respecto al problema nacional, lo que se manifestó, entre otros aspectos, en las deficientes condiciones materiales.

Asimismo, tanto las condiciones materiales, como el acceso a terapia durante este periodo estaban delimitados por factores como la clase social, el tipo de patologías y por la condición del enfermo de agudo o crónico. A su vez, se observó la formación de la sección clínica dentro de la institución y, posteriormente, de la Clínica Psiquiátrica a partir de la década de 1950. En los espacios de clínica vinculados a pacientes agudos se observaron mayores esfuerzos terapéuticos, debido a la posibilidad de mejora. Sin embargo, los enfermos crónicos siguieron encontrándose en tierra de nadie, profundizándose su situación asilar, aspecto que fue empeorando en la década siguiente.

5.1.g. De Hospital Psiquiátrico a Instituto Dr. José Horwitz Barak, la institución durante la dictadura.

El año 1973, con el golpe de estado, se frenó el incipiente desarrollo del Hospital. A partir de esa fecha se sucedieron diversos directores como los Dr. Molina, Vergara, Dreckmann, Horwitz y Parada. Hasta 1979, año en que el médico psiquiatra Luis Gomberoff asumió el cargo y permaneció en él hasta 1989, año de la salida de Pinochet del poder.

Esta época marco un quiebre relacionado con el miedo y la desconfianza que se instaló en todo el país, cuestión que se expresó entre los funcionarios del hospital:

“En la cátedra de Téllez había comunistas, había gente que no era comunista como yo, gente demócrata cristiana, de todo. Antes de las elecciones del 70 dijo "salga quien salga vamos a hacer un almuerzo de todo el servicio" y convivíamos y éramos amigos todos. Después del golpe militar, se transformaron en enemigos, muchos porque si no más” (Entrevista G.M.)

Con respecto a la situación infraestructural y sanitaria del lugar, la década del 70 marcó un periodo de franco deterioro. Lo anterior en el ámbito local posterior al derrocamiento del gobierno democrático de Salvador Allende y la imposición de una dictadura que dentro de sus ejes programáticos sentó las bases de políticas estatales neoliberales centradas en el recorte del gasto público. De este modo, se instauró un modo de organización y distribución de los recursos de la salud pública aún más restrictivo que el precedente (Almeida, 2002; Aedo 2001), el que se reflejó sobre todo en uno de los sectores históricamente más precarizados: los pacientes psiquiátricos. Esto, además en el contexto de la Constitución de 1980 en la que el Estado se validaba desde su rol subsidiario, estableciendo el derecho de la libre elección, incluso por sobre la posibilidad del acceso a la salud.

Durante el periodo, los distintos directores intentaron hacer frente a la crisis en la que se encontraba el lugar debido a las mayores restricciones presupuestarias. El año 1978 el hospital se encontraba en una crisis sin precedentes, acéfalo y en condiciones sanitarias y humanas deplorables:

“800 pacientes crónicos habitaban departamentos como el 5, 1, 4, 2, 17, 11 y 6, de los cuales los arquitectos que inspeccionaron concluyeron: “las edificaciones no están en condiciones de ser habitadas, constituyéndose en una amenaza para la integridad física, tanto de los pacientes como de los funcionarios. Se recomienda su demolición por lo costoso que resultaría su reparación” (Gomberoff 2002: 91).

Para la fecha había dependencias que no contaban con servicios básicos, como agua caliente—se describe que en algunos de los patios de crónicos se debía calentar el agua en palanganas con leña— y la cocina se encontraba completamente cubierta de hongos y bacterias (Gomberoff 1979). Con respecto a la infraestructura de otros sectores, en el caso del servicio de hospitalización de Psiquiatría Infantil, el informe arquitectónico decía que las grietas que se observaban no soportarían un movimiento telúrico. Es más, como señaló Gomberoff, “Nunca olvidaré cuando, ya estando en la Dirección, se derrumbó el baño de uno de los departamentos de crónicos. No fue por un temblor, aparentemente fue por un camión que pasó por la calle. Afortunadamente no hubo víctimas” (2002: 91).

Hacia 1978 el 50 por ciento de los pacientes hospitalizados se encontraba en estado de desnutrición y había epidemia de tuberculosis. Esta situación era extensible a todas las instituciones de salud mental, como lo refiere la evaluación realizada por Juan Marconi en 1976 a El Peral en la que describe a ese asilo como un “establo humano”. Es más, German Zhanghellini, director de la institución entre 1977 y 1981, tomó una serie de 49 fotografías que llevó personalmente a Londres donde buscó financiamiento para la creación de un hogar protegido dependiente del hospital (Ibacache *et al.* 2020).

En 1979, Gomberoff publicó un programa de restructuración que sentó las bases del trabajo en los siguientes años de la institución. Su plan permitió generar avances con respecto a la organización interna del establecimiento y a aspectos infraestructurales. Siempre en la lógica de administrar pobreza, un ejemplo de cómo han funcionado las instituciones públicas de Salud Mental en el país.

La llegada de médicos como Gomberoff, generó cambios notables en la organización interna del hospital:

“Y ahí comenzó a haber una atracción de los siquiátras de afuera por venir al hospital, porque se fomentó la docencia, la investigación, las reuniones clínicas. Hubo un momento en que vinieron muchos médicos, entonces se agilizó el tratamiento y sobre todo la parte docente, de formar psiquiatras y mejoraron las condiciones físicas también” (Entrevista D.C.).

En esa línea el Dr. Murillo señaló:

... “hubo una época en que hubo varios directores del hospital. Hasta que finalmente a un compañero de curso mío, amigo de otro compañero de curso mío, cercano a la junta, lo nombran director del hospital, el año 80 y ahí viene el cambio. Y él nombra a su hermano jefe de servicio, todo eso es nepotismo puro y yo, ya había muerto Téllez, así que yo trabajaba con Mario Varela y ahí hubo una especie de disputa, en la que no entró Mario Varela, porque era superior” (Entrevista G.M.).

Con respecto a la infraestructura y las dimensiones del hospital, esta era mayor a la actual, con edificios en la vereda poniente de Avenida La Paz y por el norte, en la vereda sur de la calle Santos Dumont:

... “nosotros estamos ubicados acá en Avenida La Paz, tenemos la calle Olivos que ahora se llama Sergio Livingstone, en el otro lado está Santos Dumont. Uno cruzaba Santos Dumont, que ahora eso está ocupado por marmolerías, y ahí continuaban las edificaciones de adobe y es en ese espacio donde estaban más alejados y menos a la vista, por decirlo así, de este lugar que era el principal (Entrevista Y.R.).

Eran patios de crónicos que estaban en muy malas condiciones. Eran como una especie de casas de adobe antiguas, con unos pasillos largos y entonces tenían como unas rejas de gallinero y estaban estas personas en el patio, en muy malas condiciones, desde todo punto de vista y muy tomados, muy sicóticos, muy tomados por su enfermedad. Y también al otro lado había como unas especies de dormitorios, pero que en realidad eran unas grandes piezas de adobe, que tu veías el adobe a la vista, en ladrillo. Y entonces ellas sacaban los ladrillos para construir unas especies de ventanitas por donde entraba un poco de luz. Entonces, a mí me

pasó ver, yo te digo, incluso cuando hice mi práctica, antes de eso, yo llegué en el 78, que estaban mezcladas también. Había usuarias, que le decimos nosotros ahora, pacientes igual, que no estaban tan mal y estaba como mezclado” (Entrevista Y.R.).

No había un manejo institucional con respecto a la terapia de pacientes crónicos, posiblemente por la condición de perpetuidad de este espacio, lo que generaba desde un progresivo aislamiento hasta la desconexión completa con el mundo exterior. Es en este contexto que se hizo relevante, como un legado de la década de 1960, la diversificación de los profesionales en la década de 1980 correspondiente a psicólogos/as y terapeutas ocupacionales. De todas formas, hasta iniciado la década de 1980 la realidad es que la mayor parte de los pacientes crónicos estaban a cargo de auxiliares de servicio, quienes eran personal sin formación técnica, dejando fuera:

... “en el tiempo de los departamentos de crónicos, antes que nosotros empezáramos a hacernos cargo, hay un cambio gigante. Como equipos de profesionales de hacernos cargo, eso estaba en manos de auxiliares. Por lo tanto, no se discernía tratamiento de castigo. Se usaba lo que describe la literatura antes, el baño y ahogados, el coma insulínico y el electro como castigo, porque no se discernía. Estaba descompensado, pum. Por ejemplo, si un paciente no hacía tal o cual cosa, está mal y si se enojaba por algo, está mal. Claro, eso ya cambió muchísimo. Ahora no, todo tiene que ser de acuerdo a la evaluación del equipo, del médico” (Entrevista M.L)

Pese a esto había algunas excepciones, las que dependían de la voluntad de los y las trabajadoras:

“La verdad, es que en ese tiempo estaban, que aún, de alguna manera, se mantiene en el recuerdo y en el lenguaje de los funcionarios más antiguos, los números. Entonces, estaba el departamento uno, el dos, el tres, etc. y entre esos departamentos se destacaban dos. El departamento uno, que era de damas, en que había una funcionaria que se destacaba por su labor y ella, de alguna manera, desde su iniciativa, sin tener una formación académica, por decirlo así, les

brindaba a esas usuarias la posibilidad de realizar algún tipo de actividad, por el solo hecho de que el hacer algo es beneficioso para la salud mental. Y estaba por otro lado, el departamento seis, de varones. Que también estaba, en términos de género, un varón, un funcionario que era técnico de las mismas características de la señora anterior y que él también realizaba algún tipo de taller, recordando igual que en ese momento las terapeutas ocupacionales no accedíamos a esos espacios todavía” (Entrevista Y.R.).

Sin embargo, lo anterior fue una excepción, registrándose el uso de terapias como el electroshock a modo de castigo por parte de los y las auxiliares a los usuarios, sin indicación terapéutica propiamente tal y aplicado sin ningún tipo de resguardo ante el dolor como anestesia.

“Por ejemplo, en la estación de enfermería había una maquinita que era la máquina de electroshock, que ya no se usaba, como quien tiene una máquina de escribir vieja, estaba ahí. Pero las auxiliares, que eran todas señoras mayores de 50 años, me contaban que ellas pertenecían a los antiguos departamentos, estos que eran de 300 personas y que el médico venía como una vez al mes no más y ellas estaban solas con las pacientes. Entonces ahí el electroshock se aplicaba para tranquilizar a la persona y eso podía llegar a ser utilizado por "castigo" y se aplicaba "a sangre de pato", sin anestesia. Venían las que estaban mejor y ayudaban a sujetar a la persona, le ponían la maquinita y le daban la corriente. Entonces, yo me acuerdo que las auxiliares antiguas decían "esto se les aplicaba a las más bravas", como si hubiera sido un animal. No es que fueran malas, eran de otra cultura” (Entrevista A. A.).

Uno de los avances más notables para comprender las dinámicas sociales y materiales del psiquiátrico a inicios de la década de 1980 es el trabajo de Hugo Rojas, titulado “Sectores”, consistente en una observación participante efectuada durante 45 días por el autor y publicada recién el año 2010. El trabajo estableció como unidad de análisis el “sistema social” en el que los pacientes se insertan “es decir, las relaciones sociales existentes entre los pacientes y entre éstos y las personas encargadas de su cuidado y tratamiento” (Rojas 2011: 21) en contexto de reclusión (Rojas 2011: 21).

Nº norma	Normas sector x
1	Todo paciente que ingresa debe someterse a un inventario completo de sus pertenencias.
2	Queda prohibido ingresar o mantener objetos de valor (radios, relojes, etc.) o dinero en el sector. En caso de no cumplimiento y producirse pérdidas el sector no se hará responsable.
3	No se podrá traer al sector herramientas, cuchillos, máquinas de afeitar con gillette, eléctrica ni navajas, como tampoco ningún medicamento que no sea indicado por el médico tratante. En caso de no cumplimiento de estas normas, estos serán requisados.
4	La ubicación de los pacientes en las salas, se hará de acuerdo a las necesidades clínicas y el buen funcionamiento y armonía del sector. Será atribución del Sr. Auxiliar jefe de clínica y de los Sres. Auxiliares de turnos, el cambio de los pacientes.
5	Los Sres. Pacientes tendrán las siguientes actividades diarias habituales:
5.1	Levantarse: 7 hrs. Arreglo de sus camas
5.2	Baño y aseo personal: de 7 a 7.45 hrs.
5.3	Desayuno de 8.00 a 8.30 hrs. En el comedor del sector.
5.4	Actividades de la mañana:- Entrevistas con el médico tratante: según lista de llamado, los pacientes esperarán ser llevados por un auxiliar, según lista entregada por el médico, permaneciendo en el patio o en el comedor - Actividad de terapia ocupacional (según programa de terapia): deporte, gimnasia en grupos, recreación, actividades de club de terapia ocupacional del sector, etc. - Colaboración en el aseo, limpieza e higiene del sector. - Entrevistas con asistente social, exámenes, entrevistas con psicólogo y otros exámenes, según indicaciones médicas. - Los pacientes deberán permanecer en el patio del sector al desocuparse de las actividades especificadas.
5.5	Almuerzo de 12.00 a 12.30.
5.6	Siesta: de 12.30 hasta las 15.00-16.00 hrs. En sus salas.
5.7	Comida: de 16.30 a 17.00 hrs. En el comedor del sector.
5.8.	Las Actividades de la tarde consistirán en entrevistas médicas, actividades de terapia ocupacional y otras, según indicación, y se realizarán después del almuerzo y reposo según el caso.
5.9	Los pacientes que deseen ducharse o asearse, pueden hacer uso del baño en la tarde de 16.00 a 17.30 hrs.
5.10	Televisión: el horario de la televisión será desde las 17.00 hasta las 20.00 hrs. Sin embargo, para los pacientes que lo deseen el horario máximo es hasta las 21.30.
5.11	A las 18.30 se reparte habitualmente, agua caliente para tomar té o café preparado por los pacientes, exclusivamente en el comedor del sector.
5.12	Recogida: los pacientes deben acostarse entre las 20.00 y máximo las 21.30
*Nota:	Si hubiera un programa de televisión de especial interés de esparcimiento, se solicitará autorización a la enfermera del sector o al médico tratante para quedarse en pie más tarde que la hora de recogerse a dormir.
6.	Queda prohibido el uso de teléfonos en el sector (orden de dirección).
7.	Los pacientes no podrán hacer uso del permiso para salir del sector antes de transcurridas dos semanas de su ingreso.
8.	Toda salida con permiso después del plazo indicado debe ser autorizada por el médico tratante en formulario correspondiente. Este permiso debe ser entregado al Sr. Auxiliar jefe de clínica de turno quien regulará su adecuado cumplimiento. En los permisos por días completos, el enfermo deberá ser retirado por su apoderado según el caso o un familiar responsable de recibir los medicamentos, administrados según la

Nº norma	Normas sector x
	indicación, y regresar con el paciente en forma oportuna. El auxiliar jefe de clínica se encargará de entregar al enfermo y medicamentos, como asimismo revisar como rutina al paciente a su regreso de cada salida.
9.	Las visitas de los familiares son los días Martes, Jueves y Domingos, de 14.00 a 16.00 hrs. Los pacientes no podrán ser visitados en las salas.
10.	Los pacientes no visitados deberán, en este horario, permanecer en la sala de terapia ocupacional o el sector de salas.
	El conjunto del personal del equipo de salud del sector, agradece de antemano a los señores pacientes el colaborar con nosotros siguiendo estas pautas, a fin de hacer ordenada y provechosa su estadía en el servicio.

Tabla 5.5. Normas Sector “X” para pacientes en 1980, transcritas por Rojas (2011).

Entre los aspectos que Rojas (2011) da cuenta se encuentran la prácticas institucionalizadoras de tipo total, reflejadas por ejemplo en el reglamento de los pacientes operativo en esa época (ver tabla 5.5). Aquí se observa un proceso de despojo, de despersonalización que se inicia con el ingreso de la o el paciente con un acompañante, generalmente un familiar, momento en el que es entrevistado por el médico, quien se dirige al familiar. Posteriormente, le sigue una entrevista al familiar, sin el paciente, en la cual se estructura una concepción de la persona a partir de la percepción de otro. A eso se suma el retiro de los artículos personales, de cualquier aspecto de la identificación personal:

“Este ataque a la personalidad previa del internado puede, incluso, suponer el desfiguramiento o la pérdida de objetos ortopédicos, tales como dentadura postiza, lentes, corte de pelo a la usanza de la institución, etc.

Una vez realizado el proceso de recepción que incluye este despojo y otras amenazas al yo, tal como la exposición a la desnudez ante la mirada del personal, la persona es ya un interno, experiencia que generalmente es sentida por el sujeto como un menoscabo de su personalidad anterior” (Rojas 2011: 63).

La percepción de inferioridad del paciente se traduce también en sus objetos personales de todo tipo, incluyendo ropa, los que independiente de su valor, eran considerados con desprecio (Rojas 2011). Asimismo, es interesante dar cuenta del valor que adquirirían los objetos, muchos de los cuales podían ser considerados basura en el exterior pero que se constituyen en ajustes que permiten adaptar la vida institucional, cuestión que se hacía más intensa a mayor pobreza, en el caso de los patios de crónicos. Así por ejemplo, los

arcos de fútbol servían de tendederos de ropa, los envases de yogurt como vasos o ceniceros, las latas de conservas en ceniceros, piedras como martillos, los vidrios quebrados con un genero atrás eran utilizados como espejos, atados de ropa como almohadas, la elaboración de alcohol a partir de frutas, y rímel a partir de betún para zapatos, entre otros. De este modo, se observa una transformación del medio material condicionado por las falencias presentes en estos espacios (Rojas 2011).

A lo anterior se agregan una serie de estrategias para obtener bienes de prestigio o incluso prestigio por tener mayor probabilidad de ser atendido por un médico. Algunos de los internos eran capaces de alargar entrevistas para obtener más cigarros provenientes del entrevistador, generalmente el psiquiatra. Otros beneficios como las salidas que permitían hacerse de bienes en su mayoría prohibidos e incluso el intercambio de estos en el interior del instituto y también la obtención de aliños como medio para mejorar el sabor de las comidas.

Asimismo, el personal también generaba algunas conductas adaptativas, establecidas como “ajustes secundarios”, referidas a comercio, por ejemplo, de comidas, y el desarrollo de comidas nocturnas con la venta y participación de los internos y el personal (Rojas 2010). En lo que respecta a este trabajo, Rojas realiza una revisión pormenorizada de lo que denomina la “geografía” y la posibilidad de acceder a los lugares. Entre ellos realiza una serie de distinciones como la distinción entre el afuera y el adentro del hospital, separado por muros; así como las divisiones internas dentro del mismo hospital y de cada sector. Igualmente, establece la existencia de espacios de vigilancia y espacios libres definidos por Goffman, los que se presentan en función de diversos factores como la rutina, sin ser necesariamente espacios arquitectónicos estancos. En ese sentido, “prácticamente cualquier sector øde lo que hemos llamado espacio público puede, en algún momento, desempeñar para un interno la función de lugar libre” (Rojas 2011: 94)

Con respecto a la organización administrativa del Hospital Psiquiátrico, a inicios de la década de 1980 el hospital contaba con dos Servicios de Agudos, el A, a cargo de Varela y el B, el de Luis Gomberoff. A ellos se suma el departamento Psiquiátrico Judicial, antecesor de la unidad forense con que actualmente cuenta el Instituto. Este estuvo a cargo de Gustavo Murillo aproximadamente de 1970 a 1977, que a su vez dependía del servicio del Dr. Téllez (com. pers. Gustavo Murillo). Es relevante considerar, dentro de un marco

interseccional, la doble condición de subalternidad de estos a su vez pacientes psiquiátricos e imputados. Ambos aspectos generalmente están relacionados siendo este un espacio de derivación nacional por la sola presencia de la unidad, pese a que no contaba con directrices de manejo institucional. En ese sentido, destaca el testimonio del médico psiquiatra Roberto Ruiz quien señaló:

“Llegamos a los Departamentos Judiciales en Septiembre de 1981. Era un Departamento de hombres con 120 pacientes y uno de mujeres con 20 pacientes; o sea, más de un 10% de los pacientes del Hospital de ese año. No sabíamos mucho qué hacer. Había demasiados enfermos para un enfermero, un terapeuta ocupacional, 20 auxiliares de enfermería y cuatro psiquiatras en formación, con media jornada cada uno, asignados a trabajar en ese lugar” (Ruiz 1999: 153).

Se dan cuenta, a su vez, de una serie de problemas internos, relacionados con pacientes conocidos al interior de la institución como de difícil manejo. A esto se suma personal no especializado y en el que no se podía confiar ya que este también era un espacio punitivo para funcionarios, señalando el mismo Ruiz, “que el enfermero que había estado a cargo le pegaba a los pacientes y se le había pedido la renuncia” (Ruiz 1999: 153).

En la labor mencionada por Ruiz (1999) se indica que previo a la llegada de este grupo de psiquiatras la atención promedio anual de cada enfermo por un especialista era de dos veces al año, dejándose el tratamiento y manejo de los pacientes al personal auxiliar, quienes no contaban con la experticia. La falta de supervisión generaba como resultado manejos inadecuados de los pacientes a través de dosis muy altas de neuroepilépticos y electrochoques. Lo mismo ocurría con la aplicación de complejos tratamientos solo por conductas homosexuales; además de contención con grilletes, esposas y cadenas a las camas. A esto se sumaba la presencia de los gendarmes, como un ente de la fuerza pública, al interior de este espacio con escaso control.

“Enfrentábamos una situación cuyos límites desconocíamos y entonces nos abocamos a buscarlos, dándonos cuenta que era nada más que las murallas del edificios. Los Gendarmes cuidaban esa muralla y tres puertas en el único lugar de acceso. Los muros eran de adobes, de seis metros de alto por uno de espesor. Otro límite era que ahí no cabían más personas, había un máximo de 9mts² por

paciente, o sea que se había ido amontonando personas y dejado de hacer muchas cosas por ellas” (Ruiz 1999: 153).

A partir de estos antecedentes el equipo médico estableció algunas lógicas de funcionamiento que buscaban mejorar la calidad de su existencia, “las condiciones de vida en la que vivían los pacientes eran muy malas, subhumanas” (Ruiz 1999: 155). Dentro de las medidas que se pusieron en práctica se encontraba, por ejemplo, la atención ambulatoria de ciertos pacientes enviados por los jueces. Aunque esto chocaba con el sistema judicial, varios jueces estuvieron dispuestos a hacer lo que los especialistas sugerían e incluso esta estrategia permitió la creación de programas de seguimiento. A eso se suma, en 1984, la propuesta de este grupo de crear una unidad forense y la disminución de pacientes para crear una atmósfera más terapéutica (Ruiz 1999). Esto además devino en la construcción de un espacio con este fin correspondiente a la actual Unidad de Evaluación de Personas Imputadas y la Unidad de Desintoxicación y tratamiento para adolescentes con trastornos conductuales severos (UEPI/UDAC) que se instaló en un edificio de patio central de dos pisos en albañilería reforzada.

Todo el proceso consiguió generar canales de comunicación y confianza. Incluso se implementaron políticas de puertas abiertas cuando parte de los pacientes fueron trasladados de allegados al departamento número nueve luego de que el judicial se cayera debido al terremoto de marzo de 1985. La reubicación coincidió con las mejoras que se estaba intentando establecer junto con generar soluciones terapéuticas que se aplicaban en el departamento donde fueron recibidos por un año (Ruiz 1999).

En el contexto de una serie de mejoras, en 1983, el Hospital pasó a denominarse Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, como homenaje póstumo al homónimo médico quien, entre otros cargos, fue director del establecimiento (Escobar 2004). Sin embargo, su condición de instituto se habría consolidado de forma clara ya hacia fines de la década de los 80, denominándose aún por ese periodo de forma popular como “Psiquiátrico”. La acreditación como instituto por parte del Ministerio de Salud se le otorga por confirmarse como un establecimiento de referencia nacional para patologías en salud mental de alta complejidad y por poseer una función docente y de formación para médicos especialistas y otros profesionales del área de la salud mental (Abufom 2011).

Ese mismo año se creó al alero del Instituto la Sociedad Chilena de Salud Mental, la que se oficializó en 1985. Sus estatutos plantean que la nueva entidad tiene como objetivo el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental. La colectividad funciona hasta el día de hoy y permite generar iniciativas multidisciplinarias.

También en 1983 destacó el desarrollo de terapias para pacientes crónicos como por ejemplo iniciativas como el sistema de economía de fichas, correspondiente a una terapia conductual. Este programa se volvió a implementar en el Sanatorio El Peral a cargo del psicólogo Luis Montesinos en el año 1976. A partir de esta iniciativa se recuperó su práctica para el Hospital psiquiátrico y esta vez quedó en manos de terapeutas ocupacionales en los departamentos de pacientes crónicas.

“Se formó un proyecto en aquel tiempo, que funcionaba con lo que era una línea técnica que se usaba antes, sobre todo en larga estadía, que era con economía de fichas, donde era la recompensa por una conducta deseada. Y ese proyecto lo hizo un equipo para aplicarlo en el departamento once, pero la dirección de aquel entonces, propuso que se hiciera en el departamento de larga estadía de varones que se había trasladado acá y eso se traspasó al equipo nuestro” (Entrevista M.L.).

“La economía de fichas era un programa donde la persona, podía trabajar como hábito, desde hacer su cama, tenía tal puntaje; si hacía algunas labores de apoyo en los aseos, tenía otro puntaje y si había un huerto y se preocupaba del huerto, tenía un puntaje. La idea era que las personas empezaran a adquirir roles y funciones dentro del departamento. Y con esos puntajes, una vez a la semana, se abría lo que se llamaba "la tienda" y ellos podían canjearlos por productos” (Entrevista M.L.).

La aplicación de estas terapias tenía como objetivo incentivar la motivación de los y las pacientes y generar una futura inserción de los y las enfermas crónicos en la sociedad. Es así que el programa de El Peral buscó reforzar el desarrollo de actividades diarias con una mirada que permitiera la futura desinstitucionalización. En los dos años que duró el programa tuvo como resultado a siete individuos dados de alta de los que, no obstante, no hubo seguimiento posterior (Montesinos 2018).

En el caso del Hospital psiquiátrico destaca la labor de terapeutas ocupacionales quienes, especialmente a partir de la década del 80, se integraron a los equipos de trabajo. La incorporación de estos profesionales promovió el desarrollo de diversos talleres, así como el de programas, destacando el ya nombrado programa de economía de fichas en distintos patios. Pese a esto, su aplicación generó prácticas de empoderamiento de auxiliares a través del cobro a pacientes. Esta dinámica, propia de instituciones totales, guarda relación con la adquisición de poder debido al escaso control externo y sanción social en torno a prácticas de aprovechamiento de las jerarquías sociales en espacios donde el paciente se encontraba en la escala más baja.

Aunque se puede criticar la dinámica de la obtención de un bien material como medio de mejora, estas fueron iniciativas que buscaron incentivar el desarrollo de rutinas que facilitaran la futura inserción social de los y las pacientes, y así generar prácticas desinstitucionalizadoras. Además de permitir el acceso de bienes como cierto tipo de comida y cigarros, aspectos materiales escasos y de gran relevancia para el bienestar de los internos. Sin embargo, estas miradas terapéuticas nuevamente no se enmarcaron en una mirada colectiva de salud mental sino que en iniciativas particulares y siempre sustentadas en la voluntad del personal.

Asimismo, durante esta época la gestión de los médicos y médicas presentes fue de gran relevancia para la continuidad de la atención, la que era de gran dificultad debido a los escasos recursos. Tanto es así, que incluso existiendo a nivel mundial un importante arsenal farmacológico en la práctica la disponibilidad de estos era escasa.

“Cuando yo llegué a este hospital el año 75, solamente había tres medicamentos antipsicóticos. Era la clorpromazina, el meridil y después llegó el haldol. Llegó como dos años después de que yo había llegado aquí, recién, eran tres. Hoy día hay por lo menos unos 25 medicamentos antipsicóticos. Y ansiolíticos, los tranquilizantes. Claro, cuando yo llegué existía el meprobamato, que era más o menos no más, servía más como tranquilizante, y el diazepam” (Entrevista D.C.).

Asimismo, se indica que el uso en sectores de pacientes crónicas, esta disponibilidad era aún menor:

“En ese tiempo todavía no se llamaba Instituto Psiquiátrico, se llamaba Hospital Psiquiátrico. Había salido de su época de oro, que era con las monjas. Hospital Psiquiátrico, después de la dictadura, entonces estaba pobre, pobre, pobre. Entonces, había una frazada por cama y medicamentos había solamente clorpromazina y nada más. Existían otros medicamentos, pero el Hospital tenía solamente ese que era el más activo. Entonces, era una pobreza y un nivel de patología, gente muy descompensada, gente muy agresiva, o sea, cuando yo subí, me acuerdo que las auxiliares me dijeron "hay 6 que son de peligro, de agresividad física"” (Entrevista A.A.).

En relación a las condiciones infraestructurales, aunque existen escasos antecedentes como planos de la institución posteriores a la década de 1950, se debe considerar que se mantuvo más o menos similar hasta el terremoto de 1985, con el predominio de estructuras de patios centrales y habitaciones de gran tamaño, “eran más tipo barraca, eran como unas piezas enormes donde había muchas camas y las piezas terminaban en un baño” (Entrevista M.L.).

Todos estaban unidos entre sí:

“Eran construcciones con piso de tabla me acuerdo, lo que yo alcancé a ver, con patios centrales. Donde de un departamento caminabas para pasar al otro que estaba al fondo. Primero uno de varones, atravesabas ese y después estaba otra reja y había un departamento de damas, enorme” (Entrevista M.L.).

Por lo tanto, el terremoto de 1985 constituye un golpe de gracia a la ya alicaída infraestructura:

“Cuando fue el terremoto del 85, la mano de la naturaleza obró, yo diría que, en favor de alguna manera, porque todos estos espacios se vinieron abajo. Lo que se mantuvo fue lo que se tiene ahora como un patrimonio, que es el teatro, la lavandería, etc. Pero estas construcciones donde estaban hacinadas, porque es verdad, esa era la palabra, se vinieron abajo. Entonces, hubo que hacer una redistribución de los lugares donde ellas y ellos estaban. Hay que recordar que en esa época en estos espacios también funcionaba el departamento judicial, que era

donde estaban reclusos aquellos pacientes que habían cometido algún delito” (Entrevista Y.R.).

En ese marco se trasladó pacientes crónicos por ejemplo al actual edificio de terapia ocupacional, proceso brusco en donde no se consideró que el mundo espacial y social de muchos de los pacientes se reducía a su patio y que el traslado de estos constituyó un proceso de desarraigo. En ese sentido, se describe por ejemplo que los pacientes quebraron los vidrios del pabellón al que recién habían sido trasladados (Entrevista M.L.), pabellón que tampoco presentaban buenas condiciones:

“Había, desde el techo donde está ahora la cafetería, se filtraban los baños, la orina, el excremento y había unas especies de estalactitas que eran solamente formadas por las sales de la orina. Eso era. Los pacientes eran bañados por funcionarios, no todos, por eso te digo, porque no había control, con escobillones en el patio, en el invierno, manguereados. Y ya estamos hablando de los noventa” (Entrevista Y.R.)

Con respecto a la infraestructura posterior al terremoto, se rescata que los escombros no fueron inmediatamente retirados y la construcción de la plaza hoy día existente frente al teatro y la cancha de fútbol, fue gracias a la gestión de recursos donados.

“Porque para allá había muchas construcciones de departamentos de larga estadía. En esa plaza donde está el teatro, había departamentos de larga estadía, no estaba esa plaza. Se construyó este departamento nuevo y se construyó sobre lo que habían sido edificaciones antiguas, por lo tanto, cuando llegó el invierno, los patios se anegaron, porque el agua no drenaba. Tú entrabas y, con ciento cincuenta pacientes adentro, muchos de ellos en pleno invierno cuando llovía estaban en los patios con los pies en el agua. Era difícil, era una realidad tremenda, o sea, era bastante complejo todo. Había que ser fuerte y mucho trabajo en equipo para enfrentar una realidad que era bastante primitiva” (Entrevista M.L.).

Asimismo, se debe recalcar que hasta mediados de los años 80 el Instituto se extendía al sector poniente de Avenida La Paz. Allí se encontraba de forma original se encontraba el

Pabellón Barros, lugar en donde hasta el año 1985 había un departamento de pacientes crónicos, correspondiente al departamento nueve de varones (Entrevista M.L.). Todos ellos fueron trasladados luego del terremoto ya que esos departamento quedaron inhabilitados.

Durante esta época, la capilla quedó también en muy malas condiciones, la que fue demolida y se trasladó el mural de Pedro Lira, pintado en 1906, a la Iglesia Catedral Castrense, lugar en donde actualmente continúa expuesto. Esto demuestra el interés por parte de las autoridades militares de enajenar una obra de valor histórico y social²⁰⁸. Fue en forma paralela a ese evento que hubo que generar soluciones relativamente rápidas con respecto al traslado de los pacientes.

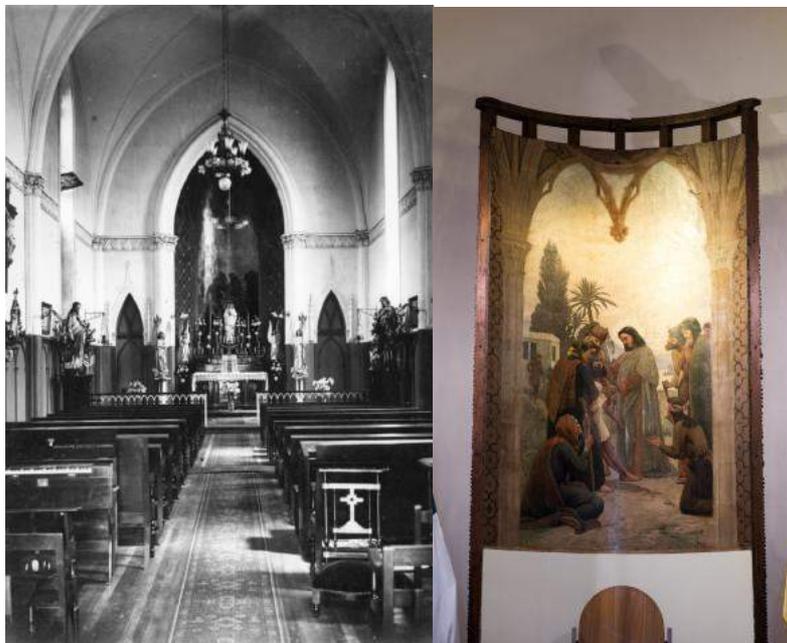


Figura 5.57 y 5.58. Fotografía de la Capilla, s/a y mural Mural de Pedro Lira

Fuente: IPDJHB y Fuente: <https://www.monumentos.gob.cl/monumentos/monumentos-historicos/mural-pintado-pedro-lira>

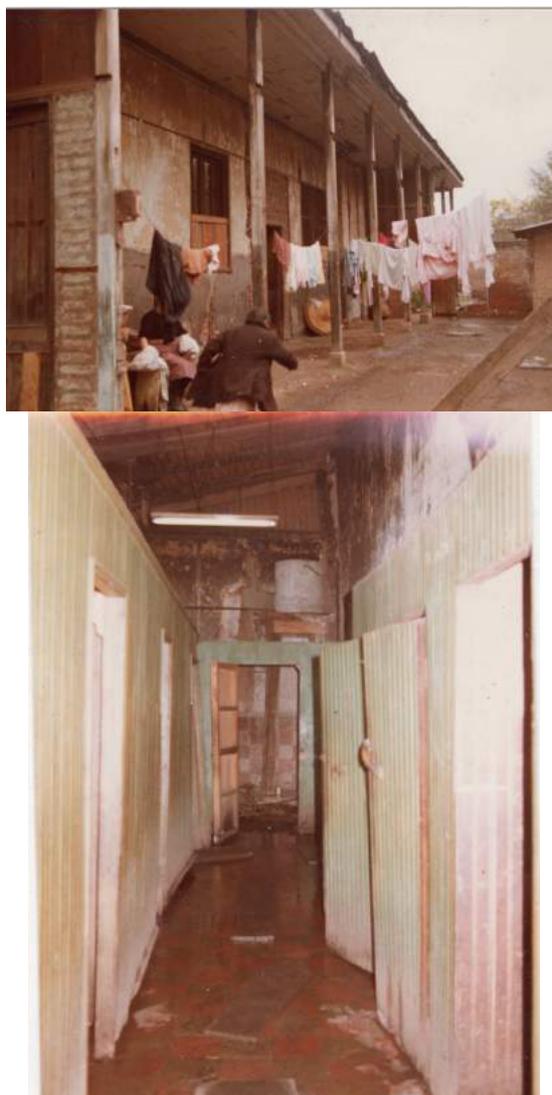


Figura 5.59 y 5.60. Fotografías del interior del Instituto en la década de 1980
Fuente: IPDJHB

El año 1988 se hizo público a través de la prensa un penoso caso ocurrido dentro del psiquiátrico, en vísperas de Semana Santa de ese año y que fue titulado por el periódico La Cuarta como “¡Crucificaron a orate porque se negó a mantener relaciones homosexuales!”. Se plantea que un grupo de pacientes crucificó a un hombre en el departamento nueve²⁰⁹. El expediente del sumario interno se mantuvo en el servicio de salud—hasta el año 2018 en el que parte del documento, junto con testimonios de empleados del lugar aún vivos fueron publicados en la Revista Sábado (Fluxá y Palma 2018) de El Mercurio.

El paciente afectado, de 41 años²¹⁰, diagnosticado de esquizofrenia, epilepsia y además sordomudo, según fuentes reservadas, venía de un contexto rural de pobreza y abandono. Había llegado al psiquiátrico gracias a las gestiones de un medio hermano quien trabajaba

de auxiliar en el lugar. Este caso, más allá de sus particularidades que lo hicieron público, da cuenta de una realidad de abandono que se mantenía en la institución, pese a esfuerzos particulares de cambio. Este abandono estructural era tanto de las instituciones de “cuidado” como también de las familias²¹¹.

Desde una perspectiva interseccional, esta situación muestra, distintos niveles de subalternidad en la que se configuraron aspectos como la pobreza, la discapacidad psiquiátrica, neurológica y del lenguaje. Lo más probable es que todos estos factores se expresaron a través de dinámicas relacionales cotidianas, de la conformación de parejas, y consecuentemente también de poder y sometimiento. A su vez, se expresaron particularmente en un espacio material determinado en donde las condiciones de vida eran, al menos, complejas. Destaca en dicho contexto, la descripción del pabellón nueve en el sumario:

“Es un edificio de dos pisos, el primero con siete salas de pacientes, con seis a ocho camas en cada sala. El segundo, con diez salas de pacientes y una enfermería. En total, son 1.600 metros cuadrados, al centro del hospital, aislados del resto del establecimiento. El departamento nueve atiende a 112 pacientes, con una dotación de tres funcionarios por turno. Ese día se encontraba una enfermera extra para tratar a un paciente con infección” (Fluxá y Palma 2018: 11).



Figura 5.61. IDJHB, posiblemente en la década de 1980.
Fuente: (Fluxá y Palma 2018: 10).

Finalmente señalar, que durante la dictadura las condiciones para los usuarios y usuarias así como para el personal del Hospital fueron de gran dificultad, lo mismo que para el desarrollo de la psiquiatría nacional, advirtiéndose en la institución escases de recursos profesionales y económicos. No obstante, la década del 1980 sentó las bases para aplicar algunos aspectos profesionales y organizacionales que permitieron, con la vuelta a la democracia y, sobre todo, desde el año 2000 en adelante, establecer políticas de desinstitucionalización.

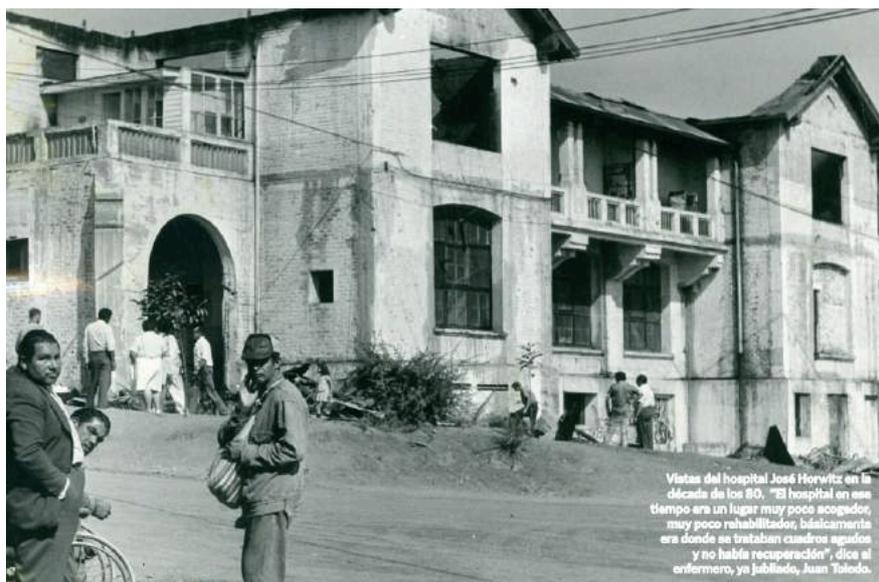


Figura 5.62. Edificio posiblemente pabellón 9, actualmente no existe
Fuente: (Fluxá y Palma 2018: 11).

5.1.h. El IPDJHB desde la vuelta a la democracia hasta nuestros días.

Desde la llegada a la democracia en 1990, aunque se observan algunas continuidades en las políticas de salud mental y salud en general en Chile relacionadas con la vigencia de un Estado Subsidiario, se registran importantes cambios. Uno de ellos es el desarrollo del primer Plan de Salud Mental, lo que implicó la elección de un modelo estatal para abordar su atención.

En 1993 se presenta el primer Plan Nacional de Salud Mental, cuyo objetivo inicial fue proveer la atención tanto en los servicios de salud como en los diversos niveles de cuidado. Ya sobre esta base se implementó el año 2000 un segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que estableció como modelo un sistema comunitario. Este nació en contraposición al sistema asilar y a un modelo que históricamente había violado los

derechos humanos y en el cual ahora se entiende que los problemas de salud mental presentan tanto factores biológicos como psicosociales (Gatica-Saavedra *et al.*2020).

Actualmente se encuentra en marcha el tercer Plan Nacional de Salud Mental, desde el año 2017. Esta vez se ha puesto énfasis en varios aspectos relacionados con la creación de dispositivos comunitarios, el aumento de contratación de personal, la inserción de camas psiquiátricas en Hospitales Generales y, principalmente, la desinstitucionalización. Es relevante establecer el rol del Instituto Psiquiátrico en el desarrollo e implementación de estas nuevas políticas, las que en su mayoría comenzaron a gestarse a mediados de la década de 1980 pero se intensificaron en la década de los 90 y especialmente a partir de los 2000.

“Yo creo que empieza a generarse un cambio desde el 2000 en adelante, en términos de protocolizar todo y que las cosas no sean al azar. No porque a ti se te ocurrió que alguien requiere contención, le pongas. Tiene que ser con un médico, tiene que estar supervisado cada cierto tiempo, no se puede dejar sola a la persona. O sea, todo normado” (Entrevista M.L.)

En 1994, el Instituto decide no ingresar nuevos pacientes a los Departamentos de Larga Estadía, previamente denominados crónicos, y comenzar a implementar la Red de Hogares Protegidos para pacientes de Larga Estadía y Pacientes Forenses. En esta línea se creó el programa de “Residencias y Hogares Protegidos” organizado por el Ministerio de Salud²¹², el que se inició en 1998. Las primeras iniciativas fueron los Hogares Protegidos:

“Que se plantearon como una alternativa de vivienda y soporte social para personas con discapacidad de origen mental e insuficiente o nula red de apoyo. Luego, y atendiendo al perfil de la demanda, se implementan las Residencias Protegidas, con el propósito de responder a las necesidades “de cuidado” de personas con discapacidad severa de origen mental, con mayores niveles de dependencia, diferenciándose de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial de su atención”²¹³.

Casi diez años después, el Instituto contaba con 24 Hogares Protegidos, distribuidos en: dos hogares con pacientes independientes con escasa supervisión, siete hogares con pacientes semi-dependientes con supervisión diaria, 14 hogares con pacientes dependientes, con un monitor por cada cuatro pacientes y un hogar con pacientes semi postrados y un monitor por cada cuatro pacientes (Escobar 2013). A lo anterior se suman nueve hogares protegidos del Servicio de Psiquiatría Forense, cuatro talleres de rehabilitación (artístico, habilidades cognitivas, laborales y habilidades sociales y recreativas) y el Centro Enrique Paris– situado fuera del hospital– que cuenta con diversas actividades terapéuticas y de rehabilitación (Escobar 2013). Pese a estos cambios, en la unidad de Larga Estadía aún permanecían a esa fecha cerca de 60 pacientes que debido a sus condiciones físicas y edad no fueron derivados fuera del hospital (Escobar 2013).

Este proceso también tiene como antecedente la creación de la Comisión Salud Justicia, en 1993, que buscaba, entre otros aspectos, evacuar de los recintos penitenciarios del país a 140 personas sobreseídas por ser declaradas dementes:

... “los individuos declarados inimputables (sin responsabilidad penal al cometer el hecho) ingresaban a este único departamento judicial, sin que existiese un plan de rehabilitación y reinserción social, egresando en muchos casos sólo por su fallecimiento...los cupos sanitarios destinados a recibir a los enfermos mentales que cometían delito, no permitían generar nuevas vacantes para los enfermos mentales que se encontraban en los recintos penitenciarios, modelo mantenido hasta los años 90” (Ortiz 2006: 3, citado en Paredes 2018: 16).

A raíz de la reforma al sistema asilar, se dejaron también de hospitalizar –al menos en términos administrativos– a pacientes judiciales sobreseídos en Unidades de Larga Estadía. Quedaron solo 40 camas para este fin, generándose largas listas de espera, lo que incentivó la creación del Sistema Nacional de Psiquiatría Forense (Ortiz 2007). Por esta razón nació el Departamento 2 Judicial del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, correspondiente a parte del actual Servicio de Psiquiatría Forense:

... “que cumple la función de otorgar tratamiento a personas que habiendo cometido un delito no tienen las facultades mentales para poder cumplir una sentencia judicial, por lo que son consideradas sobreseídas, es decir, el tribunal

que lleva su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación, que debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal” (Paredes 2018: 16).

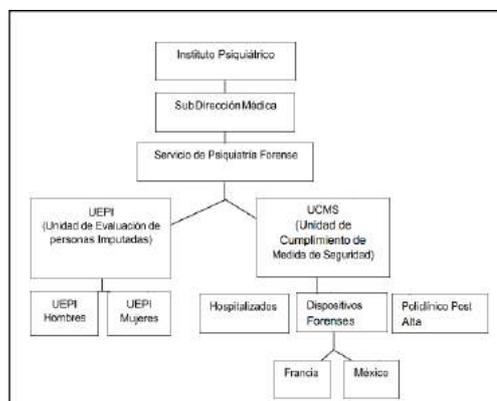


Figura 5.63. Organigrama Servicio de Psiquiatría Forense.
Fuente: (Pizarro 2018: 89).

Sin embargo, la unidad forense y especialmente el área dedicada al cumplimiento de penas judiciales se sigue enmarcando en un modelo asilar por su doble condición de exclusión, tanto como institución de salud mental como de cárcel. Siempre comprendiendo que el poder judicial centra su labor en la disminución del riesgo de peligrosidad de los pacientes, por sobre aspectos como la rehabilitación. Esto genera que la mayor parte de las medidas de tratamiento ocurran en centros cerrados de carácter penitenciario (Paredes 2018).

Con respecto a mejoras a nivel nacional, en 2012 se suma la promulgación de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En su párrafo número ocho “de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual” establece indicaciones específicas ante la vulneración de derechos a individuos ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

En relación al Instituto, desde mediados de la década de 1990 hasta la actualidad se registra, principalmente a nivel de su infraestructura, la remodelación de recintos preexistentes. Por ejemplo, en 1996 se crea la Unidad de Rehabilitación, la que se alojó en dependencias construidas en la década de 1950 y utilizadas previamente para pacientes crónicos. En tanto, al segundo piso de ese edificio se trasladaron las dependencias administrativas. La creación de la Unidad de Rehabilitación ha sido de gran relevancia,

consolidándose la terapia ocupacional a través del estímulo de distintas áreas como la autonomía, el desarrollo personal, la reinserción laboral, la estimulación de habilidades sociales, intervención y apoyo familiar, entre otros²¹⁴. A los cambios en sus instalaciones se suman iniciativas relevantes en el ámbito farmacéutico nacional como la incorporación de medicamentos como la Clozapina traída desde China, gestión alcanzada por el Dr. Luís Hormazábal en el año 1998.

Desde la década del 2000 hasta la actualidad se observan importantes mejoras en el aspecto administrativo y terapéutico. Desde esta época se han puesto en marcha varias unidades tales como el Hospital Diurno, el Departamento Judicial, la Unidad de Drogas y la Unidad de Psicosis en Adolescencia, creada en 2007. En el área administrativa se concretó la acreditación de la institución como establecimiento autogestionado en red el año 2008 y el año 2016 obtuvo la acreditación en calidad de los procesos de atención de salud²¹⁵.

A esto se han sumado mejoras infraestructurales relevantes como la remodelación de la Unidad Forense el año 2006 y 2013; las remodelaciones del CAE y del patio de la cafetería el año 2013; el desarrollo de un proyecto de eficiencia energética y mejoras de la Unidad de Larga Estadía el año 2015; remodelaciones de algunas dependencias de usuarios de larga estadía el año 2017; entre otras.

No obstante, las condiciones infraestructurales siguen siendo deficientes, lo que repercute en los usuarios y particularmente en sectores de usuarias:

... “en general los segundos pisos son de mujeres y hay una escalera por atrás, que en el caso de mi sector estaba cerrada, porque los muros estaban en mal estado y se podían escapar los pacientes. Entonces, en general ocurría que los sectores de mujeres no tenían acceso al patio” (Entrevista E.B).

En el ámbito patrimonial destaca el año 2015 la declaratoria del “Teatro Grez” y la “Lavandería del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak como Monumento Nacional. Esta valorización del lugar junto con el desarrollo de una serie de actividades de extensión

ha-permitido el funcionamiento de este espacio tanto por sus usuarios como por grupos externos.

Desde la década de 1990, se ha incrementado la importancia del Instituto como lugar formativo tanto de pre y postgrado de distintas carreras universitarias como enfermería, psicología, y medicina, entre otras²¹⁶. Para el año 2017, el hospital contaba con un total de 433 camas de hospitalización, número que constituye un quinto de lo que la institución llegó a albergar en el pasado, durante una parte importante del siglo XX. Esto se vincula en forma directa a la relevancia que han ido adquiriendo prácticas de desinstitucionalización como los hogares protegidos cuyos números han crecido exponencialmente desde su primera implementación a fines de la década de 1990.

En la actualidad el Instituto cuenta con seis servicios principales declarados en su sitio web, que a continuación se detallan:

1.- Unidad de Rehabilitación. Fue creada en 1996 y su misión es favorecer el desarrollo del proceso de rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas con el objetivo de reinsertarlos en la comunidad, a través de un abordaje integral incluyendo a sus familias y redes de apoyo comunitario.

2.- Servicio de Psiquiatría Forense. Corresponde a una unidad auxiliar del poder judicial. Realiza atención de peritajes psiquiátricos y de facultades mentales, así como atención a imputados e imputadas adulto/as a través de la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (U.E.P.I). La unidad se divide en dos grandes áreas. Por una parte, realiza peritajes a personas con alguna enfermedad psiquiátrica de base y evalúa si al momento de ocurrido el ilícito el imputado actuó afectado por su patología base. La otra área corresponde a la atención de personas hospitalizadas que cometieron un delito y fueron sobreseídas, es decir, eximidas de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal. En ella se encuentra la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) (Paredes 2018).

El Servicio Clínico de Psiquiatría Forense depende la Unidad de Desintoxicación y tratamiento para adolescentes con trastornos conductuales severos (UDAC).

3.- Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos (SETA). Se especializa en tratamiento de adicciones en fases específicas de la desintoxicación hospitalaria de pacientes agudos, con consumo grave y condiciones clínicas y psicosociales altamente complejas. La estadía del paciente en SETA, es determinado por SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol).

4.- Servicio de Urgencia Psiquiátrica. Brinda atención a hombres y mujeres con complicaciones de sus patologías psiquiátricas.

5.- Unidades de Corta Estadía. Entrega atención a pacientes psiquiátricos con patologías agudas que requieran tratamiento en régimen de internación. Corresponden a ocho sectores (Bouey 2015). Están dirigidas a hombres y mujeres de más de 18 años con indicación de hospitalización y que hayan sido previamente evaluados por médicos del Servicio de Urgencia o del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y que cumplan con los criterios clínicos para la hospitalización.

6.- Consultorio Adosado de Especialidades. Es una instancia de atención de psiquiatría especializada ambulatoria para pacientes hombres y mujeres con patología psiquiátrica de alto nivel de complejidad. Atiende las patologías más complejas de salud mental de toda el área norte de la Región Metropolitana y está en contacto directo con toda la red de salud mental.

A estos servicios se suma la Unidad de Larga Estadía, la que se compone de dos sectores y que en la actualidad cuenta con pacientes institucionalizados. Esta, sin embargo, no aparece declarada como una unidad propiamente tal en la página web institucional, lo que da cuenta de la invisibilización de su espacio, el que además posee acceso cerrado con respecto al resto del hospital. En ese sentido, una vez más los usuarios de larga estadía, en el pasado denominados crónicos, son invisibilizados dentro del discurso institucional

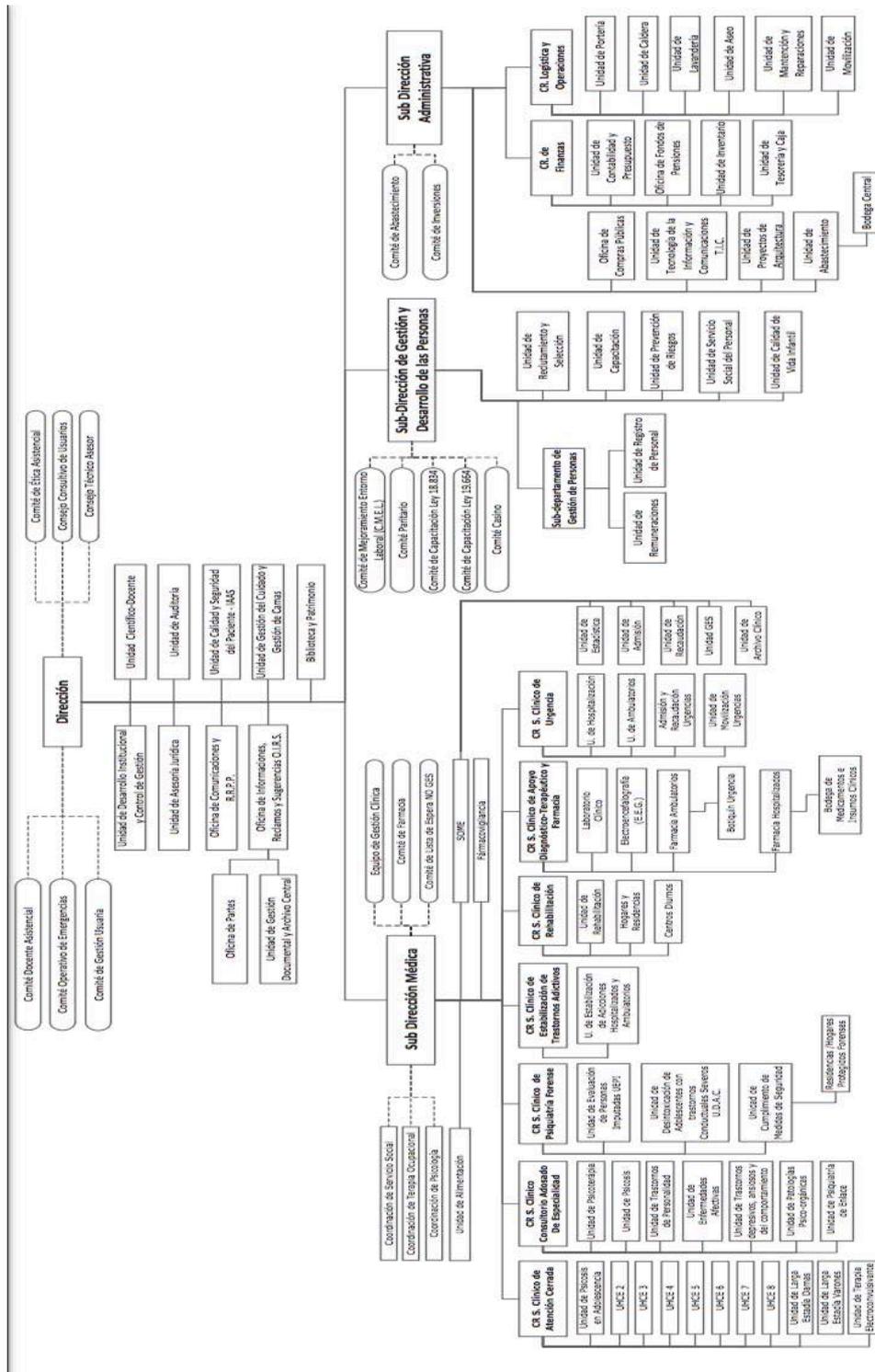


Figura 5.64..Organigrama IPJHW
Fuente: (Planificación Estratégica 2015-2019: 6).

Asimismo, es importante recalcar la existencia de un modelo político estratificado, presente en el Instituto y posiblemente reproducido en otras instituciones de salud mental. Este patrón estaría definido a partir de escalafones en donde el personal médico psiquiatra se encuentra en la mayor jerarquía, luego viene el resto del personal de salud profesional

(psicología, terapia ocupacional, entre otros), el personal de salud técnico y los administrativos y finalmente los pacientes. El modelo se consolidó desde mediados del siglo XX a partir de la validación de la medicina como ciencia y con el desarrollo de los antipsicóticos y otros medicamentos para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Este estilo jerárquico se expresa en términos políticos en la lógica administrativa del Instituto en donde los cargos más altos se encuentran detentados por dicho escalafón. Aunque también se manifiesta en términos materiales a través de las diferencias salariales, e incluso espaciales con respecto a acceso y obtención de oficinas, entre otros aspectos²¹⁷.

... “los sicólogos nos turnábamos los boxes, pero el siquiatra tenía su box que lo usaba, aunque fuera solo cinco horas a la semana, lo usaba él y nadie más usaba su oficina. Esas son las cosas, tienen su oficina para ellos, igual que la de nosotros, pero no se turnan y tenían llaves para un baño de ellos” (Entrevista E.B.).

Esta dinámica jerárquica se expresa, sobre todo, en la relación médico/funcionario usuario/a, aspecto que con los años ha mejorado. No obstante, predomina una mirada paternalista y estructurante, que inhibe el desarrollo de la autonomía:

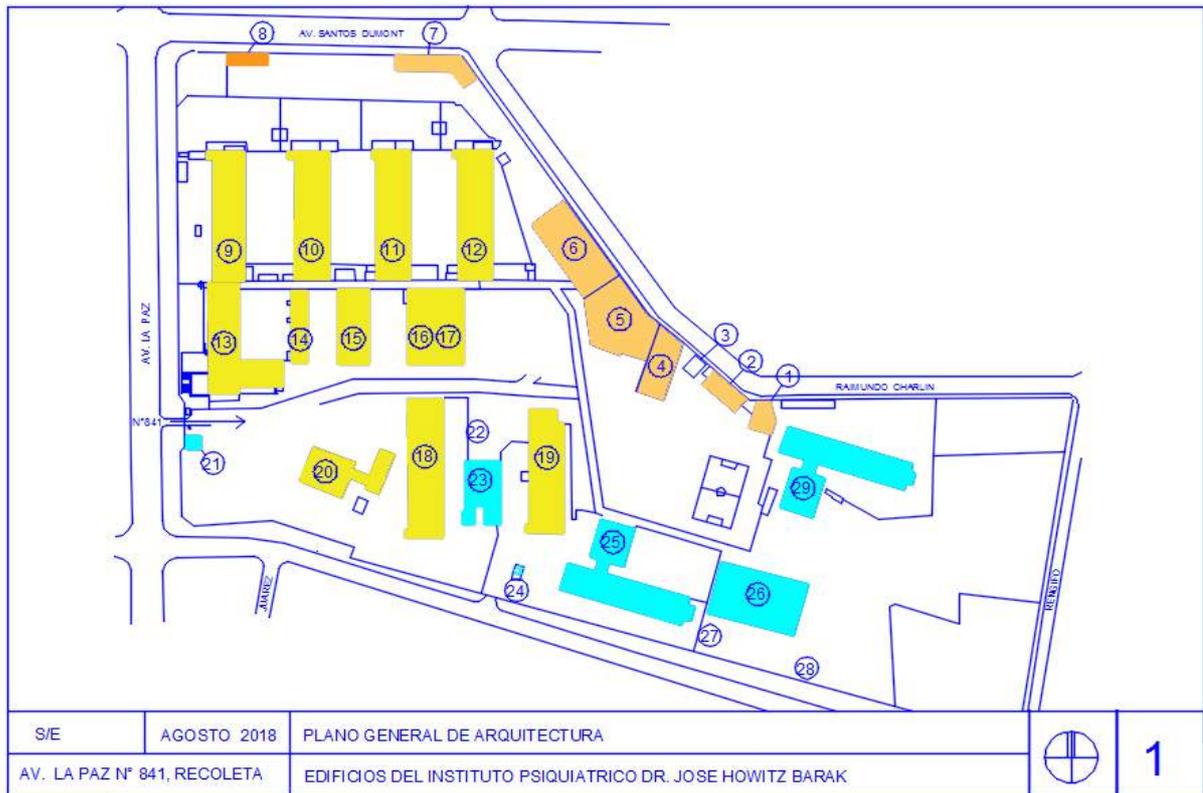
... “llegaba después ese paciente a decirle a su siquiatra que en realidad quería cambiar el tratamiento y el siquiatra interpretaba que estaba descompensándose y le subía los medicamentos. Entonces como que no hay posibilidad, como que la única lógica, la manera de sobrevivir adentro es someterse no más, ser obediente. Si alguien alega es porque se descompensa, entonces es heavy” (Entrevista E.B.).

Esta mirada se vuelve aún más grave cuando los usuarios del Instituto se deben atender fuera de este espacio, por ejemplo en el Hospital San José. Ahí parte del personal de atención sanitaria demora su atención “porque les da miedo, les da angustia” y de eso también se quejan los funcionarios del psiquiátrico, que los llevan a otros servicios de salud y están todo el día, que nadie los atiende, pero es por eso. La locura como que genera miedo (Entrevista E.B.).

Finalmente es relevante señalar que pese a las mejoras, que han permitido un mayor control interno y un mejor trato a los usuarios de estas dependencias, el país continúa con una extensa deuda hacia los usuarios y hacia la salud mental en general. Se trata de esta subvaloración que se ha expresado históricamente en pobres condiciones materiales y en el poco trato que se les da a las personas con patología psiquiátrica. Se hace urgente tomar medidas como la promulgación de una ley específica que asegure los recursos necesarios para el funcionamiento de los establecimientos de Salud Mental, y principalmente establezca no solo acciones de reparación sino también de prevención.

“Es una excelente medida, o sea, ha sido una buena medida que ha descansado encuentro yo, todos estos años, muchos años, solo en el Ministerio de Salud. Creo que debería haber otros ministerios que se repartieran la plata, porque es un tema caro, pero le devuelve la dignidad a las personas y la calidad de vida, porque las instituciones no son para vivir. Un hospital es para ir por un tiempo, recobrar la salud y volver a la comunidad. Entonces, vivir en una institución es agregar más enfermedades” (Entrevista M.L.).

Asimismo, en Chile los problemas de acceso a la salud y a condiciones dignas de calidad de vida, repercuten en la Salud Mental (Plan de Salud Mental 2017). En ese sentido, una mirada que comprenda a la sociedad desde un todo integral implica necesariamente el desarrollo de un modelo social que integre a distintos ámbitos y en donde la salud mental debiese tener un rol determinante.



INSTITUTO PSIQUIATRICO - EDIFICIOS CONSTRUIDOS

N°	NOMBRE EDIFICIO	N° Pisos	MATERIAL	CANTIDAD / M2	AÑO CONSTR.	TIENE PLANOS ARQUITECTURA
1	Archivo Clínico	1	Albañilería Simple	114	1900	Solo Planta Arquitectura
2	Club Escolar	1	Albañilería Simple	140	1900	Solo Planta Arquitectura
3	Sede Fenats	1	Madera			NO
4	Teatro Grez	1	Albañilería Simple	342	1900	Solo Planta Arquitectura
5	Lavandería	1	Albañilería	747		NO
6	Mantenimiento y Bodega Central	1	Albañilería Simple	696	1900	Solo Planta Arquitectura
7	Bodega	1	Albañilería	250	1900	NO
8	Sala REAS/ Bodega	1	Albañilería	95	1900	Planta, Cortes y fachadas
9	Sectores 1-2 Corta Estadía	2	Albañilería Reforzada	1640	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
10	Sectores 3-4 Corta Estadía	2	Albañilería Reforzada	1640	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
11	Sectores 5-6 Corta Estadía	2	Albañilería Reforzada	1640	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
12	Sectores 7-8 Corta Estadía	2	Albañilería Reforzada	1640	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
13	CAE 1° PISO /Edificio Dirección / CAE 3° PISO	3	Albañilería Reforzada	2370	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
14	Electro, Farmacia (2° Pisos) y Laboratorio	Piso zócalo + 3 pisos	Albañilería Reforzada	1720	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
15	Caldera	1	Albañilería - Estructura Acero	430	1955-1959	Solo Planta Arquitectura

16	Auditorio / Asociaciones Gremiales	2	Albañilería Reforzada	783	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
17	Unidad de Alimentación	2	Albañilería Reforzada	783	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
18	Rec. Humanos / U. Rehabilitación	2	Albañilería Reforzada	1736	1955-1959	Plantas y Cortes Arquitectura
19	Urgencias/ SETA	2	Albañilería Reforzada	1540	1955-1959	Solo Planta Arquitectura
20	SOME	1	Albañilería Reforzada	485	1955-1959	Planta y Cortes Arquitectura
21	Portería Av. La Paz	1	Albañilería Reforzada	40	1995-2000	Solo Planta Arquitectura
22	Unidad Movilización	1	Albañilería Reforzada	40	1995-2000	Planta, Cortes y fachada
23	Taller Carpintería	1	Albañilería - Estructura Acero	400	xxxxx	NO
24	Caseta Guardia Urgencias	1	xxxxx	12,8	xxxxx	NO
25	Unidad Psiquiatría Forense (UEPI / UDAC)	2	Albañilería Reforzada	1679	1980-1985	Planta, Cortes y fachadas
26	Casino Personal	1	Albañilería - Estructura Acero	896	1995-2000	Planta, Cortes y Fachadas
27	Bodega Exterior	1	Covintec	43,12	xxxxx	

Figura 5.65. Plano actual del IPDJHB y detalle de los edificios.

Fuente: IPDJHB

5.2. Caracterización y análisis del registro material sobre la arquitectura y espacialidad del IPDJHB.

5.2.a. Inspección visual y registro.

Se realizó una inspección visual pedestre a partir de la cual se ficharon los diversos restos materiales presentes en los espacios en los que se puede acceder al IPDJHB. Particularmente se dividió el área en tres sectores que a continuación se detallan:

- Sector 1: Sector norte, que comprende parte de las áreas donde se emplazan las unidades actuales de corta estadía, entre otras.
- Sector 2: Corresponde a aquel que va desde el acceso hacia el sur, colindando al oriente con los estacionamientos y en el que ubican la actual plaza y el teatro (ver foto).
- Sector 3: Sector Sur-Oeste, donde están los actuales estacionamientos.

Para cada uno de estos espacios se definieron transectas de 15 metros de ancho en dirección norte-sur en los sectores 1 y 3, y en el sector 2 se estableció una inspección en relación a la posibilidad de accesos, comprendiendo que corresponde a uno de los sectores de mayor uso en la actualidad.

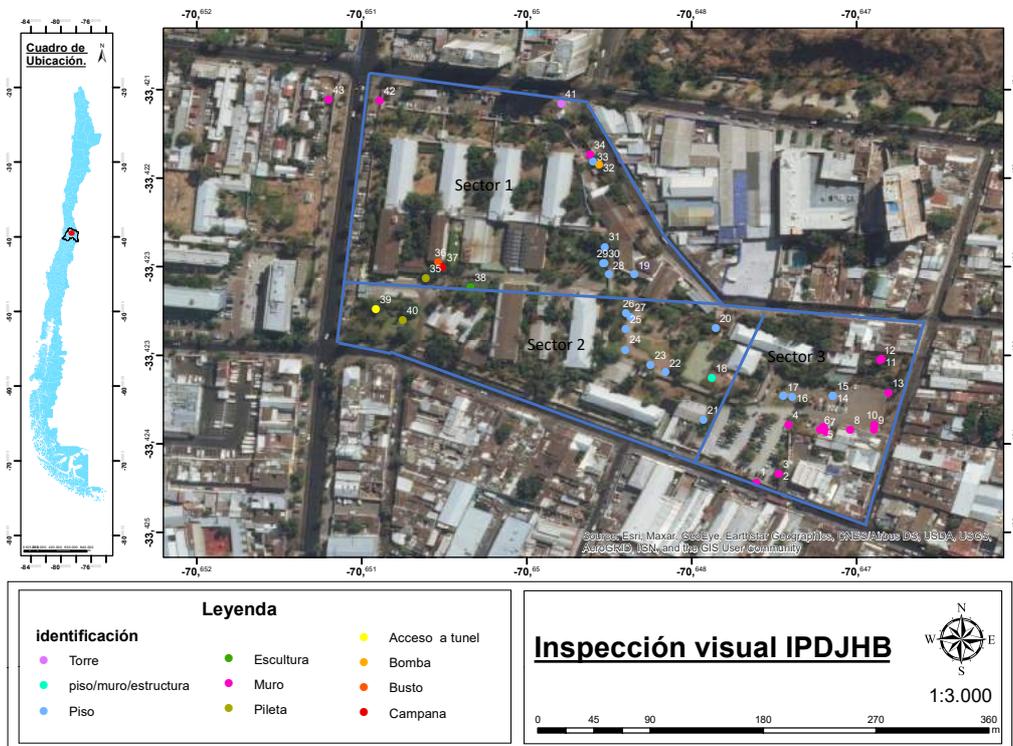


Figura 5.66. Plano inspección visual con sectorización de área.
Fuente: elaboración propia.



Figura 5.67. Fotografía desde la plaza al Teatro Gres, emplazado en sector 2.

A partir de estas definiciones se ficharon un total de 43 hallazgos correspondientes principalmente a pisos, muros y, en menor medida, a algunos vestigios como estructuras arquitectónicas tipo habitación y esculturas, entre otros (ver cuadro). De estos, 42 se emplazan al interior de las dependencias y solo uno se registró por la vereda poniente de Avenida La Paz, que forma parte de a muros de albañilería de ladrillo asociados a antiguas dependencias de la Institución.

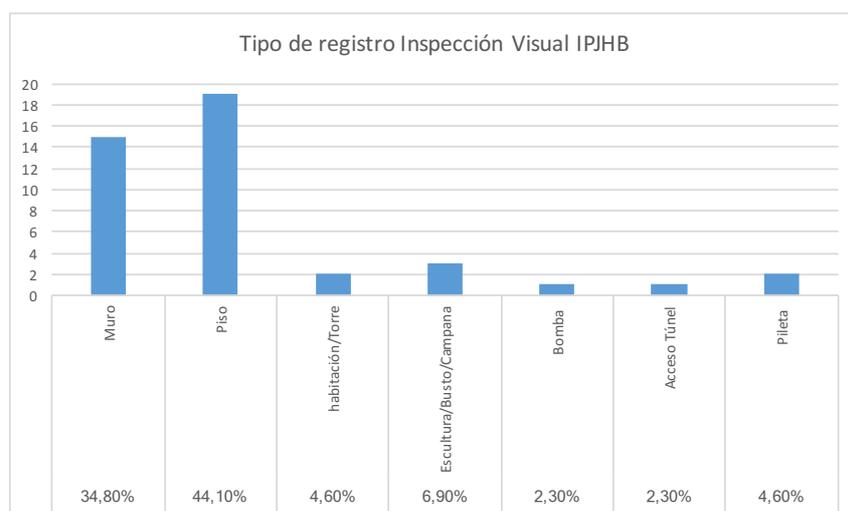


Figura 5.68. Gráfico de cantidad y porcentaje de vestigios según tipo

Tipo de vestigio	Cantidad
Piso	19
Muro	15
Estructura habitación	2
Esculturas	3
Bomba	1
Acceso Túnel	1
Pileta	2

Tabla 5.6. Cantidad de vestigios según tipo

Con respecto al tipo de hallazgos, los fragmentos de piso constituyen el mayor porcentaje, equivalentes a un total de 19. De esta suma, la mayor cantidad identificada fueron restos de baldosas de cemento correspondientes a un total de 11 hallazgos, en los cuales se distinguen diversos patrones y figuras. Se observaron baldosas de un solo color: blanco, rojo o negro. Muchas veces las palmetas se encuentran dispuestas en damero y tienen bordes asociados a diseños como volutas (ver figuras), además de diversos diseños en colores negro, rojo y gris principalmente. Estas baldosas probablemente fueron realizadas y e instaladas por los mismos internos a partir de la década de 1920. Hubo un taller de baldosas y mármoles artificiales en la Casa que estuvo a cargo de un técnico que se encontraba asilado en 1926²¹⁸, no obstante, su uso es anterior al desarrollo de la fábrica al interior.

Este tipo de pisos fue utilizado en pasillos, sectores de baño y cocinas principalmente, según lo observado en las fuentes fotográficas, así como también en algunas calzadas exteriores desde la última década del siglo XIX. Es posible que su uso se corresponda con el proceso de modernización de la Casa de Orates desde el periodo de su consolidación. Aunque el registro escrito no da cuenta de su uso anterior, es posible que su ausencia en los registros gráficos previos también sea producto de la escasa presencia de material gráfico y fotográfico anterior a 1890.



Figuras 5.69 y 5.70. Ejemplos de baldosas de cemento emplazadas en sector 2, corresponden a hallazgo N°20.



Figuras 5.71 y 5.72. Ejemplos de baldosas de cemento emplazadas en sector 3 (estacionamiento), corresponden a hallazgo N°5.



5.73 y 5.74. Ejemplos de baldosas de cemento emplazadas en sector 2 (actual plaza), corresponden a hallazgo N°25 y 26.



Figura 5.75. Fotografía, posiblemente de 1925 ya que aparece en Acta de ese año. Se observan pasillos con baldosas y parque central.

Fuente:<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/exteriores11.jpg?sequence=29&isAllowed=y>

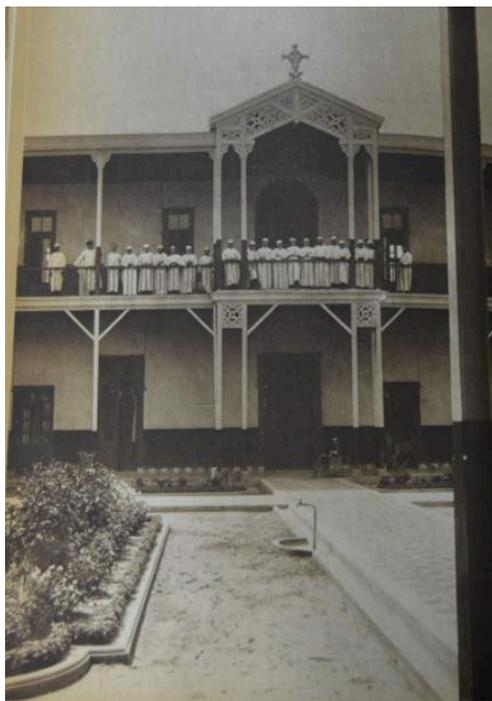


Figura 5.76. Fotografía patio con enfermeras en segundo piso. Se observa uso de baldosas hidráulicas en pasillo exterior

Fuente: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1925.

El segundo tipo de pisos observados corresponde a los de ladrillo, generalmente asociados a argamasa de cemento. Estos posiblemente son los que se usaron para a pisos de exterior, de los que se identificaron un total de 8. Se caracterizan por la presencia de hileras de ladrillos dispuestos sobre la tabla y alineados por el canto. Generalmente aparece una sola hilera con un reborde de cemento y los ladrillos tienen dimensiones promedio de 34/35 centímetros de soga y 20 centímetros de tizón.



Figura 5.77. Ejemplos de pisos de ladrillo emplazados en sector 2 (actual plaza), corresponden a hallazgo N° 24.

En relación a los muros, los que corresponden al segundo grupo mayor de hallazgos registrados, se identificaron un total de 15, de los cuales ocho son de albañilería de ladrillos, tres de adobe, dos de hormigón, uno mixto y uno indeterminado. Estos se presentan en distintos grados de integridad lo que permite observar muros completos así

como cimientos y restos derruidos. Dentro del grupo mayoritario están los asociados al uso de ladrillo cocido, técnica de construcción que se masificó a fines del siglo XIX. Se pueden apreciar distintas dimensiones de ladrillos. Particularmente se identifican cinco muros de albañilería simple, es decir, uso de ladrillos y argamasa; y tres muros de albañilería con pilares, posiblemente de factura reciente.



Figuras 5.78. Ejemplo de muro de mampostería de ladrillo en Sector 3, área de estacionamientos, corresponde a hallazgo N° 8 y muro de albañilería en sector 1.



Figuras 5.79 y 5.80. Restos de muros que limitan al exterior del IPDJHB. El primero se encuentra en la calle Santos Dumont-detrás del teatro y los galpones. El segundo se emplaza en las esquinas de las calles Dr. Raimundo Charlin con Avenida La Paz.

El tercer tipo de muro es el de adobe, emplazados en su totalidad en el sector 3. Uno de esos muros presenta ladrillos de barro de 45-48 centímetros de soga, 23-25 centímetros de tizón y 6 a 7 centímetros de grosor. Se observa adobes con alto contenido orgánico, como paja, además de material de depositación secundaria al interior de ellos, como cerámica (de tradición indígena). Ese dato es relevante porque es probable que este material sea del área, comprendiendo que para la construcción original de la Casa de Orates, diseñada y llevada a cabo por Fermín Vivaceta, se planteó en sesión de la Junta Directiva que...

“como medida económica i ventajosa la de cortar adobes con destino a la misma obra en el local en que la Casa se construye i aprobada esta indicacion, faculta la

junta al Presidente de ella para que emprendiese este i los demas trabajos que a su juicio estimare conveniente²¹⁹.

Asimismo, se impone la presencia de ladrillos dispuestos en la base a modo de sobrecimiento, método constructivo descrito en muros de mitad del siglo XIX.



Figuras 5.81 y 5.82. Ejemplo de muro de adobe Sector 3, área de estacionamientos, corresponde a hallazgo N°9.



Figura 5.83 . Fragmento de cerámica rojo engobada en interior y exterior que se desprendió de uno de los adobes, correspondiente al hallazgo N°9.

Los segundos muros de adobe, se emplazan en el norte del sector 3 y limitan al IPDJHB por el norte. Estos fueron realizados a través de molduras, distinguiéndose dos hileras de adobes de 50 centímetros de altura por 70-80 centímetros de ancho limitados por ladrillos y hacia arriba adobes pequeños similares a los apreciados en el hallazgo N°9. Al interior de las piezas de adobe de gran tamaño, también denominadas adobón²²⁰, se distingue material de tipo industrial como bases de botellas, restos óseos de mamíferos y fragmentos de tejas; además de paja. Es interesante notar que se describe el uso del adobón desde el Periodo Colonial en adelante para separar pircas. Solían tener un tamaño de una a una vara y media de altura (Valenzuela 1991), es decir, entre 84 centímetros y 125 centímetros aproximadamente, similar a lo observado en el hallazgo que presenta alrededor de 130 centímetros de altura. Los adobes de grandes dimensiones fueron probablemente efectuados *in situ* por su extenso tamaño y utilizaron como sedimento terrenos que contenían material de basura asociado al momento de uso de la Casa de

Orates, es decir siglo XIX e inicios del siglo XX. La parte superior del muro, sobre los 1,5 metros de altura, presenta adobes de menor tamaño, con una extensión de soga aproximada de 40 centímetros.



Figuras 5.84 y 5.85. Ejemplo de muro de adobón en sector 3, área de estacionamientos y parque, corresponden a hallazgo N°12.

El tercer tipo de muro corresponde a bases de hormigón asociadas al límite sur y sureste del IPDJHB. Detrás de ellos se construyeron los muros de mampostería de ladrillos actuales que limitan las dependencias, en el caso del hallazgo número 2, y la pandereta de cemento actual, en el caso del hallazgo número 1. Posiblemente pertenecen a cimientos de antiguos edificios. En tanto se halló un muro definido como mixto en el cual se identificó –en una misma área– distintas técnicas constructivas adosadas como el adobe, la albañilería simple y reforzada, además de diversas técnicas de recubrimiento como arena y limo, cemento y baldosas.



Figuras 5.86. Fragmento de muro de hormigón correspondientes al hallazgo N°1.

Otros de los hallazgos tipificados fueron las denominadas estructuras arquitectónicas tipo habitación entre las que destacan dos registros, ambos en la actualidad en abandono. Una de ellas corresponde a una construcción de albañilería con tres habitaciones en el sector oeste de la actual cancha de fútbol, colindante con la pandereta de cemento pintada en color damasco, de la actual sección de larga estadia. En tanto la segunda corresponde posiblemente a parte del antiguo Pabellón Martínez de inicio del siglo XX, en donde se distingue un pedazo de una antigua torre. Aunque esta no se encuentra completamente en desuso se observa que ha sido utilizado como bodega y como basural.



Figuras 5.87 y 5.88. Estructura arquitectónica asociada a calzada en abandono, se emplaza en sector 2 y corresponde a hallazgo N°18.

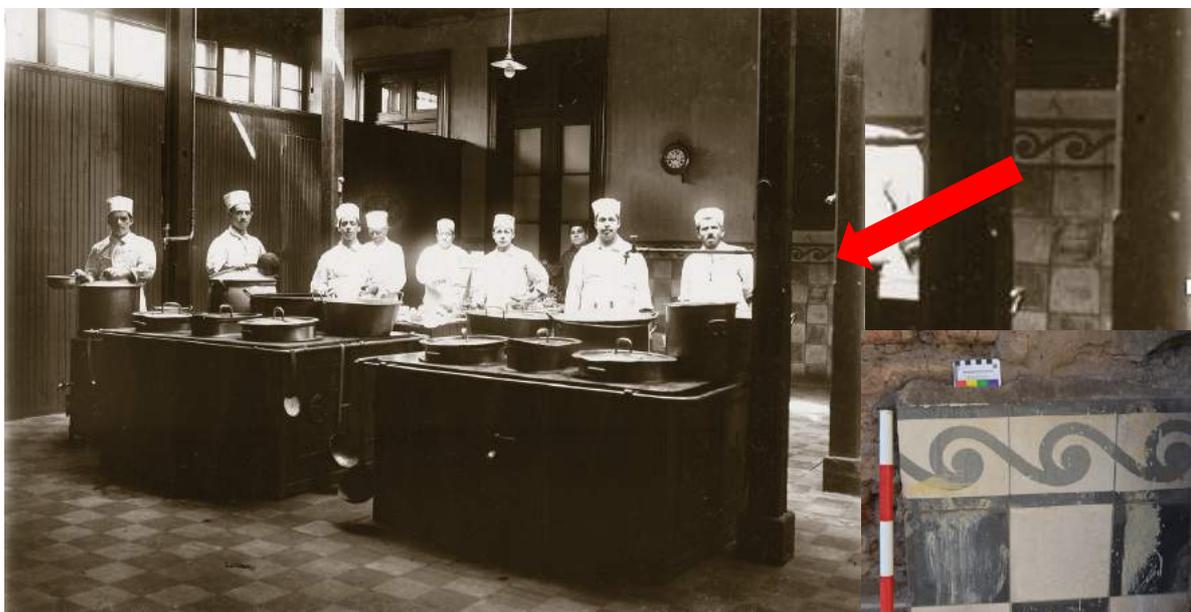


Figura 5.89. Fotografía intervenida del repositorio MINSAL de cocinas posiblemente décadas 1900-1920 de la Casa de Orates y vestigios actuales correspondientes a hallazgo 18, en donde se distingue uso de baldosas de cemento blancas y negras dispuestas en forma de damero con borde con motivos de volutas.



Figuras 5.90 y 5.91. Estructura arquitectónica asociada a posibles restos de Pabellón Martínez. Se emplaza en sector 2 y corresponde a hallazgo N°41.

Con respecto al resto de los hallazgos, destaca la presencia de diversas esculturas de materiales como piedra y bronce ubicadas en el sector 1 donde actualmente está el acceso al Instituto. Se distingue, por ejemplo, la presencia del busto de Jerónimo Letelier, primer médico director de la institución. Se suma además la parte central posiblemente de la pileta original de la Casa de Orates y parte de la fuente de una pileta de piedra emplazada en la parte sur del sector 1, donde actualmente hay un pequeño parque. Todos estos objetos son de tipo ornamental y/o conmemorativo, y consecuentemente se ubican en espacios asociados a la entrada del establecimiento. Es interesante rescatar que estas figuras han sido dispuestas sin un plan establecido sino que únicamente con el fin de ser visibles al momento del ingreso.

Otro tema es el acceso al túnel que va por debajo de Avenida La Paz, el que posee puertas al lado de la actual estructura de entrada destinada a los guardias. Por el exterior únicamente se identifica una cámara de ingreso con puertas metálicas. Es relevante señalar que –a diferencia del resto del túnel, actualmente bajo la calle– el sector de acceso subterráneo en el interior del IPDJHB posiblemente fue refaccionado en la década de 1950, al momento de la construcción de los edificios de albañilería reforzada inaugurados a mediados de la década de 1950. Esto se indica por la presencia de muros de cemento y mosaicos, similar a lo observado en los pabellones de aquella época.

Particularmente, las áreas con más hallazgos son las del sector 3. En ese lugar se emplazaron parte importante de las construcciones antiguas demolidas después del terremoto de 1985. Para esa época correspondió a parte al sector 1 masculino. Asimismo esa área comprende parte de la superficie donde se construyeron las estructuras arquitectónicas, sobre todo, desde la década de 1890 en adelante y hasta mediados del

siglo XX. Se destaca además que la mayoría de los vestigios hallados se encontraron casi en su totalidad en la zona que actualmente se utiliza de estacionamiento, Esto puede deberse a sus condiciones de visibilidad ya que es un estacionamiento de tierra cubierto en algunos sectores con maicillo y piedras. Solo un hallazgo de piso ocurrió en el sector de patio, específicamente correspondiente a parte de un piso de baldosas hidráulicas emplazadas entre una calzada de cemento y el actual casino.

Se debe señalar que al interior del sector 3 se encuentran las dependencias de larga estadía, las que no fueron inspeccionadas.

Sector	Pisos	Muro	Estructura	Pileta	Escultura	Otros	Total
Sector 1	6	2	1	2	3	2	16
Sector 2	7	0	1	0	0	0	8
Sector 3	6	12	0	0	0	0	18

Tabla 5.7. Cantidad de vestigios según tipo y sector.

Fuente: elaboración propia.

El segundo sector con más hallazgos es el número 2, aunque no se pudo acceder completamente a él ya que varias de sus dependencias actuales se encuentran en uso. Pese a esto, se identificaron restos similares a los presentes en el sector 3 correspondientes en su totalidad a pisos y una estructura de albañilería en abandono.

Finalmente, el sector número 1 es el que presenta menos hallazgos. Esto se debe a que en esa área se construyeron los pabellones de uso actual en la década de 1950, los que comienzan bajo el nivel del suelo por lo que posiblemente al momento de su construcción los vestigios anteriores fueron completamente destruidos.

5.2.b. Identificación de lugares relevantes.

Sumado al trabajo de prospección y documentación, se identificaron áreas relevantes. Dentro de estas se encuentran aquellas que actualmente no presentan vestigios de su antiguo uso, como por ejemplo, el acceso principal mientras fue Casa de Orates, el lugar donde se emplazó la pileta original y la capilla, información obtenida a través de fuentes orales e información de archivo. Se suman lugares relevantes que presentan registro material susceptible de ser analizado para comprender la evolución material del espacio.



Figura. 5.92. Plaza central con pileta.

Fuente: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Imprenta y Litografía Universo, 1927 (s/p).

Con esta información y los hallazgos, se posicionaron los planos para identificar las dinámicas constructivas y la adscripción cronocultural general de los hallazgos presentes en la actualidad. Con esto se seleccionaron dos áreas importantes de relevar en detalle. La primera de esta consistió en el túnel, el que fue relevado en detalle y que entrega información específica sobre un periodo en particular de crecimiento de la Casa de Orates a inicios del siglo XX. En tanto, la segunda área consistió en el sector de muestreo en donde se realizó el análisis estratigráfico y el sondeo arqueológico correspondiente a restos de edificios demolidos el año 1985, en el actual estacionamiento. La elección se sustentó en la presencia de muros con diversas técnicas y etapas constructivas, además de distintas materias primas, con el objetivo de comprender desde una perspectiva material la evolución del espacio.

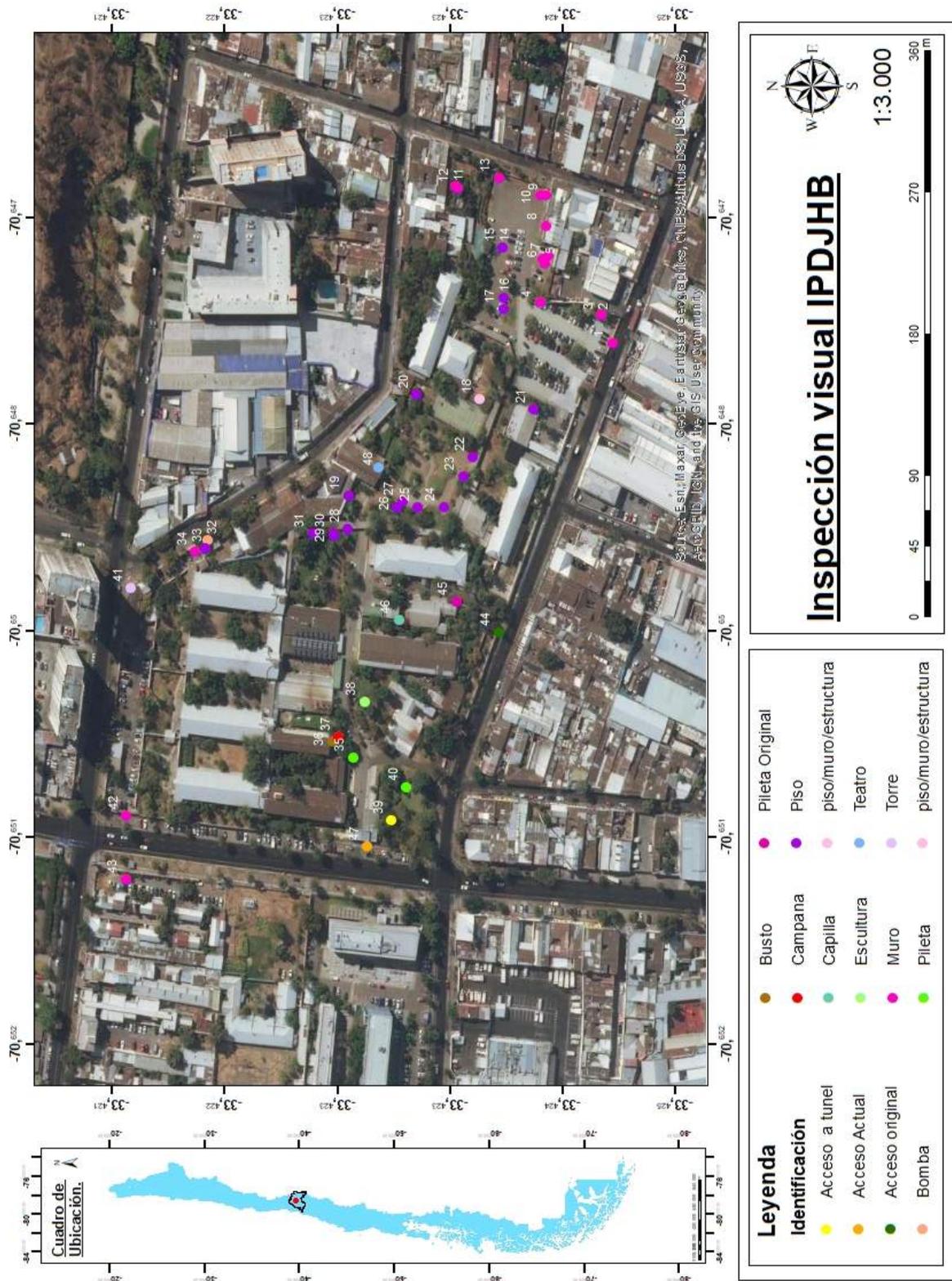


Figura 5.93. Plano hallazgos y puntos relevantes.
Fuente: elaboración propia.

La información descriptiva de cada hallazgo fichado se detalla a continuación:

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de cemento emplazado en la misma dirección de la actual pandereta que separa el Instituto con el exterior. Se emplaza a 70 cm. de la E-0
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de cemento con piedra (mezcla) adosado al muro de albañilería en ladrillo que limita el Instituto. Se dispone continuación muro ficha 1 pero en orientación N-S, posiblemente donde finalizaban estructuras demolidas el año 1985. Presenta un largo de 8 m., un ancho promedio de 43 cm. y un alto de 35 cm. Presenta adosado un pilar en el lienzo oeste del muro de mampostería de ladrillo con cemento de 533 cm. de ancho en orientación E-O y 70 cm. de largo en orientación N-S. Ladrillos tamaño indeterminado.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de mampostería de ladrillos, de 40 m. de largo, consta al menos de cuatro fases constructivas con distintos tipos de ladrillos, materias primas y formas constructivas. Delimita las actuales dependencias del Instituto. Presenta una primera parte que colinda por el sur con la pandereta actual que da a la calle Olivos y se extiende por 27 metros de largo. Los ladrillos cuentan con dimensiones aproximadas de 26-28 cm. de soga y de grueso de 6 cm. Sobre este se dispone un apéndice de muro de mampostería que permitió hacer crecer el muro 1,5 metros aproximadamente y sobre este se disponen alambres. Su construcción se dio a partir de pilares de cemento dispuestos cada 3 m. y un remate también de cemento a dos metros de altura aproximadamente sobre el que se dispone el apéndice del muro. Se debe distinguir que no hay trabajo de enlucido del muro. La segunda parte corresponde a un muro de mampostería de enlucido irregular de cemento en donde aun se distingue parte de los ladrillos. Presenta una base de 60 cm de cemento sobre el que se disponen los ladrillos y pilares de cemento de 40 cm de grosor aproximadamente. Sobre este se dispone un apéndice de muro de mampostería de ladrillo de cerca de 1 metro que posiblemente corresponde al mismo evento del apéndice del primer muro.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de construcción indeterminada con enlucido de cemento y pintura roja. Presenta un ancho de 48 cm un alto de 3,58 m. y un largo aproximado de 1,83 m. Continúa el muro presente en ficha 3.
Sector 3	Estacionamiento	Piso	Extenso piso que corresponde a antiguo edificio. Es parte de las construcciones presentes en las fichas 3 y 4, y que fueron demolidos después del terremoto de 1985. Al momento de su demolición correspondía al sector 1 masculino. La superficie total del piso es de 30 m. de largo en orientación N-S y 13 m. de ancho orientación E-O. Se distinguen dos tipos de piso: piso de baldosa hidráulica blanca de 20 x 20 cm. cada palmeta y en el límite norte de este la presencia de palmetas de piso de cemento blanco con rojo, todas del mismo tamaño. Se observa un vanitorio adosado al muro que colinda con el sur del piso y a 90 cm de la pared este. El vanitorio

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
			cuenta con 2,5 m. de largo; 1,2 m. de ancho y a 90 cm. de altura. El sanitario y la pared colindante cuentan con cerámica de palmetas de 15x 15 cm. Adosado al lienzo norte del muro se ubica una escombres que se extiende entre 1 y 1,5 m. de altura.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Continuidad de muro ficha 5 orientación E-O. Muro enlucido en cemento, presenta pintura blanca y en el sector del baño pintura rosada. Se extiende 20 m. de largo y 4,5 metros de altura aproximadamente. En la parte superior se distingue muro de mampostería de ladrillo con una extensión aproximada de un metro, posiblemente corresponde a mismo evento de agrandamiento de muro presente en muros descritos en ficha 4. Sobre este hay placas de zinc y alambres de protección. Destaca la presencia de un sanitario asociado al muro realizado en cerámica blanca. Adosado a lienzo norte del muro se ubica una escombres que se extiende entre 1 a 1,5 metros de altura.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Continuidad muro ficha 6 orientación N-S. Muro enlucido en cemento, presenta pintura blanca y rosada. Se extiende 13 m. de largo y 4,5 metros de altura aproximada. En la parte superior se distingue muro de mampostería de ladrillo con una extensión aproximada de un metro, posiblemente corresponde a mismo evento de agrandamiento de muro presente en muros descritos en ficha 4 y 5, Sobre este hay alambres de protección.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de mampostería de ladrillo de 16 m. de largo y 4,5 m. de altura aproximadamente con orientación E-O. Cada ladrillo es de 20 cm. de soga, 6 cm. de grueso, tizón indeterminado, dispuestos en aparejo en soga y con argamasa indeterminada (posible cemento y arena). Presenta dos estratos de cobertura, por una parte un fragmento de cobertura de barro de 1,5 por 1 metro aproximadamente y otro de 40 por 60 cm. aproximadamente. El primero se emplaza a 4 metros del vértice oeste del muro y a 2 metros de altura desde el nivel del piso actual y el segundo a 1,8 m. del mismo vértice anterior y a 2 metros del piso actual. El segundo tipo de cobertura es de cemento y presenta una extensión de 120 cm. de ancho y 160 cm. de largo máximo. Sobre este se disponen palmetas de baldosas hidráulicas blancas de 20 x 20 cm. Las baldosas se emplazan a 60 cm. del piso actual y 20 cm. del vértice oeste del muro. Adosado al vértice este del muro donde se emplaza muro de adobe destaca la presencia de un interfaz de 3 m. aproximadamente rellena por un muro nuevo de mampostería de ladrillo con argamasas de cemento. Adosado a lienzo norte del muro se ubica una escombres que se extiende entre 1 y 1,5 m. de altura.

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
Sector 3	Estacionamiento	Muro	<p>Muro de adobe de 1 metro de largo máximo, destruido, posiblemente asociado a procesos de demolición de edificios posterior al año 1985. Presenta una altura aproximada de 4 metros y sobre él se dispone un muro indeterminado con cobertura de cemento e 1,5 m. aproximadamente. Presenta un ancho aproximado de 45 a 50 cm y los adobes cada uno presenta una soga de 24-26 cm. y 6 a 7 cm. de grosor, estos están prácticamente sin argamasa. En la parte inferior cuenta con una base de dos corridas de ladrillo de 9 cm. de grosor, 46 cm. de soga y 23 cm. de tizón con argamasa de barro de 1 a 3 cm de grosor. Vale destacar que el adobe presenta un alto contenido de paja de tamaño relevante sobre los 3 a 5 cm., además destaca la presencia de material cerámico engobado, posiblemente de tradición indígena y/o indígena colonial al interior de los adobes. Adosado a lienzo norte del muro se ubica una escombres que se extiende entre 1 y 1,5 metros de altura. Es relevante considerar que es posible que el piso actual sea inferior al piso de ocupación del muro original, y que esto se deba a la tarea de limpieza posterior a la demolición de los edificios antiguos.</p>
Sector 3	Estacionamiento	Muro	<p>Muro de adobe de 13 m. de largo y 4,5 de alto aproximadamente. Presenta un apéndice superior de 1,5 m. aproximados de material indeterminado y cobertura de cemento. Arriba de este se disponen ladrillos y maderas sobre lo que se apoya la techumbre de zinc. Corresponde a adobes de soga aproximada de 24-26 cm. y 6 a 7 cm. de grosor, dispuestos prácticamente sin argamasa. El muro, a su vez, está recubierto de un enlucido de arena y sobre este se dispone pintura blanca en distintos sectores. Destaca la figura del vano de una puerta de 110 cm de ancho y altura indeterminada debido a que se observa acumulación de tierra de relleno en la base al rededor de todo el muro. Cuenta con un dintel de madera de 1,70 m. de ancho, 16 cm., de alto y presenta cruces efectuadas con alguna herramienta punzante. Adosado al lienzo norte del muro se ubica una escombres que se extiende entre 1 a y 1,5 m. de altura.</p>
Sector 3	Estacionamiento	Muro	<p>Muro de adobe de 7.40 metros de largo. Se ficha como una sola unidad porque muestra cierta unidad constructiva correspondiente al uso de adobe. Se asocia a muros de estructuras fuera del actual Instituto, y que colindan con este y que posiblemente constituyeron dependencias antiguas de la institución. Presenta una primera sección de 7,4 metros construidos en adobe con una altura máxima de 3.3 metros en los primeros 3,4 metros de extensión desde el vértice oeste del muro y luego una altura de 2.2 metros, esto en orientación E-O. Esta segunda parte constituye posiblemente un evento de reparación del muro original. Sobre esta sección del muro se disponen latas generando una altura aproximada de 4 metros.</p>

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Construcción de adobe presenta un muro en orientación N-S con 1 a 1, 2 m. de ancho y 4 m. aproximados de altura y luego un muro de 12 m. en orientación E-O. Destaca la presencia de cimientos del muro correspondiente a dos hiladas de ladrillo, más material de ladrillo con barro que ocupan un total de 30 cm. de ancho, luego adobes de 50 cm. de altura por 70 a 80 cm. de ancho y sobre estos una hilada de ladrillo de entre a 10 a 15 cm y nuevamente piezas de adobe de 50 cm de altura por 70-80 cm. de ancho. Al interior de las piezas de adobe de gran tamaño se distingue material de tipo industrial como bases de botellas, restos óseos de mamíferos, fragmentos de tejas; además de paja. Sobre estos cimientos, que tienen cerca de 1,20 m. de altura, se dispone adobe de 30 cm. de tizón y de 9 cm. de grosor, prácticamente sin argamasa, hasta los 4 m. de alturas donde se observan tejas chilenas. Adosado a este muro se encuentra un muro de mampostería de ladrillo asociado a la actual larga estada.
Sector 3	Estacionamiento	Muro	Muro de mampostería de ladrillo de 66 metros de largo con orientación N-S. Los primeros 38 metros de sur a norte corresponden a parte del actual estacionamiento. Presenta una altura aproximada de 2,5 metros y da hacia la actual calle Rengifo. El muro incluye pilares y base de cemento dispuestos cada 3 metros y un portón metálico de 4 metros. Muro posiblemente construido luego del terremoto de 1985.
Sector 3	Estacionamiento	Piso	Calzada exterior de las actuales dependencias de larga estada. Presenta un largo de 40 metros aproximados en orientación E-O y un ancho de 3,90 metros en dirección N-S. Contiene baldosas de cemento de 20 x 20 cm. con motivo de decoración lineal en bajo relieve.
Sector 3	Estacionamiento	Piso	Hilera de ladrillos de 40 cm de soga, 10 cm. aproximados de tizón, con una extensión discontinua que abarca 20 metros pegados con cemento. Dispone de tres fragmentos de piso de baldosas de cemento hidráulicas blanco con rojo. Posible antiguo pasillo sector 1.
Sector 3	Estacionamiento	Piso	Dos hileras de ladrillos de 40 cm de soga, 10 cm. aproximados de tizón, con una extensión discontinua que abarca 13 m. pegados con cemento en orientación N-S y con una separación de 10 cm entre ambas hileras. La extensión de 13 m. corresponde a: 4 metros desde el norte, 3 m. sin la hilera de ladrillos y luego 4,5 m. En el sector donde hay una discontinuidad de la hilera se distinguen los restos de una posible acequia con orientación E-O en la que se dispusieron los ladrillos sobre el canto de 8 cm de grosor y 40 cm de tizón, separados en 23 cm aproximadamente. Se distingue una posible curva de la acequia en el borde norte.
Sector 3	Estacionamiento	Piso	Parte del borde de la calzada de cemento discontinua con un largo total de 5 m. y 5 cm. de ancho. Se observan restos de ladrillos que pudieron estar asociados a esta calzada.

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
Sector 2	Sur oeste	Piso/Muro/Estructura	Calzada y antiguas construcción de albañilería con tres habitaciones en sector oeste de la actual cancha de fútbol. Colinda con la pandereta de cemento pintada en color damasco de la actual sección de larga estadia. La pieza que da hacia el sector norte queda al interior de esas dependencias de larga estadia, separadas por una reja de alambre, y las otras dos que se emplazan al sur tienen acceso por el sector de la cancha. Son habitaciones con piso de madera, actualmente en desuso, y en un estado estructural deficiente. Las puertas de acceso presentan medidas de 80 cm. de ancho por 2,10 m. de alto y se observan ventanas, en todas las habitaciones, las que presentan rejas de hierro, con 90 cm. de ancho por 110 cm. de altura. Se observa parte de una calzada en damero de 5 m. de largo con orientación N-S y 2 m. de ancho máximo. Destaca en la pared sur de las habitaciones, hacia el exterior, la cobertura de un metro con baldosas de cemento blanco con negro, en damero, y con volutas negras sobre blanco en la línea pegada al suelo y en la que finaliza la cobertura.
Sector 1	Norte	Piso	Calzada de baldosas de cemento alrededor del teatro y lavandería Se observan diversos motivos, destacando principalmente baldosas de rombo rojo sobre blanco. Presenta una extensión aproximada de 14 x 14 m.
Sector 2	Sur oeste	Piso	Calzada de baldosas de cemento con motivo estrellado en colores blanco, negro y gris, volutas hacia los bordes. Presenta una extensión N-S de 6 metros y una extensión E-O de 3,10 m. Las palmetas miden 20 x 20 cm. cada una. Se emplaza antes de uno de los accesos actuales de la unidad de larga estadia.
Sector 3	Casino Actual	Piso	Calzada de baldosas de cemento dispuestas en forma de damero con palmetas de 20 x 20 cm. en blanco y rojo. Presenta una extensión N-S de 5 metros y un ancho de 1,30 metros. Presente en sector norte, posibles restos de un cimiento de muro en piedra y cemento de 70 cm. de ancho.
Sector 2	Plaza	Piso	Borde de calzada de ladrillos dispuestos sobre la tabla. Sus dimensiones son de 40 cm. de soga y de 20 cm de tizón. Se encuentra una línea dispuesta al lado de otra por la sección de soga y la otra línea por la sección de tizón. Presenta argamasa de cemento y arena y una extensión de E-O de 120 cm. y un ancho máximo de 60 cm. Posible continuidad al oeste, fichas 23 y 24.
Sector 2	Plaza	Piso	Borde de calzada de ladrillos dispuestos sobre la tabla. Sus dimensiones son de 40 cm. de soga y de 20 cm de tizón. Se distingue una línea dispuesta una al lado de otra por la sección de soga y la otra línea por la sección de tizón. Presenta argamasa de cemento y arena y una extensión de E-O de 120 cm y un ancho máximo de 70 cm. Posible continuidad, fichas 22 y 24.
Sector 2	Plaza	Piso	Borde de calzada de ladrillos dispuestos sobre la tabla. Sus dimensiones son de 40 cmm de soga y de 20 cm de tizón. Se visualiza una línea dispuesta una al lado de otra por la sección de tizón. Presenta argamasa de cemento y arena y una extensión de E-O de 170 cm. y un ancho máximo de 35 cm. Posible continuidad, fichas 22 y 23.

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
Sector 2	Plaza	Piso	Calzada de baldosas de cemento de color rojo con palmetas de 20 x 20 cm. Se dispone de algunas completas, otras están rotas y se distingue el cemento con guijarros pequeños utilizados como argamasa. Presenta una extensión máxima de 110 cm. de ancho en orientación N-S y 150 cm. de largo en orientación E-O.
Sector 2	Plaza	Piso	Calzada de baldosas de cemento de colores blanco y negro con motivos que, en conjunto, generan un patrón zigzag. Se dispone de algunas completas otras están rotas y se distingue el cemento con guijarros pequeños utilizados como argamasa en las que fueron extraídas. Presenta una extensión máxima de 160 cm de ancho en orientación N-S y 230 cm. de largo en orientación E-O (7 palmetas por 12).
Sector 2	Plaza	Piso	Calzada de baldosas de cemento. Se distinguen palmetas de colores blanco y rojo en dos hileras generando un patrón damero. Presenta una extensión máxima de 60 cm. de ancho en orientación N-S y de 280 cm. de largo en orientación E-O.
Sector 1	Cerca bodegas	Piso	Calzada de baldosas de cemento. Se distinguen palmetas de 20 x 20 cm. blancas con rombos rojos. Presenta una extensión máxima de 90 cm. de ancho en orientación E-O y de 150 cm de largo en orientación E-O.
Sector 1	Cerca bodegas	Piso	Calzada de ladrillos dispuestos sobre la tabla que se extiende en un total de 2,10 metro de largo en orientación N-S; y un ancho total de 45-50 cm. Cada ladrillo presenta una soga de 34 cm. y un tizón de 20 cm. Estos se disponen alineados por la sección de la testa.
Sector 1	Cerca bodegas	Piso	Fragmento de cemento con ladrillos dispuestos sobre el canto. Posiblemente corresponde a argamasa de piso de ladrillo y parte de sus ladrillos altamente derruidos asociados a base de un pilar de cemento y fierro en sector norte. Presenta 5 metros de largo máximo de forma discontinua y 20 cm. de ancho máximo.
Sector 1	Cerca bodegas	Piso	Calzada de baldosa de cemento. Se distinguen palmetas de 20 x 20 cm. blancas con rombos rojos. Presenta una extensión máxima de 3,50 cm. de ancho y de 2.30 cm. de largo. Está asociada a las actuales bodegas de adquisición.
Sector 1	Bomba	Bomba	Bomba de 3 metros de altura con un ancho máximo de 40 a 50 cm.
Sector 1	Cerca bodegas	Piso	Calzada de baldosas hidráulicas de cemento. Se distinguen palmetas de 20 x 20 cm blancas y negras dispuestas en modo de damero. Presenta una extensión máxima de 280 cm, de ancho en orientación E-O y de 160 cm. de largo en orientación E-O. Limita con muro de albañilería que da hacia calle Raimundo Charlin.
Sector 1	Muro exterior	Muro	Muro de mampostería de ladrillo de 200 metros de largo. Se extiende desde la esquina de Santos Dumont por todo Raimundo Charlin. Corresponde a parte del muro original donde aún se distinguen ventanas las cuales han sido tapiadas. Presenta pilares metálicos hacia el interior del Instituto que evitan la caída de los muros los que se encuentran en un estado de conservación muy deficiente. Limita también el exterior de las actuales bodegas de adquisición. Se distinguen en la esquina de

Sector	Referencia emplazamiento	Tipo de sitio	Descripción
			Raimundo Charlin estructuras en desuso a medio derrumbar en las que se acumula basuras en y donde actualmente hay un estacionamiento hacia el lado de la calle Santos Dumont. Presenta 3,5 m. de altura.
Sector 1	Acceso	Pileta (original)	Figura central de bronce de pileta original del siglo XIX.
Sector 1	Acceso	Busto	Busto a Jerónimo Letelier, primer director médico de la Casa de Orates/Manicomio Nacional.
Sector 1	Acceso	Campana	Campana de bronce
Sector 1	Acceso	Escultura	Escultura de piedra
Sector 1	Acceso	Acceso túnel	Acceso túnel construido entre 1904 y 1906.
Sector 1	Acceso	Pileta (piedra)	Restos de piedra de una posible pileta de forma pseudo ovalada. Presenta un largo interior de la base de 5,70 m. en orientación este-oeste y 4,40 cm. de ancho en orientación norte-sur. Presenta una profundidad aproximada de 40 cm. Dispone de sillares canteados, los que generan un borde de la base de 20 cm. y luego de este hay un emplantillado de la misma piedra de 1,20 cm. Se distinguen dos tipos de piedra: una gris y otra gris rosada.
Sector 1	Torre	Torre	Antiguas estructuras, posiblemente parte del pabellón Martínez. Se distingue parte de una antigua torre y estructuras, la mayoría en desuso en la actualidad. Utilizadas como basurero y como bodega.
Sector 1	Muro	Muro	Muro de albañilería, en muy mal estado. Presenta una altura aproximada de 3,5 metros con ventanas al exterior. Posible muro original.
Exterior	Exterior	Muro (frente)	Muro de albañilería, en muy mal estado. Presenta una altura aproximada de 3,5 metros con ventanas al exterior. Posible muro original.
Sector 1	Antiguas dependencias	Antiguas dependencias	Acceso original. Actualmente se emplaza el acceso a urgencia.
Sector 2	Antiguas dependencias	Antiguas dependencias	Lugar en donde se emplazaba pileta original, actualmente es un estacionamiento.
Sector 2	Antiguas dependencias	Antiguas dependencias	Antigua capilla, demolida después del terremoto de 1985.
Sector 1	Acceso actual	Acceso actual	Acceso principal actual por Avenida La Paz.

Tabla 5.8. Información descriptiva hallazgos inspección visual y puntos relevantes.

Fuente: elaboración propia.

5.2.c. El túnel. El crecimiento de la Casa de Orates en el contexto urbano.

Uno de los hallazgos que adquirió notoriedad pública fue el túnel emplazado bajo la actual calle La Paz, asociado en el plano según la prospección en su sector de acceso en el n°47. Aunque la existencia del túnel es conocida localmente por los funcionarios del Instituto, este adquirió notoriedad pública cuando en abril del 2019, durante la ejecución de obras de pavimentación de Avenida La Paz, la empresa encargada de los trabajos halló el túnel. Sus accesos se encuentran tapiados con material de relleno, siendo hoy día posible acceder a él únicamente a través de la calle por una cámara generada por la misma empresa. Aunque no está claro cuándo se tapiaron los accesos con relleno, si es posible identificar el acceso original a los terrenos actuales de la Casa de Orates en la caseta de guardia ubicada en la puerta de entrada al Instituto. En este caso el acceso cuenta con una cámara de concreto hecha posteriormente, tal vez asociada a las obras de los años 50. Respecto al acceso en el tramo poniente de la calle, se documenta oralmente su presencia hasta el momento en que se construyó la nueva Facultad de Odontología de la Universidad de Chile en ese espacio, el año 2005.

En el contexto del presente trabajo se realizó un registro con permiso de la Municipalidad de Independencia. Respecto a las condiciones actuales de la estructura, esta se extiende bajo la avenida la Paz siguiendo una dirección de este oeste, abarcando 29,5 metros desde el inicio de la bóveda en el tramo oeste hasta el final del tramo en dirección este y con una altura promedio de 2,33 metros y un ancho de 2,5 metros aproximado (ver imágenes 5.45, 5.46, 5.47 y 5.48). Las medidas presentes coinciden con las descripciones efectuadas en las Memorias de la Casa de Orates, advirtiéndose la disminución de su extensión en un metro y medio, debido a que se tapiaron los accesos.

A nivel de contexto, se destaca que a raíz de la conmemoración del centenario de Chile se efectuaron una serie de obras públicas, especialmente en la Ciudad de Santiago. Entre ellas destacaron en la zona norte de La Cañadilla la canalización de las aguas y la construcción de la Avenida La Paz, cuyo objetivo era generar un acceso expedito hacia el Cementerio. Ambas iniciativas consideradas dentro de la lógica del discurso higienista imperante.

Aunque el acceso al cementerio fue desde su origen por la misma calle, esta no contaba con la extensión actual, sino que finalizaba en donde se encontraba la Casa de Orates. Por esta razón, hacia 1905 y 1906, se abrió un acceso hacia el sur (Osorio 2016). Ricardo Marín, “director del cuerpo de ingenieros civiles” señaló a Benjamín Vicuña Mackenna, en 1872, las ventajas de abrir esta avenida en ese emplazamiento:

“Después de ésta, se presentan las hermosas calles de la Dominica i de los Olivos que forman una línea recta, con diferencia de minutos i prolongada al oeste en la misma forma que la del proyecto anterior.

Esta línea tiene la ventaja de estar en gran parte abierta i comunicada con las calles de la Purísima i de la Cañadilla i de abrazar una parte mas considerable de 1% población del norte. Hai otra circunstancia mui especial a su favor i es que, tomando por base los templos de la Dominica-Vieja i la Casa de Orates, que en todos casos deben respetarse, los 50 metros se tomarian el sur de la línea en que están estos edificios i por consiguiente, que solo habria que espropiar los sitios de un solo lado en toda la extensión recta de estas calles i solo dos casas en su prolongación hacia la calle de la Cañadilla i a1 norte de la Estampa i otra en el atraveso de la acera opuesta de la Cañadilla” (Marín 1872: 150).

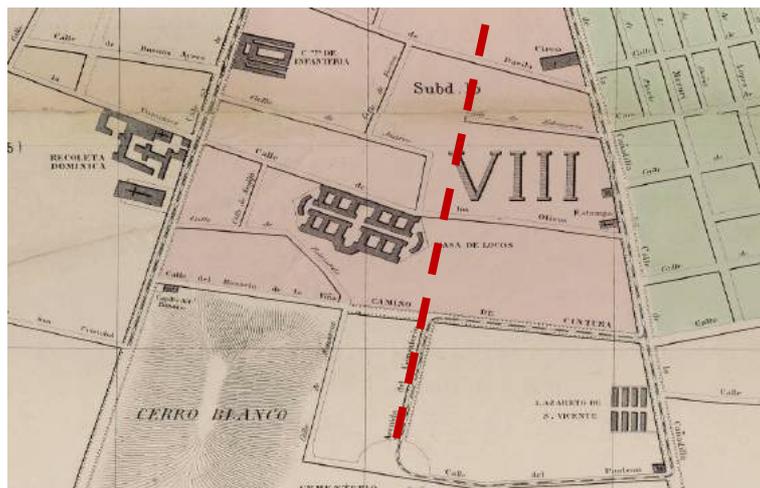


Figura 5.94. Detalle Plano de Santiago con las divisiones políticas y administrativas, los ferrocarriles Urbanos y a Vapor, levantado por Ernesto Ansart (1875). En roja se marca proyección de Avenida La Paz.

Fuente: (Ansart 1875).

CUADRO D.
*Tasación de los terrenos i edificios que abraza el proyecto para la cuarta línea, por las calles de la
 Vía i de Valdivieso.*

TERRENOS.				EDIFICIOS.	
	NÚMERO DE METROS CUADROS.	VALOR DEL TERRENO.	VALOR TOTAL.	NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS.	VALOR.
PRIMER RAMAL.					
1.º Entre el ferrocarril i el eje de la calle de Negrete	67200	0 10	6,750	Avenida edificada de la Casa de Orates	4,670
2.º Entre el eje de la calle de Negrete i el punto de tajamiento	22000	0 15	3,375	Don Domingo Javalos	6,700
SEGUNDO RAMAL.					
3.º Entre el río i el principio de la curva en el 2.º ramal	82500	0 15	6,375	Don Francisco Rojas i hermanos	460
4.º En la estimación de la curva	30800	0 15	5,970	Casa del señor N. N.	208
5.º Hasta 70 metros antes de la Casafuente	2100	0 20	1,463	Don José Tomas Urzúa	325
6.º Desde el punto de tajamiento hasta el punto de la Casa de Orates	30000	1 20	3,000,000	Doña Mercedes Davila	3,129
7.º Del punto de la Casa de Orates hasta el punto de Santiago Valderama	31474	1 15	3,000,000	Un rancho de la misma	25
8.º Doña Dominga Javalos	1208074	1 10	10,080,000	Don Santiago Valderama	1,000
9.º Don Francisco Rojas i hermanos	6119,46	1 10	7,289,16	Casa de don N. N.	1,000
10.º Don N. N.	1749,00	1 10	2,081,31	Cuartería de los señores Javalos	417
11.º Don José Tomas Urzúa	4213,50	1 10	5,014,00	Casa de	840
12.º Id. id.	1680,00	1 10	1,214,61	Total	\$ 18,724
13.º Doña Mercedes Davila	2300,29	1 43	5,418,11		
14.º Id. id.	646,98	1 43	1,222,61	RECURSOS.	
15.º Don Santiago Valderama	785,00	1 43	1,122,55	Valor del terreno	\$ 180,867 00
16.º De la parte, al interior de la curva	3500	2 00	7,000	Id. de los edificios	18,724 00
17.º Id. parte de la vía	27000	1 20	32,400	Valor total jeneral	\$ 200,021 00
18.º Desde el punto anterior hasta 85 metros antes de la calle de la Chimba	38600	1 00	38,600		
19.º Desde el punto anterior hasta la calle de la Chimba	4150	0 60	2,490		
20.º Entre las calles de la Chimba i del Río	7050	0 80	5,640		
21.º En el río	7200	0 60	4,320		
22.º Al sur del Tajamiento	6200	0 00	18,000		
			\$ 180,867 00		

El valor total de la presente tasación asciende a la suma de doscientos ochenta mil ochocientos veinticuatro pesos, seis centavos.
 Santiago, julio 13 de 1872.
 Ricardo Marín.

Figura 5.95. Cuadro con tasación de terrenos y edificios del proyecto de apertura de Avenida La Paz. En rojo se señala las cifras correspondientes a la Casa de Orates
 Fuente: (Marín 1872 s/p).

Al dividirse los terrenos se efectuó un túnel bajo la calle para unir ambos espacios. En referencias directas al túnel, según las Memorias de la Casa de Orates, el inicio de su construcción fue en 1905 y finalizó el año siguiente. “Se ha dado principio a la apertura de la Avenida del Cementerio en los terreno vendidos al Municipio entre la Avenida del Rosario i la calle de Olivos. Para unir la Casa de la sección que quedará al poniente de la nueva avenida, se ha iniciado la construcción de un túnel”²²¹.

El túnel poseía una extensión de 31,5 metros, un ancho de 2,20 metros y una altura de 2,3 metros. El objetivo del túnel fue conectar el pensionado de señoras con el Pabellón Barros, emplazado en el sector poniente de Avenida La Paz. Se realizaron además una serie de mejoras después de su construcción como, por ejemplo, la instalación de gas²²².



Figura 5.96. Panorama general del túnel.
Fuente: Fotografía Nelson Moya.

A partir del registro se señala que el túnel presenta dos unidades constructivas principales mampostería en piedra semicantada, correspondiente a 7 a 8 hiladas de piedras de cara cuadrangular (20/23 cm x 23/29 cm apróx. que se disponen en 7 a 8 hiladas contando una altura total de 1.70 a 1.86 cm (ver imagen 5.45).



Figura 5.97. Detalle piedra semicantada.
Fuente: Fotografía Nelson Moya.

Sobre los muros de piedra se dispone la mampostería de ladrillos que conforma una bóveda. El aparejo se dispone en soga y tizón. En cuanto a los tamaños de los ladrillos, estos son uniformes (soga 40 cm, tizón 20 cm, grueso 7 cm, aprox.) (ver imágenes 5.47 y 5.48).



Figura 5.98.. Bóveda en mampostería de ladrillo.
Fuente: Fotografía Nelson Moya.



Figura 5.99. Detalle ladrillos.
Fuente: Fotografía Nelson Moya.

A los 12 metros finaliza la bóveda, quedando un espacio de 4,68 cm sin la presencia de muros de albañilería en ladrillo, sino que únicamente los muros de piedra que se extienden hasta la loza, posiblemente de la actual calle. Dicho tramo fue concebido al momento de la construcción original del túnel y se emplaza justamente en la mitad de este (ver imagen 5.45). Sobre su finalidad aunque esta no es clara, pudiese corresponder a un respiradero.

Con respecto a la funcionalidad del túnel, este está descrito como espacio de conexión entre los terrenos divididos por las calles, específicamente del pabellón Barros al pensionado de mujeres. Llama la atención la alta inversión en la construcción del túnel considerando que se puede acceder al terreno del lado por la calle. Sin embargo, tienen sentido los testimonios de la década de 1960 que planteaban el traslado de comida desde el sector principal del actual Instituto hacia el sector poniente. Aunque también puede estar relacionado con dos motivos que podrían ser complementarios: la generación de un

acceso fluido y seguro entre ambos espacios y un acceso y espacio de movilidad entre ambas secciones para que no tuvieran visibilidad hacia el exterior, buscando posiblemente la privacidad de los usuarios de dichos pabellones.

Uno de los testimonios más recientes sobre el uso del túnel es el del médico Gustavo Murillo, quien señaló:

“Yo no alcancé a pasar por el túnel, porque lo había hecho antes la gente que hacía guardia en las noches y pasaban por los crónicos, pero conocí médicos que pasaban por el túnel. Hugo López Montiel, que fue profesor mío también dentro de la cátedra, me decía "pasábamos con Zapata, un auxiliar y un perro y un farol grande para ir alumbrando el túnel porque es súper oscuro" pero pasaban en la noche, visitas de los departamentos crónicos, pasaban por todo el hospital y hacían la pasada para allá en la noche. Yo atendí a esos enfermos de día, así que atravesaba por avenida La Paz” (Entrevista G.M.).

Actualmente el acceso al túnel por el Instituto se encuentra tapiado con ladrillos, acción que ocurrió en el año 1973, luego del golpe de Estado. No obstante, se puede acceder a parte de un subterráneo cuya continuidad en su sección E-O se topa con un muro de ladrillo que tapa el túnel original, que cruza la calle y que posiblemente fue efectuado hace poco años.

El subterráneo se emplaza detrás de la caseta de entrada del Instituto y se puede acceder a él únicamente disponiendo de una escaleras. Este pasaje bajo tierra presenta dos cámaras: una en dirección N-S y otra en dirección E-O. Ambas cuentan con paredes de concreto, posiblemente asociadas a las obras de la década de 1950, apreciándose además la aplicación de mosaicos, aspecto decorativo que no fue finalizado, y que forman parte de los pabellones de dicho periodo.



Figura 5.100 Detalle tapia del tunel en sector del Instituto.
Fuente: Fotografía autora.

5.2.d. Sondeo arqueológico.

Se efectuó sondeo arqueológico subsuperficial de 1 x 1 metros en área seleccionada para la realización de análisis estratigráfico asociado a los hallazgos 8 y 9 según inspección visual. Esa zona comprende parte de varios muros adosados con distintas técnicas constructivas (adobe y albañilería, entre otros) que presentan una extensión de 26,70 cm. Estos muros limitan las actuales dependencias en el sector suroriente. Hacia atrás de estos hay casas habitación y recintos comerciales.

La elección del área a sondear fue colindante a un muro de adobe, debido a que esta técnica constructiva representa parte de las tipologías tempranas de construcción de lugar, según lo relatado en las fuentes escritas. Además porque en ese muro en particular se observó material secundario al interior de los adobes, como cerámica de tradición indígena. Parte de estos muros fueron hechos posiblemente, según información de archivo, con el sedimento presente en el mismo sector. En tanto el resto de los muros de adobe fichados presenta contenido de material secundario de corte industrial. Aunque ese hallazgo no asegura necesariamente que el muro seleccionado constituya el más temprano, al menos permite inferir que al momento de su construcción el área presentaba una baja intervención de ocupación.

El área seleccionada correspondió en el año 1985 al sector 1 masculino antes de su demolición debido a las malas condiciones en las que parte importante de los edificios quedaron después del terremoto. A partir de ese momento, se despejó el área, y se dejó como estacionamiento. Actualmente, caminando por ese lugar, se reconocen parte de los

antiguos edificios, apreciándose cómo funcionarios y usuarios conviven a diario con los vestigios como parte del paisaje del Instituto.

La unidad se emplazó particularmente adosada a un muro de adobe derruido con orientación N-S, perpendicular a otro muro de adobe y a un muro de albañilería, ambos en orientación E-O. En específico se posicionó pegada al muro por el lienzo poniente. Esa decisión se tomó gracias a la información entregada por Carlos Soto, actual guardia, pero que también cumplió el rol de auxiliar en las dependencias del Instituto, quien señaló que al momento de la demolición de parte de las estructuras derruidas después del terremoto, se emplazaba una casa habitación en el lienzo oriente y no dependencias del Instituto.



Figura 5.101.. Área en donde se emplaza unidad se identifica escombrera asociada a muros.

- Nivel Superficial

Inicialmente se realizó un despeje del área, ya que asociado al muro se dispone una escombrera actualmente en uso que contiene un sedimento en el que se distingue principalmente limo, arena, grava y gravilla. Esta última posiblemente asociada al material de relleno que se ha utilizado para aplanar el sector de los estacionamientos.

Durante el proceso de excavación se observó que se tiraba sedimento y restos de vegetación cortada proveniente de otras áreas en donde estaban efectuando trabajos. Entre el material encontrado hay una gran cantidad de basura actual (botellas de vidrio de

cerveza y vino, botellas plásticas, bolsas de basura, envases de plástico de golosinas, cables eléctricos, etc.).



Figura 5.102. Área en donde se emplaza unidad asociada al nivel del suelo actual.



Figura 5.103. Parte de la basura actual asociada a la escombrera.

- **Nivel 1 (0-10 cm.)**



Figura 5.104. Base del nivel 1 (0-10 cm).

Sedimento limo arcilloso con inclusiones de arena y gravilla. Se asocia a sedimento similar al piso actual, posiblemente relacionado con evento de relleno para uso del área como estacionamiento. En términos nominales se denominó esta capa como A. Ella

presenta muy baja compactación y alto contenido orgánico especialmente asociado a desechos de trabajos de jardinería (raíces de árboles, pastos, etc.) e insectos vinculados a la descomposición de estos.

Se distingue una gran cantidad de basura actual como botellas de vidrios de cerveza marca Corona, botellas de vino color verde, cables eléctricos y bolsas de basura negra, entre otros. Se suma material de construcción como fragmentos de ladrillo, tejas, restos de baldosa de cemento altamente fragmentado y restos de cemento endurecido.

En la base de este nivel se distingue un cambio de correspondiente capa B, la que se define por la presencia de un sedimento limo arcilloso con arena y gravilla de compactación media y escaso material orgánico. Posiblemente comprende parte del relleno del cimiento mezclado con material de la capa superior A.

En el vértice suroriente de la unidad se distingue parte del sobrecimiento realizados de piedra y barro, sobre el que se apoya un estrato de doble hilera de ladrillos (40 x 20 x 10-8 cm) con argamasa de barro, dispuesto sobre su tabla, lo anterior se observa sobre la cota cero.

Entre el material hallado hay presencia de objetos de tipo industrial asociado a consumo actual, como vidrio de botella de cerveza y vino, entre otros (ver tabla 5.8).

El material recuperado se presenta en la siguiente tabla:

Nivel	Material	Foto	Descripción
1(0-10 cm.)	Metal		Clavo de fierro industrial actual, de cabeza redonda.
1 (0-10 cm.)	loza		3 fragmentos de loza white ware, correspondiente a 2 bordes de plato y un borde de taza. 1 fragmento de porcelana correspondiente a un plato.

Nivel	Material	Foto	Descripción
1(0-10 cm.)	Teja		Fragmento de teja
1(0-10 cm.)	Fragmento posible macetero		Fragmento de cuerpo de posible macetero, presenta pintura roja exterior y alisado interior.
1(0-10 cm.)	Vidrio		Vidrio ampolla Grosor: 1mm
1(0-10 cm.)	Vidrio		Cuerpo y gollete contenedor de vidrio. Presenta coloración morada por exposición al sol. Se vincula a decoloración con manganeso utilizado hasta la década de 1930 (Ortiz 2009) ²²³ .
1(0-10 cm.)	Vidrio		Vidrio de ventana
1(0-10 cm.)	Vidrio		Vidrios de botellas - Botella verde Grosor: 4,5 mm. - Fragmentos transparentes Grosor: 3 mm. y 6,5 mm.

Tabla 5.9. Materiales sonde nivel 1 (0-10 cm).

- Nivel 2 (10-20 cm)



Figura 5.105. Base del nivel 2 (10-20 cm).

Se distingue capa B, la que se define por la presencia de un sedimento limo arcilloso con arena y gravilla de compactación media y escaso material orgánico. Posiblemente comprende parte del relleno del cimiento mezclado con material de la capa superior A.

En el cuadrante poniente se distingue parte del sobrecimiento de piedras con cuñas, fragmentos de ladrillo, teja y barro, sobre el que se apoyan dos hileras de ladrillos cocidos y sobre estos los adobes.

El material recuperado fue el siguiente:

Nivel	Material	Foto	Descripción
2(10-20 cm.)	Óseo		Escápula izquierda de F. catus (Calas 2021).

Nivel	Material	Foto	Descripción
2(10-20 cm.)	Lítico		Fragmento de tesela de vidrio de mosaico blanca. Dimensión: 19 x 19 mm. y 5 mm. de grosor
2(01-20 cm.)	Metal		Clavo metálico (fierro) de sección cuadrada. Largo total: 5,2 cm. Largo vástago: 4,8 cm. Grosor de cabeza: de 4 mm. Tamaño cabeza: 6 x 7 mm.

Tabla 5.10. Materiales sonde nivel 2 (10-20 cm).

- Nivel 3 (20-30 cm.).



Figura 5.106. Base del nivel 3 (20-30 cm.).

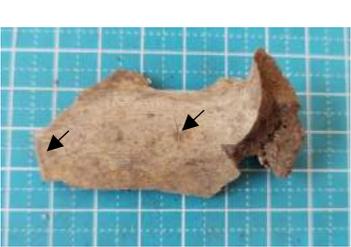
Continuidad de capa B: sedimento limo arcilloso con inclusiones de arena, presenta compactación baja, y material actual hasta aproximadamente los 25-28 cm. cuando comienza a aparecer capa C, correspondiente a matriz limo arcillosa de compactación media.

En este estrato se observa continuidad de sobrecimiento con piedras semicanteadas y piedras tipo cuñas.

Entre el material recuperado predominan los elementos de carácter prehispánico, a excepción de vidrios de botella de cerveza actual, posiblemente asociado al perfil. El material recuperado fue caracterizado macroscópicamente, considerando sus propiedades como tipo de materia prima, forma, contenido, huellas de usos y/o alteración, entre otros.

El material recuperado se detalla en al siguiente tabla:

Nivel	Material	Foto	Descripción
3(20-30 cm.)	Cerámica		<p>Fragmento de borde de cerámica rojo engobado. Con borde en coma. Presenta espatulado interior y exterior. Posiblemente asociado a una vasija no restringida. Se trata de pasta de grano fino con algunas inclusiones de gravilla. Predomina cocción reductora. Manufactura de tradición indígena. En fotografía se distingue vista interior y vista perfil del fragmento de cerámica.</p>
3(20-30 cm.)	Cerámica		<p>Fragmento de cerámica con pulido exterior y alisado interior. Presenta pasta de grano fino con algunas inclusiones de gravilla. Predomina cocción reductora. Manufactura de tradición indígena. Al exterior se distinguen improntas de hollín. En fotografía se distingue vista exterior e interior fragmento cerámica.</p>

Nivel	Material	Foto	Descripción
3 (20-30 cm.)	Óseo		<p>Fragmento de cuerpo vertebral de mamífero grande sin fusionar, probablemente de vértebra torácica de <i>Bos taurus</i>. Fractura no fresca.</p> <p>En fotografía se distingue vista anterior, Vista posterior porción proximal con huellas de roedor y vista proximal de epífisis con huellas de roedor.</p>
3(20-30 cm.)	Óseo		<p>Metacarpo izquierdo de Caprinae completo, con su extremo distal sin fusionar, por lo que se trataría de un individuo juvenil. La porción proximal y distal presenta fracturas y en proximal abundantes huellas de roedor.</p> <p>También se observan huellas de raicillas (Calás 2021:4).</p> <p>En otografía se ditingue vista anterior y vista posterior porción proximal con huellas de roedor, y vista proximal de epífisis con huellas de roedor.</p>
3(20-30 cm.)			<p>Fragmento de proceso transverso izquierdo de vértebra lumbar de vacuno (<i>Bos taurus</i>), con huella de sierra hacia lateral, y una huella de corte en el cuerpo.</p> <p>Fractura fresca y fractura reciente (Calás 2021: 5).</p> <p>En fotografía se distinguen flechas que indican la huella de corte y la huella de sierra.</p>
3(20-30 cm.)			<p>Fragmento de diáfisis de hueso largo de mamífero grande con huella de sierra y fractura reciente.</p> <p>Fragmento de diáfisis de hueso largo. La flecha indica la huella de sierra.</p>

Nivel	Material	Foto	Descripción
3(20-30 cm.)			Fragmento de tejido esponjoso indeterminado
3(20-30 cm.)	Vidrio		Vidrio cuerpo botella de cerveza actual.

Tabla 5.11. Materiales sonde nivel 3 (20-30 cm).

Nivel 4 (30-40 cm)



Figura 5.107. Base del nivel 4 (30-40 cm).

Continúa capa C, no se distingue material cultural asociado. Corresponde a nivel estéril, no obstante, no implica que bajo este no hayan más ocupaciones ya que se condicen con las características de nivel de ocupación con material precolombino en otros sectores de Santiago. Se dejó la unidad hasta este punto considerando que el objetivo de la excavación se planteó en función de la estructura arquitectónica y es lo que se autorizó en el permiso de excavación otorgado por Consejo de Monumentos Nacionales (CMN).

Se distinguen piedras canteadas a modo de estabilizado de piedra con dos bloques visibles de entre 30 y 40 cm. de largo y 8 cm. de grosor.

5.2.d.1. Características generales de la unidad e interpretación.

A grandes rasgos se establecen tres capas relevantes: la A, correspondiente al material asociado a la escombrera; la B, equivalente al relleno del elemento interfacial del cimiento mezclado con la capa A; y la C, a la matriz limo arcillosa de compactación media a baja en la que se distingue material cultural de tradición indígena. Aunque no es posible determinar si es precolombino o colonial por el poco diagnóstico de las piezas halladas. Esta última capa constituye el material original del área previa al desarrollo de la Casa de Orates y fue intervenida a partir de un elemento interfacial para efectuar los cimientos del muro de adobe. Esta franja posee una profundidad de 35-38 cm.

La segunda capa relevante es la B, la que corresponde al relleno asociado a la presencia del muro altamente intervenido que presenta sedimento limo arcilloso con inclusiones de arena. En tanto la capa A se asocia a sedimento similar al piso actual, posiblemente relacionado con eventos de relleno para uso de área como estacionamientos.

Con respecto a los aspectos constructivos, el cimiento se compone de un estabilizado de piedra semicanteada con forma semirectangular, el que se denominó como unidad estratigráfica 1 o UE1. Posteriormente se dispone cimiento correspondiente a piedras semicanteadas de menor tamaño con formas variables, al igual que sus tamaños, con anchos que van entre los 20 y 10 cm. aproximadamente. Se distinguen piedras más pequeñas utilizadas a modo de cuñas, es decir, como relleno, en los espacios entre las piedras de mayor tamaño. Este cimiento se denominó UE2.

Finalmente el sobrecimiento denominado UE3 se compone de ladrillos alineados, posiblemente parte de los fragmentos de ladrillo presentes en la capa A, que se asocia a la destrucción de esa misma unidad estratigráfica. Esta unidad se distingue bajo cota cero, asociada a los restos de ladrillos mezclados en el sedimento de la capa A principalmente, y sobre cota cero, asociada a dos hileras de ladrillos dispuestos *in situ*, sobre el que se apoya la mampostería de adobe.

Este tipo de construcción coincide con lo descrito en la documentación, destacando el desarrollo de muros de adobe con cimientos de 50 cm. de profundidad, con alturas de 3 a 4 metros, mandado a construir hacia 1872²²⁴.

Asimismo se recoge la propuesta del contratista Juan D. Dinator, elaborada para la construcción de un edificio de pensionistas diseñado por Ricardo Brown aceptada con fecha del 10 de septiembre de 1884 en donde se señaló aspectos coincidentes con el tipo de construcción observada, que a continuación se señalan:

“1º Los cimientos serán contruidos, abriendo heridos hasta llegar al terreno sólido, es decir, al ripio, siendo la parte debajo de ellos de piedra fraguada con barra, i la parte de arriba con cincuenta centímetros de de piedra, fraguada con mezcla.

2º El zócalo de todo el edificio será de cal i ladrillo, de 80 centímetros de altura.

3º Todas las murallas serán de adobes, de tres cuartas, de buena clase”²²⁵.

Y continua:

9º Las bases serán de piedra canteada, en la forma que el plano indica, colocándolas sobre cimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro, i dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla.

10º Todas las murallas del edificio serán rebocadas, enlucidas i blanqueadas²²⁶

Lo anterior fue detallado en el contrato según las actas con fecha de 7 de septiembre de 1884, de la siguiente manera:

1º Cimientos.-Estos serán contruidos abriendo los heridos hasta llegar al terreno sólido, es decir al ripio, con piedra bolon de cerro, siendo la parte de abajo de ellos de piedra fraguada con barro i encascoteado i pisoteado entre hilera e hilera, i la parte de arriba con cincuenta centímetros de piedra fraguada con mezcla. El ancho de los cimientos será de noventa centímetros en la base i setenta en la parte superior.

2° Emplatillado.-Los emplatillados seran de ladrillo i mezcla de la mejor calidad, siendo el ladrillo bien cocido, sin salitre. Tendrán los emplatillados una altura de 84 centímetros por 65 centímetros de ancho.

3° Terraplen.-Se hará el terraplen como corresponda con arreglo al nivel del terreno i tomando en consideracion lo que sobre esto se indique en el plano, es decir, se dejará el edificio a la altura que se indique al contratista i se dejará el emplatillado completamente libre del terraplen

4° *Murallas*.- Las murallas serán de adobes de la mejor clase, i tendrán la misma altura que tiene la primera pieza, entrando a la Casa a la derecha, hasta el envigado i se prolongarán hasta encontrar la armadura del tijeral²²⁷

Lo antes descrito aparece reflejado en el muro analizado, que aunque no se sabe con certeza su temporalidad, observando las similitudes con las características constructivas descritas, podría corresponder a la segunda mitad del siglo XIX. Asimismo, esta descripción permite caracterizar las UE1 como “piedra fraguada con barro i encascoteado i pisoteado entre hilera e hilera”²²⁸; UE 2 sobrecimiento descrito como “parte de arriba con cincuenta centímetros de piedra fraguada con mezcla”²²⁹ y UE3 correspondiente a “dos hileras de emplatillado de ladrillos asentados en la mezcla”²³⁰.

En tanto, en lo referido a los adobes, estos se describen como de tres cuartas²³¹, aspecto que por tamaño no coincide con la muestra presente en el muro. No obstante, no se puede descartar que este tipo de descripción podría estar señalando composición.

5.2.e. Análisis estratigráfico y lectura de paramentos.

A partir del área seleccionada y asociada al sondeo subsuperficial, se efectuó un análisis estratigráfico y de lectura de paramentos para establecer a grandes rasgos una historia del área abarcada desde la configuración de los muros, su transformación y su proceso de abandono. Desde esta perspectiva, se rescata la mirada de Schiffer (1988) vinculada a comprender la historia de vida de los objetos y sus contextos comenzando en su origen y hasta después de su abandono.

Para este objetivo se realizó un análisis que consideró descripciones precisas de las construcciones, poniendo de manifiesto las características de la arquitectura del

asentamiento en estudio y sus procesos de transformación. Con este fin se trabajó *in situ*, registrando y fotografiando cada una de las unidades estratigráficas identificadas a través de dos de las tres fichas propuestas por Goldschmidt y colaboradores (2017). Estas corresponden a la de descripción de unidad estratigráfica y a la de la matriz de Harris.

Además se realizó un levantamiento del espacio a analizar a través de un scanner 3d marca Trimble X7 graficando a través de una nube de puntos y fotogrametría el sector, lo que permitió continuar trabajando en detalle fuera del sitio.



Figura 5. 108. Fotografía con UEs individualizadas.
Fuente: Elaboración propia.

U.E	Código ficha U.E	Tipología Constructiva y Relaciones Generales entre UUEE.	Material
B	Z3-02-UEB	Matriz limo arcillosa (probablemente de capa A) con inclusiones que rellenó UE -D.	Sedimento
C	Z3-02-UEC	Matriz arcillosa compacta previa a la edificación	Sedimento
-D	Z3-02-UED	Elemento interfacial de zanja para instalar cimientos	No aplica
1	Z3-02-UE001	Estabilizado de piedra semicantada para cimientos.	Piedra
2	Z3-02-UE002	Cimiento de piedra semicantada con cuñas de piedra que se apoya sobre UE 1	Piedra y mortero de barro
3	Z3-02-UE03	Sobrecimiento ladrillo que se apoya sobre UE 2 (sobre cota cero)	Ladrillo y mortero de barro
4	Z3-03-UE04	Muro de adobe que se apoya sobre UE 3	Adobe
-5	Z3-03-UE-5	Elemento interfacial que cortó UE 4, UE3, UE 2 y UE B	No aplica
6	Z3-03-UE06	Muro de adobe unido a UE 4	Adobe
7	Z3-03-UE07	Muro de adobe unido a UE 6	Adobe
8	Z3-03-UE08	Acceso adintelado unido a UE 6	Madera y ladrillo de adobe
9	Z3-03-UE09	Relleno de UE 08. Sin visibilidad	indeterminado
10	Z3-03-UE10	Revoque de barro y componente orgánico que cubre UE 08 y UE06	Barro y paja
11	Z3-03-UE11	Estuco de limo y arena que cubre a UE 10	Barro y arena
12	Z3-03-UE12	Pintura blanca que cubre a UE 11	Pintura
13	Z3-03-UE13	Estuco de cemento que cubre UE 08 y UE09 y UE 010	Cemento
14	Z3-03-UE14	Estuco de yeso que cubre a UE 013 y a UE 08	Yeso
15	Z3-03-UE15	Pintura amarilla que cubre a UE 014	Pintura
16	Z3-03-UE16	Muro de albañilería que se apoya en UE 06 (mala accesibilidad)	Ladrillo y mortero indeterminado
17	Z3-03-UE17	Estuco de cemento que cubre UE 016	Cemento
18	Z3-03-UE18	Coronación de ladrillos para instalación de techumbre que se apoya en UE 16	Ladrillos
19	Z3-03-UE19	Vigas de madera que se apoyan en UE 18 para instalación de techumbre	Madera
20	Z3-03-UE20	Techumbre de zinc	Zinc
21	Z3-03-UE21	Muro de albañilería adosado a UE06	Ladrillo y mortero Indeterminado
-22	Z3-03-UE-22	Elemento interfacial en UE 21 para acceso	No aplica
23	Z3-03-UE23	Relleno de estuco en UE-22 para acceso	Cemento
24	Z3-03-UE24	Relleno de albañilería en UE -22 y también se adosa al estuco UE23	Ladrillo y mortero de cemento
25	Z3-03-UE25	Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22	Cemento /hormigón (?)
26	Z3-03-UE26	Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22 (mala accesibilidad)	Ladrillo y mortero indeterminado
27	Z3-03-UE27	Estuco de barro que cubre a UE 021	Barro
28	Z3-03-UE28	Mortero de cemento que reviste a UE 21	Cemento
29	Z3-03-UE29	Baldosa de cemento que reviste a UE 28	Cemento
30	Z3-03-UE-30	Elemento interfacial que corta UE7	No aplica

Tabla 5.12. Unidades estratigráficas, muro, zona 3.
Fuente: elaboración propia.

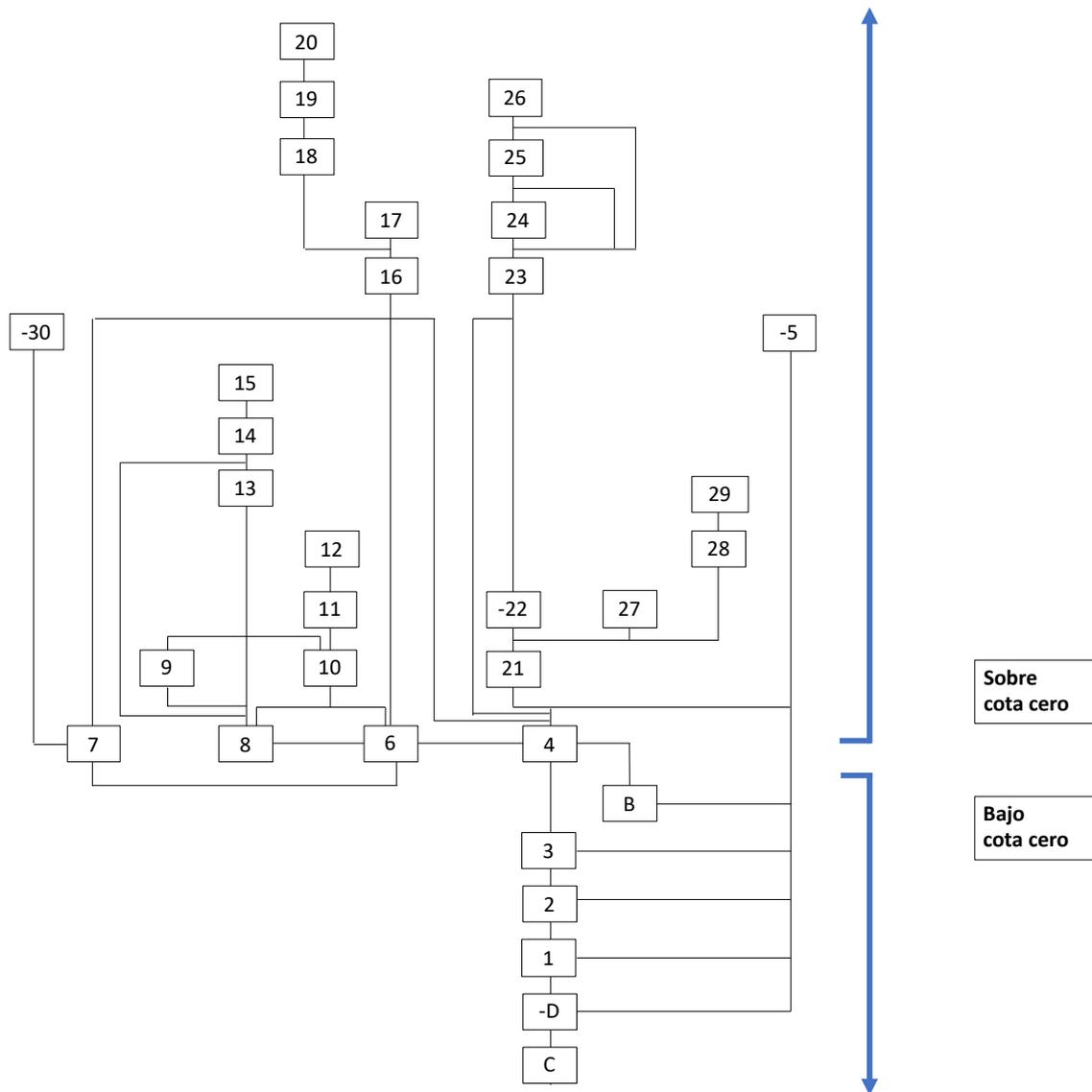


Figura 5.109. Diagrama Matriz de Harris.
Fuente: Elaboración propia.

A partir de este ejercicio se identificaron 32 UEs las que se dividen inicialmente en dos grupos: bajo y sobre cota cero. Las UEs bajo cota cero, corresponden a UEC, D, B, 1, 2, y 3 y fueron observadas en excavación. Estas unidades se vinculan al proceso original de cimentación del muro de mampostería en adobe. Se plantea que estas UEs junto con el muro correspondiente a UE4, que se apoya sobre ese cimiento y UE6, muro de adobe adosado a UE4, representan la primera fase constructiva de la Casa de Orates. Posiblemente pertenece a los primeros cincuenta años de su funcionamiento, durante el siglo XIX. Esto se condice con la información de las actas relativas a la descripción de los cimientos, relacionadas con un proceso primario de excavación de los heridos hasta

llegar a lo que se describe como ripio. Tal vez esté asociada en ese caso a UE-5, y posteriormente el relleno de estas con las UE1, 2 y 3, correspondientes al cimiento y sobrecimiento de piedra fraguada y a la alineación de ladrillos.

La temprana temporalidad del muro se plantea debido a que los cimientos fueron construidos en sedimento no intervenido previamente en el que se dispuso, según lo que se registra en la documentación escrita, el primer tipo constructivo presente en la Casa de Orates. Es decir, muchos de los adobes pudieron ser construidos *in situ*. En ese sentido, llama la atención la presencia de material de tradición indígena tanto en UEC, desde donde se construyó el cimiento del muro, como al interior de los adobes de UE6.

Durante este periodo destaca la presencia de un acceso adintelado (UE8), y el uso de reboques y enlucidos de los muros de adobe con limo y arena (UE 11).

Más adelante se identifica un extenso periodo asociado a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, incluso hasta la década de 1980. El inicio de esta etapa se relaciona con el denominado momento de consolidación de la Casa de Orates, caracterizado por el traspaso de la administración a la beneficencia pública, convirtiéndose la preocupación de los insanos en un problema del Estado. Durante este momento se observa un crecimiento infraestructural sin precedentes, que incluyó la construcción de diversos pabellones, talleres, teatro, la biblioteca y el túnel, todas construcciones de albañilería simple.

Desde la última década del siglo XIX hasta mediados del siglo XX predominó la mampostería en albañilería de ladrillo simple, identificada por ejemplo en la UE21, destaca particularmente que la mampostería en la drillo se observa también en el túnel, construido entre 1904 y 1906. Se aprecian además, dos revestimientos que dan cuenta de aspectos relacionados con los cambios constructivos y materiales asociados al desarrollo del discurso de la higiene. Se distingue recubrimiento de limo y arena sobre UE21, elementos que responden a una superficie no lavable; y en el sector poniente del mismo muro la presencia de mortero de cemento (UE28); y, sobre este, baldosas de cemento de color blanco (UE29). Estas últimas aparecen en las fotografías desde fines del siglo XIX, no obstante, se masifican en las primeras dos décadas del siglo XX asociadas posiblemente a su condición de impermeabilidad destacando su presencia en baños,

cocinas y algunos exteriores. En tanto, para los interiores se describe más bien el uso de la madera como reemplazo a los pisos de ladrillo desde la última década del siglo XIX.

La tercera etapa se inició con el momento de la demolición de las antiguas estructuras destruidas por el terremoto de 1985. Esto quedó reflejado en el elemento interfacial UE-5 y -30 que rompió parte de los muros de adobe del primer periodo probablemente debido al evento de despeje del área para la construcción del actual estacionamiento. Es relevante señalar que en la década de 1950 en la edificación de la institución se incluyeron nuevas técnicas constructivas como la albañilería reforzadas. No obstante, estos avances no se observan en el sector analizado ya que para ese periodo se registró una continuidad de usos de los edificios de adobe de fines del siglo XIX y los de ladrillos de inicios del siglo XX los que al momento del terremoto se encontraban en un estado deplorable de conservación.

Es durante este periodo que se percibe el retoque de los muros de albañilería y el desarrollo de nuevos muros con bases y pilares de cemento, tal como lo observado en las UE 24, 25 y 26. Asimismo, destaca la edificación de un muro de albañilería sobre el adobe (UE16), el que presenta un recubrimiento de cemento (UE17) además de la construcción de un techo hechizo (UE18, 19 y 20).

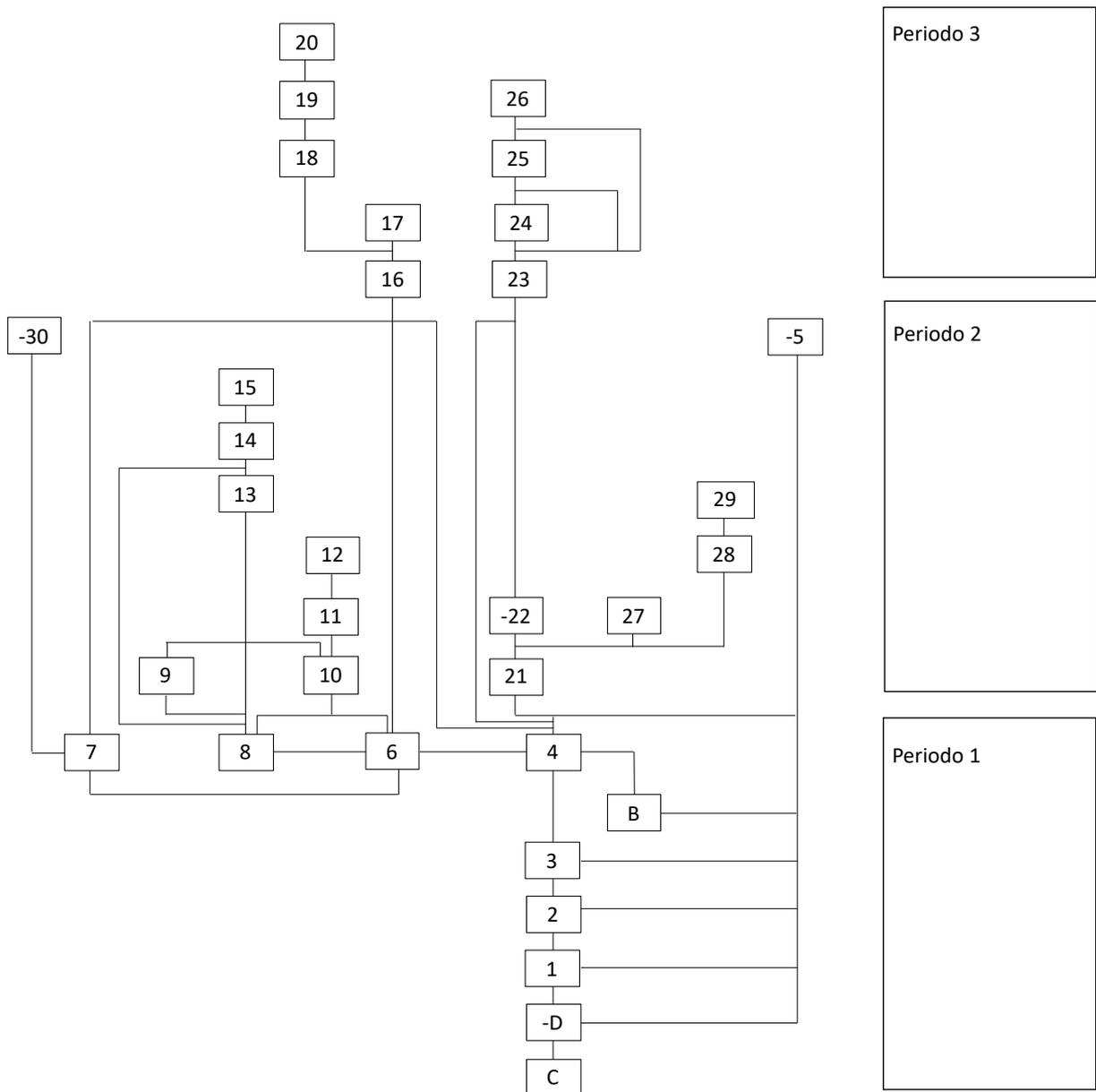


Figura 5.110. Diagrama Matriz de Harris con periodos asociados.
Fuente: Elaboración propia.

Con todo, el presente análisis permite adentrarse en las dinámicas de uso y abandono del lugar abarcando desde los primeros años de funcionamiento de la Casa de Orates en 1858 hasta el presente. Asimismo, esta mirada histórica da la oportunidad de ver la evolución de sus instalaciones en relación a la integración de nuevos discursos en torno a la enfermedad y la higiene, lo que se refleja en el uso de ciertas materias primas y sistemas constructivos. De este modo, el cambio del uso de adobe a la albañilería constituyó un paso relevante en las mejoras de las condiciones higiénicas del lugar.

Sin embargo, la historia de gran parte del siglo XX en términos materiales y de sistemas constructivos tuvo escasos cambios significativos. Esto coincide con las condiciones de abandono extensamente expuestas en el presente trabajo, de muchos y muchas de las internas, que tuvieron como golpe de gracia el terremoto de 1985. La presente área analizada estuvo orientada a los denominados enfermos crónicos, es decir, a gente que vivía allí de forma permanente y que corresponde a aquellos grupos que históricamente se describen con las peores condiciones materiales.

Asimismo, se pone énfasis en la discusión en torno a la dicotomía sobre y bajo cero, comprendiendo que la arqueología en Chile se ha centrado en abordar el patrimonio arquitectónico bajo cota cero (Goldschmidt et al 2021). No obstante, se debe comprender que la aproximación al patrimonio arquitectónico requiere de una mirada que integre ambas perspectivas para comprender de manera integral la complejidad de los sistemas constructivos y los procesos de formación de sitio, ambos aspectos fundamentales “para comprender más aspectos sobre los modos de vida de esas personas que diseñaron, vivieron y modificaron esos espacios arquitectónicos de nuestro pasado” (Goldschmidt et al 2021: 1013).

5.2.f. Análisis de percepción: Análisis Gamma.

Se efectuó dentro de los análisis de percepción el Análisis Gamma propuesto por Hillier y Hanson (1984) que tiene como objetivo estudiar el grado de articulación de un espacio con otro (Sánchez 1998, Zarankin 1999, Mañana 2003).

Para este caso en particular se seleccionó cinco planos que permiten ver la evolución de los espacios vinculados a la salud mental y a la historia de la psiquiatría en Chile, correspondiente uno al siglo XVIII y cuatro planos al siglo XX. La elección de estos estuvo determinado por la claridad de los accesos, ya que dicha información es clave para efectuar la digramación del análisis gamma y los diversos índices de integración y complejidad. Particularmente se dejó fuera los planos de 1889 y de 1901 que permiten ver el crecimiento exponencial dentro del denominado periodo de expansión de la Casa de Orates asociada al cambio de la administración y al desarrollo de la Terapia Moral, ya que presentaban baja resolución (ver figura 5.111 y 5.112).

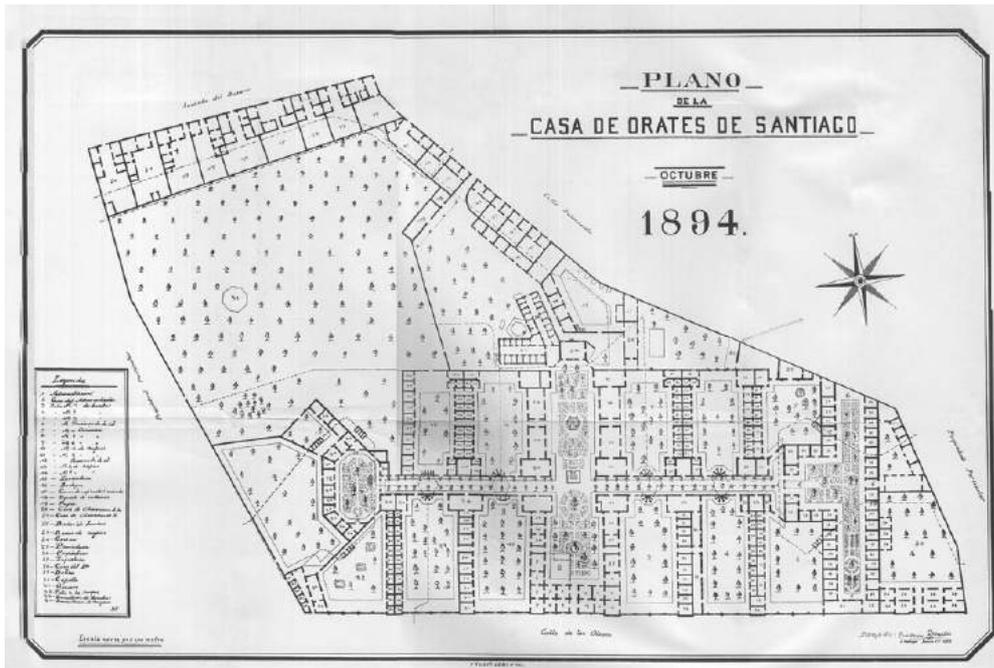


Figura 5.111. Plano Casa de Orates, 1894.
 Fuente: <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/visor/BND:77157>



Figura 5.112. Plano Casa de Orates, 1901.
 Fuente: Copia del Original, disponible en Museo Nacional Dr. Enrique Laval

Se recalca que aunque el contexto de diseño y desarrollo de estos espacios es muy distintos, su comparación en conjunto con el análisis de otros planos a la que suman los restos materiales y los relatos, permiten comprender el desarrollo de las lógicas culturales y políticas en torno al diseño de dichos espacios y al desarrollo de la medicina alienista y la psiquiatría.

5.2.f.1. El Hospital San Juan de Dios, 1782.

En particular se seleccionó como primer plano el del Hospital San Juan de Dios, edificio que fue diseñado por el arquitecto italiano Joaquín Toesca, trabajo que realizó a partir de un contrato firmado en 1782 pero que recién se llevó a cabo en 1796. Este establecimiento se construyó sobre las ruinas del primer Hospital San Juan de Dios. Su emplazamiento corresponde al sector oriente de la Iglesia y convento de San Francisco, uno de los pocos edificios coloniales aún en pie en la ciudad de Santiago (Guarda1997). La elección en particular de este plano se debe a que fue la primera vez que se construyó en el territorio actual de Chile, un hospital con una sala específica para alienados. Este antecedente es de gran relevancia porque guarda relación con la clasificación de la locura como enfermedad en Occidente, y la influencia de las ideas ilustradas en el contexto de las reformas borbónicas, especialmente a fines del Periodo Colonial. Ideas que en Chile se materializaron con el desarrollo de la Universidad de San Felipe en 1736, la creación de la primera cátedra de medicina en 1756 y la formación del Protomedicato en 1786 (Laval y Duarte 2016).



Figura 5.113. Hospital San Juan de Dios año 1761
Fuente: (Guarda 1997: 339).

Se rescata que la construcción del Nuevo Hospital San Juan de Dios, se debía a las malas condiciones del edificio, como lo confirmó Toesca en 1791:

“La construcción –continúa– no puede ser más mala de lo que es, respecto a la dificultad que tiene en renovar y purificar el aire corrompido con las exhalaciones de los enfermos, tanto por la falta considerable en la altura de los techos, como por la malísima distribución de ventanas para la comunicación de los aires, que

lejos de servir a precaver el contagio por la ventilación, llegan a ser dichas salas guaridas de enfermedades contagiosas y cada persona que en ellas entra, por el poco aseo, se expone a que se les pegue y pegar a otras el contagio” (Guarda 1997: 257).

A lo anterior suma las condiciones de humedad, provenientes desde la filtraciones de los techos y las faltas de acequias, la que según el informe generaba problemas de aseo y dañaba la salud de los internos. Sobre la base de este lapidario y a las sumadas entregadas por Manuel Tagle, Pedro Ignacio del Villar y José Ramírez de Saldafia, y de la implemetación de la lotería, teniendo como primer resultado para mitad de ese año un pabellón inicial con 37 camas (Guarda 1997) y el crecimiento a 50 camas a 1799 lo que claramente reducía el cupo de 104 camas que previamente poseía (Laval 1949) .

A comienzos de 1799 el Hospital tenía una renta líquida de 7.472 pesos, de la cual se destinaban 3.681 ps. y 5 rs. para alimentación y vestido de 16 religiosos y 4 novicios que se dedicaban a la asistencia de los enfermos y para la atención de éstos solo quedaba un saldo de 3.791 pesos, pero como el costo por enfermo en esta época ascendía a 186 pesos anuales solo alcanzaba para cubrir el gasto de 20 camas en circunstancias que la capacidad del hospital era de 104 camas, reducida en ese entonces, durante la reconstrucción del establecimiento, a 50 (Laval 1949: 87).

El nuevo diseño de Toesca se enmarcó en los principios de la ciencia moderna, que se integraban a las colonias españolas bajo el paraguas de las reformas borbónicas. Ello implicó la aplicación de los avances de ciencias como la química y de disciplinas asociadas como la medicina (Rivasplata y Valenzuela 2004). En ese contexto, las ciudades coloniales, en especial las capitales, fueron sometidas a cambios que se manifestaron en una mayor limpieza y planificación. Por ejemplo, para Santiago tuvo como resultado cambios materiales y espaciales en la construcción de este Hospital, y en otra serie de obras de gran envergadura como la canalización del río Mapocho y la construcción del puente Cal y Canto, que unió el sector de la Chimba al resto de la ciudad (Goldschmidt y Letelier 2020).

“El hospicio de San Juan de Dios constituye uno de los más ambiciosos proyectos del siglo XVIII: con un programa sumamente complejo, aúna en un todo vastas instalaciones conventuales, como celdas, noviciado, capilla, sacristía, refectorio o *de profundis*, con una de las iglesias más dignas de la capital; las secciones hospitalarias propiamente tales, con su monumental crucero, con sus dependencias para nobles y tropas, pabellones de cirugía, farmacia y jardín botánico; con sus servicios higiénicos, provistos de calderas para baños de agua caliente; sus corrales y caballerizas, sorprenderán tanto por su calidad como por sus dimensiones; la superficie edificada es análoga a la Real Casa de la Moneda” (Guarda 1998: 219).



Figura 5.114. Hospital San Juan De Dios, s/a.

Fuente: santiagonostalgico
<https://www.flickr.com/photos/stgonostalgico/45050655705>

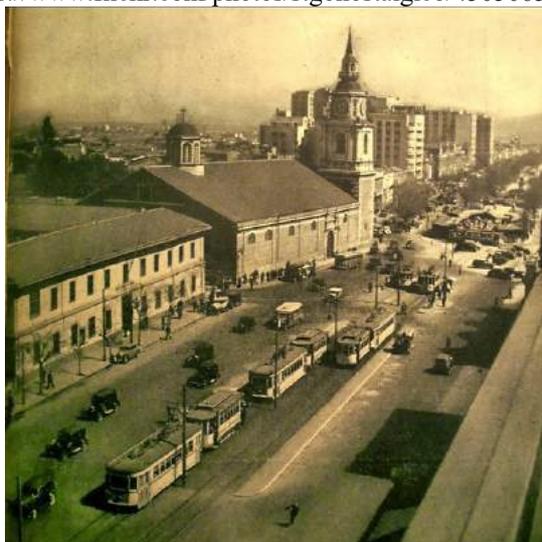


Figura 5.115. Hospital San Juan De Dios, s/a
Fuente: santiagonostalgico²³²



Figura 5. 116. Vista desde el cerro Santa Lucía, se distingue el hospital San Juan De Dios, 1925
Fuente: enterrenochile²³³

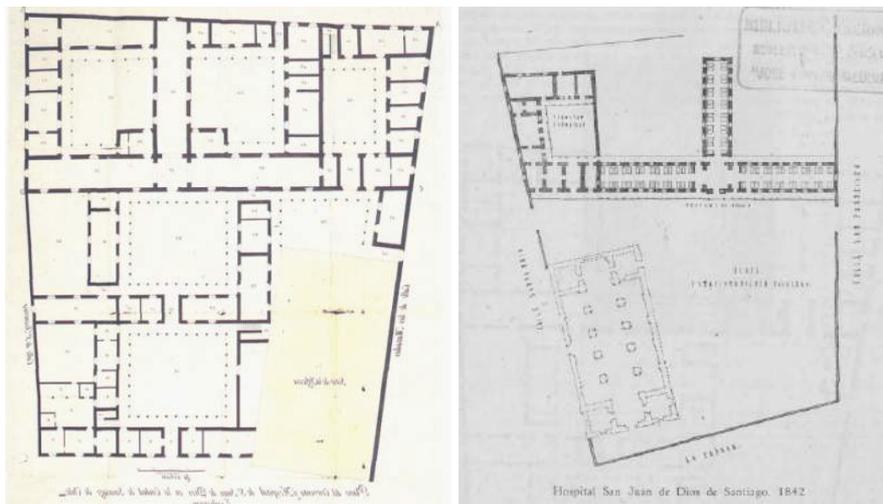
De forma general el hospital y el claustro contó en su vértice noroeste con la iglesia de Santa Rosa, colindante a la iglesia se encontraban dos patios centrales correspondiente a los claustros distribuidos uno en el sector norte, contiguo a la actual Avenida Bernardo O'Higgins, ex La Cañada; y el otro al sur de este. En tanto, los restantes patios centrales con estructuras de corredor alrededor se emplazaron entre la calle San Francisco, Avenida Santa Rosa (Ex Calle de la Matadas) y la calle sur, siendo estos el Hospital propiamente tal. En particular se destacan tres grandes salas entre los patios de enfermería 1 y 2 emplazados al suroeste colindante uno con la calle San Francisco y el otro contiguo a éste para enfermos cuyos nombres eran San Rafael, San Juan de Dios y del Carmen, las que convergían en el crucero de Avilés²³⁴ (indicado en figura 5.121 con número 22).

En relación a los materiales constructivos, aunque su registro en fuentes documentales es escaso, se establece la fabricación de 4.000 adobes para construir una comunidad adecuada, hacia 1758 (Laval 1949), previo al diseño de Toesca. Además, se distingue el uso de madera, teja de arcilla tipo chilena y adobe en las fotografías del lugar.



Figura 5.117. Cruz de Avilés, Hospital San Juan de Dios año 1942 previo a su demolición
Fuente: (Guarda 1997: 218).

El plano seleccionado constituye únicamente la planta baja del hospital el que contó, al menos en su momento final previo a su demolición, con dos plantas y el que fue progresivamente disminuyendo estructuras en el sector sur y parte de las habitaciones al este del patio de enfermería 1, en donde se emplazó la primera sala para alienados, la que posteriormente no aparece en el plano de 1842.



Imágenes 5.118 y 5.119. Plano Hospital San Juan de Dios año 1799, mismo hospital 1842
Fuente: (Guarda 1997: 214 y Laval 1949: 84).

En términos metodológicos se seleccionaron los patios de enfermería 1 y 2 y sus respectivas habitaciones ya que se presentan como una unidad con acceso al exterior a

través de la calle y accesos hacia el convento a través del nodo 22 (crucero de Avilés) y la sala 6 (Sala del Carmen) que conecta al claustro por acceso indicada en el plano con la letra C. Los patios de enfermería 1 y 2, corresponden al sector en donde se emplazaban las tres principales salas del hospital, unidas por el crucero de Avilés (n=22), que se indican en los números 6, 8 y 20 (Sala San Rafael, Sala del Carmen y Sala San Juan de Dios, respectivamente)²³⁵. En tanto el patio suroeste y el resto de los claustros y la Iglesia quedaron fuera del análisis por cumplir funciones religiosas pero no necesariamente vinculadas con el cuidado y la salud.

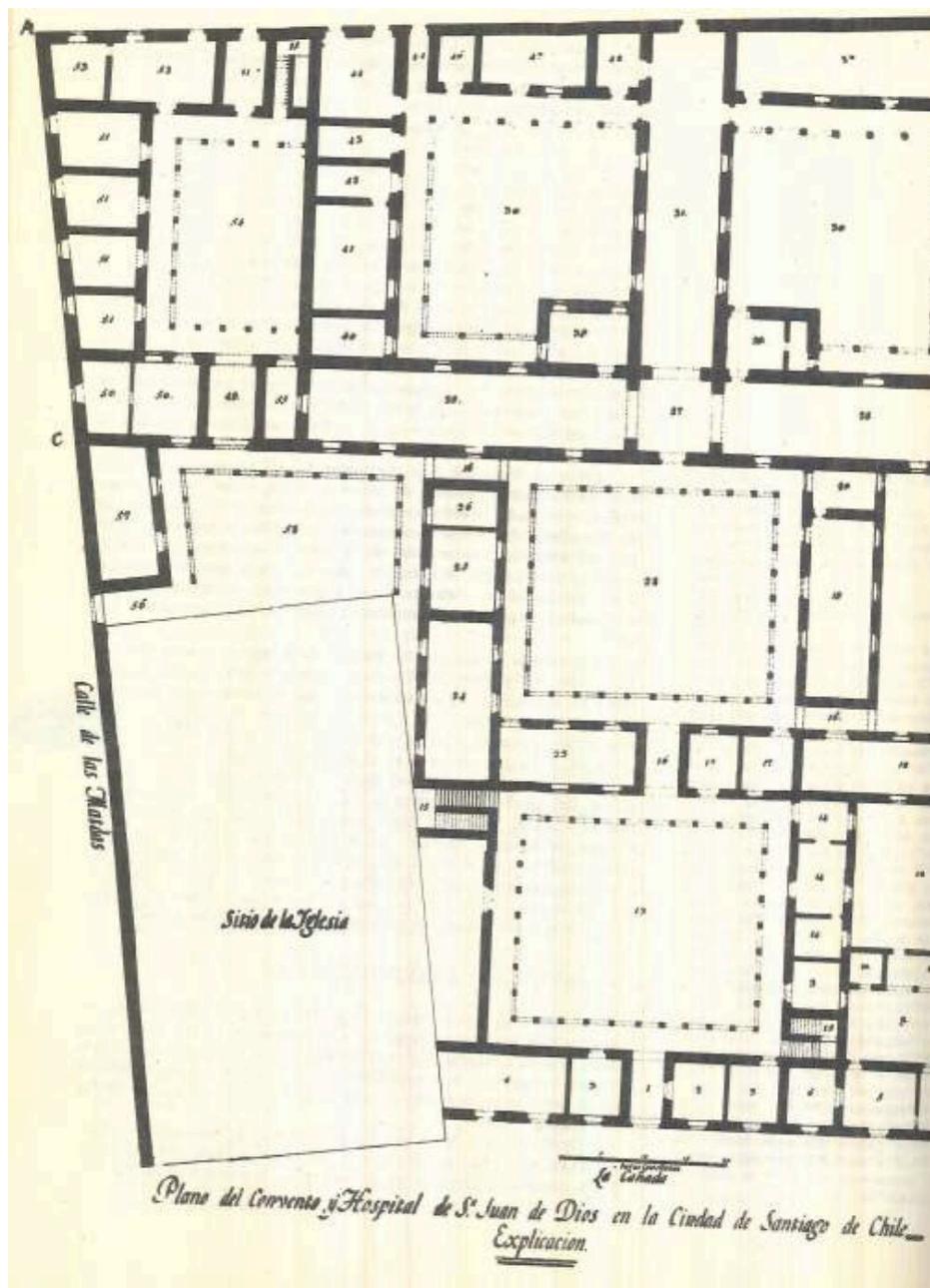


Figura 5.120. Plano de Guarda 1978 en este se obserban claramente los accesos.
Fuente: (Guarda 1978:18)

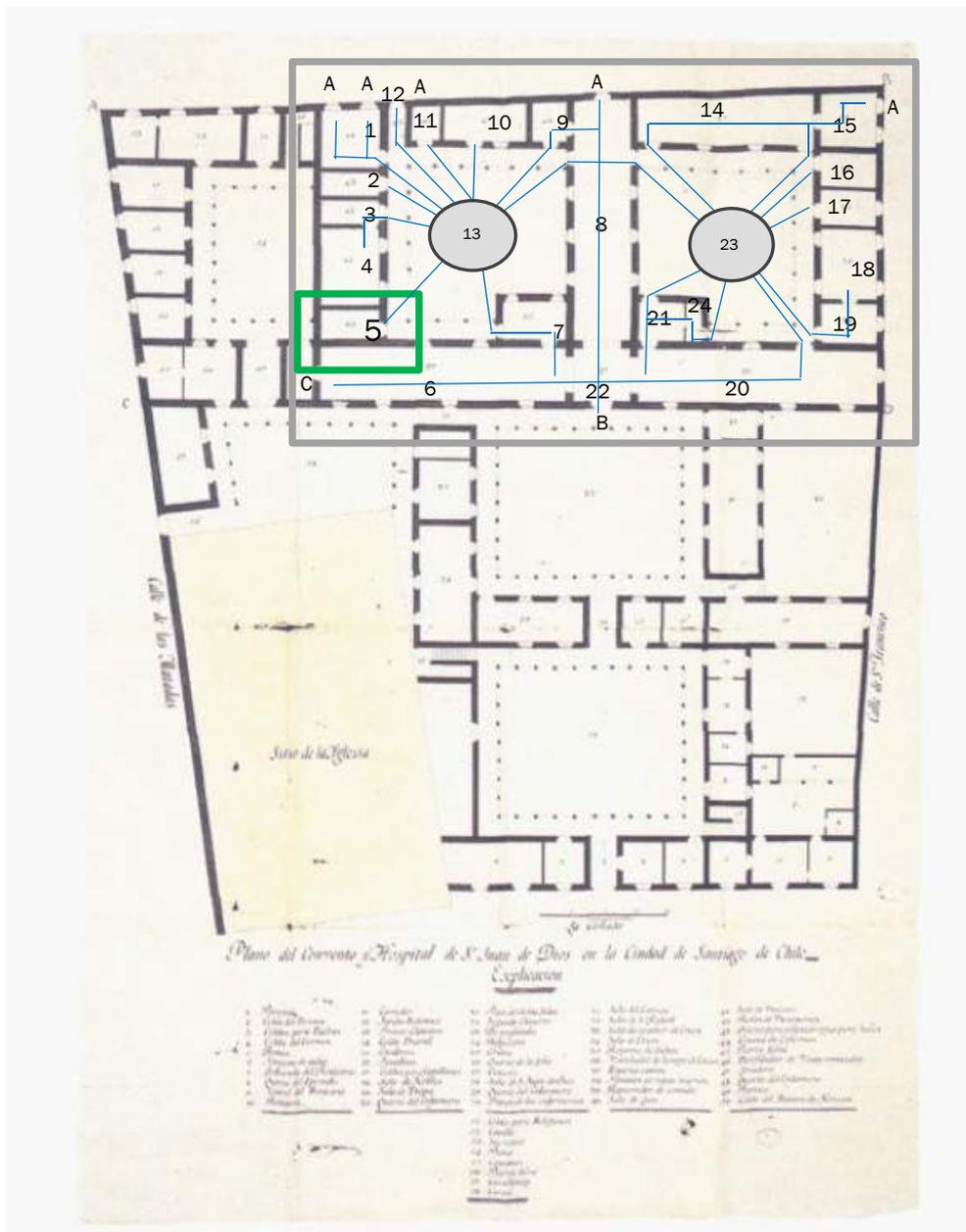


Figura 5.121.. Plano de Guarda 1997 modificado en donde se señala los nodos y accesos en azul, y en verde con número 5 se indica sala de alienadas. Se indica en B salida hacia el convento, salida que no fue considerada para efectos de este análisis ya que esa salida no da al exterior.

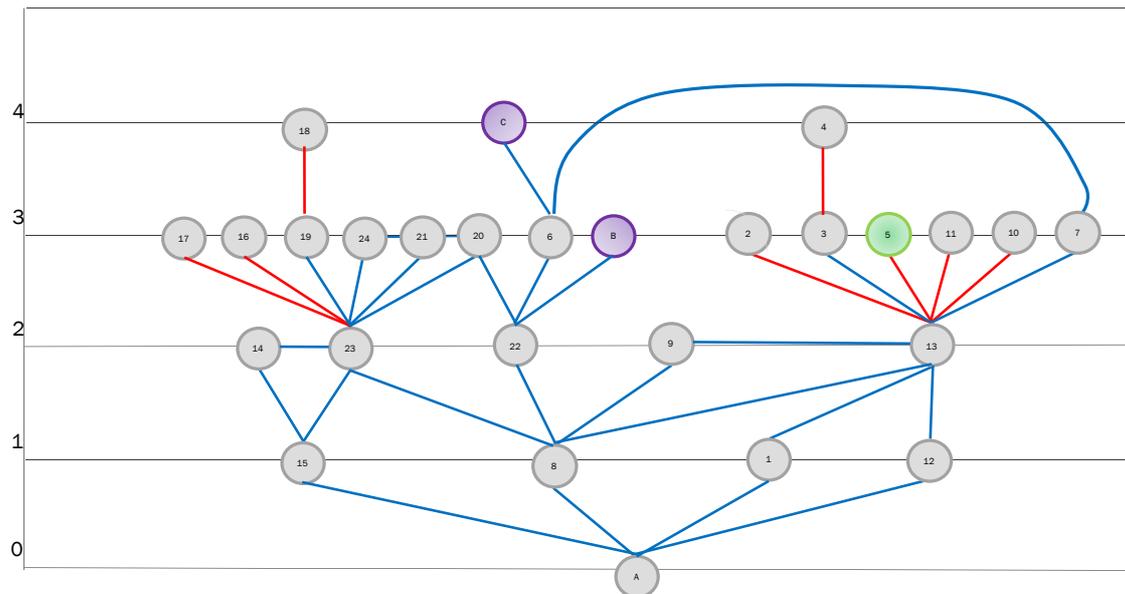


Figura 5.122. Gráfico de análisis gamma, en gris se indican los nodos, en verde el nodo que corresponde a la sala de alienados y en morado accesos al claustro. En azul se establecen los vectores distributivos y en rojo los no distributivos. En el eje x se indican cantidad de accesos, es decir, índice de complejidad B.

Con respecto a la distribución del Hospital a partir del diseño de Toesca se identificaron un total de 24 estructuras y 36 accesos. Del total de estructuras, 16 (66,666%) poseen más de un ingreso, es decir, son distributivas –indicados en azul– y 8 (33,333%) son nodos no distributivos, es decir, solo tienen un acceso–indicados en rojo– en el diagrama (Ver imagen 5.122).

Índice de Integración	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de complejidad B, acceso cañada
0,58	2,666	2,541	6,83

Tabla 5.13. Promedios índices Hospital San Juan de Dios, 1782

Particularmente, dentro de los espacios distributivos, llaman la atención los patios de enfermería 1 y 2, correspondientes a los números 13 y 23, siendo en los dos casos patios centralizados, que permiten la conexión a las salas que se encuentran a su alrededor a modo de panóptico. Estos poseen un índice de complejidad A de 10 y 9 y un índice de integración de 0,1 (1/10) y 0,11(1/9) respectivamente y representa cada uno un total de 4,166% de la muestra.

Luego se encuentra el nodo 8, el que posee un índice de complejidad A de 5, es decir, tiene 5 accesos, y un índice de integración de 0,2 y representa el 4,166% de la muestra. En particular ese nodo corresponde a la Sala del Carmen, una de las tres habitaciones

principales de hospitalizados, que se conecta con el crucero de Avilés (n=22), y la única con acceso desde el exterior.

Con respecto al resto de los nodos con un índice de complejidad A de 3, se distinguen 5 nodos (1, 14, 20, 21 y 22) los que corresponden a un total del 1% de la muestra y poseen un índice de integración de 0,33. En el caso del nodo 1 corresponde a una estructura con dos accesos hacia el exterior y cuya función fue de cocina de enfermería, la que se emplazó al lado de la denominada puerta falsa, la que pese a llevar ese nombre se presenta en el plano como un acceso abierto; el nodo 14 correspondió a una gran recinto que colinda con su muro al exterior y se conecta tanto al patio de enfermería como al nodod 15; el nodo 20 se define como l sal del Carmen y el 21 como sala de enfermería.

En tanto el nodo 22 correspondiente al crucero de Avilés (n=22) contó con 3 accesos cada uno de estos a las salas comunes y otro acceso en dirección norte. Asimismo, destaca un acceso hacia el resto del convento por el sector sur, acceso que no conectan con el exterior sino con el resto del convento y que se reflejan en el gráfico con letra B pero que no fue considerados para el análisis ya que no da al exterior.

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
1	8	33,333
2	8	33,333
3	4	20,766
5	1	4,166
9	1	4,166
10	1	4,166

Tabla 5.14. Índices de complejidad A, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano San Juan de Dios, 1782.

Con respecto a los nodos con un índice de complejidad A de 2 y con un índice de integración de 0,5, hay un total de 8 (nodos nº 3, 6, 7, 9, 12, 15, 19 y 21) que corresponden al 33, 33% de la muestra. Se observa que en general todos presentan un solo acceso hacia los patios centrales y un segundo acceso hacia otro nodo con funciones complementarias. Por ejemplo, está el nodo 6, correspondiente a uno de los salones principales la que contó con solo dos accesos con respecto al resto de los salones y se suma un tercero al convento considerado como B pero que no fue considerado en este análisis. Asimismo, resaltan los nodos 7, 9 y 21, los que cumplieron la función de ser el cuarto del enfermero de los

salones principales. En relación al nodo 12, este presenta un acceso al patio 1 y otro hacia el exterior, denominándose en el plano como puerta falsa. Finalmente está la estructura 19 que fue una sala de examen de enfermos y que constituyó el acceso al nodo 18, denominada como sala de enfermos.

Con respecto a las estructuras no distributivas, es decir, aquellas que solo tienen un acceso, poseen un índice de complejidad A y de integración de 1 y corresponden a un total de 8, lo que representa el 33,33% de la muestra. Estas tuvieron el mayor grado de restricción posible, es decir, un solo acceso, y correspondieron a los nodos 2, 4, 5, 10, 11, 16, 17 y 18. Entre ellas destaca el nodo 5, el que aparece nombrado como la sala de alienados, la que constituyó una de las habitaciones con mayor control de acceso y cuya puerta además aparece con línea punteada. Asimismo, se observan nodos con un acceso relacionados con tareas de limpieza incluyendo en el caso del nodo 2 una chimenea para calentar agua para los baños del nodo 3 y cocina del nodo 1 y en el 11 una sala denominada purificador de inmundos. En tanto, los nodos 4 y 18 correspondieron a salas de enfermos y sus accesos no fueron directo a los patios centrales de enfermería sino a través de otros nodos, a diferencia de los nodos 16 y 17 con similar destino pero con salida directa al patio. En cuanto al nodo 10, cumplió función de escritorio. A lo anterior se suma, que las salas con un solo acceso presentan un menor tamaño, siendo las menos ventiladas y consecuentemente menos higiénicas.

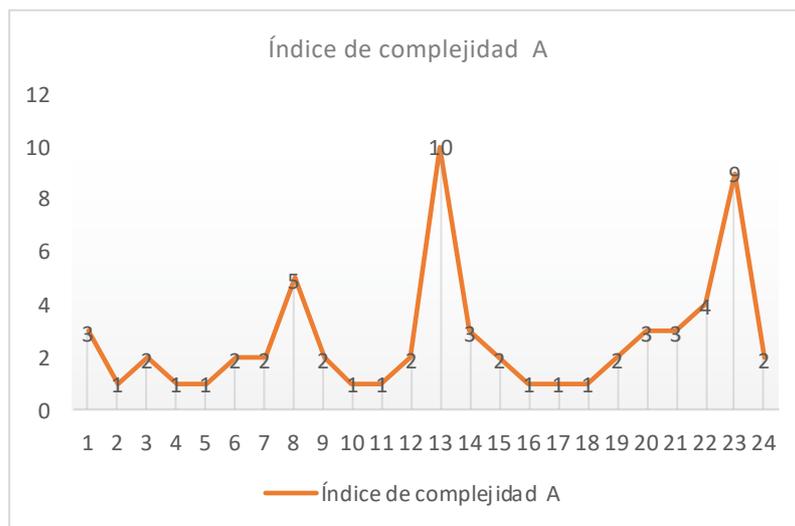


Figura 5.123. Gráfico cantidad de accesos en cada nodo, correspondiente a índice de complejidad A.

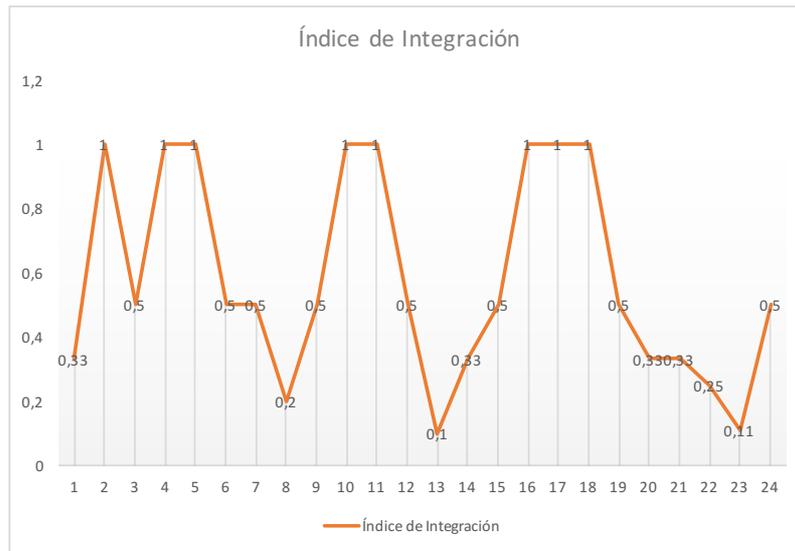


Figura 5.124. Gráfico índice de integración plano 1799.

Se señala además que en los planos posteriores, es decir, en los de 1842, las estructuras con menor índice de integración y complejidad desaparecieron. Pese a estas modificaciones, no se perdió la organización en torno a patios centrales como eje de distribución y control desde el exterior al interior. En ese sentido, aunque se observa una lógica panoptical, esta no predominó como el único eje relevante al momento del diseño y rediseño del espacio relacionado con el control de accesos sino también en función de las soluciones higiénico científicas, como la ventilación.

El índice de complejidad B, corresponde a la accesibilidad de los nodos respecto al exterior, es decir, cuántos nodos es necesario pasar desde un nodo determinado para poder salir al exterior (Zarankin, 1999a). En relación a ellos, se observa que los con mayor vinculación al exterior son los patios centrales y las estructuras laterales cuyos vanos dan hacia el exterior. Dentro de los que poseen un índice de complejidad B de 1 se encuentran 4 nodos, específicamente los números 1, 8, 12 y 15 correspondientes al 26,6% de la muestra.

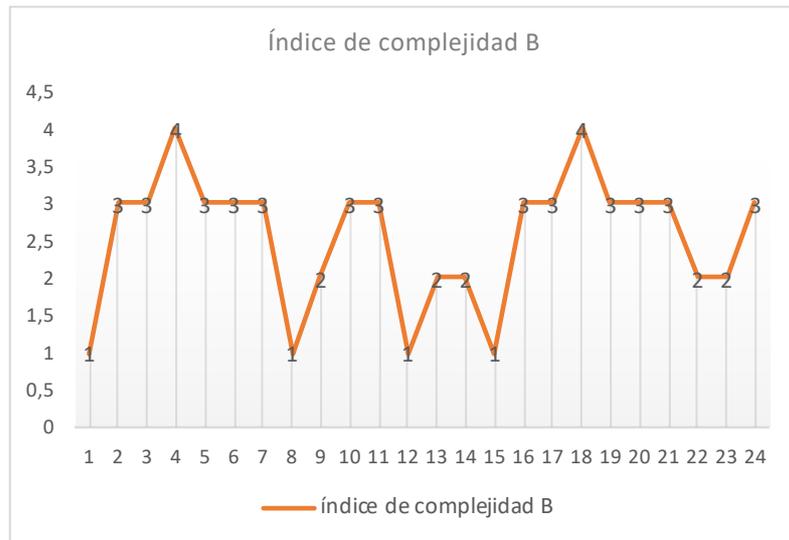


Figura 5.125. Gráfico índice de complejidad B por acceso directo al Hospital.

En relación a las estructuras con índice de complejidad B de 2, se encuentran los nodos 9, 13, 14, 22 y 23 y representan el 20,83%, los que corresponden a habitaciones ubicadas alrededor de los patios centrales, a excepción del nodo 23 que se refiere al patio de enfermería 2. Los nodos con índice de complejidad B de 3 son en total 13 (n=2, 3, 5, 6, 7 10, 11, 16, 17, 19, 20, 21 y 24), lo que equivale al 54,26% de la muestra.

El cuarto grupo con índice de complejidad B es de 4 y correspondió a un total de 2 que representa el 8,33% (N=4 y 18), el que corresponde a habitaciones que no tienen acceso por los patios centrales sino a partir de otras habitaciones.

Índice de complejidad B acceso por hospital	Cantidad de nodos	%
1	4	16,6%
2	5	20,83%
3	13	54,16%
4	2	8,33%

Tabla 5.15. Índices de complejidad B acceso por hospital, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano San Juan de Dios, 1799.

Este índice también se calculó considerando el acceso por La Cañada, que correspondía a la calle de mayor tamaño²³⁶. Este aspecto, aunque no es determinante, permite establecer que la labor hospitalaria estuvo detrás del claustro y la Iglesia, es decir, no se exponía directamente a la calle más importante.

Índice de complejidad B, acceso La Cañada	Cantidad de nodos	%
6	5	20,83333333
7	18	75
8	1	4,16666667

Tabla 5.16. Índices de complejidad B acceso por La Cañada, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano San Juan de Dios, 1799.

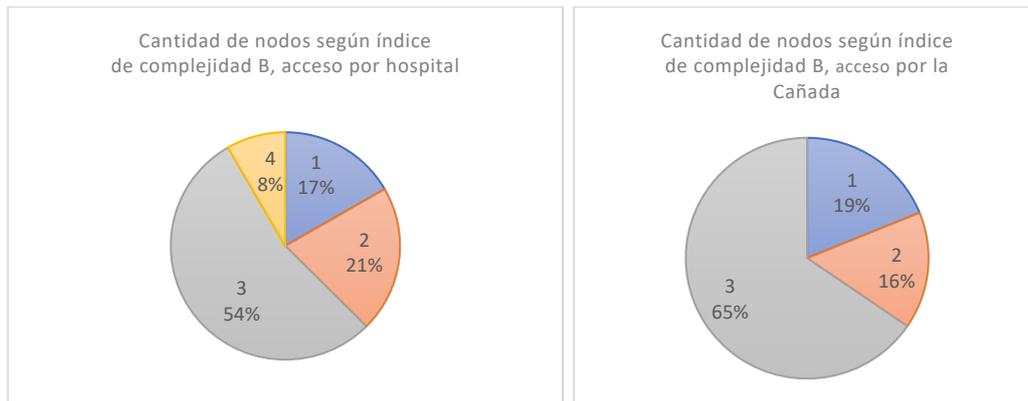


Figura 5.126 y 5.127. Gráfico cantidad de accesos en cada nodo, correspondiente a índice de complejidad B, acceso por hospital y acceso por La Cañada.

Por lo tanto, considerando lo anterior, si se establece La Cañada como acceso principal, las cifras se modifican, observándose que en general el Hospital fue un espacio de acceso limitado en comparación al claustro, y en donde se observaría una dificultad de ingreso desde y hacia el interior. O bien, da cuenta de la separación funcional entre ambos espacios, en donde el acceso de los enfermos pudo ser directo por el Hospital, es decir, por atrás; en tanto el acceso de los religiosos pudo ser por La Cañada.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se observa que el diseño del Hospital presentaba una distribución establecida a partir de espacios centralizados. Aunque también, tomando los planteamientos de Ching (1992), se circunscribe a un planeamiento estratégico del edificio que da a un patio, es decir, las distintas salas buscan “rodear y envolver un espacio a modo de patio o atrio situado en su interior” (Ching 2002: 96).²³⁷

Esta lógica de organización de los edificios corresponde a una de tipo central, es decir:

“composición estable y concentrada, compuesta de numerosos espacios secundarios que se agrupan en torno a uno central, dominante y de mayor tamaño.

El espacio central y unificador de la organización generalmente es de forma regular y de dimensiones suficientemente grandes que permitan reunir a su alrededor a los espacios secundarios” (Ching 2002: 190).

Este tipo de construcción, con algunos principios presentes en la estructura de tipo panoptical surgida en 1791, comenzó a predominar en el ámbito conventual religiosos, especialmente femenino. Lo anterior se observa a fines de la colonia en donde destacan conventos femeninos como el de Santa Catalina de Sienna en Buenos Aires en donde las celdas se ubicaron una al lado de la otra, en torno a un punto central, en donde la única área de circulación se dirigía al patio conventual, impidiendo la comunicación entre celdas (Goldschmidt y Letelier 2021). En el marco de la transformación de la sociedad barroca colonial esta lógica constructiva guarda relación con la introducción del pensamiento ilustrado. Por ejemplo, pese a que el plano del Hospital y el convento del año 1761, correspondiente a un plano anterior al que se aplicó análisis gamma, presentan estructuras centralizadas relacionadas con un mayor control, éstas solo se observan en los claustros, no así en las dependencias del Hospital propiamente tal. Aunque a inicios del siglo XVIII se fueron integrando principios de control presentes en el mundo religioso a la arquitectura sanitaria, estos se fueron diferenciando conforme al desarrollo del discurso higienista.

Con respecto a la sala para alienados y sus características de emplazamiento presente en el plano de 1799, desde el inicio estuvo reducida a un espacio limitado, de escasa ventilación y de alto control. Incluso, este lugar posteriormente fue demolido, desapareciendo de esta manera toda solución asistencial en torno a la locura en Chile hasta 1852 con la primera Casa de Orates en el Barrio Yungay.

Nodos	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de complejidad B, acceso La Cañada	Índice de integración
1	3	1	7	0,33
2	1	3	7	1
3	2	3	7	0,5
4	1	4	7	1
5	1	3	7	1
6	2	3	6	0,5
7	2	3	6	0,5

Nodos	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de complejidad B, acceso La Cañada	Índice de integración
8	5	1	7	0,2
9	2	2	7	0,5
10	1	3	7	1
11	1	3	7	1
12	2	1	7	0,5
13	10	2	6	0,1
14	3	2	7	0,33
15	2	1	8	0,5
16	1	3	7	1
17	1	3	7	1
18	1	4	7	1
19	2	3	7	0,5
20	3	3	6	0,33
21	3	3	7	0,33
22	3	2	6	0,33
23	9	2	7	0,11
24	2	3	7	0,5

Tabla 5.17. Índices Hospital San Juan de Dios.

5.2.f.2. Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.

El segundo plano seleccionado, por efectos de su claridad en los accesos y su temporalidad, fue el primer y segundo piso de uno de los pabellones de corta estadía del actual Instituto Psiquiátrico construidos en la década de 1950, correspondiente a parte del conjunto de edicios efectuados posterior al incendio de 1945. Estos pabellones son 4 y se emplazan hacia el sector norte de la institución colindante con la calle Santos Dumont, unidos por un pasillo techado. Para efectos metodológicos, al ser todos similares, se seleccionó el que da hacia Avenida La Paz, que ha sido reformado recientemente y cuenta con las oficinas de la dirección.

La elección de estos planos se enmarca en la relevancia que adquiere la inauguración de estos edificios en 1956 y que marca un hito, cambiando el nombre de la institución de Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. Denominación que se mantuvo hasta iniciada la década de 1980. En ese sentido, su diseño arquitectónico marca una era

relacionada con cambios en la formas de administración vinculada a la importancia que adquiere comprender este espacio como un lugar de tratamiento, relacionado con los pacientes agudos. Es más, los esfuerzos materiales se pusieron principalmente en ello, lo que se refleja en las mejoras infraestructurales observables en los nuevos pabellones.

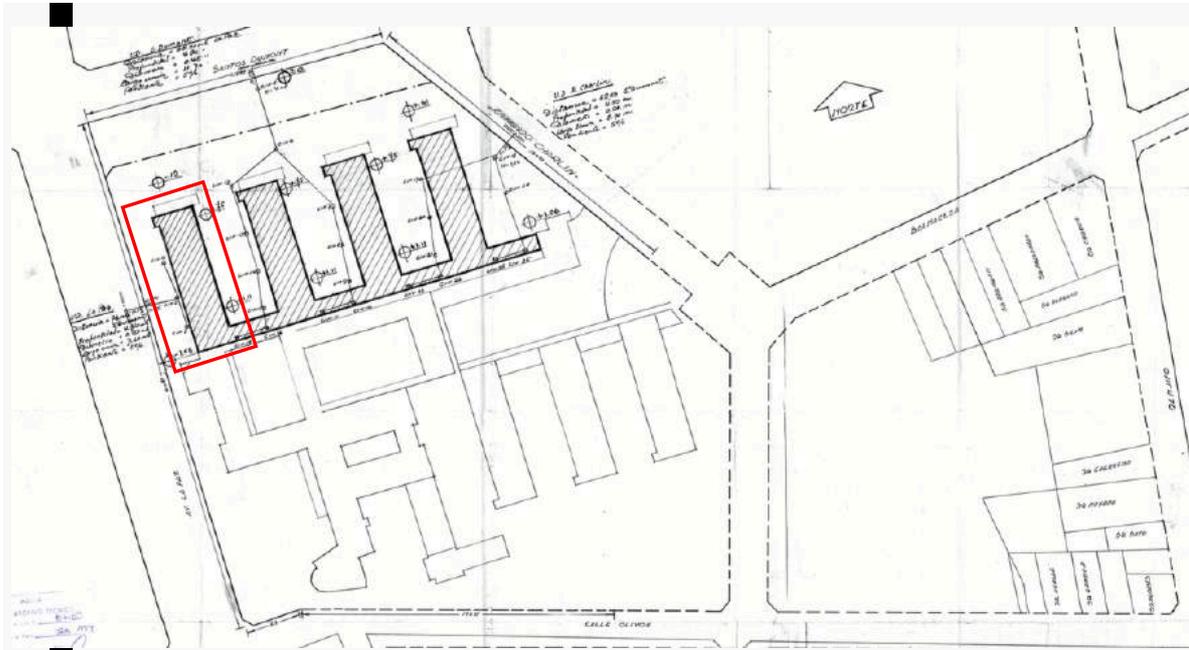


Figura 5.128. Fragmento plano de alcantarillado, aprobado en 1954. Se observa la silueta de los edificios tipo pabellón. En rojo se selecciona pabellón donde se aplica análisis gamma.
(Fuente: Archivos de Agua, Aguas Andinas).

Con respecto a los edificios analizados, la totalidad de las estructuras son de albañilería reforzada y siguen un patrón de diseño en pabellón, con un pasillo central donde se distribuyen habitaciones a su alrededor. Presenta solo dos accesos al exterior y un segundo piso con dos cajas de escala cada una asociada a los extremos del edificio.

A nivel estilístico, corresponde a edificios de escasa ornamentación, propios de la arquitectura moderna imperante en el periodo²³⁸. Destaca además la presencia de murales tipo mosaico vitreo²³⁹ manifestación decorativa que se impuso en el contexto del estilo de construcción de la época, especialmente a partir de la década de 1960, cuando se comienzan a agregar aspecto ornamentales en las edificaciones pero dentro de un contexto funcional.

El edificio fue planificado con el rol de espacio para enfermos psiquiátricos de la unidad de corta estadía, y aunque cuenta con algunas modificaciones en las habitaciones estas se han mantenido similares, al igual que su función inicial.

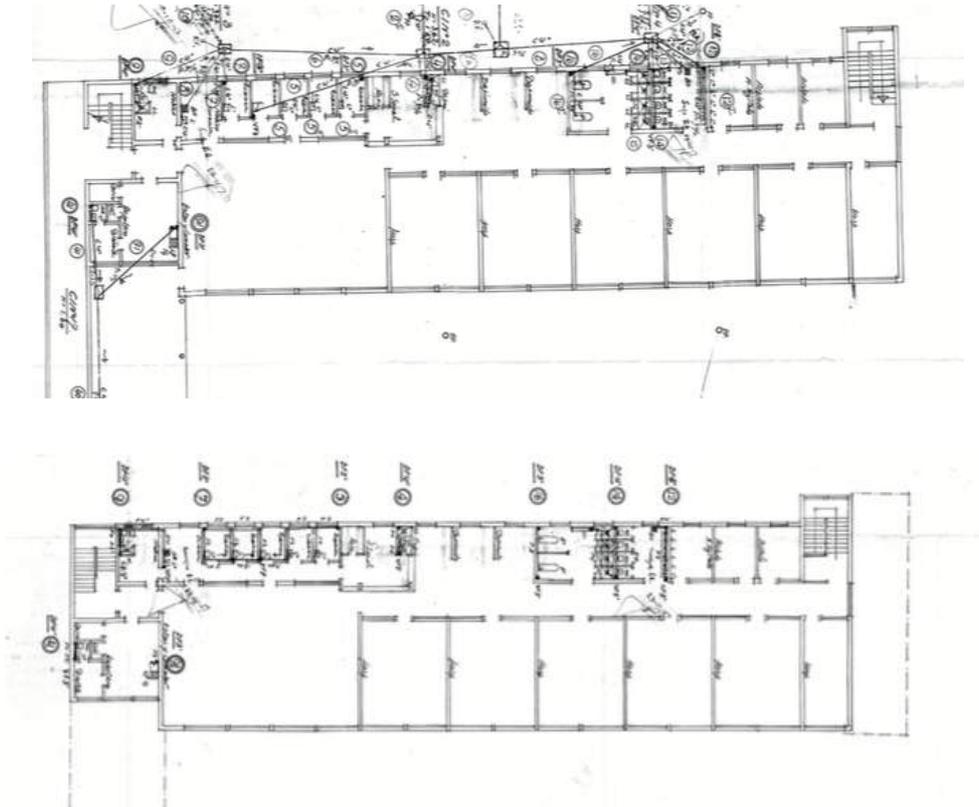


Figura 5.129. Fragmento planos de alcantarillado, aprobados en 1954. Se observa primer y segundo piso del edificio que colinda con Avenida La Paz y Santos Dumont.
(Fuente: Archivos de Agua, Aguas Andinas)

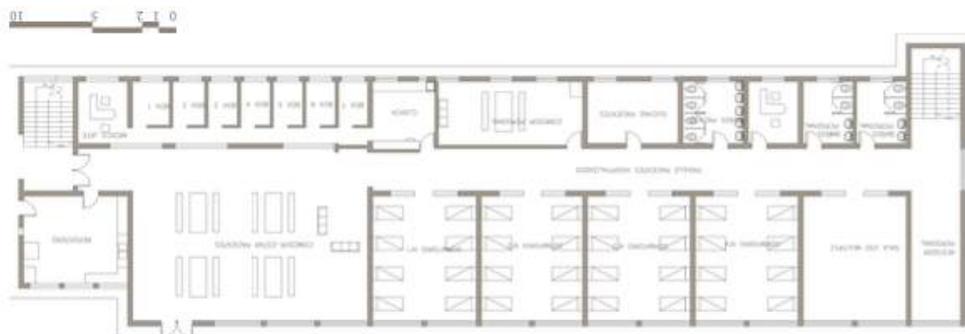


Figura 5.130. Plano edificio actual primer piso pabellón corta estadia, presenta modificaciones con respecto a la distribución tipo definida en 1953
(Fuente: González 2018: 89)



Figura 5.131. Fragmento de plano de alcantarillado, aprobado en 1954. Se observa primer y segundo piso del edificio que colinda con Avenida La Paz y calle Santos Dumont. Se detalla en verde claro nodos, en gris principales nodos distributivos y con letra A encerradas en un círculo verde los dos acceso al interior del edificio. En línea azul se indica el recorrido por el interior del edificio.
(Fuente: Archivos de Agua, Aguas Andinas)

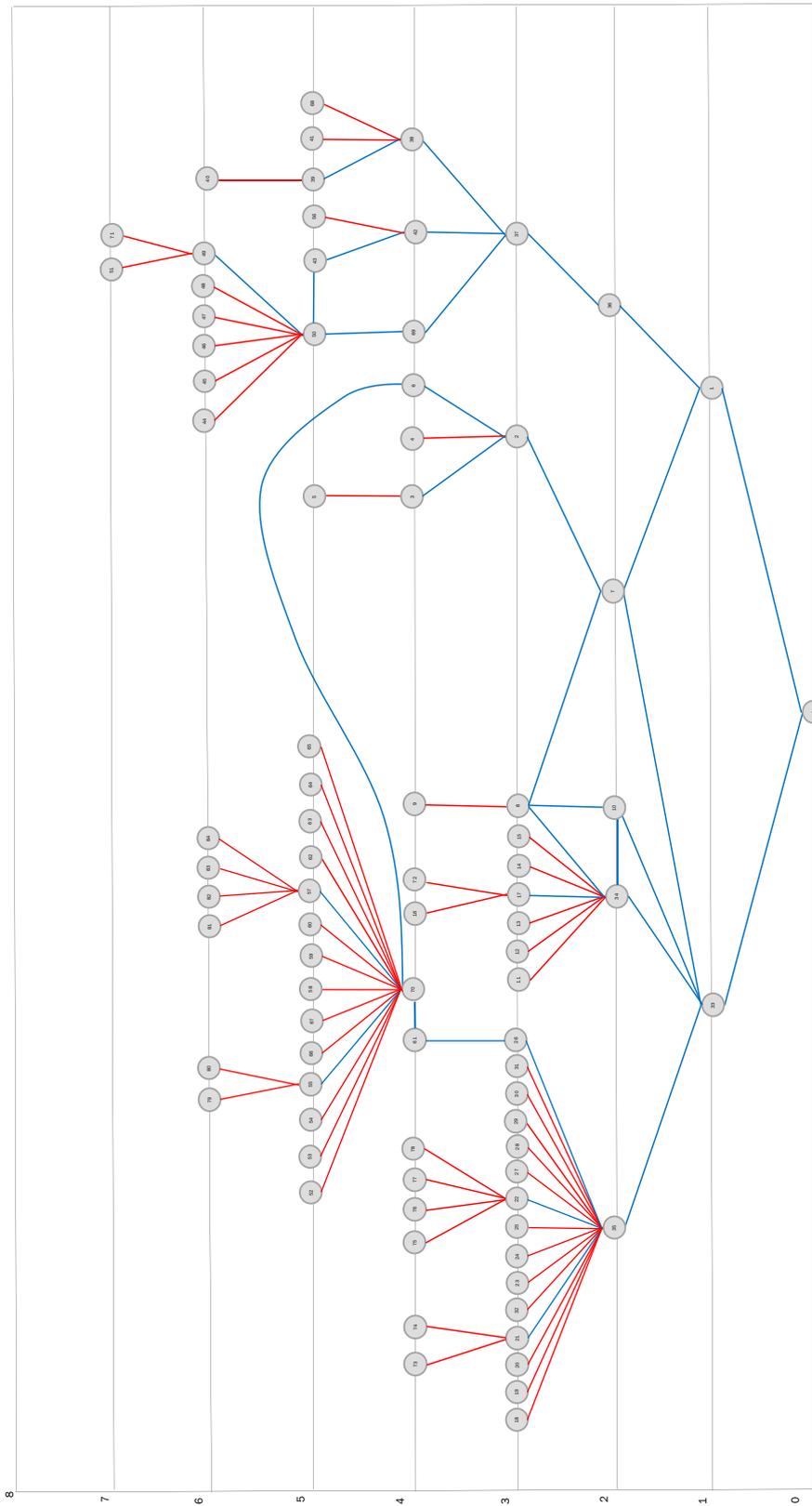


Figura 5.132. Gráfico de análisis gamma. En gris se indican los nodos, en azul se establecen los vectores distributivos y en rojo los no distributivos. En el eje x se indican cantidad de accesos, es decir, índice de complejidad B.

Se seleccionó la totalidad del edificio, incluyendo sus dos pisos los que presentan una distribución similar. Se identificaron un total de 84 nodos y 88 pasajes o puertas (se incluyen las escaleras las que se consideran como umbrales). Esta similitud numérica se comprende dentro de una lógica en la cual la mayor parte de los espacios cuentan únicamente con un acceso, coincidente con estructuras de alto control de movimiento. En términos metodológicos el espacio exterior fue definido en el plano con la letra A.

En relación a los esquemas de distribución del espacio, se distinguen espacios distributivos del Hospital, indicados en azul; y espacios no distributivos, indicados en rojo, en el diagrama (Ver imagen 5.133). Se observa un predominio de estructuras no distributivas, es decir, con un solo acceso, correspondientes un total de 57 (67,85%). En tanto, las estructuras distributivas, es decir, con más de un acceso, son 27 (32,14%). A lo anterior se suma la presencia de dos accesos al exterior: uno pasando por fuera de la oficinas del médico y del repostero y el otro por el casino, todos espacios asociados a lugares de uso público, consecuentemente, de mayor control social.

Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
2,09	4,21	0,91

Tabla 5.18. Promedios índices, Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.

A su vez, se consideran los dos pisos del edificio, que poseen similar distribución, lo que da cuenta de una alta estandarización en su diseño. Esto además está relacionado con la multiplicación de un patrón espacial determinado. Si bien el primero y el segundo piso corresponden a unidades de pacientes diferenciadas y con restricción de movilidad entre ambas, cada piso tiene la misma funcionalidad. Es relevante considerar, que en general las mujeres eran ubicadas en los pisos de arriba y los hombres en los de abajo (Entrevista E. B), lo que redundaba en una mayor dificultad de acceso a los patios por parte de las primeras. Esa distinción de distribución en la que se cruzan categorías como el género, además de la enfermedad, permite comprender, desde una mirada interseccional, los distintos factores que se combinan e influyen en las prácticas de exclusión social.

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
1	61	72,61%
2	5	5,95%
3	6	7,14%

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
4	5	5,95%
5	3	3,57%
10	2	2,38%
16	2	2,38%

Tabla 5.19. Índices de complejidad A, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.

Índice de Complejidad B	Cantidad de nodos	%
1	2	2,380%
2	5	5,950%
3	24	28,57%
4	18	21,42%
5	20	23,80%
6	7	8,33%
7	8	9,52%

Tabla 5.20. Índices de Complejidad B, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.

Dentro de los espacios distributivos, aquellos con mayor cantidad de accesos corresponden a los números 35 y 70, los que representan un 2,38% del total de la muestra. Ambos son pasillos similares, ubicados en el primer y segundo piso y conectan con 6 salas de hospitalizados, 2 salas de aislados, una sala de aislados agitados, dos baños, tres salas para deprimidos, la escalera y el acceso al comedor estar. Asimismo, ambos nodos (35 y 70) poseen un índice de integración de 0,0625 (1/16), lo que es coincidente con la función distributiva de estos nodos tipo pasillo.

Los segundos nodos con mayor cantidad de accesos corresponden a los números 34 y 50. Ambos también son pasillos, con un índice de complejidad A de 10, es decir, cada uno tiene entrada a 10 nodos y un índice de integración de 0,1; lo que representa un 2,38% de la muestra. En los dos pisos estos nodos corresponden a pasillos que unen los boxes de atención de los médicos, los que se encuentran flanqueados por la oficina del médico jefe. Asimismo, estos conectan con los espacios de estar, no así con las habitaciones.

El tercer grupo de nodos con mayor cantidad de accesos posee cinco y corresponde al número 33, 22 y 57. En cuanto al 33 este corresponde a sala de estar del primer piso y

conecta con los pasillos de las habitaciones, el pasillo de los boxes de atención, uno de las salidas hacia el exterior y el nodo número 7, destinado a la habitación que permite la conexión con el acceso principal al edificio. Este espacio es de uso público y está destinado a las actividades comunes realizadas durante el día, como las comidas. En tanto los nodos 22 y 57 son los baños de los pacientes tanto en el primer como segundo piso, dando cada uno de estos nodos a cuatro puertas correspondientes a los inodoros.

El cuarto grupo con mayor cantidad de accesos es el de los nodos número 2, 7, 37, 38 y 69, los que representan el 6,94% de la muestra. Todos ellos tienen cuatro accesos, es decir, un índice de complejidad A de 4 y un índice de integración de 0,25. Con respecto al nodo 69, este cumple la misma función que el 33 de comedor y sala de estar, pero con un acceso menos, específicamente el que da al exterior, ya que se encuentra en el segundo piso, generándose en la planta de arriba menos opciones de interactuar fuera del edificio. Lo anterior guarda relación con la diferencia entre ambas salas de estar en el índice de complejidad B, ya que el nodo 33 cuenta con 1 y el 69 con un índice de 4. Es decir, desde el nodo 69 debo pasar por cuatro accesos antes de salir al exterior.

En relación a los nodos número 7 y 37, que corresponden ambos a un hall de acceso vinculado a su vez a otros espacios como los reposteros, equivalen a los nodos 2 y 38. Estos últimos también poseen cuatro accesos pero dan hacia habitaciones y baños internos del repostero.

En tanto, los nodos 8, 17, 21, 42, 49 y 55 poseen tres accesos, es decir, un índice de complejidad A de 3, y representan el 7,14% de la muestra. De ellos, los nodos 8 y 42 corresponden a la oficina del jefe médico que se conecta con el hall de acceso (nodos 7 y 37); los nodos 17 y 49 corresponden a las oficinas de servicio social, ubicadas al final de los pasillos (nodos 34 y 50) que permiten acceder a los boxes médicos, denominados en el plano original como exámenes y finalmente los nodos 21 y 55 corresponden ambos al acceso a baños que conectan hacia dos bañeras.

Los nodos 3, 26, 36, 39 y 61, – correspondientes al 5,95% de la muestra–, poseen dos accesos, es decir, tienen un índice de complejidad A de 2 y de integración de 0,5. Con respecto a la funcionalidad de estos nodos, particularmente en el caso de los nodos 3 y 39 se asocian al repostero y poseen tanto un acceso desde el repostero como a un baño particular. Los nodos 26 y 61 unen los dos pisos a través de una escalera al final del

edificio y el 36 corresponde al nodo del segundo piso que une el acceso principal a través del nodo 1.

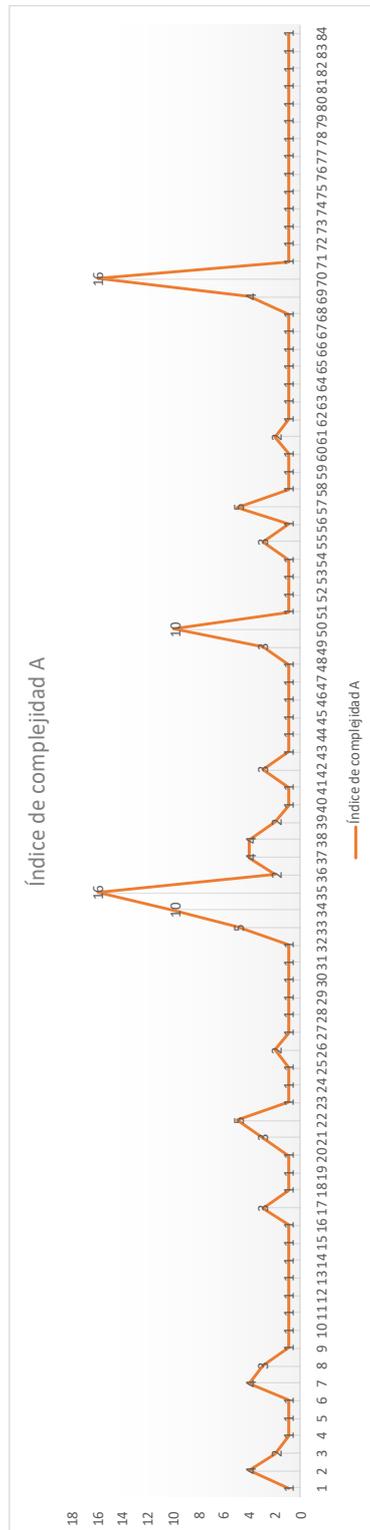


Figura 5.133. Gráfico índice de complejidad A, plano“Corta Estadía”, 1953.

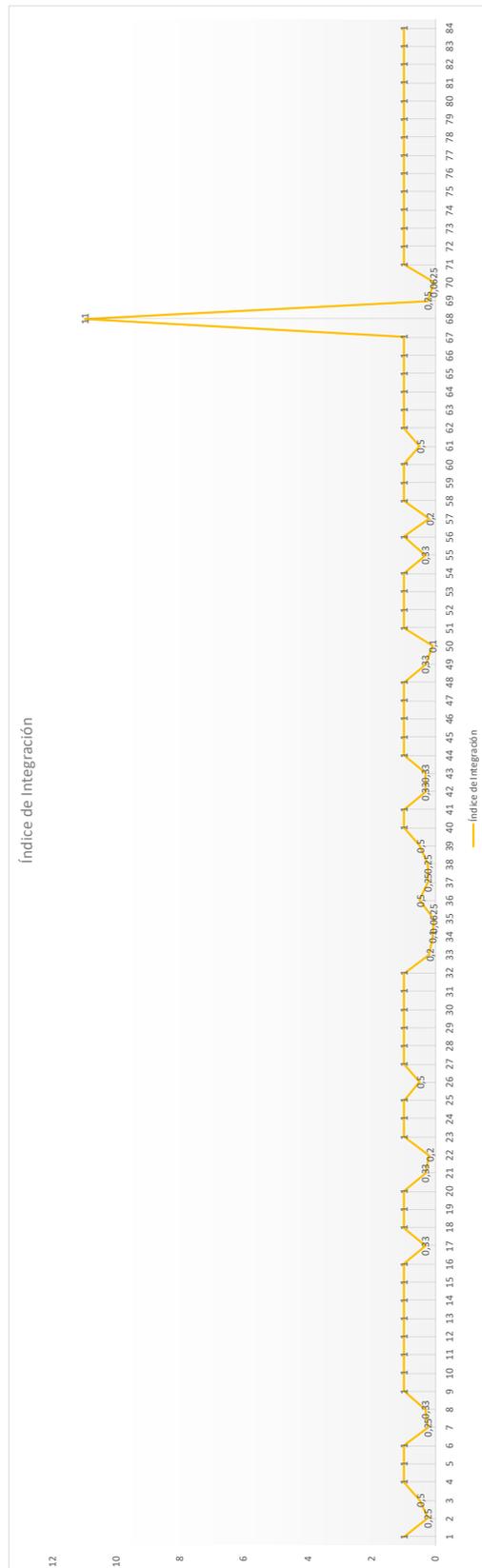


Figura 5.134. Gráfico índice de Integración, plano “Corta Estadía”, 1953.

Finalmente, el resto de los nodos (1, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 60, 62,

63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83 y 84) que suman en total 61, lo que representa el 72,61% de la muestra, poseen un índice de complejidad A y de integración de 1, es decir, cuentan con un solo acceso. La mayoría de estos son habitaciones para hospitalización y se emplazan, principalmente, desde la mitad del edificio hacia atrás. En general, se observa una distribución que ubica la presencia médica al inicio del edificio, en espacios que deben ser transitados para acceder a las habitaciones de hospitalizados, las que además poseen un solo acceso. Esto se condice con lo que describe Rojas (2010) en su etnografía realizada en la década de 1980. En ella establece como una de las primeras medidas dentro del proceso de ingreso de los usuarios a los sectores la entrevista con el o la médica. En ese sentido, vemos que la planificación del espacio se condice con la lógica que se reproduce en este rito de ingreso, que constituye un proceso de despersonalización, en el cual el usuario quiebra su vínculo con el exterior.

Con respecto al índice de complejidad B, solo dos estructuras –es decir, el 2,38% de la muestra– poseen conexión directa con el exterior, específicamente el nodo 1 y el nodo 33, ambos situados en el primer piso. El principal es el número 1, al cual se accede desde el interior del edificio, frente a la oficina del médico y del repostero. En tanto, la salida por el nodo 33, correspondiente al estar y comedor, es sugerente porque constituye una de las salas de mayor uso durante el día. En ambos casos posiblemente prima una sensación de observación.

Siguiendo con el índice de complejidad B, se advierte un segundo grupo correspondiente a los nodos número 7, 10, 34, 35 y 36, que poseen un índice de 2 y que representan el 5,95% de la muestra. Todos ellos son espacios tipo pasillo a excepción del 10, definido como la oficina del médico.

El tercer grupo posee índices de complejidad B de 3 y corresponde a los nodos número 2, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 37, corespondiente a 24 nodos los que representan el 28,57% de la muestra y son en su mayoría oficinas, boxes de atención y habitaciones del primer piso.

El cuarto grupo con índices de complejidad B de 4 son los nodos número 3, 4, 6, 9, 16, 38, 41, 42, 61, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77 y 78 que corresponden a 18 y conforman el 21,42 % de la muestra, y se trata en el caso de habitaciones del primer y segundo piso de aquellas que cumplen funciones como closet y baño principalmente.

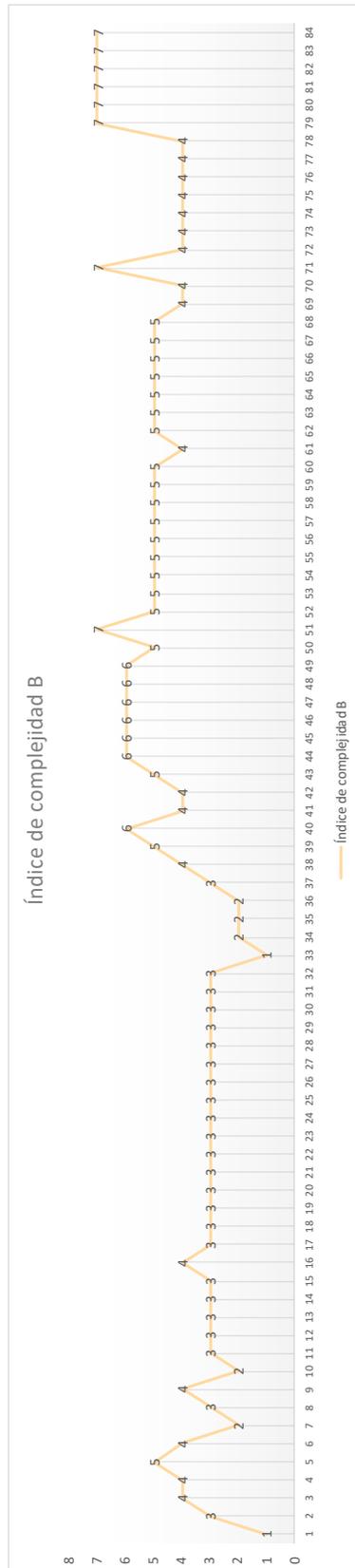


Figura 5.135. Gráfico índice de complejidad B, plano “Corta Estadía”, 1953.

El quinto grupo con un índice de complejidad B de 5 está integrado por los nodos número 5, 39, 43, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67 y 68,

correspondientes a un total de 20 y equivalentes al 23,8% de la muestra y la totalidad de ellos –a excepción del nodo 5, posiblemente un closet– están ubicados en la planta superior y se asocian en su mayoría a las habitaciones y no a los espacios de uso común.

El sexto grupo con un índice de complejidad B de 6 corresponde a los nodos número 40, 44, 45, 46, 47, 48 y 49 (total 7), los que representa el 8,33% de la muestra y pertenece en su totalidad a los boxes de atención médica del segundo piso.

Finalmente, los nodos 51, 71, 79, 80, 81, 82, 83 y 84 (total 7) poseen un índice de complejidad B de 7, siendo 51 y 71 una ropería al interior de la habitación de Servicio Social en el segundo piso y el resto parte de los baños del segundo piso, nodos que representa un 9,52% de la muestra.

Este análisis permite observar que en general las salas definidas para pacientes poseen una menor cantidad de accesos y una mayor dificultad de salida al exterior. Esta condición se diferencia de los espacios comunes y también de los lugares que cumplen funciones vinculadas al personal médico que poseen mejor conexión al exterior. En ese sentido, el diseño del espacio permite inferir que existe una intencionalidad por separar a las personas internadas del mundo exterior, separación que es física y psicológica.

A la separación mencionada se suma un diseño en el que predominan los pasillos de acceso a los nodos, evidenciándose la ausencia de espacios centralizados o áreas comunes de permanencia. Podemos entender que estos pasillos constituyen lugares de tránsito, siendo la circulación un medio que impide la permanencia y, por tanto, evita el desorden.

A su vez, llama la atención el diseño tipo pabellón utilizado, cuyo origen se remonta a 1860 y que se masificó en las décadas posteriores. Este modelo comprende varios edificios estilo bloque, independientes entre sí, de uno o dos pisos, generalmente unidos con un corredor de enlace. Es relevante señalar que la construcción de estos edificios se lleva a cabo antes del clímax de la discusión en torno a la presencia de instituciones asilares. Aunque es novedoso en relación a los diseños arquitectónicos asilares previos y se aplicó también a otros espacios psiquiátricos como la Clínica Psiquiátrica dependiente de la Universidad de Chile, ubicada a solo una cuadra y construida en el mismo periodo, es un diseño que representa de forma clara la extensión del modelo asilar.

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de Integración
1	1	1	1
2	4	3	0,25
3	2	4	0,5
4	1	4	1
5	1	5	1
6	1	4	1
7	4	2	0,25
8	3	3	0,33
9	1	4	1
10	1	2	1
11	1	3	1
12	1	3	1
13	1	3	1
14	1	3	1
15	1	3	1
16	1	4	1
17	3	3	0,33
18	1	3	1
19	1	3	1
20	1	3	1
21	3	3	0,33
22	5	3	0,2
23	1	3	1
24	1	3	1
25	1	3	1
26	2	3	0,5
27	1	3	1
28	1	3	1
29	1	3	1
30	1	3	1
31	1	3	1
32	1	3	1
33	5	1	0,2
34	10	2	0,1
35	16	2	0,0625
36	2	2	0,5
37	4	3	0,25
38	4	4	0,25
39	2	5	0,5
40	1	6	1

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de Integración
41	1	4	1
42	3	4	0,33
43	1	5	0,33
44	1	6	1
45	1	6	1
46	1	6	1
47	1	6	1
48	1	6	1
49	3	6	0,33
50	10	5	0,1
51	1	7	1
52	1	5	1
53	1	5	1
54	1	5	1
55	3	5	0,33
56	1	5	1
57	5	5	0,2
58	1	5	1
59	1	5	1
60	1	5	1
61	2	4	0,5
62	1	5	1
63	1	5	1
64	1	5	1
65	1	5	1
66	1	5	1
67	1	5	1
68	1	5	11
69	4	4	0,25
70	16	4	0,0625
71	1	7	1
72	1	4	1
73	1	4	1
74	1	4	1
75	1	4	1
76	1	4	1
77	1	4	1
78	1	4	1
79	1	7	1
80	1	7	1

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de Integración
81	1	7	1
82	1	7	1
83	1	7	1
84	1	7	1

Tabla 5.21. Índices, Plano Hospital Psiquiátrico, 1953.

5.2.f.3. Plano Larga Estadía, 1985.

El tercer plano seleccionado corresponde al Pabellón de Crónicos, posteriormente denominado pabellón de Larga Estadía. Este edificio se construyó después del terremoto de marzo de 1985 cuando parte importante de los edificios, especialmente aquellos asociados a enfermos crónicos, es decir, a los pacientes asilados, se cayeron o quedaron completamente inutilizados, tanto en el sector actual del Instituto como en sus alrededores. Durante esta época es que se le da paso a la distribución actual del IPDJHB, donde se observa la plaza central frente al teatro y los estacionamientos, espacios que anteriormente contaban con antiguas construcciones de adobe y ladrillos cuyo origen se remontan al inicio de la Casa de Orates desde mediados del siglo XIX en adelante.

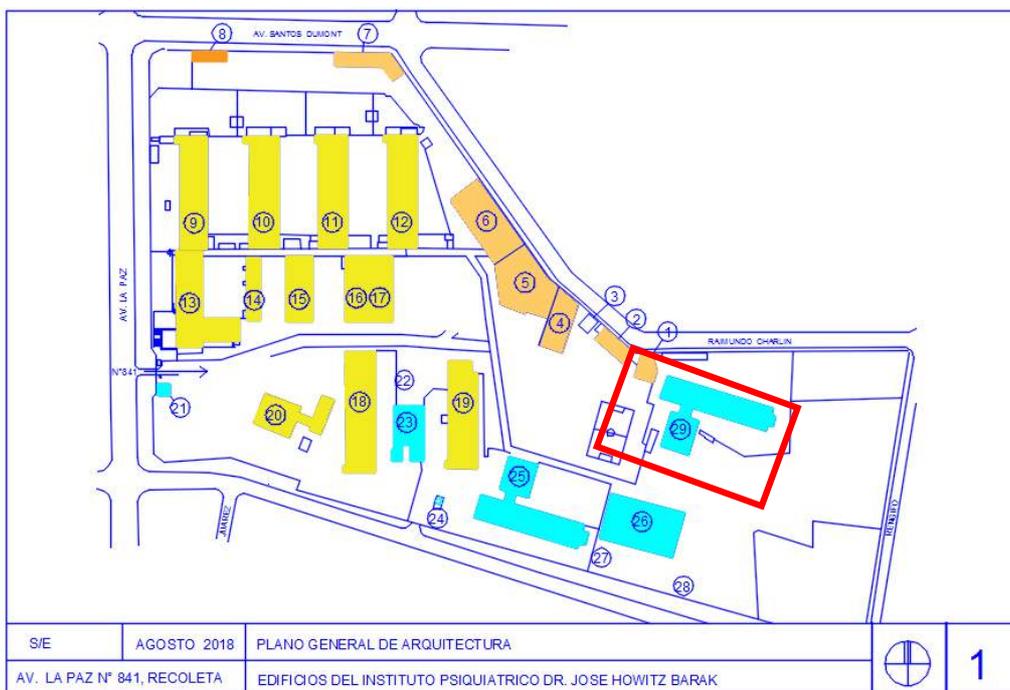


Figura 5.136. Plano general con silueta actual de edificios del Instituto José Horwitz Barak. En rojo se indica edificio Larga Estadía.

Fuente: Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak.

El edificio de albañilería reforzada posee dos pisos y sigue un patrón de diseño en pabellón, con un pasillo central donde se distribuyen habitaciones alrededor, similar a lo registrado en los pabellones de corta estadía. Presenta dos accesos: uno en la primera planta, y el segundo a través de una escalera al segundo piso, en el lado contrario de la primera entrada. Al igual que en los pabellones de corta estadía, la distribución histórica de las mujeres es en el segundo piso y la de los hombres en el primero. Además, la planta baja tiene una estructura adosada al pabellón correspondiente a los espacios de uso común, como comedor y estar. Este se conecta a través de un pasillo al primer piso del pabellón, en cambio al segundo piso solo accede pasando por el pasillo central pero sin conectar con el resto de las habitaciones de esa planta.

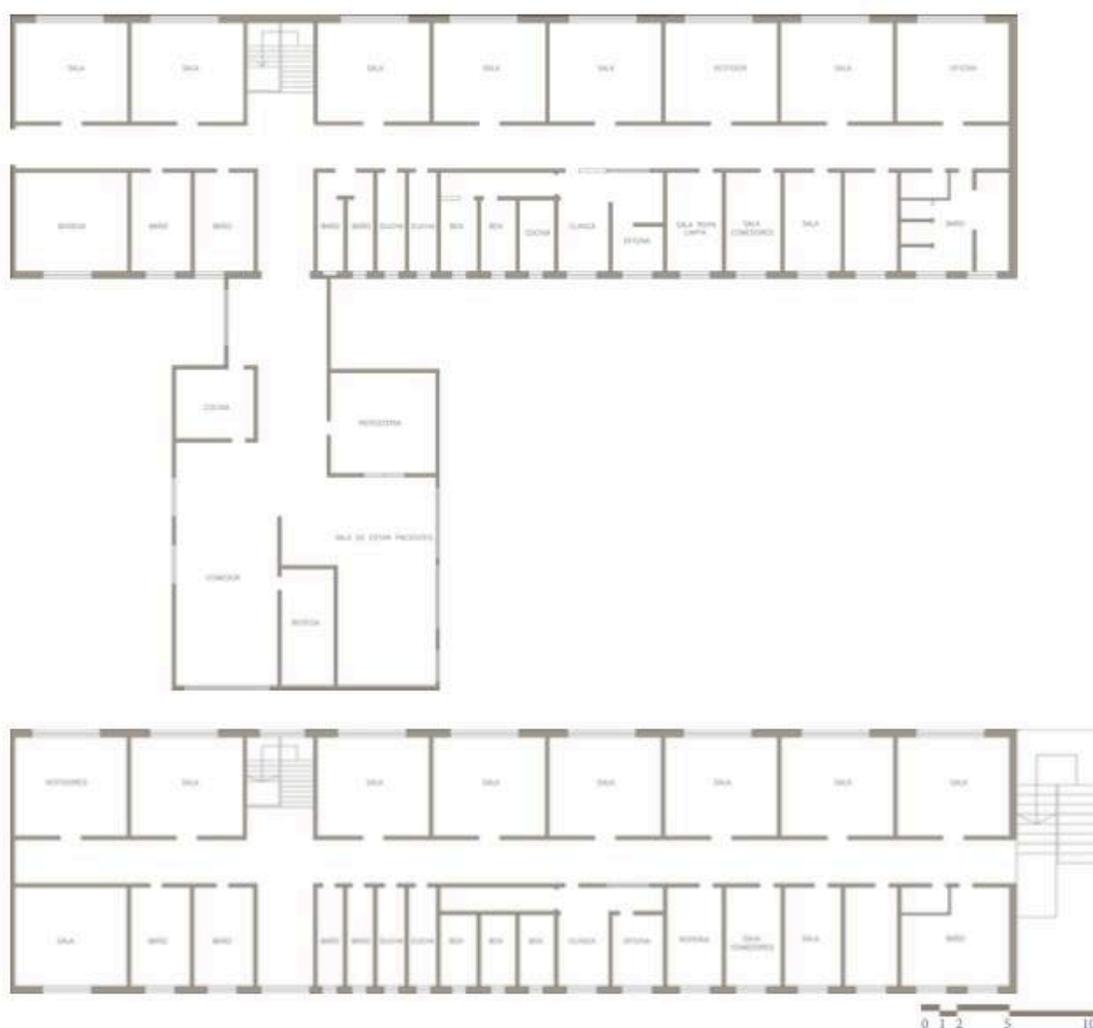


Figura 5.137. Plano pabellón Larga Estadía, 1985.
Fuente: (González 2018: 90)

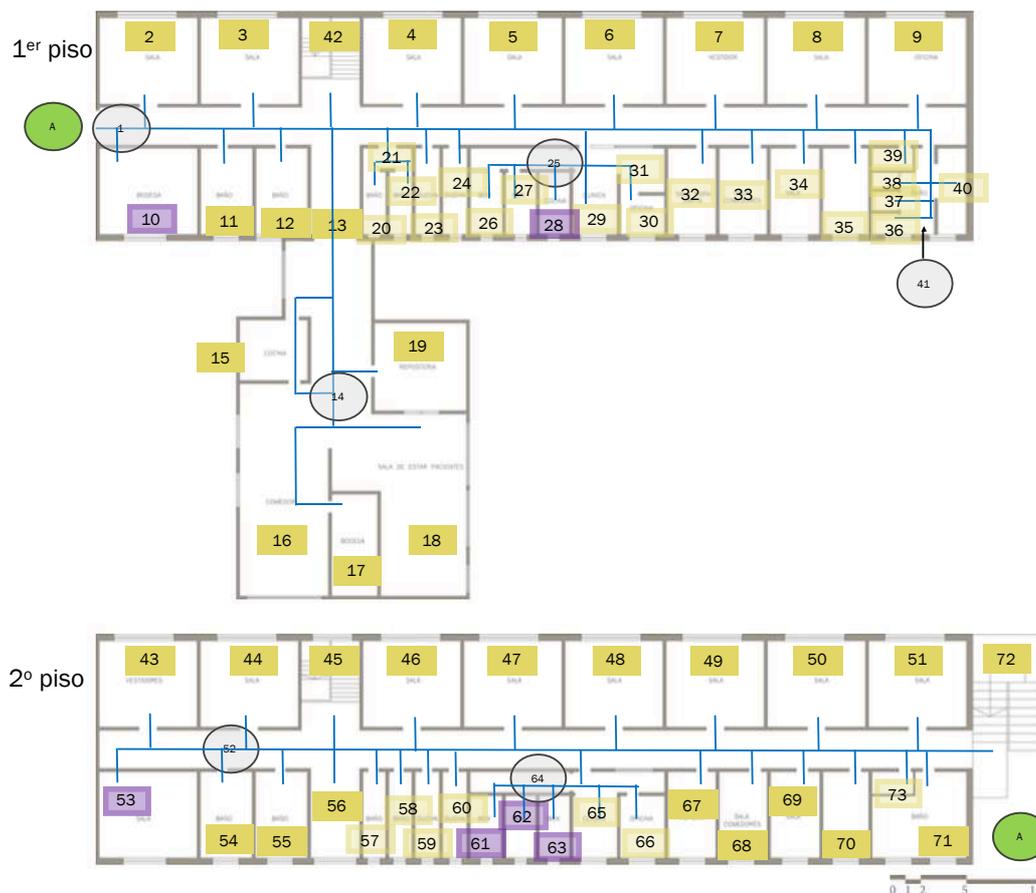


Figura 5.138. Plano pabellón Larga Estadía, 1985, intervenido por la autora. En verde claro se indican nodos, en morado nodos que no poseen acceso posiblemente por error del plano y en gris principales nodos distributivos. Las salidas al exterior se indican con letra A al interior de un círculo verde y con líneas de color azul el recorrido por el edificio.

Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de Integración
2,04	2,68	0,87

Tabla 5.22. Promedios índices plano Larga Estadía, 1985.

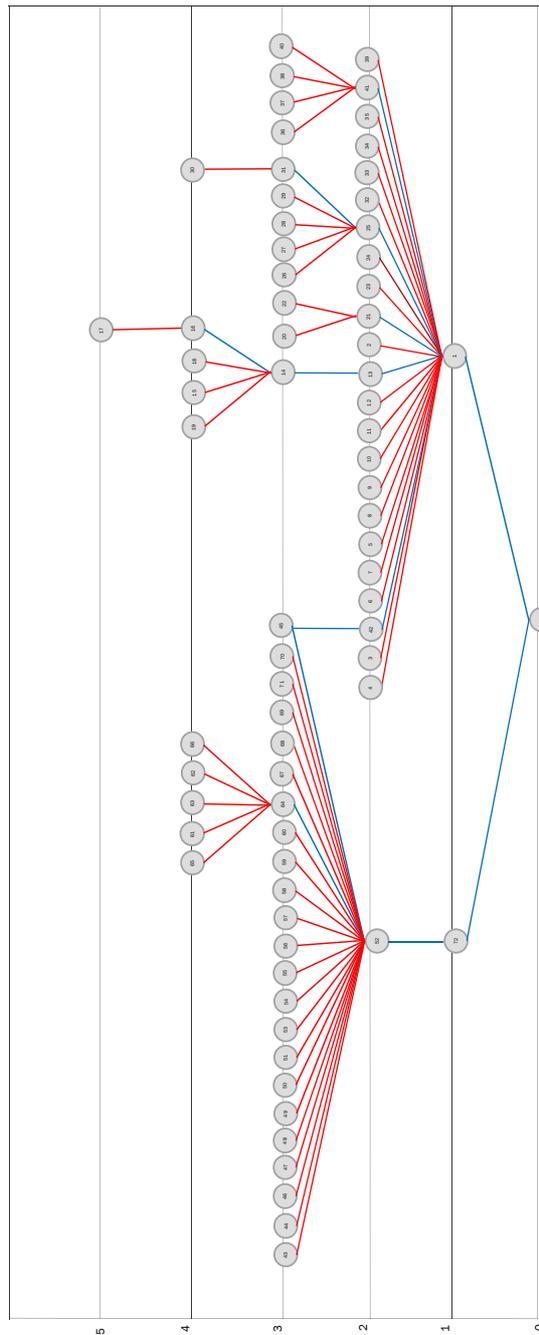


Figura 5.139. Gráfico de análisis gamma. En gris se indican los nodos, en azul se establecen los vectores distributivos y en rojo los no distributivos. En el eje x se indica la cantidad de accesos, es decir, el índice de complejidad B.

Se identificaron un total de 72 estructuras y 74 umbrales o puertas (se incluyen las escaleras las que se consideran como umbrales). Esta similitud numérica se comprende dentro de una lógica en la cual casi la totalidad de los espacios cuenta únicamente con un acceso, lo que coincide con estructuras de alto control de movimiento.

Asimismo, se advierte que ambas plantas presentan similitud en su distribución. Este patrón, también observado en los pabellones de corta estada construidos en la década de

1950, da cuenta de que ambos pisos cumplen la misma función. Es decir, son unidades de hospitalización de larga estadía en donde cada planta corresponde a una sección diferenciada administrativamente y, consecuentemente, posee accesos diferenciados. A esto se suma la escasa conexión entre ellas, únicamente por una escalera al interior, correspondiente a los nodos 42 en el primer piso y 45 en el segundo. Esta escalera permite la llegada desde el segundo piso a las áreas de actividades diurnas como el comedor y estar –que ambas unidades comparten– aunque los accesos principales están diferenciados y cada uno da siempre a un pasillo de tipo distributivo.

Con relación al tipo de nodos, se distinguen los distributivos, indicados en azul, y los no distributivos, indicados en rojo en el diagrama (ver imagen 5.140). Se registra un predominio de estructuras no distributivas, es decir, con un solo acceso, con un total de 59 (81,94%) y sólo 13 (18,05%) estructuras distributivas.

En cuanto a los espacios distributivos, los con mayor cantidad de accesos corresponden a los números 1 y 52, ambos pasillos, cada uno dispuesto en el pabellón principal: en el primer y segundo piso y con índice de complejidad A de 24 y 25 respectivamente, lo que equivale al 1,28% de la muestra. A partir de estos pasillos se distribuye el resto de las habitaciones entre las que se cuentan salas, baños y boxes de atención médica. Destaca en particular la conexión entre el nodo 1 y el 13 que da hacia la estructura independiente del pabellón en donde se emplazan la cocina, comedor y estar. A su vez, los dos presentan un índice de complejidad B bajo relacionado con el hecho de que desde ambos se puede acceder de forma casi inmediata al exterior. En el caso del nodo 1, corresponde a un solo acceso lo que significa que tiene un índice de complejidad B de 1 y para el caso del nodo 52 su índice de complejidad B es de 2, considerando que únicamente se puede salir por la escalera definida como nodo 72 desde el segundo piso al exterior. A su vez, ambos poseen los índices de integración más altos en relación al resto de los nodos, correspondiente a 0,04 en el caso del nodo 1 y 0,041 en el nodo 52; coincidente en ambos casos con la alta capacidad distributiva presente en estos pasillos.

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
1	59	81,944%
2	5	6,944%
3	2	2,777%

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
5	1	1,388%
6	3	4,166%
24	1	1,388%
25	1	1,388%

Tabla 5.23. Índices de complejidad A, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano Larga Estadía, 1985.

El segundo grupo de estructuras distributivas está integrado por los nodos 14, 25 y 64, en los cuales disminuye notablemente su índice de complejidad A a 6 y su índice de integración a 0,1666. Ellos representan el 4,16% de la muestra. En el caso de los nodos 25 y 64, que corresponden a un mismo tipo de nodo, los dos son pasillos secundarios que conectan con los pasillos centrales del pabellón principal en el primer y segundo piso respectivamente, uno arriba del otro. Llevan a boxes de atención médica y a la oficina del o la psiquiatra. En relación al nodo 14, es el apéndice del pabellón principal en donde se disponen los espacios comunes.

En tanto, el siguiente espacio distributivo es el nodo 41, correspondiente a un baño, emplazado en el segundo piso con un índice de complejidad A de 5 y un índice de integración de 0,2 y representa al 1,38% de la muestra. En cuarto lugar, los espacios distributivos son los nodos 16 y 21; ambos con un índice de complejidad A de 3, es decir, poseen tres acceso o salidas, el primero es al baño y el segundo al comedor. Estos refieren al 2,77% de la muestra.

El último grupo de espacios distributivos son los nodos 13, 15, 31, 42 y 45, todos con un índice de complejidad A de 2 y de integración de 0,5, los que constituyen el 6,94% de la muestra. De estos, los nodos 13 y 15 se vinculan a los espacios comunes. En tanto, el nodo 31 corresponde a una estructura asociada al área de atención médica y finalmente los nodos 42 y 45 son las escaleras internas que unen el primer con el segundo piso.

El resto de las estructuras, es decir, los nodos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71 y 72, no son distributivas, lo que significa que tiene un solo acceso por lo que su índice de complejidad A es de 1 y su índice de integración también es de 1. Estos nodos representan el 81,94% de la muestra. Este tipo de unidades se condice con la lógica de distribución de estructuras

tipo pabellón en las que predomina el modelos de un pasillo central y en donde progresivamente se percibe la disminución de espacios recreativos.

Con respecto al índice de complejidad B –equivalente a aquel que establece cuántos accesos o salidas se deben pasar antes de poder acceder al exterior– en este pabellón se advierte una alta estandarización. Destacan cuatro grupos en los que se concentran mayoritariamente índices de 2 y 3, lo que se relaciona con que la mayor parte de los nodos están conectados a otros nodos distributivos con acceso a la salida. El primer grupo lo constituyen aquellos nodos que salen directo al exterior: el 1, específicamente el acceso principal al primer piso; y el nodo 72, correspondiente a la escalera que permite la conexión hacia el exterior del edificio desde el segundo piso y que conecta al pasillo principal de la planta alta. Estos representan el 2,77% de la muestra. Se distingue en ese sentido, una baja conexión hacia el exterior por parte de la mayoría de las estructuras o nodos lo que indica una alto control. Se debe pasar obligatoriamente por los pasillo principales (1 y 72) para salir al exterior, generándose la posibilidad que desde las habitaciones que conectan a esos pasillos se puedan observar quién entra y sale.

Índice de complejidad B	Cantidad de Nodos	%
1	2	2,777%
2	26	36,111%
3	38	52,777%
4	5	6,944%
5	1	1,388%

Tabla 5.24. Índices de complejidad B, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano Larga Estadía, 1985.

El segundo grupo, en relación al índice de complejidad B con una cifra de 2 está integrado por los nodos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 39 y 52, que representan el 36,11%. La mayoría corresponde a habitaciones colindantes con el nodo 1 del primer piso, es decir, el pasillo. El tercer grupo, que conforma el 36,01% de la muestra, son los nodos 14, 20, 22, 26, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 y 71. Estos corresponden en su mayor parte a las habitaciones presentes en el segundo piso las que tienen acceso directo hacia el exterior a través del nodo 52 que equivale al pasillo distributivo y luego al 72, correspondiente a la escalera para conectar al exterior.

Finalmente, el tercer grupo está compuesto por los nodos con un índice de complejidad B de 4 (nodos 15, 16, 18 y 19), los que representan al 6,94% de la muestra. Estos nodos se emplazan, en su totalidad, en los espacios comunes donde está el comedor y estar. A diferencia de lo visto en los pabellones de 1953, en donde el acceso a los dormitorios estaba flanqueado por los lugares de uso común. En este plano, da cuenta de la proyección de una dinámica de control distinta, relacionada posiblemente con una mayor optimización de la superficie, primando habitaciones con camas por sobre espacios comunes. Esto además implica mayor control desde los cuartos ya que implica que los funcionarios y pacientes que entran y salen deben pasar por fuera de las distintas habitaciones dispuestas alrededor de los pasillos siendo potencialmente visibles.

Al igual que lo observado en el Pabellón de Corta Estadía, predominan los pasillos de acceso a los nodos, vinculados a espacios de tránsito, cuyo objetivo es propender a la circulación evitando la permanencia en ellos.

Se aprecia una variación al modelo de pabellón en la que se establece una estructura de dos pisos con accesos independientes, correspondientes administrativamente a dos unidades. Particularmente los ingresos ocurren en los extremos opuestos, definiéndose ahí un primer corte entre ambas plantas. Asimismo los accesos dan directo al pasillo principal en donde se encuentran las habitaciones. En ese sentido, se advierte una diferencia con respecto a la dinámica de ingreso por espacios comunes o controlados por funcionarios, es decir, de mayor control social y/o mayor visibilidad, como lo observado en los pabellones de corta estadía. Los espacios de uso común, no obstante, se despliegan solo en el primer piso, lo que da cuenta de menor acceso de uso de estos por parte de quienes habitan en el segundo piso, es decir, las mujeres. Lo anterior implica además concentrar las actividades comunes en un solo lugar en todo el edificio, restringiendo la posibilidad de actividades colectivas y diurnas en el resto de las dependencias y “optimizando” el uso del espacio desde una perspectiva de invertir mayormente en hacer salas para dormitorios que en espacios de uso común, vinculado posiblemente al patrón de optimización de recursos.

Con todo, se debe considerar que este espacio, a diferencia del definido como de corta estadía, posee pacientes que han vivido la mayor parte de sus vidas en ese lugar. Se establece, dentro de las denominadas instituciones totales, una mayor separación entre el mundo exterior y las dinámicas internas que en estas se dan. A partir de los muros, que

limitan el acceso general no solo al edificio sino al patio adyacente, se pueden divisar desde el exterior dinámicas cotidianas de habitación y convivencia (ropa colgada, personas conversando, personas sentadas, etc.) de gente viviendo permanentemente en estos lugares.

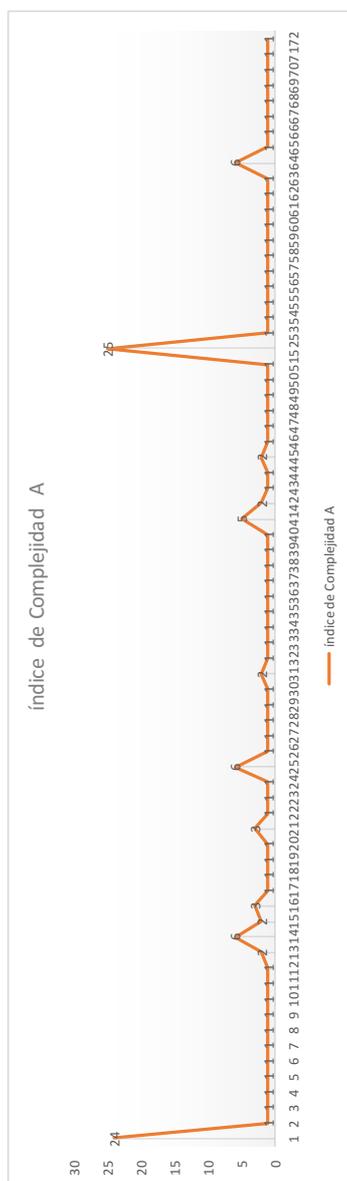


Figura 5.140. Gráfico índice de complejidad A, plano Larga Estadía, 1985.

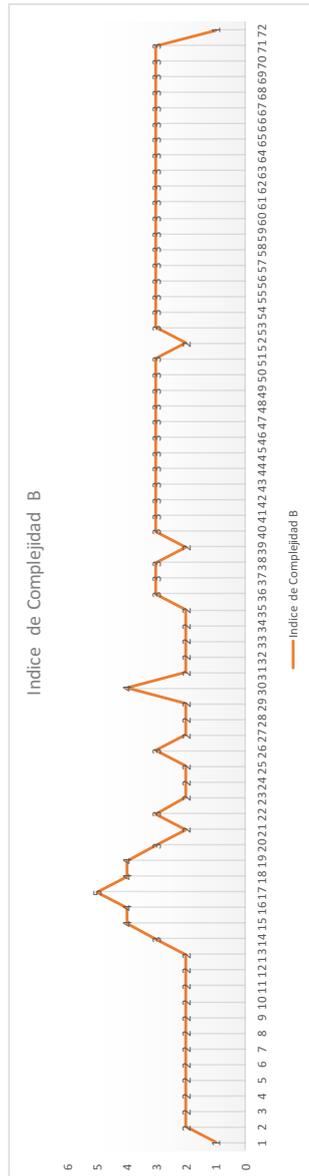


Figura 5.141. Gráfico índice de complejidad B, plano Larga Estadía, 1985.

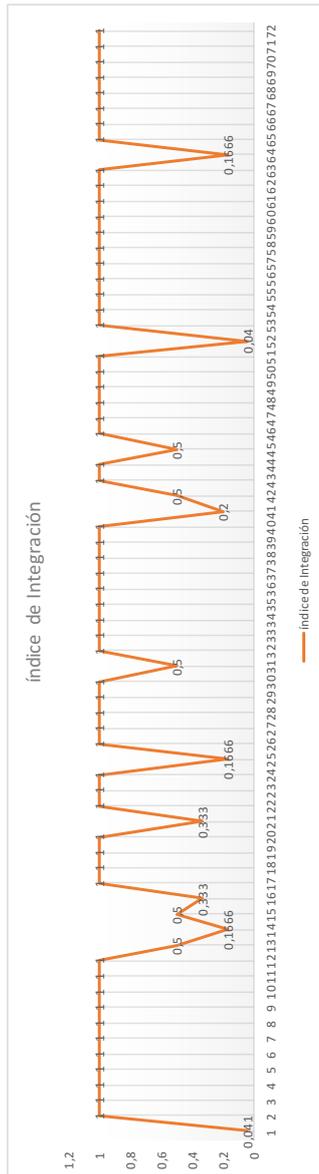


Figura 5.142. Gráfico índice de integración, plano Larga Estadía, 1985.

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
1	24	1	0,041
2	1	2	1
3	1	2	1
4	1	2	1
5	1	2	1
6	1	2	1
7	1	2	1
8	1	2	1
9	1	2	1
10	1	2	1

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
11	1	2	1
12	1	2	1
13	2	2	0,5
14	6	3	0,1666
15	2	4	0,5
16	3	4	0,333
17	1	5	1
18	1	4	1
19	1	4	1
20	1	3	1
21	3	2	0,333
22	1	3	1
23	1	2	1
24	1	2	1
25	6	2	0,1666
26	1	3	1
27	1	2	1
28	1	2	1
29	1	2	1
30	1	4	1
31	2	2	0,5
32	1	2	1
33	1	2	1
34	1	2	1
35	1	2	1
36	1	3	1
37	1	3	1
38	1	3	1
39	1	2	1
40	1	3	1
41	5	3	0,2
42	2	3	0,5
43	1	3	1
44	1	3	1
45	2	3	0,5
46	1	3	1
47	1	3	1
48	1	3	1
49	1	3	1
50	1	3	1

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
51	1	3	1
52	25	2	0,04
53	1	3	1
54	1	3	1
55	1	3	1
56	1	3	1
57	1	3	1
58	1	3	1
59	1	3	1
60	1	3	1
61	1	3	1
62	1	3	1
63	1	3	1
64	6	3	0,1666
65	1	3	1
66	1	3	1
67	1	3	1
68	1	3	1
69	1	3	1
70	1	3	1
71	1	3	1
72	1	1	1

Tabla 5.25. Índices plano Larga Estadía, 1985.

5.2.f.4. Plano Unidad de Evaluación de Imputados (UEPI) y Unidad de Desintoxicación y tratamiento para adolescentes con trastornos conductuales severos (UDAC), 1985.

El cuarto plano considerado es el de la Unidad de Evaluación de Imputados (UEPI) y Unidad de Desintoxicación y tratamiento para adolescentes con trastornos conductuales severos (UDAC). Se trata de la creación de una unidad vinculada a un grupo de funcionarios que en 1984 propusieron generar una sección forense, destacando la existencia previa de una unidad de imputados, que fue una de las de peor calidad presentes en todas las dependencias (Ruiz 2002). Esta, al igual que otros pabellones fueron abandonados después del terremoto de marzo de 1985, lo que devino en la construcción de la actual UEPI/UDAC, un edificio de albañilería reforzadas tipo pabellón con un apéndice, que presenta un diseño prácticamente igual al presente en la unidad de Larga Estadía.

La UEPI/UDAC constituye parte del Sistema Nacional de Psiquiatría Forense el que –a partir del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000– estableció aspectos prioritarios de trabajo con personas en conflicto con la justicia. Este sistema se inició a fines de 1998 y en él participan el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, Gendarmería y el Servicio Médico Legal.

“Su origen obedece a la presión que ejercía el sistema judicial al ocupar en forma imperativa las camas psiquiátricas a lo largo del país, dando origen a innumerables situaciones de conflicto, reduciendo el acceso de la población general y generando riesgos, tales como la presencia de personal de gendarmería armado al interior de unidades clínicas no forenses. Este tema aún no está resuelto y, episódicamente, situaciones de este tipo vuelven a repetirse” (Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018: 73)

El Plan Nacional del año 2000 establecía que el país debiese contar con: 1) Unidad de Psiquiatría Forense de alta complejidad, de referencia nacional; 2) Unidad de Psiquiatría Forense de mediana complejidad, de referencia regional; 3) Hogares y Residencias Protegidas Forenses en cada Servicio de Salud y Programa de Psiquiatría Forense Ambulatorio en la red de servicios de salud mental y psiquiatría de los Servicios de Salud del país [Plan Nacional de Salud 2000: 129]. En relación al sistema descrito el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es el que recibe la mayor cantidad de pacientes en esa situación a nivel nacional, comprendiendo un total de 40 camas de UEPI y 40 camas de mediana complejidad (Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, 2018). Estas se distribuyen en dos pisos, sin embargo, por disponibilidad de los planos, se analizó únicamente la planta baja.

Se identificaron un total de 68 estructuras y 74 pasajes o puertas. Esta distinción numérica permite establecer que, aunque predominan espacios no distributivos, es decir, que tienen un solo acceso, hay mayor cantidad de nodos con más de una vía de ingreso que los presentes en el edificio de larga estadía construido al mismo tiempo y con diseño exterior similar. Esto último considerando que de los planos del edificio de Larga Estadía (1985) se analizaron las dos plantas presentando un total de 72 nodos, es decir, una cantidad de nodos similares (68).

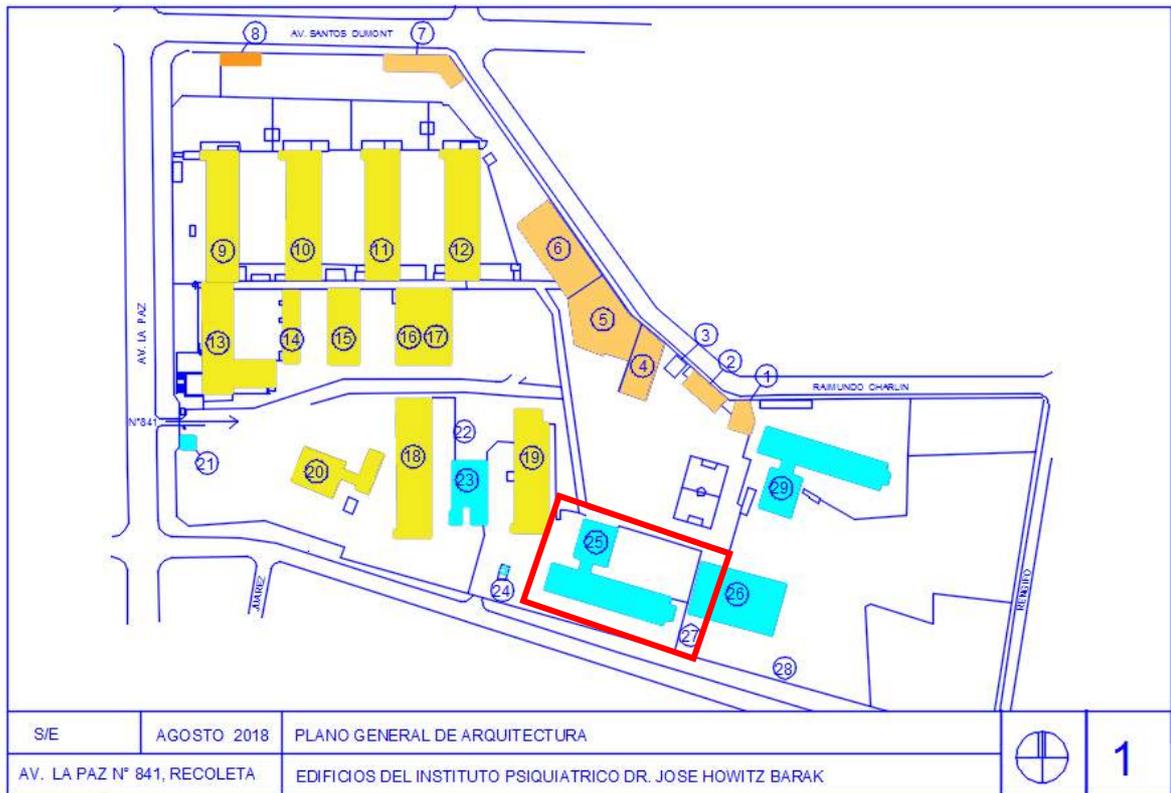


Figura 5.143. Plano general con silueta actuales edificios del Instituto José Horwitz Barak, en rojo se indica edificio UEPI
Fuente: Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak.



Figura 5.144. Plano pabellón UEPI, 1985.
Fuente: (González 2018: 91)

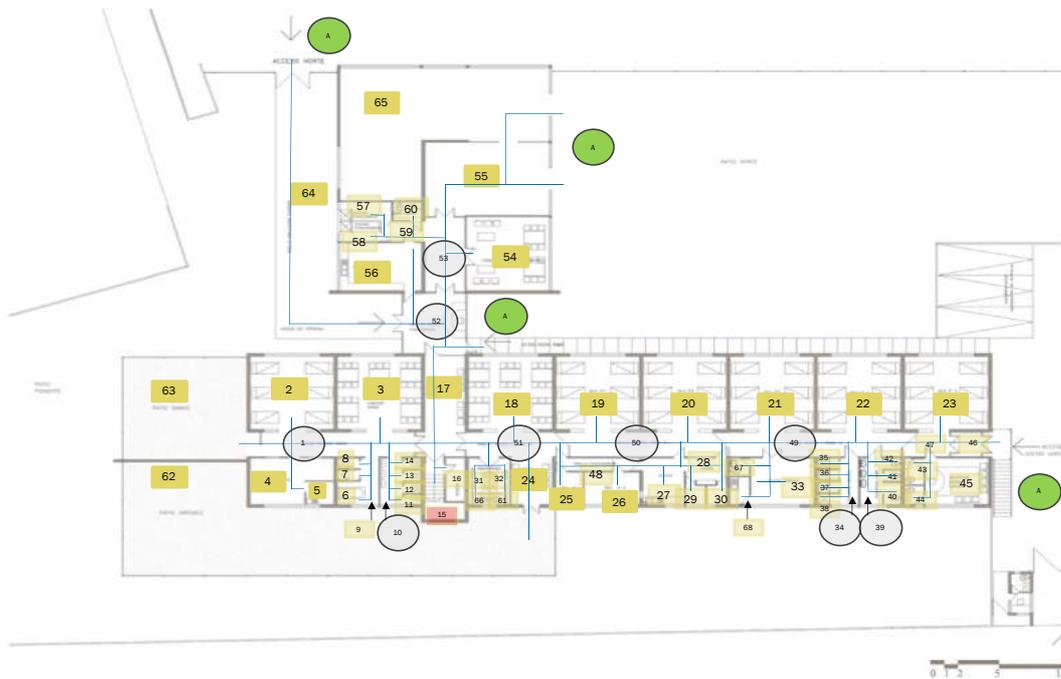


Figura 5.145. Plano pabellon UEPI, 1985, intervenido por la autora. En verde claro se indican nodos, en gris principales nodos distributivos. Los accesos al exterior se indican con letra A al interior de un círculo verde y con líneas azul el recorrido por el edificio. El nodo 15 se indica en rojo correspondiente a conexión a segundo piso que no fue considerado para el análisis gamma.

Fuente: (González 2018: 91)

En relación a los esquemas de distribución del espacio se distingue: espacios distributivos, indicados en azul en el diagrama y espacios no distributivos, indicados en rojo (ver imagen). Se observa un predominio de estructuras no distributivas, es decir, con un solo acceso, correspondientes un total de 40 (58,8%) y de 27 (41,17%) equivalentes a las estructuras distributivas, es decir, con más de una entrada. Respecto a los acceso indicados en A, se aprecian cuatro los que se emplazan en secciones diferenciadas del edificio cumpliendo funciones distintas, uno para el ingreso de visitas de usuarios hombres, otro para visitas de usuarias mujeres y dos en la sección para funcionarios.

Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
2,04	3,98	0,73

Tabla 5.26. Promedios índices plano UEPI, 1985.

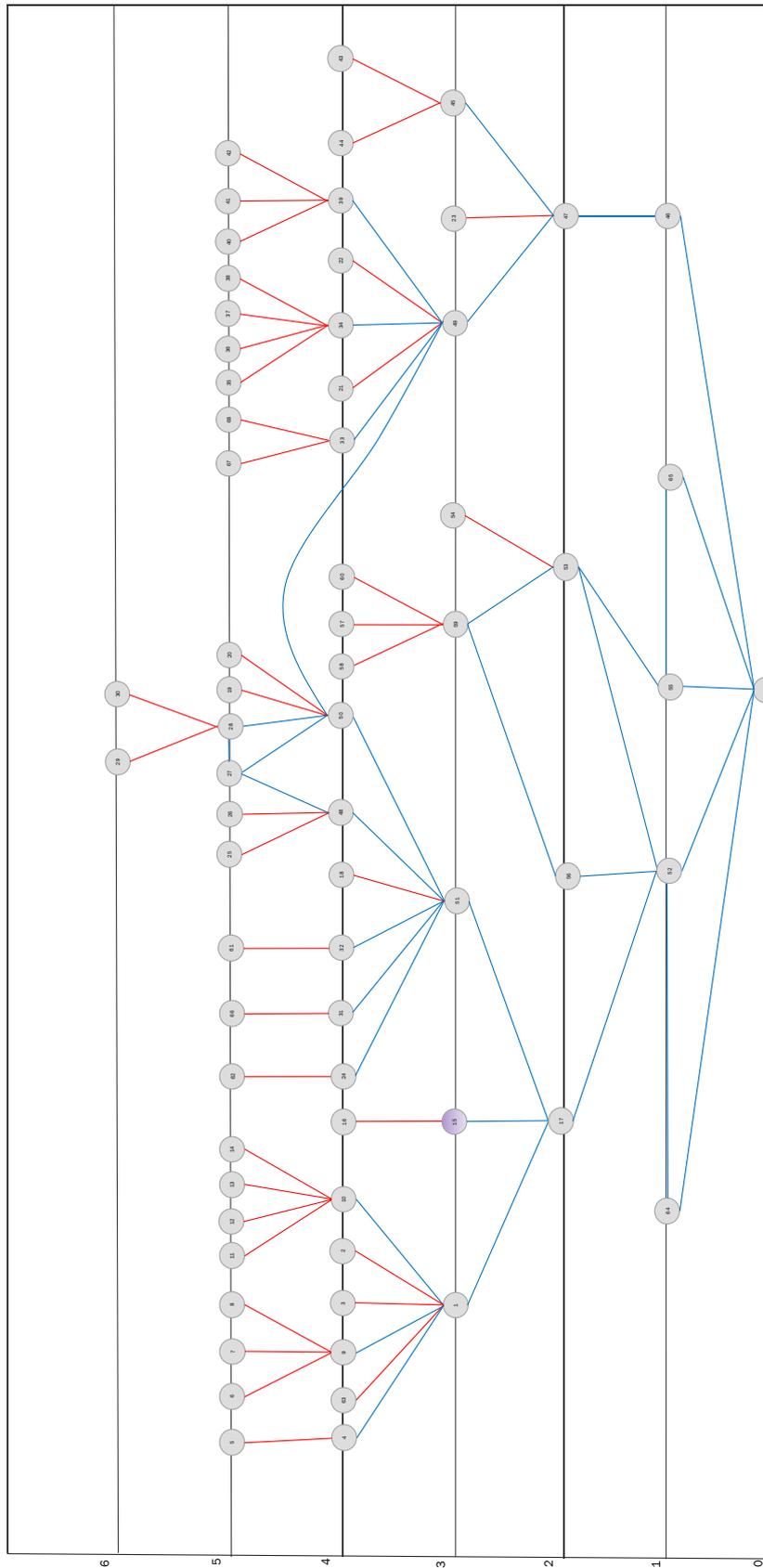


Figura 5.146. Gráfico de análisis gamma. En gris se indican los nodos, en azul los vectores distributivos y en rojo los no distributivos. Se indica en morada nodo 15 correspondiente a escalera hacia segundo piso, espacio que no fue considerado dentro del análisis.

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
1	41	60,294
2	10	14,705
3	3	4,411
4	7	10,294
5	3	4,411
6	2	2,941
7	2	2,941

Tabla 5.27. Índices de complejidad A , cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano UEPI, 1985.

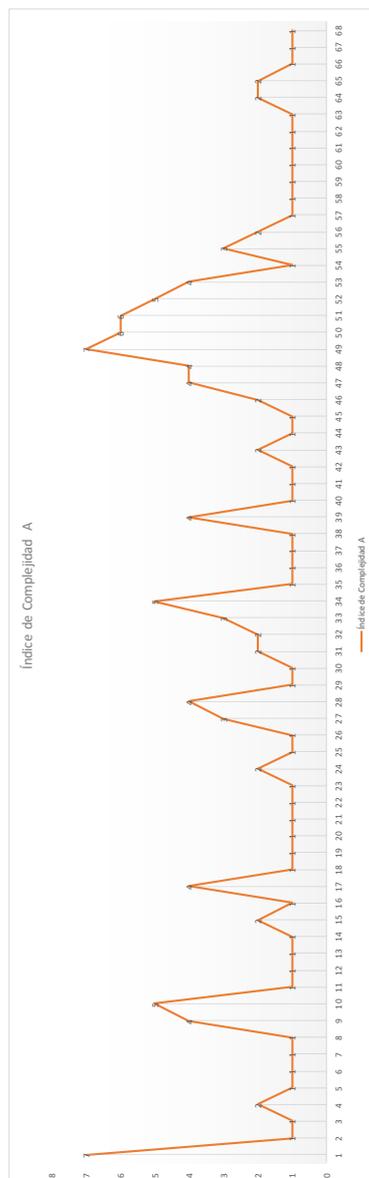


Figura 5.147. Gráfico índice de complejidad A, plano UEPI, 1985.

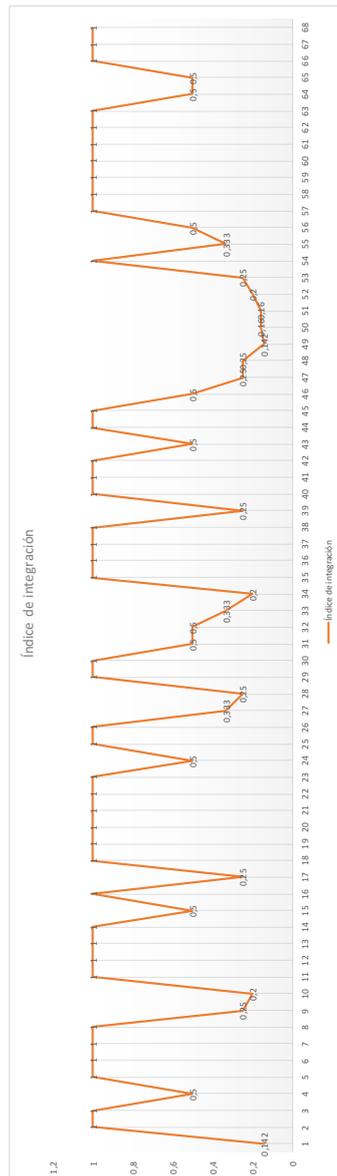


Figura 5.148. Gráfico índice de integración, plano “UEPI”, 1985.

En relación a los espacios distributivos, los con mayor cantidad de accesos corresponden a los números 1 y 49, cada uno con 7 de ellos (Índice de complejidad A: 7) y con un índice de integración de 0,142, correspondiente al 2,941% de la muestra. En ambos casos forman parte del pasillo central del pabellón de la sección femenina y masculina respectivamente, los que conectan a habitaciones, baños, otras secciones del pasillo y en el caso de nodo 1 hacia un patio exterior. Luego se encuentran las estructuras 50 y 51, definidas en el plano como pasillo oriente, tramo b y pasillo oriente tramo que integran parte del pasillo central. Estas poseen un índice de complejidad A de 6, un índice de integración de 0,16 y representan el 2,941% de la muestra. En tercer lugar, se encuentran los nodos 10, 34 y 52, los tres con índice de complejidad A de 5, es decir con 5 accesos,

y un índice de integración de 0,2, equivalente al 4,411 % de la muestra. De estos, el nodo 52 es la habitación que une la sección de funcionarios con la de usuarios imputados y posee salida hacia el exterior. En tanto, los nodos 10 y 34 corresponden a baños de usuarios.

En cuarto lugar, se encuentran los nodos que poseen un índice de complejidad A de 4, lo que quiere decir que tienen 4 accesos, y un índice de integración de 0,25, lo que representa el 10,294 % de la muestra. Estos, corresponden a los nodos número 9, 17, 28, 39, 47, 48 y 53, los que en los casos de los nodos 9 y 39 son baños; el 17 es la habitación de recepción de las visitas de mujeres y conecta el pabellón principal con la sección en donde se emplazan las dependencias de funcionarios; el nodo 28 corresponde a la clínica; el 47 es parte de la sección de ingreso de las visitas masculinas; el nodo 48 es un pasillo que conecta los boxes de atención y clínica y el 53 es una habitación en la sección funcionaria desde donde se distribuyen las principales dependencias funcionarias como el repostero, la sala de estar y comedor y los baños.

En quinto lugar se encuentran los nodos 27, 33 y 55 con un índice de complejidad A de 3 y de integración de 0,333, correspondientes al 4,411% de la muestra. El 27 está definido como clínica, el 33 es una de las oficinas de peritaje, ambas emplazadas en el pabellón central, y el nodo 55 se ubica en la sección funcionaria y tiene conexión al exterior tanto en el acceso norte como en el ingreso de visitas de mujeres.

En sexto lugar se encuentran los nodos con índice de complejidad A de 2 del segundo grupo mayoritario, el que representa el 14,704% de la muestra (nodos 4, 15, 24, 28, 31, 32, 46, 56, 64 y 65). Con respecto a sus funcionalidades, el nodo 4 es una sala de peritaje que incluye un baño; el nodo 15 es la escalera, la que contaría con otra conexión si es que se analizara el segundo piso; el 24 es un estar de pacientes que permite la salida al patio masculino; el 28 es parte de la clínica; los nodos 31 y 32 son baños de funcionarios; el 46 es la entrada por la sección masculina y finalmente los nodos 64 y 65 se emplazan en la parte de los funcionarios, y ambos corresponden a accesos.

El último grupo, correspondiente a los nodos no distributivos, representa el 60,294% de la muestra, cuenta con un índice de complejidad A y de integración de 1. Estos son los nodos 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 35, 36, 37,

38, 40, 41, 42, 44, 45, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67 y 68, los que poseen funciones asociadas a uso de pacientes, en su mayoría son habitaciones, salas de estar y baños.

Índice de complejidad B	Cantidad de nodos	%
1	5	7,352
2	4	5,88
3	6	8,8235
4	27	39,7
5	24	35,294
6	2	2,941

Tabla 5.28. Índices de complejidad B , cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano UEPI, 1985.

Particularmente, en este pabellón se registran índices de complejidad B altos en relación al pabellón de Larga Estadía construido en el mismo periodo, lo que se relaciona con la alta compartimentación del espacio interno y de la presencia de puertas que lo dividen. Lo anterior puede explicarse por la condición de imputados de los usuarios, lo que genera un mayor control de acceso institucional desde y hacia al exterior e incluso dentro del mismo edificio.

Con respecto a los nodos que poseen acceso directo al exterior, es decir, que tienen un índice de complejidad B de 1, corresponden a cinco (7,352%), de los cuales 4 cuatro se emplazan en el apéndice del edificio en donde se concentran los espacios de funcionarios y sólo uno –específicamente el acceso para visitas de hombres– tiene su salida por uno de los costados del pabellón principal. Un segundo grupo de nodos conformado por 4 (17, 47, 53 y 56) (5,88%) posee un índice de complejidad B de 2, lo que significa que se debe pasar por dos accesos o puertas para entrar o salir de ellos. Particularmente se observa que la funcionalidad de estos es de tránsito, es decir, son pasillos para acceder al interior de las salas de pacientes y/o funcionarios y destaca el caso del nodo 17 equivalente a un estar para las visitas. Es decir, no son espacios de libre tránsito para los pacientes que allí habitan.

El tercer grupo posee un índice de complejidad B de 3 (1, 15, 23, 49, 51 y 54) e integra a un total de 6 nodos, que representan el 8,823% de la muestra. Estos son en el caso del nodo 1 un pasillo que conecta al patio y las salas; el 15 a la escalera que va al segundo piso; y el 23 es una de las habitaciones de hombres. El nodo 49 es parte del pasillo

principal definido en el plano como pasillo oriente tramo C y el 51 es la continuidad de este pasillo correspondiente al tramo B; y finalmente, el 51 constituye el estar de los funcionarios. Es decir, la mayoría de los que presentan un índice de complejidad B de 3 son espacios de conexión como pasillos.

El cuarto grupo, con índice de complejidad B de 4 está conformado por un total de 27 nodos (2, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 24, 31, 32, 33, 34, 43, 44, 45, 48, 50, 57, 58, 59, 60 y 63), es decir, 39,7%. Por su parte el quinto grupo, con un índice de complejidad B de 5, posee un total de 24 nodos (5, 6, 7, 8, 11, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 61, 62, 66, 67 y 68), correspondientes al 35,29 % del total. En ambos casos se observa un predominio de nodos relacionados con el uso directo de los pacientes como salas y baños destinados a ellos. Por último, el sexto grupo integrado por estructuras con índice de complejidad B de 6, corresponde a habitaciones o boxes asociados al área clínica y representan únicamente el 2,9% de la muestra.

Con todo, lo que se advierte es la duplicación del modelo de pabellón tipo observado tanto en el Edificio de Larga Estadía como en el de UEPI, siendo su diferencia principal la compartimentación de este. En ese sentido el control en esta estructura no está determinado por ámbitos como la visibilidad, sino por la restricción de movimiento lo que es coincidente con un espacio más bien carcelario. Se aprecia que el diseño de los edificios de 1985 más que poseer una lógica establecida para funciones determinadas responde a la reproducción de un patrón constructivo.

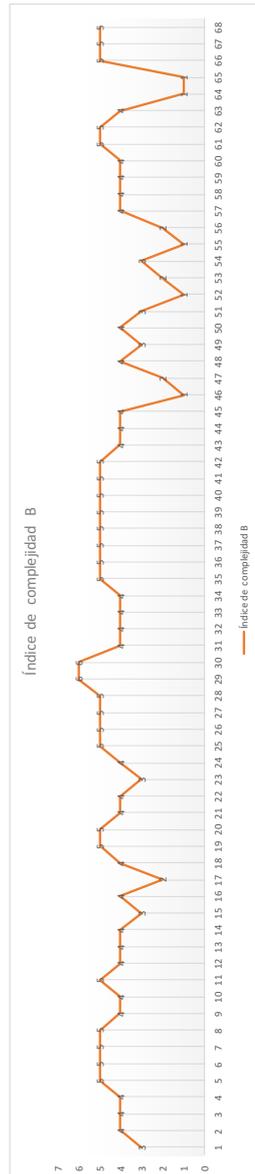


Figura 5.149. Gráfico índice de complejidad B, plano UEPI, 1985.

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
1	7	3	0,142
2	1	4	1
3	1	4	1
4	2	4	0,5
5	1	5	1
6	1	5	1
7	1	5	1
8	1	5	1
9	4	4	0,25
10	5	4	0,2
11	1	5	1

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
12	1	4	1
13	1	4	1
14	1	4	1
15	2	3	0,5
16	1	4	1
17	4	2	0,25
18	1	4	1
19	1	5	1
20	1	5	1
21	1	4	1
22	1	4	1
23	1	3	1
24	2	4	0,5
25	1	5	1
26	1	5	1
27	3	5	0,333
28	4	5	0,25
29	1	6	1
30	1	6	1
31	2	4	0,5
32	2	4	0,5
33	3	4	0,333
34	5	4	0,2
35	1	5	1
36	1	5	1
37	1	5	1
38	1	5	1
39	4	5	0,25
40	1	5	1
41	1	5	1
42	1	5	1
43	2	4	0,5
44	1	4	1
45	1	4	1
46	2	1	0,5
47	4	2	0,25
48	4	4	0,25
49	7	3	0,142
50	6	4	0,16
51	6	3	0,16

Nodo	Índice de complejidad A	Índice de complejidad B	Índice de integración
52	5	1	0,2
53	4	2	0,25
54	1	3	1
55	3	1	0,333
56	2	2	0,5
57	1	4	1
58	1	4	1
59	1	4	1
60	1	4	1
61	1	5	1
62	1	5	1
63	1	4	1
64	2	1	0,5
65	2	1	0,5
66	1	5	1
67	1	5	1
68	1	5	1

Tabla 5.29. Índices, plano UEPI, 1985.

5.2.d.5. Plano Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS), 2002.

La Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad se emplaza en Avenida La Paz 850, en un sector que no corresponde a las actuales dependencias del Instituto, sino a terrenos que fueron cedidos a la Universidad de Chile. No obstante, en el pasado sí fueron parte de la institución. Las instalaciones constituyen una de las unidades más nuevas del Hospital, construidas en el año 2002.

Esta sección forma parte del Sistema Nacional de Psiquiatría Forense y se entiende:

...“como una instancia residencial alternativa y transitoria, para personas con enfermedades psiquiátricas graves que han cometido delitos violentos y representan un peligro para la sociedad y para sí mismos; en cuya razón se ha aplicado la sentencia judicial de una Medida de Seguridad de Internación en un recinto hospitalario. Este dispositivo está dirigido específicamente a aquellos pacientes cuya peligrosidad ha disminuido y conservan las habilidades psíquicas y cognitivas, que les permitirían vivir de manera independiente y que, por lo tanto,

su permanencia en una unidad hospitalaria de internación estricta implicaría un mayor deterioro de sus capacidades sociales y labores. Su traslado y estadía en estos dispositivos comunitarios significaría el inicio del proceso de reinserción familiar y/o social y/o laboral previo al término de la sentencia (Paredes 2018: 95).

Al año 2018, la unidad contaba con 40 camas disponibles para hombres mayores de 18 años y, en el caso de mujeres, únicamente para aquellas que poseían medidas de seguridad ambulatoria o en sistema semicerrado (hogar). Entre las características que tienen los usuarios de este espacio es que deben ser personas judicialmente sobreseídas y además ser derivados de las siguientes instituciones o instancias: Tribunales de Garantía, UEPI, Policlínico Post-Alta u Hogares Protegidos Forenses. El promedio de edad de los pacientes hospitalizados es de 42,9 años, entre los 29 y 75 (Paredes 2018).



Figura 5.150. Plano de ubicación UCMS señalado en verde con respecto al IPDJHB, señalado en rojo
Fuente: Google Earth.



Figura 5.151. Detalle emplazamiento edificio UCMS.



Figura 5.152. Plano de UCMS con las dependencias numeradas según Paredes (2018).
Fuente: (Paredes 2018: 90).

Con respecto a las características del edificio, este constituye un pabellón de una sola planta con forma de U que da hacia un patio interior y presenta cuatro accesos: uno principal, uno en el sector de las oficinas del equipo profesional, una salida general y una

salida de emergencia. A modo de contexto se toma la descripción de Paredes (2018) que establece que dicho lugar cuenta con las siguientes dependencias: (1) cancha; (2) huerto; (3) los baños y duchas que están fuera del recinto; (4) casilleros donde los pacientes guardan sus pertenencias; (5) el comedor y la zona de descanso del personal clínico; (6) 4 dormitorios de pacientes cada uno para diez personas; (7) comedor de pacientes; (8) baños y duchas; (9) salas de terapia ocupacional; (10) la zona que se usaba anteriormente para aislamiento; (11) la clínica y oficinas del equipo profesional y (12) antejardín, que posee un huerto (trabajado por los pacientes con el terapeuta ocupacional) y los estacionamientos.

Particularmente para este trabajo se tomará el plano publicado por González (2018: 92). En él se identificaron un total de 71 estructuras y 76 pasajes o puertas. Con relación al tipo de nodos, se observan los distributivos, indicados en azul, y los no distributivos, indicados en rojo en el diagrama (ver imagen 5.156). Se señala que en términos metodológicos los nodos 14, 31 y 32, fueron divididos en tres, ya que aunque no presentan puerta entre si se constituyen cada una una sección de un pasillo en donde no se presenta visibilidad entre las secciones. Lo mismo ocurre entre los nodos 50 y 55 y los nodos 23 y 71. A nivel general se aprecia un predominio de espacios no distributivos, correspondientes a 44 nodos, los que representan el 61,09% del total de nodos y 27 estructuras distributivas, correspondientes al 38,02% de la muestra.

Índice de complejidad de A	Índice de complejidad de B	Índice de integración
2,169	3,07	0,738

Tabla 5.30. Promedios índices plano UCMS, 2002.

Índice de complejidad A	Cantidad de nodos	%
1	43	60,563%
2	10	14,080%
3	10	14,084%
5	1	1,408%
6	1	1,408%
7	4	5,633%
11	2	2,816%

Tabla 5.31. Índices de complejidad A, cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano UCMS, 2002.

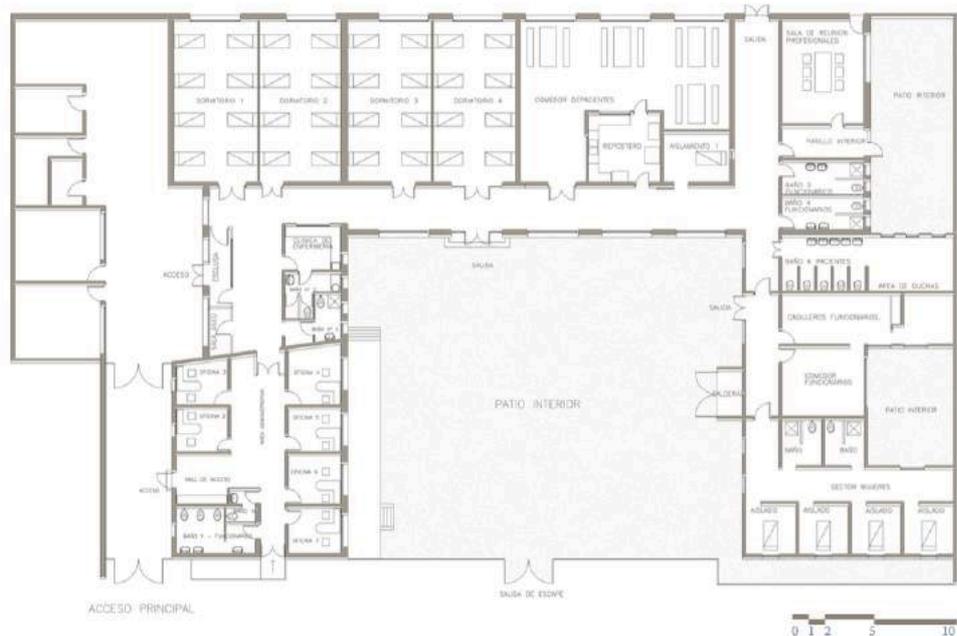


Figura 66: Planta edificio Imputados - Sobresiedos
 Fuente: Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, intervenida por el autor

Figura 5.153. Plano de UCMS (2018).
 Fuente: (González 2018: 92)



Figura 5.154. Plano pabellón UCMS, 2002, intervenido por la autora. En verde claro se indican nodos, en gris principales nodos distributivos. Los accesos al exterior se indican con letra A al interior de un círculo verde y con líneas azules el recorrido por el edificio.
 Fuente: (González 2018: 91).

En relación a los espacios distributivos, los con mayor cantidad de accesos corresponden a los números 13 y 31, cada uno con 11 accesos, es decir, con un índice de complejidad A de 11 y con un índice de complejidad B de 0,09. Ambos nodos suman el 2,816% de la muestra y son pasillos, el primero de ellos está vinculado a las oficinas; y el segundo, a la zona donde se encuentran las cuatro salas de pacientes y su sector de comedor.

El segundo grupo corresponde a los nodos que poseen 7 accesos, es decir, tienen un índice de complejidad A de 7 y uno de integración de 0,142, (nodos número 23, 32, 49 y 50); los que representan el 5,633% de la muestra. Todos ellos son pasillos: en el caso del 23, se conecta con las distintas salas dentro de la unidad clínica; el nodo 32 es el pasillo que da hacia la salida y conecta con las salas de terapia ocupacional; el 49 corresponde al pasillo de un baño de pacientes y el 52 a un pasillo que conecta al sector donde se emplazaron salas de aislamiento y baños.

Índice de Complejidad B	Cantidad de Nodos	%
1	5	7,040%
2	17	23,943%
3	33	46,478%
4	4	5,633%
5	8	11,267%
6	4	5,633%

Tabla 5.32. Índices de Complejidad B , cantidad de nodos y sus porcentajes. Plano UCMS, 2002.

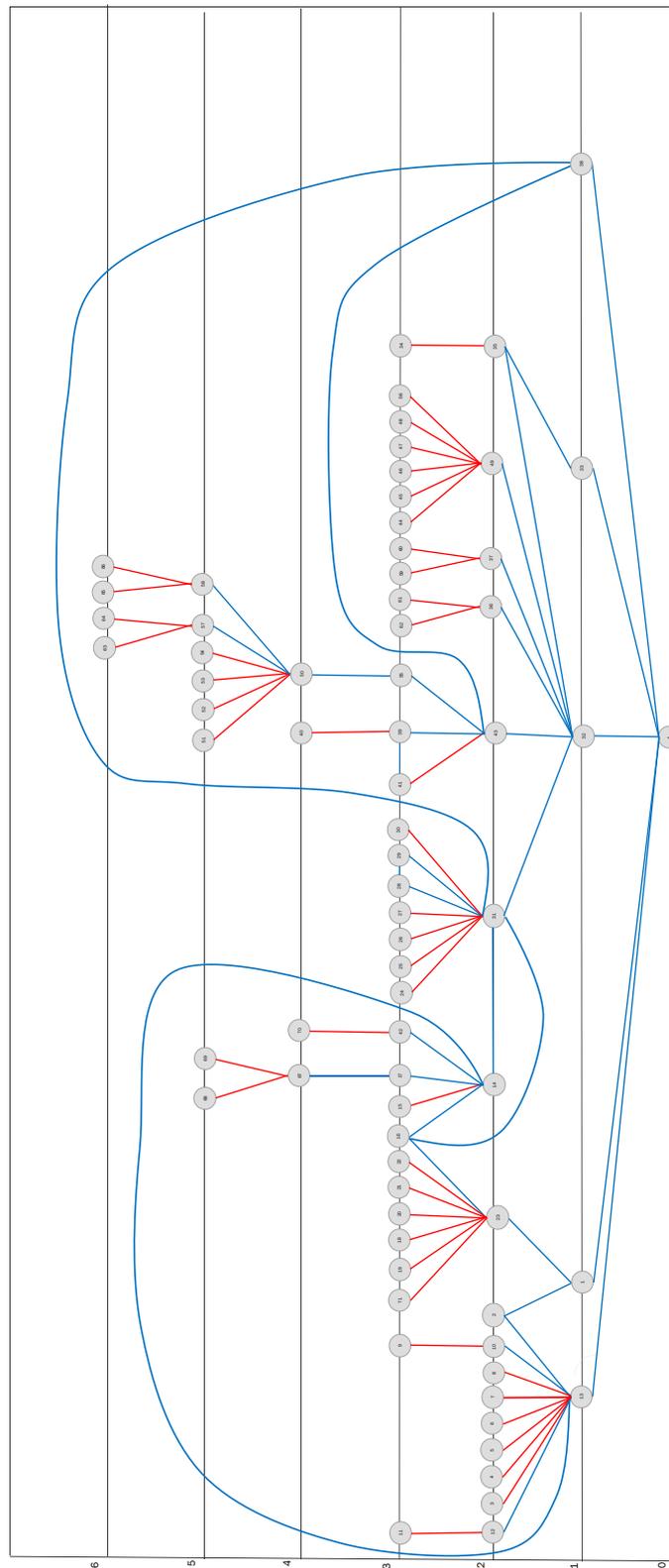


Figura 5.155. Gráfico de análisis gamma. En gris se indican los nodos, en azul los vectores distributivos y en rojo los no distributivos.

Luego se identifica la estructura 13, con un índice de complejidad A de 6 y uno de integración de 0,166; correspondiente a un pasillo que continúa a otro pasillo,

específicamente al nodo 13. Le sigue el nodo 43 con un índice de complejidad de 5 y un índice de integración de 0,2, estructura que conecta con los nodos 32 y 55, los que son tres pasillos consecutivos. Tanto el nodo 13 como el 43 equivalen cada uno al 1,4% de la muestra.

Un cuarto grupo corresponde a los nodos con índice de complejidad A de 3 y de integración, de 0,333. Se trata de los nodos 1,16, 35, 36, 37, 38, 39, 58, 59 y 67, es decir, de 10 nodos que representan el 14,08% de la muestra. Estos son habitaciones que conectan principalmente con otras dependencias como baños o espacios de tránsito como el pasillo de entrada, que es el nodo 1, o la mampara de acceso entre sectores correspondiente al nodo 16.

Un quinto grupo está definido por los nodos con un índice de complejidad de 2 y un índice de integración de 0,333, los que representan el 14,08% de la muestra. Estos son los nodos número 2, 10, 12, 17, 28, 29, 33, 41, 42 y 55, y corresponden mayoritariamente a estructuras de uso comunitario como el casino de pacientes (28) y la cocina (29), la sala de reunión de funcionarios (33) y el casino de funcionarios (41). A esto se suman estructuras de tránsito entre dos nodos como el nodo 2 que permite el acceso desde el pasillo hasta las oficinas; los nodos 10, 12 y 42 que son entradas a baño y el nodo 55 que corresponde a la continuidad del pasillo definido como nodo 43. En tanto, el nodo 17 es la enfermería.

Finalmente, el sexto grupo está integrado por los nodos no distributivos, es decir, aquellos que poseen tanto un índice de complejidad A como de integración de 1 y son 43 estructuras las que representan el 60,5% de la muestra. Estos son los nodos número: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 34, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70 y 71. Entre ellos se encuentran las oficinas y las habitaciones principalmente. En este último punto destacan los nodos 24, 25, 26 y 27 correspondientes a las cuatro habitaciones de pacientes.

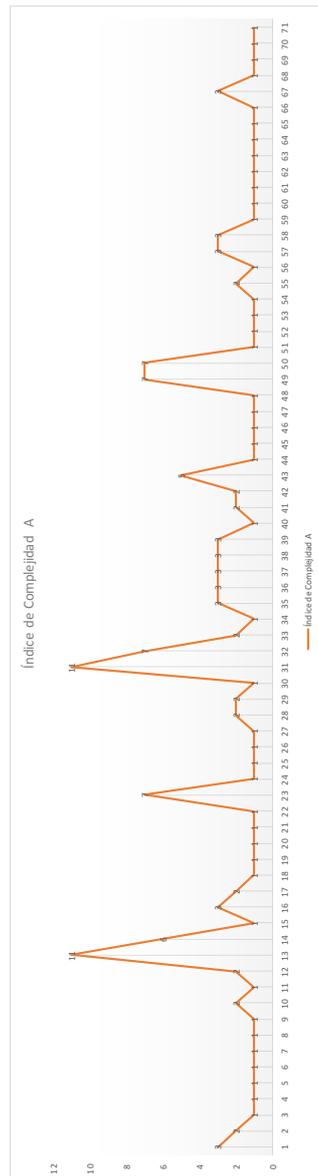


Figura 5.156. Gráfico índice de complejidad A, plano UCMS, 2002.

Pese a observarse una alta presencia de espacios con un solo acceso, relacionados con estructuras de alto control, es interesante destacar que a partir del trabajo etnográfico de Paredes (2018) se establece la presencia de dinámicas sociales “fuera” del control de la misma institución y sus funcionarios. En ellas se abre espacio a la transgresión, a la resistencia y consecuentemente a dinámicas de poder entre los mismos internos y en donde los espacios con puntos ciegos se convierten en lugares en los que ocurren parte de dichos hechos.

Ya no son las actividades programadas por la institución las que definen la posición social de los pacientes (para la cual son todos más o menos iguales

respecto de los cuerdos, los libres, los inocentes, los profesionales de la salud) sino las desiguales diferencias entre estos las que dibujan su propio contexto. En esta dinámica, ajena al orden total que la institución busca generar, hay espacio para la estrategia, la invención y para lo ilícito. Esto, que se hace posible por los tiempos de ausencia/presencia del equipo profesional, se refuerza por las características del espacio físico, en concreto del uso que se hace por parte de los pacientes de los puntos ciegos. Esto hace referencia a los espacios donde la supervisión clínica pierde presencia. En dichos espacios se fuma (está prohibido en espacios cerrados) y se habla de las experiencias previas a la internación. Según relatan los entrevistados, es en estos lugares donde se ha llevado a cabo consumo de droga, fugas, etc. Estos lugares son pasillos, patios y rincones que no son visibles desde un área central (Paredes 2018: 109).



Figura 5.157. Conjunto de imágenes donde se señalan puntos ciegos en la UCMS.
Fuente: (Paredes 2018: 109)



Figura 5.158. Gráfico índice de Integración, plano UCMS, 2002.

Con respecto a los nodos que poseen acceso al exterior directo, lo que quiere decir que, tienen un índice de complejidad B de 1, son un total de cinco (7,040%), de los cuales uno corresponde al acceso principal, dos son acceso a oficinas y salas de reunión; un cuarto aparece clasificado como salida y el quinto como salida de escape. Se debe considerar que este último es probable que esté constantemente cerrada.

Un segundo grupo de nodos conformado por 17 (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 23, 31, 35, 36, 37, 41 y 43) (23,943%) posee un índice de complejidad B de 2, lo que significa que se debe pasar por dos accesos o puertas para entrar o salir de estos. Particularmente se

observa que la funcionalidad de ellos es de tránsito, como pasillos y oficinas de los profesionales. Estos son espacios en general relacionados con los funcionarios y profesionales, no así para los pacientes cumpliendo condenas.

El tercer grupo está conformado por los nodos que poseen un índice de complejidad B de 3, que son un total de 33 (número 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 55, 56, 59, 60, 61, 62 y 71), es decir, la gran mayoría de las estructuras presentes en el edificio. Estas representan el 46.467% del total de la muestra. Dentro de estas unidades se incluyen los nodos 24, 25, 26 y 27 correspondientes a los dormitorios de los pacientes, lo que llama la atención considerando que –a diferencia de lo observado en la UEPI– es menos dificultoso salir de este espacio.

El cuarto grupo, con índice de complejidad B de 4, está integrado por un total de 4 nodos (40, 50, 67 y 70), es decir, por el 5,633% de la muestra. Los dos primeros nodos con ~~este~~ ese índice se emplazan en el ala norte del edificio y poseen funcionalidades diversas (pasillo e indeterminada, según el plano) y los dos siguientes corresponden a baños ubicados en la unidad de oficinas de profesionales y clínica, en el ala sur.

El quinto grupo, con un índice de complejidad B de 5, posee un total de 8 nodos (51, 52, 53, 54, 57, 58, 68 y 69) y corresponde al 35,29 % del total. Entre ellos destacan los nodos 51, 52, 53 y 54, definidos como salas de aislamiento, lo que es coincidente con su alto índice en relación al resto de los nodos. Finalmente, el sexto grupo, con un índice de complejidad B de 6, equivale a cuatro nodos, todos baños (número 63, 64, 65 y 66) situados frente a las salas de aislamiento, los que representan el 5,633% de la muestra.

El edificio de la UCMS que –al igual que la UEPI– cumple una doble función (carcelaria y de internación psiquiátrica) y particularmente en este caso, de aún mayor institucionalización considerando que sus ocupantes se encuentran ahí cumpliendo una condena judicial. Condición que implica que quienes lo habitan presentan una situación de mayor aislamiento con respecto al exterior. Esto se manifiesta en su emplazamiento fuera de las dependencias del resto del Instituto, generando incluso una desconexión física con la institución. Pese a esto, el diseño del espacio es menos restrictivo que la UEPI, lo que podría ser reflejo de los años de su construcción. Es decir, que, aunque sigue teniendo un fin institucionalizador, a partir de la década del 2000 se le integran algunos aspectos relevantes para la calidad de vida en el recinto, como la cancha de fútbol y el patio ambas

de acceso restringido.

Asimismo, es factible plantear que al ser un espacio de cumplimiento de condena, se asocia a estadías de larga temporalidad, lo que implica una dinámicas de agencia tanto de pacientes y funcionarios particular asociada a una realidad interior entre pacientes/condenados y funcionarios cotidiana de resistencia así como de mayor confianza. Dicha agencia se refleja en los trabajos etnográficos de Paredes, relacionadas con las actividades de esparcimiento y placer prohibidas en ciertos espacios como el consumo de cigarrillos, hasta otros tipos de actividades diversas que van desde temas comerciales y sociales que escapan al control de los funcionarios y/o que incluso pueden llegar a ser permitidas en hecho.

Del mismo modo, a mayor tiempo reclusos en este lugar se genera una mayor separación con el mundo exterior y, –consecuentemente, una menor probabilidad de que las personas que habitan ese edificio puedan sentirse cómodas en una realidad que ya les es completamente ajena–. En ese sentido, se hace menos necesario un control de los funcionarios con respecto a la posibilidad de que los internos se escapen.

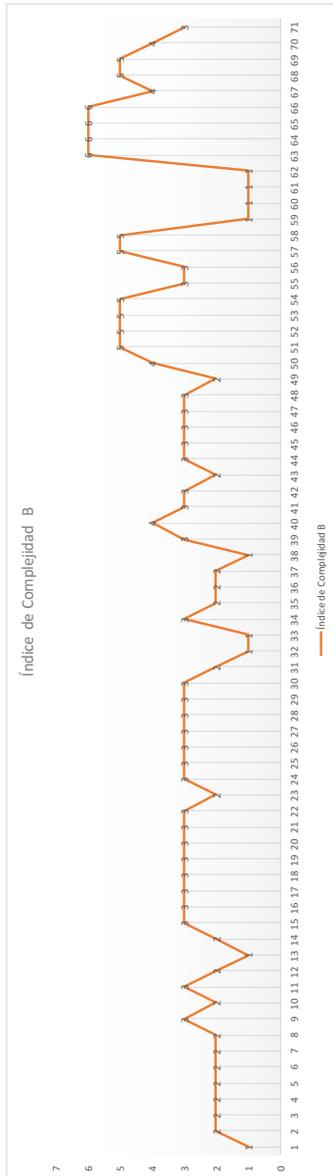


Figura 5.159. Gráfico índice de Complejidad B, plano UCMS, 2002.

Nodo	Índice A	Índice B	Índice de integración
1	3	1	0,333
2	2	2	0,5
3	1	2	1
4	1	2	1
5	1	2	1
6	1	2	1
7	1	2	1
8	1	2	1
9	1	3	1
10	2	2	0,5
11	1	3	1

Nodo	Índice A	Índice B	Índice de integración
12	2	2	0,5
13	11	1	0,0909
14	6	2	0,1666
15	1	3	1
16	2	3	0,5
17	1	3	1
18	1	3	1
19	1	3	1
20	1	3	1
21	1	3	1
22	1	3	1
23	7	2	0,142
24	1	3	1
25	1	3	1
26	1	3	1
27	1	3	1
28	2	3	0,5
29	2	3	0,5
30	1	3	1
31	11	2	0,0909
32	7	1	0,142
33	2	1	0,5
34	1	3	1
35	3	2	0,333
36	3	2	0,333
37	3	2	0,333
38	3	1	0,333
39	3	3	0,333
40	1	4	1
41	2	3	0,5
42	2	3	0,5
43	5	2	0,2
44	1	3	1
45	1	3	1
46	1	3	1
47	1	3	1
48	1	3	1
49	7	2	0,142
50	7	4	0,142
51	1	5	1

Nodo	Índice A	Índice B	Índice de integración
52	1	5	1
53	1	5	1
54	1	5	1
55	2	3	0,5
56	1	3	1
57	3	5	0,333
58	3	5	0,333
59	3	3	0,333
60	1	3	1
61	1	3	1
62	1	3	1
63	1	6	1
64	1	6	1
65	1	6	1
66	1	6	1
67	3	4	0,333
68	1	5	1
69	1	5	1
70	1	4	1
71	1	3	1

Tabla 5.33. Índices, plano UCMS, 2002.

5.2.g. Aspectos generales sobre los análisis gamma y el análisis espacial.

A partir de los cinco planos seleccionados para análisis gamma y los planos del siglo XIX, se puede ver con claridad la evolución del diseño en espacios de Salud Mental, especialmente de las dependencias del actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad.

Nodo	Índice A	Índice B	Índice de integración	Índice B, acceso La Cañada
Plano 1 San Juan de Dios 1799	2,66	0,58	0,58	6,833
Plano 2 Plano Hospital Psiquiátrico Corta Estadía, 1953	2,09	4,21	0,91	-
Plano 3 Plano Larga Estadía (1985).	2,04	2,68	0,87	-
Plano 4, Plano UEPI (1985).	2,04	3,98	0,734	-

Nodo	Índice A	Índice B	Índice de integración	Índice B, acceso La Cañada
Plano 5, Plano Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) (2002).	2,16	3,07	0,738	-

Tabla 5.33. Índices de integración, complejidad A y B.

El análisis de los distintos planos presentados permite comprender el desarrollo de las lógicas culturales y políticas en torno al diseño y las posibles implicancias que estos tienen en los usuarios históricos de los espacios referidos. No obstante, esto deja fuera aspectos etnográficos y/o materiales relacionados con prácticas de agenciamiento fuera de lo impuesto por la estructura institucional. En este sentido, los testimonios orales, gráficos y los desechos observados en el proceso de inspección visual y excavación complementan la perspectiva analítica presentada.

Es así como los antecedentes muestran distintas fases referentes a la distribución de los espacios en instituciones hospitalarias para alienados y para enfermedades psiquiátricas. Un primer momento se identifica con el plano del Hospital San Juan de Dios de 1799 que, aunque era un establecimiento de tipo general, presenta por primera vez una sala para alienados, siendo esta la primera acción asistencial en torno a la locura. Con respecto a la arquitectura hospitalaria observada, el diseño general se enmarca dentro de la arquitectura colonial chilena descrita por Secchi (1952), la que presenta elementos como patios centrales y corredores laterales. De todas formas, es interesante destacar que el diseño conventual para órdenes masculinas se inauguró localmente con el Convento de San Francisco, Iglesia y claustro vecino del Hospital. Particularmente, la construcción de San Francisco se inició en 1572 y aunque posee distintas etapas –como la edificación del claustro menor finalizado en 1628, además de diversas reparaciones– resalta la de 1799, mismo año en que se construyó el Hospital San Juan de Dios emplazado solo a unos metros (Pereira 1953)²⁴⁰. Por lo tanto, aunque hoy no hay vestigios del antiguo Hospital, los planos y los estudios del Convento e Iglesia de San Francisco permitirán a futuro complementar aspectos materiales y estilísticos que podrían haberse reproducido en el Hospital.

En general, el plano de San Juan de Dios es el que presenta el mayor promedio de índice de complejidad (2,666) y el menor promedio de índice de integración (0,588 %) con respecto al resto de los planos analizados. Esto quiere decir que, en promedio, las habitaciones del Hospital tenían más accesos que el resto de los hospitales analizados, y que, consecuentemente, poseían un bajo grado de restricción de movilidad entre los distintos espacios. A lo anterior se suma, que el hospital presenta un total de 16 (66,6%) estructuras distributivas y no distributivas solo 8 (33,31%), destacando que es el único plano en donde predominan las estructuras distributivas.

Esto es coincidente con la arquitectura hospitalaria colonial tardía, la que constituye una extensión del convento, momento en que la medicina era atendida de forma casi exclusiva por órdenes religiosas. Asimismo, se observa, cierta continuidad con respecto al primer Hospital San Juan de Dios de 1767, representado por la presencia de patios centrales y estructuras con corredores externos. No obstante, se integran aspectos de la incipiente influencia del discurso médico ilustrado, asociado a las reformas borbónicas, que se representan materialmente por la presencia de habitaciones de mayor tamaño, más accesos y ventanas que permitían una mejor ventilación e iluminación. Igualmente, los patios centrales constituyen espacios que cumplen una función de panóptico asociado al control. Esta es una estructura que se profundiza en el desarrollo de las instituciones religiosas desde fines del Periodo Colonial hasta fines del siglo XIX, cuando se impuso el hospital tipo pabellón. Lo que se refleja, por ejemplo, en el primer diseño de Casa de Orates en la calle de Los Olivos en donde predominan estructuras de corredor con patios centrales.

Sobre esta base, llama la atención que se establezca una sala exclusiva para alienados, a diferencia de otro tipo de afecciones las que se disponían principalmente en los salones asociados al cruce de Avilés. Esto podría explicarse por el afán de aislar a los enfermos psiquiátricos respecto del resto de los pacientes posiblemente por la incomodidad que estos generaban. Se suma además que para la época por ejemplo la alta tasa de contagio de sífilis que en sus fases terminales genera condiciones como la encefalitis que presenta manifestaciones como el delirio asociado a la locura. Con respecto a la habitación definida para alienados llama la atención que presenta un menor tamaño respecto al resto de las habitaciones para enfermos/as, sin ventanas y con un solo acceso. Es decir, la sala

para alienados presentaba las peores condiciones de ventilación y luminosidad, además de un mayor control de acceso con respecto al resto de las salas con pacientes.

Con todo, el quehacer del Hospital San Juan de Dios se enmarcó en la transición hacia una sociedad disciplinar relacionada con la generación de mayores estrategias de control a través del espacio y el cuerpo. Al constituir una muestra temprana de aquello, aún posee altas reminiscencias de las lógicas del mundo colonial y su evolución hacia una sociedad disciplinar asociada a la influencia del desarrollo del capitalismo industrial a nivel mundial vinculado al creciente rol de la arquitectura en el desarrollo de cuerpos disciplinados y que se observan en los principios de la arquitectura conventual que predominó no solo en aquella esfera sino en otras instituciones como hospitales y colegios desde fines del periodo colonial y principalmente desde el siglo XIX en adelante.

Un segundo tipo de asilo es el de corredor asociado a los planos de 1886 y 1901 a los que, por problemas de baja resolución, no se les pudo aplicar análisis gamma. Particularmente estos se caracterizan por la presencia de un bloque central vinculado a la administración, que en este caso se emplazó en el acceso y hacia atrás y a los lados se ubicaron dos sectores segregados por sexo. Estas dependencias contaban con corredores a lo largo de los edificios que presentaban habitaciones generalmente por un solo lado y por el otro colindaban con patios centrales. De cierta forma, se aprecia una continuidad con los edificios hospitalarios del periodo colonial, en cuanto a la presencia de patios centrales que se vinculan al modelo panóptico propuesto por Bentham (1748-1832) de 1781. Esta fórmula buscaba, por una parte, visibilizar y cuidar a las poblaciones excluidas y coincide con los objetivos perseguidos con la construcción de la Casa de Orates en calle de Los Olivos, relacionados con mejorar las condiciones de vida de los internos. Así como también, intentaba establecer estrategias de vigilancia y control de las poblaciones recluidas, ambivalencia que se ha mantenido a lo largo del tiempo en los principios de la arquitectura vinculada a instituciones totales.

Particularmente ambos planos, el de 1886 y 1901, presentan en parte el mismo edificio principal, la mayor modificación guarda relación con los lugares que lo rodeaban en los que se distingue un primer momento de baja ocupación destacando la presencia de un espacio agrario. Es importante recordar que su emplazamiento fue hacia 1856 en el límite norte de la ciudad de Santiago que, a su vez, se vinculó al desarrollo de actividades

agrícolas. En tanto, el segundo plano, de 1891, integra dos aspectos: el desarrollo de la laborterapia —que alcanza su apogeo hacia las primeras dos décadas del siglo XX vinculado al desarrollo de la Terapia Moral— y el segundo aspecto, refiere a la integración mayor de la Casa de Orates en el desarrollo del barrio higiénico e industrial de Recoleta. Allí destaca una serie de estrategias terapéuticas en las que predominan las labores de corte industrial, a lo que se suma la permanente necesidad de construcción de dependencias por las condiciones de hacinamiento.

Al segundo plano al que se le aplicó análisis Gamma es el denominado Plano del Hospital psiquiátrico, correspondiente a la Unidad de Corta Estadía edificada en la década de 1950. Se analizó uno de los cuatro pabellones de dos pisos originalmente construidos, unidos por un corredor externo techado. Su construcción se relaciona con la búsqueda de modernización del Manicomio Nacional y cuya inauguración, de hecho, le da el nombre de Hospital Psiquiátrico. Esta obra surgió en un contexto de crisis profunda agravada por el incendio de 1946 que hizo urgente la necesidad de construir nuevas dependencias. El proyecto se centró en las unidades denominadas de agudos, actualmente de corta estadía, es decir, en aquellos pacientes con mayor posibilidad de salir del lugar.

A nivel general, el plano presenta 84 nodos; 57 con un solo acceso (67,85%) y 27 estructuras distributivas (32,14%). El tipo de distribución presente en el edificio es de estilo pabellón, de dos pisos, en cuyos accesos se disponen las oficinas de los médicos, boxes de atención clínica, y los espacios comunes como el comedor. En tanto, las habitaciones se emplazan hacia el interior.

Con respecto al índice de complejidad A es de 2,09, lo que equivale a la segunda cifra más alta después del plano del Hospital San Juan de Dios, lo que implica que existen varias habitaciones con más de un acceso. Aunque disminuye notablemente la cantidad de accesos en comparación al Hospital San Juan de Dios representados por la presencia de 57 nodos no distributivos (67,8%) y solo 27 distributivos (32,14%).

A su vez, se destaca un bajo grado de integración de los nodos representados en el índice de integración de 0,9, correspondiente al más cercano a 1 en comparación al resto de los planos, lo que implica que presenta la mayor restricción. Con respecto al índice de complejidad B, las cifras son de 4,21 lo que da cuenta que en promedio se debe pasar por

más de cuatro accesos o portales para salir al exterior. Esto permite comprender el alto grado de control interno presente al interior de estos espacios coincidente, además, con las salidas de espacios de uso común como el comedor o las oficinas médicas.

Lo anterior se explica por la incorporación del diseño tipo pabellón que, aunque a nivel mundial venía a la baja, constituye un modelo que permitió la duplicación de dos unidades similares dentro de un mismo edificio y que se centra en los espacios internos, no así en los patios. Esta estrategia también guarda relación con la modificación en las prácticas terapéuticas que hacia la década de 1950 se comienzan a centrar en la farmacología y en las denominadas terapias biológicas, por sobre otros tratamientos relacionados con la ocupación y el trabajo, perdiendo relevancia los espacios comunes y los espacios exteriores.

El tercer plano al que se le aplicó el Análisis Gamma corresponde al Plano de Larga Estadía que, al igual que lo ocurrido en la década de 1950, se construyó en un contexto de crisis material y espacial posterior al terremoto de marzo de 1985, que dejó inhabilitada parte importante de las instalaciones. El edificio construido presenta un diseño tipo pabellón, registrándose una continuidad con respecto a los recintos levantados 30 años antes. No obstante, destacan algunas diferencias relacionados con una mayor optimización del espacios relacionada con la reducción de nodos de uso común – observándose únicamente un comedor– el que además está ubicado en un apéndice del pabellón central. Esto se pudo deber a una estrategia de mayor eficiencia en el uso del espacio, prevaleciendo las habitaciones por sobre los espacios comunes, lo que se intensifica con el establecimiento de accesos independientes entre los pisos. Lo anterior, comprendiendo que ambas plantas son unidades administrativas independientes aunque poseen una conexión interior asociado al acceso de la sala de uso común.

Particularmente el edificio posee 72 nodos, 59 no distributivos (81,94%) y 13 (18,05%) estructuras distributivas. Con esto se aprecia un índice de complejidad A de 2,041 teniendo en cuenta que este plano es el que presenta el menor promedio de accesos por nodo, y un índice de integración de 0,87, correspondiente al segundo mayor después del observado en el plano de Corta Estadía de 1953. En ese sentido, constituye uno de los edificios con menor posibilidad de elección de movimiento.

Con relación al índice de complejidad B, da una cifra de 2,68 después del plano San Juan de Dios. Este valor permite comprender que pese a que existe un control de movimiento relevante dentro del espacio en relación a los accesos y salidas de cada habitación, es un lugar en donde se debe pasar por pocas habitaciones para acceder al exterior. Esta condición implica que hay un bajo control interno en este espacio con respecto a su salida al exterior, lo que se explica por dos situaciones relevantes: la primera, por la existencia de una reja que encierra el espacio y no se encuentra contabilizada dentro de los nodos; y la segunda, dado que es posible que a mayor tiempo en la institución menor sea la posibilidad de escape debido a un proceso de acostumbramiento y de desafección con el mundo exterior.

El cuarto plano al que se le aplicó análisis gamma, corresponde a la UEPI/UDAC, edificio que fue construido para el mismo periodo posterior al terremoto de 1985 y constituye una duplicación estructural del anterior. Aunque de este solo se analizó su primera planta, por lo que se posee información incompleta –que no permite una comparación adecuada–. En todo caso, sus resultados dan la oportunidad de vislumbrar importantes diferencias que podrían vincularse al tipo de funcionalidad.

A nivel general se distinguen 68 nodos, destacando un predominio de estructuras no distributivas equivalentes a un total de 40 (58,8%) y de 27 (41,17%) correspondientes a las estructuras distributivas. Con respecto al índice de complejidad A promedio, este es de 2,044, lo que lo deja como el segundo menor después del edificio de Larga Estada, ambos de diseño similar, no obstante esta cifra no es significativa considerando que alude a una sola planta. En tanto, su índice de integración promedio es de 0,734 y queda como el segundo mayor después de lo observado en el Plano de la Unidad Cumplimiento de Medidas de Seguridad, ambos edificios asociados a procesos judiciales. Lo anterior implica que existe mayor cantidad de accesos asociados a estos edificios lo que podría deberse a que estas son puertas controladas. En ese sentido, la vigilancia opera dentro de una dinámica efectiva a través de puertas cerradas y controladas y no a partir de dinámicas que generan comportamiento de auto control como estrategias de visibilidad.

Coincidente con lo anteriormente expuesto, este plano presenta un índice de complejidad B de 3,98, consistente en el más alto en relación al resto de los planos analizados, lo que es coincidente con un espacio que presenta una alta compartimentalización por lo que para acceder al exterior se debe pasar varias habitaciones y portales de control. En ese

sentido, aunque por fuera el edificio de Larga Estadía y el de la UEPI/UTAC son similares, el segundo presenta una mayor cantidad de subdivisiones internas. Esta diferencia se observa especialmente en los pasillos, los que se encuentran flanqueados por puertas, aumentándose la cantidad de nodos y el control de acceso entre ellos. La causa se puede explicar por la funcionalidad de UEPI/UDAC, dado que corresponde a un espacio de trabajo con personas en conflicto con la justicia. Esto implica entonces una doble condición de institucionalización y requiere un mayor control con respecto a la salida al exterior.

Finalmente, el último plano seleccionado es el del edificio más nuevo, construido en 2002, correspondiente al plano de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) (2002) emplazado en Avenida La Paz 850 en frente del actual Instituto. Este edificio es parte de la Unidad Forense, pero a diferencia de los observados en la UEPI/UTAC en este cumplen condenas personas judicialmente sobreseídas, es decir, que cometieron algún tipo de delito pero que actuaron afectados por su condición psiquiátrica.

Este posee una estructura diferencial respecto a los edificios observados previamente correspondiente a una unidad con forma de U que da hacia una patio central, sin embargo, dicho patio posee escasos accesos, a diferencia de lo observado para el hospital San Juan de Dios. Con respecto a la cantidad de nodos se distingue 71, correspondiente a 44 espacios no distributivos (61,09%) y estructuras distributivas (38,02%)

Con respecto al índice de complejidad A, dicho plano presenta el segundo número mayor después del plano de San Juan de Dios, destacando que en general existen nodos con más de un acceso. Asimismo, destaca que el índice de integración promedio es de 0,738, siendo la tercera estructura con mayor integración después del Hospital San Juan de Dios y el plano de la UEPI. Lo interesante de ambos números, es que pese a que hay se observa una alta cifra de accesos así como de integración entre espacios, se observa que esto es más bien para nodos de acceso públicos y funcionario más que los nodos destinados a los pacientes.

Con relación al índice de Complejidad B es de 2,957 lo que implica que se debe pasar por prácticamente tres espacios para acceder al exterior, llama la atención que esta cifra se encuentre en el tercer lugar con respecto al plano de la UEPI y al plano de Corta Estadía, considerando que dicho edificio cumple una función judicial, en donde sus habitantes

están cumpliendo una condena. En ese sentido, es posible que al ser espacios de alta permanencia de los pacientes en calidad de institucionalizados el control de estos sea menor, ya que existe una brecha mayor entre sus ocupantes dificultando la necesidad de vínculo de los pacientes con el exterior.

Con todo, es interesante establecer –a nivel de patrón de distribución y conexión de los espacios– las dinámicas de planificación que pudieron operar al momento de su diseño, advirtiendo, a medida que pasa el tiempo, de la integración de áreas de distribución desde estructuras centrales a pasillos. Asimismo, llama la atención cómo en aquellos espacios de mayor permanencia de parte de sus usuarios, como lo son las Unidades de Larga Estadía, se observa una baja de las dinámicas de control espacial. Posiblemente esto se deba a la falta de autonomía determinada por las implicancias sociales de la institucionalización y porque además existe un mayor control en el acceso hacia el lugar.

En ese sentido el análisis gamma ha permitido identificar el modo en que históricamente se han planificado dicho espacios y la conformación de una dinámica de circulación que ha buscado en el tiempo tender a una mayor optimización del espacio relacionado con la mayor presencia de espacios de circulación así como la presencia de habitaciones con índices de complejidad A y de integración bajo, es decir, con pocos accesos lo que implica una menor posibilidad de elección de movimiento. Se suma además la diferencias referidas a los índices de Complejidad B, los que son particularmente altas en los edificios que cumplen una doble función, es decir, judicial y psiquiátrico. Lo anterior guarda relación con el ejercicio de un mayor control en ellos por su vínculo con el delito. No obstante, se hace especialmente relevante la baja presencia de índice de complejidad B en las unidades de larga estadía lo que puede ser reflejo que estos lugares presenta menor control interno, en donde los pacientes poseen además menos vínculo con el mundo exterior ya que habitan de forma permanente ahí. Esta dinámica de espacio institucionalizado guarda relación que a mayor pérdida de identidad vinculada con el mundo exterior es probable menor la iniciativa por salir.

Por otra parte, se debe considerar cómo influye el diseño de los recintos hospitalarios a nivel mundial para comprender los distintos modelos a través del tiempo. Por ejemplo, hemos estudiado la presencia de instituciones de corredor para luego pasar a las de pabellones. Este último es el modelo que predominó hasta inicios del siglo XXI en el IPDJHB. Esta fórmula es coincidente con el tipo de discurso mundial y nacional sobre la

psiquiatría y su aplicación a nivel local. Poniendo énfasis en cómo se instaura inicialmente un modelo en el cual el ambiente y los patios fueron claves como eje terapéutico. Más adelante se presentó la ocupación como forma de tratamiento en el marco de la importancia del trabajo dentro de la sociedad industrial. Para luego llegar al predominio de una mirada más bien biologicista, centrada en nuevas terapias en las cuales la farmacología adquiere especial énfasis, y en la que se piensan los espacios como lugares de tránsito y no de permanencia, pese a que en muchas oportunidades estos respondieron al segundo caso.

Finalmente, es importante señalar que en general las respuestas en cuanto a construcción y diseño se fueron dando siempre en contextos de crisis, por lo que la planificación de estos espacios siempre distó de la realidad, privilegiando soluciones a corto plazo. En ese sentido, los diseños y su aplicación extemporánea a la vanguardia de cada época constituyen también un signo relevante a interpretar con respecto a la percepción de la enfermedad en el caso de la salud mental. Sobre todo en relación otro tipo de afecciones y el diseño de los espacios abocados a las “enfermedades del cuerpo”.

Asimismo, llama la atención el uso inicial de recintos tipo panóptico durante el siglo XIX, lo que también es un signo sobre las implicancias de uso de diseños abocados al control a través de la sensación de ser vistos en el contexto de las sociedad disciplinar de tipo industrial. No obstante, aunque la sensación de control es relevante, no es el único aspecto considerado. En ese sentido, el esquema tipo pabellón, surgido en la segunda mitad del siglo XIX pero en uso en Chile a partir del siglo XX, creado inicialmente para hospitales generales, se masificó también en los asilos. Su construcción obedeció a suplir los problemas de falta de espacio más que a una lógica terapéutica desde el marco espacial, de ahí su éxito hasta la actualidad.

Asimismo, aunque se integran aspectos del control visual como el uso de los pasillos como espacios de distribución en edificios tipo pabellón, ya que para salir al exterior se debe pasar a través de ellos y de las distintas puertas que dan hacia las habitaciones, el foco a medida que se extiende el desarrollo de la ciencia se centra en el control espacial a partir del desarrollo de lugares de clasificación abocados a separar lo infeccioso en un inicio y posteriormente a espacios en donde los pacientes tiene cama, es decir, lugar de pernocte, en un contexto en donde el control estaba dado por la aplicación de terapias

biológicas o por el uso de medicamentos, aspecto que se inicia hacia la década de 1930 y que se masifica en las décadas posteriores. De este modo, a medida que avanza el siglo XX el cuerpo se constituyó en el espacio de control por sobre el espacio, relacionado con el uso de medicamentos que pueden interferir en las formas de comportamiento. En ese sentido, aunque el desarrollo de la farmacología ha tenido efectos positivos, su administración desmedida también se ha constituido en un medio de castigo que interfiere en la autonomía de los pacientes, tanto de movimiento como cognitiva, aspecto que se traspa al momento de comprender la lógicas de organización de los edificios a través del tiempo en donde predominan las habitaciones de pernocte sobre los espacios de recreación.

5.2.h. Aspectos generales sobre la caracterización y análisis del registro material sobre la arquitectura y espacialidad del IPDJHB.

El desarrollo de la metodología arqueológica se sustentó en distintos pasos, por una parte, la realización de la inspección visual, la que permitió establecer un panorama sobre el registro material y elementos patrimoniales relevantes en torno a la historia material y espacial del IPDJHB.

A partir de esto se caracterizó, clasificó y mapeo el registro. Con esa información, y considerando los antecedentes referidos a los distintos planos e información constructiva se seleccionaron áreas relevantes que permitieron profundizar en la historia constructiva del espacio, destacando el caso del túnel, cuyo registro y caracterización, en conjunto con la información de archivo y oral, permitió datar el evento constructivo como de abandono y comprender la relevancia de ese espacio en el contexto del desarrollo industrial y urbano de la Casa de Orates.

El segundo sector seleccionado lo constituyó uno de los muros presente en el actual estacionamiento que mostraba evidencia de distintos momentos constructivos y de transformación del espacio. En este se realizó análisis estratigráfico considerando el registro sobre y bajo cota cero. A partir de esto se pudo caracterizar distintas etapas constructivas cuyo aspectos materiales dan cuenta de cambios relevantes en el discurso de la ciencia y la psiquiatría asociado a la higiene, destacando modificaciones por ejemplo en la introducción de superficies lavables; así como también prácticas de abandono en torno a la falta de mantención.

Asimismo, se planteó el análisis gamma sustentado en los planos de distintos periodos y sectores, principalmente del actual IPDJHB, perspectiva analítica que permite acercarse a la historia del diseño del espacio a través del tiempo, buscando comprender las lógicas de conectividad y movimiento y sus posibles implicancias socioculturales y políticas.

Con todo, el desarrollo de la metodología arqueológica permitió establecer dos aproximaciones complementarias. Por una parte, las vinculadas al registro material presente en el IPDJHB que da cuenta de la historia de su ocupación y, consecuentemente, a los procesos de transformación material del espacio, incluyendo los procesos de formación de sitio. En tanto, una segunda propuesta basada en el análisis gamma, consistente en un estudio de las dinámicas de conexión en el espacio, asociado a su planificación, mas no necesariamente a su dinámica de uso. Sobre esta base, ambas aproximaciones permiten cotejar el desarrollo material y espacial en torno al IPDJHB comprendiendo el desarrollo y, sobre todo, la distancias entre ambas perspectivas.

CAPÍTULO 6

SÍNTESIS, DISCUSIÓN y REFLEXIONES FINALES

6.a. Síntesis y Discusión. Aproximación histórica a la salud mental desde una perspectiva material.

Actualmente, al caminar por el IPDJHB aún se distinguen restos de antiguos edificios. Ellos constituyen parte de la historia del lugar inaugurado en 1858 que, desde ese entonces ha sido un espacio de tratamiento e internación de personas definidas a lo largo de la historia como pacientes con patología psiquiátricas.

Estos restos materiales son testigo de una larga historia cuyo análisis arqueológico, complementado con fuentes documentales y orales, ha permitido reconstruir parte de las dinámicas materiales y de diseño, transformación y uso de este espacio y sus implicancias sociales y políticas, vinculado a instituciones totales, en este caso abocadas al cuidado/encierro de pacientes psiquiátricos, uno de los grupos más abandonados de nuestra sociedad.

Asimismo, el análisis desde una perspectiva material permite ahondar en las prácticas sociales históricas de este espacio, comprendiendo que estas integran diversos ámbitos, todos igualmente relevantes, como son los sentidos, las emociones, las actividades corporales así como conjunto de objetos y materialidades que participan en la ejecución de estas (Reckwitz 2002). Particularmente se destaca la relevancia del desarrollo de prácticas sociales vinculadas a la exclusión y abandono como aspectos claves a lo largo de la ocupación y desarrollo del espacio.

Con esto, considerando el objetivo central de la presente investigación relacionado con el análisis del desarrollo y transformación material y espacial en instituciones totales evaluando su trayectoria histórica y sus implicancias sociopolíticas relacionadas con las prácticas de exclusión social a través del tiempo a partir del estudio del actual Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, se estableció para esto una labor que se centró en la recolección, análisis y reflexión de diversas líneas de evidencia que incluyeron fuentes materiales –tanto en uso como en abandono– presentes actualmente en el IPDJHB, en conjunto con fuentes escritas primarias y secundarias, fuentes gráficas como fotografías

y planos y testimonios orales. La revisión de cada una de estas, con expectativas específicas referidas a las condiciones materiales del lugar y la vivencia de los y las internas y funcionarios, permitió recrear un panorama sobre las dinámicas sociales en torno al IPDJHB, comprendiéndolo como una institución total, y las implicancias de este proceso en relación a la historia de la psiquiatría a lo largo de los años.

Se rescata así la relevancia del uso de la arqueología con un medio para acercarse a los procesos sociales recientes ahondando tanto en el registro material actualmente presente asociado a la historia constructiva y de procesos de formación de sitio como de la historia en torno a la planificación y diseño del espacio, contraponiendo ambas datas en conjunto con la presente en otras fuentes como las escritas y orales.

Se destaca además la importancia de efectuar análisis arqueológicos que incluyan la arquitectura como un eje central especialmente en contextos recientes en donde este tipo de registro prevalece, abarcado bajo y sobre cota cero, comprendiendo la arquitectura como un todo. En ese sentido, la inspección, excavación y el análisis estratigráfico de dichos restos complementado con la información referida a la planificación y uso de los distintos elementos arquitectónicos a través del tiempo, permite abarcar de forma exhaustiva las dinámicas constructivas y de formación de sitio, con el objetivo de comprender la historia material de los edificios. Asimismo, permite aportar en la futura generación de medidas de conservación, en un contexto de crecimiento urbano y en un país sísmico que bota constantemente antiguos edificios que constituyen parte de la historia social material de la ciudad (Goldschmidt *et al.* 2021).

Como plantea Goldschmidt y colaboradores (2021) la mayoría de las veces encontramos en los procesos de excavación estratos con restos de material como tejas y ladrillos, “en asociación muchas veces con contextos primarios expresados en antiguos cimientos o pisos, construidos con distintas materialidades y técnicas constructivas” (Goldschmidt *et al.* 2021: 1013). Elementos que alguna vez formaron parte de un edificio y que escasamente son comprendidos en dicho contexto.

Se considera además perspectivas de análisis formal como el análisis gamma, que permitieron desde una mirada comprensiva observar y analizar la planificación de los espacios en el IPDJHB a través del tiempo a partir de planos, así como de contraponer estos en relación a las prácticas de uso a lo largo del tiempo.

Con todo, el estudio de las distintas fuentes presentadas (materiales, documentales y orales) permitió, desde una perspectiva interdisciplinaria pero poniendo énfasis en sus propiedades materiales, plantear siete periodos, contruidos con el objetivo de comprender el proceso de la transformación material y espacial del IPDJHB y sobre cómo este se vincula con las prácticas de exclusión social en instituciones totales y particularmente referido a la construcción de los discurso sobre las enfermedades psiquiátricas y la psiquiatría en relación al contexto local y mundial. Ellos son observables tanto en los planteamientos de diseño como en el uso en espacios psiquiátricos y permiten comprender parte de la historia del IPDJHB en relación a su contexto particular, la psiquiatría en Chile; su marco mundial y sus características materiales (ver tabla 6.1).

Años	Periodo
1852-1857	El inicio. El nacimiento de la medicina alienista.
1858-1891	El primer diseño para alinados. La Segunda Casa de Orates de Olivos.
1891-1930	La época industrial. La consolidación de la Casa de Orates.
1930-1955	El modelo médico-científico. El Manicomio Nacional
1956-1973	Consolidación discurso médico-científico. El Hospital Psiquiátrico hasta la dictadura.
1973-1990	El Declive. Desde la dictadura a la democracia, el desarrollo del IPDJHB.
1990 hasta hoy	El presente. <i>El IPDJHB desde la democracia hasta hoy.</i>

Tabla 6.1. Tabla periodos del desarrollo material de la psiquiatría.

Los periodos relacionados con el desarrollo de la salud mental y su materialidad se detallan a continuación:

6.a.1. *El inicio. El nacimiento de la medicina alienista, 1852-1857.*

La Primera Casa de Orates emplazada en el barrio Yungay tuvo un objetivo ordenador, entendiendo que en esta debía acceder aquellas personas que debido a su conducta causaran escándalo y ofensa a las buenas costumbres, observándose la configuración de la locura como un problema de orden social, más que una enfermedad.

Durante esta época, el sostenimiento del establecimiento fue a través de recursos provenientes de la caridad, asociados principalmente a la beneficencia privada y una parte a la pública, administrada por una junta directiva compuesta en su totalidad por personalidades de la oligarquía y sin personal médico.

Aunque no hay claridad de la función previa del edificio en donde se emplazó la primera Casa de Orates, lo relevante fue el adecuamiento de un espacio preexistente, el que desde sus inicios no dio a basto, siendo utilizado únicamente cinco años, momento en que se inauguró la 2º Casa de Orates. En ese sentido, si se toma lo planteado por Scull (1989) lo que primó en este periodo fue un modelo de asilo tipo conglomerado, el que se caracteriza por la ausencia de unidad estilística y la reconversión de espacios preexistentes en unidades asilares.

Asimismo, este primer espacio se enmarcó en el contexto del crecimiento urbano de la ciudad capital, asociado al periodo de la consolidación del Estado Nación posterior a la independencia, momento en que se estableció la estructura del capitalismo industrial como eje del desarrollo social cultural y político del país y que, particularmente, se estructuró la importancia del trabajo asalariado como centro. En ese sentido, aquellas personas no capacitados para éste se constituyeron en un lastre social por lo que se hacía necesario separarlos con el fin de ordenar la ciudad y sus habitantes.

Dicho fenómeno, respondió a una lógica mundial occidental, observándose la explosión de instituciones de acogida desde mediados del siglo XVIII en Europa y en Sudamérica posterior a las independencias a mediados del siglo XIX, en donde aquellas personas que transgredieran las normas sociales sobre la conducta eran sancionadas ya no solo en un contexto familiar cotidiano sino a nivel público, destacando la creación de cárceles, casa de acogidas y hospitales.

Proceso de migración campo ciudad, dinámica que fue creciendo hasta el siglo XX y que tuvo como resultado el crecimiento explosivo, desorganizado e insalubre de la ciudad de Santiago. En ese sentido, el rol de la Casa de Orates permitía separar a alienados y alienadas del resto de la población, sin importar las circunstancias en que dicha separación ocurriera, lo que se reflejó en las malas condiciones materiales descritas y que obviamente implicaron una afrenta a los cuerpos y las personas clasificadas como orates.

6.a.2. El primer diseño para alienados. La *Segunda Casa de Orates de Olivos, 1858-1891.*

El segundo periodo comenzó con el desarrollo de la segunda Casa de Orates, emplazada en la calle de Los Olivos y diseñada por el arquitecto Fermín Vivaceta. El edificio fue inaugurada en 1858 y desde su origen cumplió una función hospitalaria. De acuerdo a la propuesta de su creación esta no solo buscaba encerrar a los y las alienadas de la nación sino que tenía como objetivo cuidarlos y sanarlos.

El emplazamiento de la institución no fue aleatorio, considerando que el barrio constituía el límite urbano-rural norte de la capital, es decir, los arrabales urbanos, espacio que con el tiempo se fue convirtiendo en un sector en donde se fue concentrando instituciones de salud y caridad.²⁴¹ La nueva ubicación, a su vez, permitía un espacio de mayor extensión para alojar a más alienados y para la práctica de actividades de recreación en el contexto de la Terapia Moral. En este marco, es que personalidades de la medicina como Ramón Elguero –uno de los pioneros en la aplicación de los principios de Pinel en Chile– establecían la necesidad de alejar al enfermo de su familia, de sus hábitos y de la vida ciudadana, factores que afectaban su condición (Correa 2009 y 2013)²⁴².

La Casa se presentaba entonces como una “chispa de modernidad” (Correa 2017: 4), con un diseño que se basaba en los planteamientos sobre la Terapia Moral. No obstante, el proyecto elaborado por Vivaceta no significó que este se llevara a cabo completamente, ni menos que las condiciones de vida en sus dependencias finalmente hayan propendido al cuidado. Hay que tener en cuenta que los recursos materiales y humanos fueron siempre escasos y la urgencia se instaló como prioridad en el desarrollo infraestructural. En ese sentido, más allá de las implicancias de los diseños en relación al objetivo terapéutico, el apremio y las carencias han sido una constante en toda la historia del IPDJHB.

En relación al diseño, se observa la introducción de un formato que buscaba la clasificación de los y las alienados, aspecto central en el desarrollo creciente del discurso científico. Así, se establecieron diversos criterios de agrupación como el sexo y la forma de expresión de la enfermedad, distinguiéndose entre enfermos tranquilos y furiosos. Estos últimos se instalaron más alejados del acceso, expresándose la necesidad de no alterar el orden tanto interior como hacia el exterior del recinto.

Con respecto a los edificios se observa el uso de patios centrales los que remiten a la arquitectura conventual tardo colonial en los que primó la presencia de patios tipo claustro central desde los cuales se distribuyen habitaciones en torno a un punto central, generando un prototipo que asimila a un panóptico. En ese sentido, tanto los jardines como los patios interiores correspondieron a estructuras centrales, caracterizados por “una composición estable y concentrada compuesta de numerosos espacios secundarios que se agrupan en torno a uno central, dominante y de mayor tamaño” (Ching 1985: 206). Estos patios en algunos casos poseían elementos marcadores, como piletas, que buscaban inducir las formas de desplazamiento. Esta idea de centralidad es muy relevante, ya que no solo dirigía las formas de moverse, sino que además introducía el control de acceso o entrada a las estructuras secundarias, es decir, de las habitaciones (Goldschmidt y Letelier 2021). Asimismo, el uso de espacios centralizados permite evocar la sensación de vigilancia y control, constituyéndose en un antecedente claro de la arquitectura asilar y carcelaria local.

Se resalta además la presencia intencionada de jardines y patios en el diseño original estaba vinculada a la distracción y recreación como herramienta terapéutica en el contexto de la Terapia Moral. Pese a que en esta época la aplicación de esa propuesta terapéutica en la institución presentaba bastante limitaciones, relacionadas con la falta de recursos y de voluntad administrativa. Además, se introdujeron en el proyecto aspectos presentes en los asilos europeos de corredor. Se trata de la disposición en el plano original de un bloque central en donde se emplazó principalmente la administración. En tanto, en los flancos laterales, se impone la presencia separada de un espacio femenino y uno masculino, los que fueron construidos originalmente en edificios de adobe y madera, de un planta, con patios con corredores abiertos donde se ubicaban las salas.

Se aprecia además la introducción de innovaciones técnicas como el uso de planos radiales o panópticos presentes en asilos europeos en la misma época. Se trata de ideas sintetizadas en la propuesta del panóptico de Bentham, de 1781, que buscaba desde la arquitectura solucionar problemáticas en torno al control y vigilancia de poblaciones recluidas. Este control se extendía a visibilizar y también a cuidar a los pacientes. Particularmente llama la atención la presencia de espacios tipo panóptico en forma de

semianillo con habitaciones periféricas únicamente en el sector de mujeres, vinculado a la triple condición de subalternidad dada por el género, la pobreza y la locura.

Estas distinciones se enmarcan dentro de una lógica interseccional en la que se integran diversos elementos que condicionaban las realidades espaciales y materiales. Se advierte que la clase social y particularmente la que tiene la posibilidad de pagar el pensionado – que les brindaba un mejor trato a los paciente– fue un ejemplo de ello. Las diferencias entre pacientes no sólo se expresaban en el espacio sino también en las condiciones materiales reflejadas en aspectos tan básicos como el vestuario y la comida. Asimismo, en relación al diseño y la implementación de los espacios, varios autores y testigos relatan que desde un inicio estos fueron insuficientes, en términos de calidad constructiva, capacidad de albergue y carencia de personal²⁴³.

En relación al tipo de construcción utilizado en el periodo, predominó el uso de materias primas como la piedra, el adobe, la madera, la teja y el fierro galvanizado para los techos. Vale la pena mencionar que el muro al que se le efectuó el análisis estratigráfico muestra parte de esta fase inicial de tipología constructiva, condición que se advierte no solo a través de sus materias primas sino que también de su tipo de aparejo²⁴⁴. El uso del adobe constituía una de las materias primas de mayor acceso y de menor costo en la época en relación a otras como el ladrillo, presente de forma parcial en las construcciones, asociadas a pisos y de forma limitada en muros. Asimismo, las propiedades de estos materiales, en el caso de los muros de adobe de alta porosidad y en relación a los pisos de ladrillo con una permeabilidad limitada, contribuían a las malas condiciones de higiene del lugar.

A diferencia del periodo anterior, se buscó establecer una solución a los alienados con una perspectiva asistencial dirigida. Por eso se agregaron elementos propios de la higiene relacionados con la ventilación y el desarrollo de habitaciones tipificadas según ciertas características como enfermedad y género. A su vez, se sumó la presencia incipiente de espacios de trabajo como algunas fábricas, sin embargo, estas iniciativas siguieron siendo insuficientes. De este modo, se advierte que las medidas generadas para el desarrollo de la institución no tenían su centro en principios terapéuticos sino, más bien, tendían a la optimización de los recursos económicos limitados y su foco no estaba puesto en el bienestar del interno sino en la función del espacio como contenedor del caos de la locura.

Asimismo, este periodo se enmarca en la crisis social relacionada con los procesos de industrialización y sus consecuencias en el proletariado. Particularmente, se registra una explosión en el crecimiento de las ciudades principales, como Santiago. Expansión relacionada con procesos de migración, que fue generando la integración al núcleo urbano de barrios marginales como el de Recoleta en donde se emplazaba la Casa de Orates. El sector fue adquiriendo una identidad obrera y fue afectado por las deficientes condiciones de un crecimiento desordenado, que creó problemas de hacinamiento e higiene. En ese sentido, aunque las condiciones de amontonamiento y suciedad no eran privativas a la Casa de Orates, sino un problema de orden urbano, dentro del marco de las instituciones de asistencia esta era una de las peores.

6.a.3. La época industrial. La consolidación de la Casa de Orates, 1891-1930.

El tercer momento se inauguró con el traspaso de la administración de la Casa de Orates a la beneficencia pública, lo que es consecuencia de un cambio respecto a la comprensión de la locura como un problema de salud público, es decir, del Estado. Lo anterior tuvo su máxima expresión a fines de la década de 1920 con el desarrollo del código sanitario y el reglamento de insanos (1928).

Este periodo se caracterizó por el crecimiento exponencial de la Casa de Orates, constituyéndose en una verdadera ciudad con diversas dependencias y servicios. El establecimiento reproducía la lógica urbana exterior a pequeña escala, en el contexto del desarrollo de la Terapia Moral y de la comprensión del trabajo de los y las alienadas como eje de funcionamiento de la institución.

Particularmente esta época fue denominada por Escobar (2002) como el momento de consolidación de la Casa de Orates. Su comienzo se inició con el informe encargado por el Consejo Superior de Higiene a los Dr. José Joaquín Aguirre y Octavio Maira en 1892. Ese documento dio cuenta, entre otros aspectos, de las malas condiciones en las que se encontraban los y las internas. La constatación se produjo en un contexto social nacional de profunda crisis social provocada por el desarrollo de la revolución industrial y la consolidación del capitalismo industrial vinculado a la extensa presencia de población asalariada pero pobre. Estas condiciones incluyeron un crecimiento urbano

descontrolado, en el cual las enfermedades contagiosas y los llamados “vicios sociales”, como el alcoholismo, se convirtieron en problemas que se vinculaban directamente con el orden público.

El complejo panorama urbano promovió cambios relevantes en torno a la introducción del paradigma higiénico sanitario, relacionados con el avance de la ciencia y específicamente de la microbiología. Los adelantos planteaban que la higiene era un medio efectivo para prevenir la proliferación de bacterias y consecuentemente de las enfermedades (Simón y Sánchez 2017). La introducción de este modelo implicó la promoción de la medicina como medio para el progreso. Así como también significó la incorporación del urbanismo higiénico como una nueva forma de planificar y ordenar las ciudades y sus habitantes a través del control del espacio. Estos cambios se expresan en la puesta en marcha de una serie de obras urbanas relevantes, como el alcantarillado en 1903; la extensión de la calle del cementerio –actualmente Avenida la Paz– y, particularmente, en el caso de la Casa de Orates, un desarrollo infraestructural sin precedente que se reflejó por ejemplo en el desarrollo del túnel bajo la Paz que conectó las dependencias de la institución y la masificación de la albañilería de ladrillo como principal sistema constructivo primero de una planta y luego de dos.

Durante el inicio de este periodo destacó la labor de Pedro Montt como administrador de la Casa de Orates, funcionario de la beneficencia pública, quien ocupó un rol protagónico en las decisiones sobre la planificación y ejecución de transformaciones de la institución tanto a nivel material como económico y político. Gracias a su participación y de la injerencia del Estado en el espacio se generó, un crecimiento infraestructural orientado a contener a más personas pero introduciendo nuevas lógicas asociadas al paradigma higiénico y al desarrollo de la Terapia Moral. Los cambios implicaron la necesidad de mayor espacio para los y las alienadas, así como del desarrollo de nuevos ámbitos de especialización dentro de la clasificación de los enfermos. Así fue como se creó el Asilo de Temperancia y toxicómanos, dedicado especialmente al alcoholismo, una de las enfermedades psiquiátricas a la que se le dio mayor relevancia para la época y que involucraba aspectos de orden público.

Fue en ese contexto que se planificó una serie de medidas de mejoramiento al interior y al exterior de la Casa de Orates. Esta tuvo como resultado inicial la elaboración del

proyecto de un nuevo manicomio en la comuna de Providencia, lejos del radio urbano de la época. Las instalaciones debían poseer las condiciones acordes para el tratamiento de los y las alienadas pero sin embargo, fueron enajenadas por el ejército. Si bien esta gestión se frustró, otras si consiguieron avanzar como el Asilo de Locos de Concepción (1895), el Manicomio Avello, también en la ciudad de Concepción, en 1922, y en la periferia de Santiago la compra e implementación de dos establecimientos: Quinta Bella en 1923 y el Open Door El Peral en 1928. Estas acciones tuvieron su corolario en el desarrollo al derecho a la salud, presente por primera vez en el país, con la constitución de 1925, y consecuentemente con la redacción del primer Código Sanitario y del primer reglamento de alienados de 1928.

Es importante detenerse en el proyecto del Manicomio Nacional en Providencia, ya que implicó la integración de innovación en el diseño de los edificios. Se incorporaron en él elementos propios de lo que Scull (1989) denomina asilos de pabellón, descritos como edificios independientes tipo bloque de un máximo de dos o tres pisos. Destaca asimismo la desaparición de estrategias de diseño tipo panóptico, descritas por Larraín Bravo en 1909 como modelo en desuso por sus problemas en la ventilación y luminosidad, es decir, por sus deficiencias higiénicas. No obstante, pese a las innovaciones que hubiera aportado el Manicomio de Providencia, la enajenación de esas dependencias por parte del ejército demuestra que su desarrollo material se encontraba supeditado a la condición subalterna tanto de las poblaciones con patologías psiquiátricas como de la misma medicina alienista dentro de las ciencias médicas.

Una vez superado este lamentable episodio, se advierte un notable crecimiento en infraestructura al interior Casa de Orates emplazada en la calle de Los Los Olivos. Por ejemplo, hacia 1905 se registra la presencia de al menos 14 pabellones distribuidos en su área original, extendiéndose en parte de los terrenos al norte y poniente de las actuales dependencias, superficie que actualmente no pertenece a la institución en cuyo diseño siguió prevaleciendo un modelo panoptical. Asimismo, se pudo apreciar un crecimiento vertical de algunos pabellones, con la construcción de segundos pisos y la extensión de varias fábricas con ocupaciones diversas. Estas obras guardan relación con la implementación de una dinámica social de funcionamiento que vinculó la terapia con el trabajo. Igualmente, la presencia de elementos de recreación –como el teatro, la biblioteca y un biógrafo– permiten integrar aspectos relacionados con el entretenimiento como un

elemento constitutivo de la Terapia Moral. Aunque la recreación no fue privativa del pensionado estuvo orientada principalmente a ese grupo de pacientes.

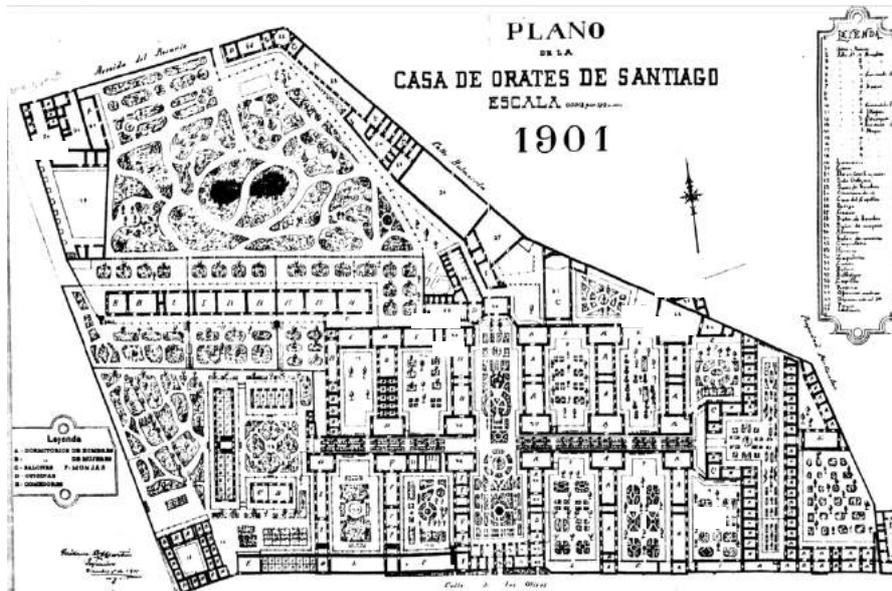


Figura 6.1. Plano Casa de Orates 1901.
Fuente: DDD

Se suman además algunas mejoras en las condiciones de trato, destacando la presencia de personal con mayor preparación, específicamente de las religiosas de la Orden de Cluny quienes arribaron en 1896. Ellas concentraron su cuidado en las pacientes mujeres. Posteriormente, se contó con la presencia de los Hermanos Hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios, quienes llegaron en 1822. Ambas agrupaciones tuvieron además un rol fundamental en el procesos de alfabetización de los y las cuidadores y, más tarde en la formación de enfermeras y enfermeros del establecimiento. A ellos se agrega la importancia que adquirió la presencia médica, sobresaliendo el nombramiento de Jerónimo Letelier como primer jefe médico en 1910, el mismo profesional que más adelante, en 1930, fue designado como el primer director médico de la institución.

En cuanto al diseño de los edificios, se aprecia la continuidad de los planteamientos de Vivaceta aunque con varias mejoras. El proyecto introdujo importantes innovaciones como la incorporación de segundos pisos, el establecimiento de grandes salas abiertas y de gran altura con el objetivo de propiciar mayor ventilación. A su vez, se observan cambios a nivel de materialidades constructivas integrando el uso de la albañilería en ladrillo simple que reemplazó en parte las estructuras de adobe existentes. Incluyó también la presencia de baldosas de cemento, pisos de madera al interior de las

habitaciones, además de innovaciones como la instalación del alcantarillado (1903) y la electricidad (1904).

Se debe destacar que la masificación de la albañilería en ladrillo se debió principalmente a sus condiciones higiénicas, ya que permitía un mayor control de la humedad y, mejoras significativas en la limpieza y duración²⁴⁵ (Larraín Bravo 1909). El uso de este tipo constructivo se aplicó tanto en hospitales como en otros espacios que podían constituir focos de infección, como la vivienda obrera²⁴⁶.

En relación a las baldosas de cemento, estas se masificaron iniciado el siglo XX en la Casa de Orates, construyéndose una fábrica al interior en 1926, la que era utilizada tanto para proveer a la misma institución como para el exterior. Este tipo de soluciones se utilizó en baños, pasillos y media pared, en mayor medida asociada a espacios que requerían más limpieza. En ese sentido, destaca que las superficies impermeables aunque significaban un mayor costo, tendieron a masificarse principalmente en instituciones como hospitales (Larraín Bravo 1909)²⁴⁷.

Lo interesante es que los edificios de esta época se mantuvieron hasta 1985, momento en que se demolió parte importante de ellos a consecuencia del terremoto de marzo de ese año, destacando que luego de su construcción a inicios del siglo XX tuvieron escasa mantención. Ello es una muestra de las malas condiciones materiales en que muchos de los y las internas vivieron durante décadas, especialmente de los y las denominadas enfermas crónicas quienes históricamente ocuparon dichos edificios avanzado el siglo XX.

Pese a las notables mejoras constructivas de las primeras décadas del siglo XX, lo cierto es que este espacio estuvo en constante crisis por la falta de recursos económicos y de espacio y de los problemas que ello provocaba. En ese sentido, por ejemplo se distinguía una media de pacientes al año, en 1927, de 2.503²⁴⁸, es decir, prácticamente diez veces más que el aforo original de la Casa de Orates. Considerando que ya se habían trasladado pacientes fuera de las dependencias gracias a la habilitación de la Quinta Bella en 1923.

A nivel de diseño, –aunque en las dependencias exteriores de La Casa de Orates, en el Manicomio de Providencia y en el Open Door se distingue el modelo de pabellón,

correspondiente a edificios tipo bloque independiente— en la institución se observó una acomodación del diseño de corredor planteado originalmente por Vivaceta, así como la inclusión de importantes innovaciones centradas en la generación de espacios comunes incluyendo a la recreación como parte del legado del Tratamiento Moral. No obstante, ya iniciado el siglo XX, el acento se volcó a la optimización del espacio y al trabajo como objetivo del Tratamiento Moral.

Con todo, el presente periodo se caracteriza por la comprensión de la locura como un problema de salud público, vinculado además al reconocimiento de los y las enfermas como parte del proletariado, cuya vía de mejora se vinculaba a su utilidad social como trabajadores. En ese sentido, el control de los cuerpos —desde una perspectiva biopolítica a través de prácticas médicas asilares, de la higiene y de terapia asociada al trabajo— generó cambios en la planificación, construcción y uso de los espacios asilares que se manifestaron en el proceso de crecimiento de este lugar.

6.a.4. El inicio del modelo médico-científico. El Manicomio Nacional, 1930 a 1955.

El cuarto periodo se enmarca dentro del ciclo de consolidación del estatismo, relacionado con el desarrollo de un discurso político que se fortaleció a partir de la Constitución de 1825. La puesta en marcha de estas ideas permitió el desarrollo de una serie de propuestas relacionadas con la generación de programas sociales (Mondragón 2010). En ese sentido, se observó un afianzamiento del modelo industrial en el que el Estado robusteció su participación desde una lógica asistencial y subsidiaria. Sus acciones estuvieron destinadas principalmente a la población trabajadora, avanzando hacia un Estado proteccionista (Molina 2007; Illanes 2010).

En salud la asistencialidad implicó, entre otros aspectos, programas de atención médica para trabajadores, hacia 1938, y su extensión a toda la familia posteriormente hacia 1952 (Arellano 1988). Pese a estas mejoras —que implicaron un mayor acceso a la salud, principalmente para la población obrera y que en el ámbito psiquiátrico tuvo especial énfasis en el tratamiento del alcoholismo— la mayor parte de las personas se encontraba sumida en la pobreza y consecuentemente sin acceso a medidas sanitarias acordes.

En este contexto general, la nueva etapa se inaugura con el nombramiento del primer director médico, Jerónimo Letelier, designación asociada a la consolidación del discurso

médico científico como base del desarrollo de la institución (Garafulic 1957). El reconocimiento coincide con la aplicación del reglamento de insanos, promulgado en 1927, a partir del cual se modifica el nombre de la Casa de Orates al de Manicomio Nacional. Además, forma parte de la consolidación del modelo de organización de salud mental propuesto en su articulado, representado por una sección de Hospital Psiquiátrico, una de Manicomio, el Open Door y el Asilo de Temperancia.

En ese sentido, se estableció una dinámica que separó al hospital del asilo, entendiendo al primero como espacio de sanación y de estadía limitada para los denominados pacientes agudos. En tanto el segundo se concibe como lugar de permanencia para los pacientes crónicos. Los enfermos agudos debían concentrar su estadía en el sector de Hospital Psiquiátrico y no podían superar las cuatro semanas de hospitalización. En cambio los pacientes crónicos debían internarse en los asilos colonias. Esta distinción estableció una estructura de tratamiento y de ubicación diferenciada, siendo los agudos quienes concentraron la atención profesional, en tanto los segundos fueron –hasta iniciada la década de 1980– manejados principalmente por personal auxiliar.

En cuanto al ámbito médico, durante este periodo se produjo la consolidación del modelo médico científico registrándose el inicio de agrupaciones como la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, en 1930, la Asociación Chilena de Higiene Mental, en 1931, y la SONEPSYN, en 1932. Se suma la redacción de publicaciones como la Revista de Neurología, Psiquiatría y Disciplinas Conexas, en 1935. En ella comenzaron a presentarse los estudios en torno a tratamientos de corte biológicos como la insulino terapia y la electroterapia. Esta es una muestra de la presencia incipiente de farmacología vinculada a las patologías psiquiátricas. Así se generó la consolidación de los tratamientos de base biológica, que intentaron igualar a la psiquiatría con el resto de las ciencias médicas, alejándola de su campo especulativo y vinculándola a lo somático y a su eje corporal (Araya y Leyton 2009). Sin embargo, es posible distinguir parte del legado de la Terapia Moral como la laborterapia aunque ahora comprendida desde una perspectiva complementaria.

Respecto a los aspectos espaciales y materiales, se distingue una etapa de desarrollo infraestructural limitado, relacionada a nivel nacional y mundial, con un momento de crisis financiera vinculado con la caída del salitre en la década anterior y con la recesión

de 1929. Por esta razón el esfuerzo en obras de infraestructura se concentró fuera del Manicomio, para dar paso a un periodo de expansión de la psiquiatría hacia otras regiones. Se crearon entonces unidades de atención en Viña del Mar, Concepción e Iquique (Medina 2002 a) y la Región Metropolitana experimentó el crecimiento del Open Door.

A nivel de tratamiento y terapia, durante esta época se consolidó la retirada de la Terapia Moral, evolucionando a nuevas herramientas centradas en el paradigma biológico científico que puso en su centro la importancia de la farmacología y los tratamientos biológicos como eje terapéutico principal, asociados a la búsqueda de una base empírica de las enfermedades y que se expresaron por ejemplo a través de la experimentación inicial de tratamiento de electroshock en enfermas indigentes (Araya y Leyton 2009), lo que da cuenta del privilegio de la ciencia por sobre las personas, especialmente sobre mujeres, con enfermedad psiquiátrica y pobres.

Aunque constituye uno de los periodos con mayor escases de antecedentes –debido a la discontinuidad de las memorias institucionales escritas y a la ausencia de testimonios orales– se distinguen algunas publicaciones como el documento *Nociones elementales de la higiene. Guía práctica para las Enfermeras del Manicomio*. Este texto fue escrito por el médico Oscar Poblete, en 1933, y en él se establece la relevancia de la higiene pública entendida como las medidas en torno a la prevención de enfermedades. Entre ellas mencionaba la importancia de trabajar en lugares adecuados, con buena ventilación y la presencia de condiciones apropiadas para los y las internas como la alimentación y el vestuario indicado, y la importancia de hacer ejercicio, entre otros aspectos.

En cuanto a los elementos constructivos, la citada publicación se refiere a la continuidad respecto a los planteamientos registrados en las propuestas de Larraín Bravo de 1909. Estas observaciones están relacionadas con la importancia de las propiedades higiénicas de los materiales, destacando el uso del ladrillo pese a los reparos en cuanto a su resistencia en un país sísmico como Chile. Asimismo se advierte sobre la importancia de usar medios de calefacción por radiador por sobre los peligrosos braceros ampliamente utilizados en la época (Poblete 1933). Aunque estas recomendaciones no fueron llevadas a cabo en ese momento.

Durante la década de 1940 se trabajó en torno a un proyecto de legislación psiquiátrica que buscaba subsanar las deficiencias presentes en ese momento, aunque fue un proyecto de ley que nunca vio la luz. Esto demuestra, desde temprano, la escasa preocupación de parte del poder legislativo y del Estado por llevar a cabo reformas relevantes en torno a la Salud Mental.

En el caso del Manicomio Nacional, las deficiencias se expresaron en la pobreza y la falta de espacio. Esta escasez de recursos se agravó luego de que un incendio, a inicios de 1946, dejó como resultado el fallecimiento de 13 mujeres pacientes además de la destrucción de un tercio de las construcciones. Este siniestro fue el corolario de las malas condiciones en las que se encontraban las y los internos en el Manicomio Nacional. Luego de la tragedia, en 1950, la Cámara de Diputados nombró una comisión especial para estudiar las circunstancias económicas y sociales en que se encontraba Manicomio Nacional, la que reveló importantes carencias en relación al vestuario, la alimentación y la atención médica de los internos (Ahumada 2002).

La investigación se realizó en el contexto de la celebración de los cien años de la institución, evento que generó un discusión pública en torno al devenir histórico del lugar. Fue así que se debatió la eventual construcción de un nuevo espacio psiquiátrico en la Región Metropolitana integrado a otros hospitales como el del Salvador o el Barros Luco. Sin embargo, la nueva infraestructura finalmente se llevó a cabo en las mismas dependencias del manicomio. Con este fin se planificó la construcción de 4 pabellones con una capacidad para 120 personas. Las nacientes edificaciones fueron inauguradas en 1956, comenzando un momento en el que la institución pasó a denominarse Hospital Psiquiátrico.

6.a.5. Consolidación discurso médico-científico. El Hospital Psiquiátrico hasta la dictadura, 1956 a 1973.

El sexto periodo se inició con la inauguración de los cuatro nuevos pabellones en 1956, oportunidad en la que se cambió el nombre de Manicomio Nacional al de Hospital Psiquiátrico. Esta época se caracteriza, a nivel nacional y mundial, por una apertura a nuevas corrientes interpretativas respecto a la enfermedad psiquiátrica. Surgieron métodos que ampliaron los rangos diagnósticos y terapéuticos, lo que se expresó con la

extensión de la mirada biológica vinculada al desarrollo de tratamientos farmacológicos como los neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos (Murillo 2002). En tanto, apareció una segunda mirada, relacionada con la consolidación de las perspectivas críticas a la psiquiatría asilar tradicional y a su naturaleza violenta, poniendo el foco en la importancia de los derechos de los pacientes a través de planteamientos como la Psiquiatría Comunitaria y la Antipsiquiatría.

Estas nuevas ideas se insertan en el contexto mundial de postguerra y se asocian a la conceptualización de los derechos humanos. Particularmente en América Latina, en un escenario revolucionario vinculado a los levantamientos y críticas en torno al modelo capitalista industrial (Illanes 2010). Estas circunstancias se vieron agravadas en Chile por una realidad de crisis social debido a las consecuencias del terremoto de 1960. A nivel mundial se observó un incipiente proceso de desinstitucionalización, que en Chile se reflejó en la conformación de un primer Programa Nacional de Salud Mental, en 1966, que le daba un rol activo a la comunidad. Si bien este plan no fue llevado a cabo (Medina 2002 b), sí se logró la construcción de unidades de psiquiatría en hospitales generales regionales, como fue el caso del Hospital de Temuco y el de Puerto Montt, ambos inaugurados a inicios de la década de 1970.

Pese a los reclamos respecto a la necesidad de planificar y generar espacios de Salud Mental al interior de unidades hospitalarias generales, los nuevos pabellones del Hospital Psiquiátrico fueron construidos al interior de las dependencias del Manicomio. Así se perpetuaba una estructura organizacional de salud que separaba la psiquiatría del resto de los ámbitos de la medicina.

La incorporación de los recién estrenados edificios se enmarca en la modernización de una institución añosa que permitió –al otorgarle categoría de Hospital– la consolidación de un sistema de salud basado en los pacientes agudos. Esto se manifestó en la creación de los cuatro pabellones cuyo objetivo fue concentrarse en la atención ambulatoria y de corta estadía. En ese sentido, los y las enfermos crónicos siguieron utilizando principalmente las antiguas dependencias, en las que el personal profesional de la institución tenía escasa participación.

Los nuevos edificios se emplazaron en el sector noreste de la cuadra principal de la institución, entre Avenida La Paz por el oeste, definiéndose el ingreso principal por esa entrada. Por el norte se ubicaron hacia las calles Santos Dumont y Raimundo Charlin, sector que previamente había estado destinado a jardines. Con ello se consolidó la ausencia de espacio dedicados a la recreación como los jardines, vinculados a los postulados de la terapia moral, para convertirse en edificios. En ese sentido, la creación de una atmósfera agradable como objetivo arquitectónico definitivamente desaparece, pasando a ser considerada un gasto innecesario (Scull 1989).

En relación al diseño de las nuevas dependencias, estas fueron edificios tipo pabellón correspondientes a bloques independientes de dos pisos, ubicados en ángulo recto, con un corredor de enlace que los une integrados a un patio central sin acceso. Este tipo de diseño, que incluye la presencia de pabellones, presenta algunos aspectos vinculados a la optimización (Scull 1989) del espacio. Entre ellos están los pasillos con habitaciones y algunas áreas comunes asociadas a actividades colectivas como la alimentación y recreación.

En su edificación destaca el uso de albañilería reforzada que, junto con disponer muros de albañilería simple suma muros tipo cadenas de hormigón. Este sistema de construcción se basa en las propiedades higiénicas ya introducidas en el periodo anterior y agrega soluciones relacionadas con la resistencia sísmica ya esbozadas previamente por Orlando Poblete (1933). Estas características se incluyen en el proceso de institucionalización de la arquitectura moderna en Chile, la que se identifica por sus líneas simples y funcionales. Ellas se reflejan en los pabellones construidos, a los que se suman el uso de mosaico vítreo en una doble función como revestimiento y decoración.

Al momento de aplicar el análisis gamma en uno de los pabellones inaugurados en 1956, específicamente al emplazado más al poniente, aparecen los nodos distributivos correspondientes principalmente a pasillos. Se advierte la escasa presencia de nodos tipo espacios centralizados, estos últimos vinculados a áreas comunes de permanencia, como los comedores, que se emplazaron en el acceso a las oficinas de atención médica. Dentro de la lógica racional que los caracterizó se buscó fortalecer el control en los espacios comunes a través de su vínculo con las dependencias de funcionarios. En tanto los

pasillos, que constituyen la mayor parte de los nodos distributivos, tenían como objetivo ser ejes de circulación y no de permanencia, siendo un medio para evitar el desorden.

Por otra parte, es posible distinguir la presencia de accesos limitados y restringidos, los que además están asociados a zonas de alta visibilidad por parte de los organismos de control interior como los funcionarios ya sea personal auxiliar y/o médico. Esto se relaciona con la condición de espacio institucionalizado de acceso y, sobre todo, de salida restringido.



Figura 6.2. Planos de Agua Hospital psiquiátrico, 1953
Fuente: Archivo de Aguas, Aguas Andinas.

Por lo tanto, aunque la construcción de estos espacios es una novedad y se vincula al programa arquitectónico moderno de la época, este tipo de diseño hospitalario como espacio únicamente abocado a la psiquiatría, a nivel mundial venía a la baja en donde se buscaban integrar la psiquiatría dentro del ámbito de la salud general.

Pese al desarrollo infraestructural antes descrito, en 1961 –a solo cinco años de la inauguración de los pabellones de 1956– el escritor José Donoso (2004) en un reportaje para la revista *Ercilla* daba cuenta de las malas condiciones en los nuevos pabellones. Lo mismo que en los antiguos edificios utilizados para enfermas y enfermos crónicos. A inicios de la década de 1960 se disponía de un cupo de 400 enfermos para pabellones de agudos y, en cambio, en las áreas para crónicos había alrededor de 1.900 internos.

Para el caso de los servicios de agudos, en relación a la dinámica de organización y planificación terapéutica, se pone en práctica un modelo de funcionamiento que se

centraba en las corrientes interpretativas y de trabajo de cada uno de los médicos a cargo. Tanto al interior del Hospital Psiquiátrico como fuera de este, se podía apreciar que parte importante del funcionamiento se basaba en iniciativas personales de los profesionales más que en una política terapéutica estandarizada. Asimismo, durante este periodo se integran nuevos facultativos, en psicología y terapia ocupacional, lo que permitió ampliar los tratamientos. Aunque siempre insertos dentro de un modelo médico altamente jerarquizado.

En cuanto a los y las enfermas crónicas, el panorama era desolador. Ya no solo se trata de la deficiencia de espacio debido al hacinamiento o de la presencia de enfermos desperdigados en el suelo y expuestos a las inclemencias del tiempo, con vestuario insuficiente y completamente sucios. También se advierte la ausencia de tratamiento y falta de una organización interna abocada a la terapia que se centrara en el beneficio de las y los internos. A pesar de los avances, el modelo asilar para crónicos imperante implicaba la implementación de una rutina interna sin sentido terapéutico sino más bien de carácter carcelario en el cual las personas y sus cuerpos se constituyeron en “cáscara vacía” (Menchaca y Rojas 1962). Se apreciaba un abandono de parte del Estado, e incluso de la misma medicina psiquiátrica, mediatizado por la escasa presencia de personal que no permitía el debido cuidado de los pacientes.

Tantas fueron las malas condiciones, que se generaron algunas soluciones fuera del recinto, como lo fue la inauguración del Hospital psiquiátrico Philippe Pinel en Putaendo, hacia 1969. Emplazado en el antiguo Sanatorio de Tuberculosos en desuso, este establecimiento recibió pacientes del Sanatorio el Peral y del Hospital Psiquiátrico (Murillo 2002). De esta manera se realizó un aprovechamiento de instituciones totales aisladas, las que reproducían el modelo institucional asilar.

Fue este escenario el que suscitó las mayores críticas, manifestadas por voces disidentes, que permitieron algunas mejoras en el modelo asociado a la desinstitucionalización desde mediado de la década de 1960. Por ejemplo, para el Hospital significó el desarrollo del Hospital diurno, iniciativa del médico desaparecido en dictadura Enrique París Roa. Sin embargo, estas iniciativas se vieron truncadas con el golpe cívico militar en septiembre de 1973 que dio paso, además de la persecución política, a un periodo de abandono de la salud pública y particularmente de la medicina psiquiátrica de gran envergadura.

6.a.6. *El Declive. Desde la dictadura a la democracia, el desarrollo del IPDJHB, 1973 a 1990.*

El golpe cívico militar constituyó un quiebre social del que el Hospital no estuvo exento. La autoridad se sustentó en el desarrollo de una política estatal del miedo, refrendada por acciones como la tortura, desaparición forzada y exilio, a la que una parte de la población fue sometida.

En el país se instaló una dinámica de la sospecha asociada a la posibilidad de ser acusado que debilitó las bases de las organizaciones sociales y consecuentemente las presentes al interior del Hospital. Esto implicó también la destrucción del incipiente desarrollo de políticas públicas anteriores al golpe relacionadas con la salud mental. Iniciativas vinculadas a la desinstitucionalización y a la psiquiatría comunitaria, surgidas en ciudades como Santiago y Temuco, que se sustentaban en una búsqueda de mayor participación social, así como de cualquier otra actividad que pudiese suscitar dudas fueron desmanteladas.

En el Hospital esto se vio reflejado en un momento de gran inestabilidad que provocó una sucesión de directores hasta finalizada la década de 1970. La que terminó con la llegada del médico psiquiatra Luis Gomberoff, quien se mantuvo en la dirección hasta la llegada de la democracia en 1990. Este periodo significó una reducción importante de recursos en Salud Pública, constituyéndose en 1980 la base del sistema de salud actual sustentado en un Estado de corte subsidiario.

La disminución de recursos se hizo notar en las instituciones psiquiátricas, las que siempre constituyeron espacios de segunda categoría con respecto a otros ámbitos de salud y que en el contexto de miseria se hicieron más evidentes. Esta escasez se reflejó en la continuidad en la diferenciación entre crónicos y agudos, además de una mayor precarización de los segundos. Las carencias se manifestaron, entre otros aspectos, en la falta de medicamentos y en la deficiente infraestructura la que no solo implicó la ausencia de iniciativas de construcción sino que la escasa mantención de las dependencias existentes. A esto se suma, para fines de la década de 1970, una epidemia de tuberculosis al interior del recinto. Además de la constatación de que alrededor del 50 por ciento de

los pacientes hospitalizados se encontraban en estado de desnutrición, situación que se extendía a otras instituciones psiquiátricas como el Open Door El Peral.

En otro orden de cosas, se advierte una tendencia, desde la década de 1930 hasta mediados de la década de 1980, de un manejo de los pacientes crónicos en manos principalmente de personal auxiliar sin formación profesional. Por ejemplo, en 1981 se registra un promedio de visitas médicas por paciente al departamento judicial de dos veces al año (Ruiz 1999). Asimismo, la aplicación de medicamentos y terapias como el electroshock se encontraba muchas veces en manos de personal no preparado. Esta situación contribuía a generar dinámicas de poder asociadas al manejo de esas herramientas en un entorno institucionalizado y de escaso control exterior, lo que permitía y validaba el abuso y el maltrato. De esta manera, muchas veces las herramientas inicialmente terapéuticas se podían convertir en un medio de castigo a conductas que no necesariamente se vinculaban con la enfermedad diagnosticada. Así, cualquier enojo se podía interpretar desde la patología y no desde el legítimo derecho al desacuerdo. Esta práctica también era una manifestación del abandono a los empleados a cargo de los pacientes, quienes no poseían herramientas para las labores encomendadas. Además, los patios en malas condiciones igualmente constituían espacios de castigo para los funcionarios.

En este contexto, se produce el agenciamiento de los pacientes vinculado a la acomodación de la infraestructura y materialidad existente. A partir del relato oral es posible conocer estrategias como el retiro de adobe de algunas paredes para poder tener más luz y ventilación.

Con la llegada de Gomberoff a la dirección se registraron cambios relevantes originados en un diagnóstico exhaustivo de la institución y en el inicio de un programa de mejoramiento –el que, sin embargo, no se enmarcó en una política nacional–. El plan permitió la mayor presencia de personal y el desarrollo de iniciativas como la aplicación de nuevos programas terapéuticos. Los cambios se reflejaron a su vez en la nueva denominación del Hospital como Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak en homenaje póstumo al homónimo médico (Escobar 2004). Su condición de Instituto resaltó el rol de la institución como referente nacional para patologías en salud mental y su función docente y de formación para médicos especialistas y otros profesionales del

área de la salud mental (Abufom 2011). No obstante, esta distinción se consolidó ya iniciada la década de 1990.

Con respecto a la aplicación de nuevos programas terapéuticos, destacó el de economía de fichas. Este método correspondió a una estrategia conductual en los departamentos de crónicos que permitía la obtención de mejoras materiales a través de premios a conductas deseadas. La dinámica incluso permitió el empoderamiento de ciertos funcionarios quienes comenzaron a conseguir beneficios a través de la negociación con los pacientes. Esto fue producto del escaso control y sanción social de la dinámica interna de los patios en la que los y las pacientes se encontraban en la escala más baja de jerarquía. Lo positivo es que esta iniciativa fue un avance en la instauración incipiente de la terapia ocupacional antes reservada principalmente para pacientes agudos.

Asimismo, en el mencionado diagnóstico institucional se estableció que siete de los pabellones de crónicos, que alojaban a 800 pacientes, no poseían condiciones de habitabilidad constituyendo una amenaza para la integridad de pacientes y funcionarios. Por lo costosa de su reparación se sugirió su demolición. A esta cruda realidad se suma la ausencia de servicios básicos como agua caliente, calefacción además de una deficiente limpieza en algunas dependencias lo que se reflejaba también en el desarrollo de enfermedades contagiosas (Gomberoff 2002).

El terremoto de 1985 vino a dar un golpe de gracia a la ya decaída infraestructura. Sus efectos generaron la desocupación y demolición de parte importante de los edificios antiguos, adquiriendo el recinto una configuración similar a la que existe hoy. Ya no está la infraestructura anteriormente dispuesta en lo que ahora son los estacionamientos e incluso en la actual plaza también había edificios. Además de parte importante de los edificios en el sector norte y poniente de las actuales dependencias del IPDJHB.

Los cambios espaciales y materiales posteriores al terremoto implicaron también modificaciones abruptas en la configuración del mundo de los pacientes. Lo que se reflejó en el traslado de personas al pabellón actual de Rehabilitación y Administración cuya reacción fue la destrucción de los vidrios de esas dependencias por parte de los pacientes luego de su mudanza.

Debido a la urgente necesidad de espacio es que se construyó nueva infraestructura destinada al Pabellón de Larga Estadía y a la Unidad (UEPI), ambos diseñados en 1985. Los dos edificios de albañilería reforzada poseen un diseño similar y corresponden a pabellones de planta rectangular de dos pisos, cada uno con acceso independiente, asignados a pacientes separados por género. Ambos incluyen la presencia de un pasillo central donde se distribuyen habitaciones hacia los dos flancos. El espacio común se dispone en el primer piso a modo de anexo al que no es necesario acceder para integrarse al resto de las dependencias a diferencia de lo apreciado en los pabellones construidos en la década de 1950. Lo que se observa es una evolución del pabellón de la década de 1950 al que se le agrega mayor optimización del espacio asociada al predominio de habitaciones por sobre espacios comunes.

Llama la atención ambos pabellones presentan, a grandes rasgos, una planta similar. Sin embargo, la UEPI/UTAC cuenta con una mucho mayor compartimentalización, debido a la presencia de más puertas que subdividen los pasillos. Posiblemente esta restricción de accesos esté asociada a un mayor control efectivo de los pacientes dado su vínculo con el sistema judicial.

En tanto, en el caso del pabellón de Larga Estadía se observa una menor cantidad de nodos distributivos los que corresponden en su totalidad a espacios de tránsito y circulación como pasillos. Se presentan escasas posibilidades de elección de movimiento porque posiblemente el control está asociado a la vigilancia y a la sanción social interna. En la unidad de Larga Estadía la mayor parte de los usuarios vive de forma permanente en el lugar lo que redundaría en su menor vínculo con el exterior y consecuentemente en una menor necesidad de salida. En ambos casos se observa una doble condición de subalternidad que se refleja en la configuración del espacio. Lo primero, debido al vínculo entre la enfermedad psiquiátrica y el delito, asociado a un modelo carcelario, y lo segundo, la relación entre la enfermedad mental y la ausencia de redención, ligada al modelo del asilo.

Se suman además otros factores al momento de definir cómo se distribuye el espacio. Entre ellos es posible establecer que los pisos inferiores se destinan al género masculino y los superiores al género femenino, teniendo el segundo piso menor posibilidad de acceder a los patios y a los espacios comunes. En ese sentido, se observa la reproducción

de un modelo que perpetuaba la condición “inferior” de las mujeres con patologías psiquiátricas dentro de un contexto subalterno.

Respecto al uso de los pabellones para agudos, vale la pena mencionar el trabajo realizado por Rojas (2010), correspondiente a una observación efectuada en la década de 1980 en la que explica cómo se construye la condición de paciente. De acuerdo a sus reflexiones, las prácticas institucionalizadoras de tipo total, se asocian al proceso de quiebre con la vida anterior. Se trata de una especie de vía crucis, relacionado con una serie de ritos en donde se despoja material y simbólicamente a la persona de su vida extramuros para adquirir la identidad de paciente. Destaca en el caso de los pabellones de agudos una arquitectura particular en la cual los espacios comunes están al ingreso y se encuentran flanqueados por las dependencias de funcionarios y médicos. De esta manera las habitaciones se ubican después de las oficinas lo que permite un mayor control de entrada y salida así como de las actividades comunes.

En términos prácticos esto se sustenta en un espacio en particular y se vincula a un nuevo repertorio material. Por ejemplo, el tipo de vestuario y la ausencia de objetos personales, aspectos centrales en la configuración de un nuevo yo, el de paciente. La representación de la nueva condición también permite una dinámica de agenciamiento de los propios enfermos que estructura nuevas relaciones sociales internas entre pacientes y entre pacientes y funcionarios. Así como la disposición y el uso del espacio y los objetos entre ellos la obtención de elementos de prestigio como cigarrillos, artículos de limpieza y golosinas, entre otros.

Es así como se va desdibujando la identidad previa de la persona. Esta es una pérdida que además implica la desconexión con el exterior que, en el caso de los denominados crónicos, puede significar incluso la pérdida de nociones básicas de convivencia exterior. Algunos olvidan cómo cruzar una calle o manejar dinero, hasta el reconocimiento de su imagen corporal reflejada en un espejo, como se señala en los testimonios.

Finalmente, este periodo ofreció parte de la reconstrucción de las condiciones materiales de la época desde una perspectiva testimonial a partir de las entrevistas integradas a este trabajo. La evidencia material directa, la que se refleja a partir de los elementos presentes y que corresponde a vestigios que permanecieron después de las demoliciones realizadas

luego del terremoto de 1985, es muy poca. Si bien cuenta no sólo de su momento de construcción original sino que de la historia posterior de uso y de abandono, fue la recopilación de la memoria oral la que permitió ir dando vida a la dinámica material de pobreza y abandono que reflejó parte de la realidad social institucional de la época, la que probablemente se retrotrae a periodos anteriores.

6.a.7. *El presente. El IPDJHB desde la democracia hasta hoy.*

La década de 1990 estuvo marcada por cambios relevantes a nivel sociopolítico y cultural, vinculados a la instauración de la democracia, la que generó un proceso de mejora respecto a las políticas de salud mental y salud en general en Chile. Aunque tienen un origen previo, desde su discusión y planificación en la década de 1990, estos cambios recién se consolidaron a inicios del 2000²⁴⁹ con la puesta en marcha del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. La iniciativa se sustentó en un modelo que buscó instalar la salud mental en los diversos niveles de atención de salud y sentó las bases para el desarrollo de un modelo comunitario en el ámbito público. Actualmente, desde el año 2017, se encuentra vigente el tercer Plan de Salud Mental, en el que ha enfatizado la mejora en la calidad de los servicios. Esta se relaciona con el aumento de contratación de personal, la inserción de camas psiquiátricas en Hospitales Generales y el desarrollo de medidas de desinstitucionalización.

Pese a continuar como una unidad independiente a otros establecimientos de salud general, el IPDJHB, se hizo parte del Plan a través de la restructuración de su organización. Esto ha incluido la aplicación de políticas relevantes como el desarrollo del Hospital de Día, el desarrollo de la unidad de rehabilitación en 1996 y la decisión de restringir el acceso a nuevo pacientes a los Departamentos de Larga Estadía, antiguos departamentos de crónicos, a partir de 1994. No obstante, en la práctica aún no han desaparecido las instancias de Larga Estadía, por una serie de problemáticas asociadas a la dificultad de movilizar personas por años institucionalizadas y sin redes de apoyo, pero, sobre todo, por la falta de voluntad pública en torno al cierre de las instituciones totales en Chile, que pone el peso de la ausencia de redes en las familias y no como un problema de orden público. En ese sentido, aunque sí se ha avanzado en la implementación de la Red de Hogares y Residencia de Protegidos, y clínicas de atención cerradas para pacientes de Larga Estadía, que al año 2019 contaban con 329 usuarios²⁵⁰ pertenecientes al

IPDJHB, éstas siguen siendo insuficientes y, en cierto casos, carecen de condiciones materiales y sociales de cuidado básico.

En la actualidad el IPDJHB cuenta con siete servicios²⁵¹ o unidades que se enmarcan en la implementación de un modelo a escala nacional de Salud Mental. A esto se suma una serie de iniciativas que ha permitido generar mejoras en el sistema actual, como la promulgación de la Convención de Derechos de Personas Discapacitadas en 2008. También se agrega la promulgación de la ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, del año 2012, que regula el tratamiento voluntario y establece condiciones respecto al sometimiento a tratamiento involuntario. Así como la ley N° 20.422 de Inclusión Social de Personas con Discapacidad, del 2018, que ha permitido generar mecanismos efectivos para llevar a cabo esos procesos. No obstante, en Chile sigue existiendo una deuda urgente respecto al desarrollo de una ley de Salud Mental que permita mejorar la calidad de atención y asegurar medidas de prevención, atención y disponibilidad oportuna. Además es necesario incentivar la participación de la comunidad, aspecto que no se relaciona con las lógicas de modelos de salud general basados en cumplimiento de metas (Plan de Salud Mental 2017-2025). A lo que se suma que sigue existiendo una brecha respecto a los problemas sociales que repercuten en la salud mental de las personas, como el estrés y consumo de sustancias, la pobreza, la precariedad laboral y la falta de vivienda, entre otros factores.

La escasa inversión en salud mental se reduce al 2,4% del gasto en salud total anual, cifra que apenas permite la sobrevivencia de la estructura actual con falencias y no ha conseguido llevar a cabo las medidas propuestas en los Planes de Salud Mental de prevención y atención oportuna. Esto refleja no solo la precariedad en salud sino que además “es una señal de la discriminación que viven las personas con trastornos mentales” (Errázuriz 2015 *et al.*: 1184).

Algunos de estos cambios han implicado modificaciones espaciales y materiales que dan cuenta de un proceso de mejoras materiales, que no son más que un proceso de sobrevivencia, más que cambios estructurales mayores. Lo anterior se refleja en el caso del IPDJHB a través por ejemplo de la venta y sesión de los terrenos al norte y poniente de la actual cuadra del instituto parte de los que quedaron en ruinas posterior al terremoto de 1985; la conversión de una de las unidades de Larga Estadía de pacientes

institucionalizados a espacio de rehabilitación y de administración; así como varias otras remodelaciones de dependencias actualmente en uso.

Asimismo, se creó la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) construida el año 2002, constituyendo actualmente la única dependencia fuera de la cuadra del Instituto, en parte de los terrenos de su superficie original, al poniente de la actual institución. Lo que llama la atención de este recinto es que se construyó a inicios de la década del 2000 y en él se distingue un diseño distinto a lo observado previamente. Su trazado corresponde a una unidad con forma de U que da hacia una patio central, con escasos accesos a este lugar. En el recinto se distingue una arquitectura de carácter carcelario, repitiéndose un modelo de tipo institución total iniciado la década de los 2000.

Asimismo, se observa una continuidad en las dinámicas de uso del espacio asociadas a la presencia de las Unidades de Corta Estadía, anteriormente denominadas unidades de agudos, correspondientes a los edificios inaugurados a mediados de la década de 1950. De la misma manera se siguen utilizando las Unidades de Larga Estadía referidas hasta iniciada la década de 1990 como unidades de crónicos. En este contexto se perpetúan las dinámicas de institución total, vinculadas a la pérdida de la identidad exterior y a la conformación de la condición de paciente, asociada a espacios de carencia material y social.

A su vez, se recalca que pese a poseer una mirada comunitaria el modelo actual de salud en Chile en la práctica el IPDJHB, no se enmarca en ella. A lo anterior se suma una lógica estructural altamente jerarquizada en donde el personal médico psiquiatra se encuentra en el primer escalafón, luego vienen los diversos profesionales de salud no médicos, el personal de salud técnico y los administrativos y, finalmente, los usuarios. Aún con los relevantes avances experimentados, se sigue observando la continuidad de un modelo enmarcado dentro de la lógica de las instituciones totales, que coarta la autonomía de los usuarios. Este aspecto se observa asociado a las lógicas cotidianas de uso del espacio y aquellas rutinas formales establecidas en las que aún existe escaso vínculo con el mundo exterior destacando por ejemplo la existencia aún de unidades de larga estadía o unidades de mediana estadía que operan bajo lógicas de institución total.

Con todo, con respecto a los siete periodos antes detallados, se distingue la evolución espacial y material en el IPDJHB, espacio institucionalizado caracterizado por la presencia de dinámicas sociales, políticas y materiales de exclusión y abandono. Evolución que se condice con cambios en los discursos sobre la psiquiatría y los pacientes que se reflejan en mejoras en las condiciones materiales y espaciales, no obstante, aún se reproducen, normalizan y, muchas veces, se justifican dichas prácticas sociales.

Por tanto, a pesar de las importantes mejoras realizadas, el Instituto en el presente es el reflejo de una mirada a nivel de política nacional, que no sólo invisibiliza los problemas de salud mental sino que además los penalizan social y económicamente respecto a otros problemas de salud. En ese sentido, la ausencia de una ley de salud mental es el reflejo de aquello.

6.b. Reflexiones finales

Se plantea desde una perspectiva teórica metodológica la relevancia del enfoque arqueológico para comprender prácticas sociales de exclusión poniendo énfasis en el espacio, los objetos y consecuentemente en la materialidad como un elemento fundamental para la comprensión de procesos sociales recientes desde un enfoque crítico, en este caso particular en relación a las instituciones totales.

Se rescata además la importancia del uso de la metodología arqueológica como un medio que permita comprender el registro material urbano de los últimos doscientos años, especialmente del registro arquitectónico, el que deber ser analizada como un todo complejo susceptible de ser estudiado desde una perspectiva estratigráfica cuyo elementos se encuentran integrados por elementos bajo y cota cero, así como los aspectos referidos a su diseño siendo ambos fundamentales para comprender los procesos de transformación material y espacial y sus implicancias sociales a través del tiempo

Particularmente, el desarrollo de este trabajo permite ver cómo desde el origen del Estado Nación y del capitalismo industrial, en tanto sistema de organización de la sociedad delimitó tempranamente la separación entre la población productiva y la no productiva, lo que se reflejó en la instalación –desde mediados del siglo XIX– de un serie de instituciones totales como soluciones asistenciales para hacerse cargo de los grupos incómodos como fue el caso de la primera Casa de Orates de Santiago, cuyo objetivo

inicial estuvo lejos de la redención.

En ellas se buscaba la integración de los enfermos psiquiátricos a través de ámbitos como el trabajo y la conformación de una rutina social impuesta y administrada formalmente. No obstante, también se perseguía la separación de ellos del resto de la sociedad, tanto con fines terapéuticos como de su invisibilización. Afán invisibilizador vinculado, muchas veces, al desconocimiento y al miedo en torno a las personas con patologías psiquiátricas y el consecuente estigma social que acarrearán.

En ese sentido, la creación en Chile de los establecimientos para alienados no tuvieron en su origen una mirada terapéutica sino de separar a personas incómodas. Este fue un aspecto que tempranamente se transformó, al menos en el diseño de la segunda Casa de Orates, inaugurada en 1858, y se asoció al creciente prestigio de la profesión médica. No obstante, pese a integrar aspectos innovadores relacionados con un proyecto que abordaba el retiro y cuidado como eje de la Terapia Moral –tratamiento en boga en Europa desde inicios del siglo XIX– la segunda Casa de Orates estuvo muy lejos de cumplir con ese objetivo, ya que las condiciones de pobreza y aislamiento solo ahondaron en las dinámicas de exclusión social.

Este mismo panorama se ha repetido a lo largo del tiempo destacando por ejemplo la enajenación de los terrenos y edificios del primer Manicomio Nacional en Providencia hacia 1896 a manos del ejército (actuales terreno de escuela de Carabineros), construidos luego del desarrollo de un informe en 1893 que evidenciaba las malas condiciones de la Casa de Orates; así como las diversas descripciones en torno a las condiciones de pobreza extrema y abandono presentes en el lugar hasta la década de 1980.

Esto se condice con la distancia entre las expectativas de planificación y del uso efectivo del espacio a lo largo de la historia del actual IPDJHB, en donde se observan condiciones de abandono y maltrato en los diversos periodos antes descritos de dicha institución, observándose que en general el paso y, sobre todo, permanencia en dicho lugar ha incrementado dimensiones de exclusión asociado a ámbitos como la pobreza, la falta de oportunidades, entre otros; siendo la dinámica de exclusión espacial parte constitutivo del problema.

A su vez, la exclusión se extiende a la medicina alienista y posteriormente a la psiquiatría como disciplina dentro de las Ciencias médicas, la que se ha construido como un saber periférico respecto a otros ámbitos de la medicina. Lo que se refleja, entre otros aspectos, en las condiciones materiales en las que ésta se ha practicado históricamente e incluso en la actualidad y en el escaso interés público que suscita.

A su vez se rescata que pese al desarrollo histórico de una arquitectura asilar en torno al control del movimiento de los cuerpos en el contexto de una sociedad disciplinar, tempranamente iniciado el siglo XX dicho discurso se fue modificando en torno al control a partir de la higiene como eje de progreso de la sociedad. En ese sentido, ya no solo fue la visibilidad el aspecto clave del control sino los mismos cuerpos como foco infecciosos, lo que implicó el desarrollo de lugares que evitaran el contagio. Contagio invisible al ojo humano pero cuyas consecuencias graves significaban la muerte, aspecto que en la actualidad adquiere sentido en el contexto de la pandemia de Sars Covid 19 y que ha significado por ejemplo modificaciones de uso de espacio y conductuales que previo a la pandemia no hubiésemos considerado.

Lo anterior se enmarca también en cambios en los diseños de los espacios reflejados en el desarrollo del urbanismo de inicios del siglo XX, además de una serie de tecnologías abocados ya no solo a la vigilancia y control visual sino al control infeccioso. En este contexto es que diseños de control espacial como el clásico panóptico observados en la propuesta original de Vivaceta de 1858 fue perdiendo fuerza al alero del desarrollo de espacios con mejores condiciones de ventilación y limpieza.

Esto a su vez, se reflejó en el marco del discurso en torno al rol del Estado en el desarrollo de la Salud Pública desde las segunda década del siglo XX en un contexto social de caos sanitario. Fue así que se observó la elaboración de una serie de políticas de acceso a la salud a la población obrera lo que generó importantes avances respecto a las condiciones de pobreza urbana, no así en el caso de la población desempleada.

En ese sentido, los asilos psiquiátricos estuvieron abocados a la limpieza e higiene de la ciudad como un medio de invisibilizar la presencia de personas incapacitadas para trabajar. Es así que, –aunque a medida que avanza los años se observa la presencia de tecnologías higiénicas asociadas a transformaciones materiales e infraestructurales del lugar–, como es el caso del desarrollo del alcantarillado, la generación de edificios de

ladrillos y el uso de baldosa en pisos y paredes; la realidad es que su interior dicho lugar estuvo en constante condiciones de desorden, hacinamiento y suciedad. Esta dinámica asilar de abandono y pobreza se vincula también, desde una perspectiva interseccional, a distintas categorías al interior del espacio entre las que se contaba la clase social, género y el tipo de enfermedad. Lo anterior se reflejó, por ejemplo, a través del primer reglamento de insanos en 1928 en donde aquellos que no poseían redención, es decir, los enfermos crónicos poseyeron peores condiciones materiales e incluso de acceso a atención psiquiátrica.

Asimismo, se observó un esfuerzo a partir de la década de 1920 principalmente de vincular la psiquiatría como disciplina en torno a problemáticas sociales en donde la población obrera fue el principal foco, relacionado por ejemplo con el consumo de alcohol y la enfermedades de transmisión sexual como la sífilis que implicaron en el caso de los primeros el desarrollo de un espacio especializada en dicha problemáticas hacia la década de 1920.

Se suma además el ideario de la ocupación como eje clave de la terapia, ocupación que se establecía en el caso de la población pensionada con actividades vinculadas a la “alta cultura”. Esto se reflejó materialmente con la presencia de jardines para paseo, la biblioteca y el teatro y en el caso de la población indigente a través de diversas fábricas. En ese sentido, se comprendía el trabajo, como un medio terapéutico asociado a la inserción social y al mantenimiento de la institución pero también como un medio de control de los cuerpos alienados. Lo anterior se refleja además en la planificación y uso del espacio, generándose nuevas dependencias asociados a la producción de orden industrial al interior de la Casa de Orates desde las última década del siglo XIX y el desarrollo de nuevas instituciones como la Quinta Bella (1923) y el Open Door (1928) vinculadas a la producción agraria por parte de los internos. Sobre esta base las estrategias de inclusión tempranamente se sustentaron en el trabajo y en el desarrollo de personas “útiles” para la sociedad, no obstante, dichas estrategias en general establecieron la relevancia de separar físicamente a la población afectada del resto de la sociedad, siendo entonces una inclusión basada únicamente en la actividad por sobre las diversas dimensiones sociales, políticas, económicas y culturales que posee el trabajar.

A medida que avanza el siglo XX se observa la relevancia que adquiere la medicina en tanto profesión científica y la búsqueda de la psiquiatría por encajar en dicho esquema,

que estableció nuevos soportes terapéuticos abocados a la farmacología y las terapias biológicas como nueva forma de control de los cuerpos alienados en espacios totales. En ese sentido, aunque esto constituyó un gran avance en el desarrollo de la psiquiatría mundial a partir de la década de 1930 y 1940, el mal uso de ellos en contexto de abandono fueron también un medio del control de los cuerpos en el interior de los asilos.

Estos cambios relacionados con el vuelco de la psiquiatría hacia la ciencia generó modificaciones en la formas de planificar el espacio vinculado a la pérdida de relevancia que adquirió la Terapia Moral y consecuentemente de los espacios de esparcimiento y trabajo para adquirir mayor elevancia de las habitaciones. Asimismo, se observó a mediados de la década de 1950 la jerarquización constructiva de aquellos lugares relacionados con los denominados agudos, es decir, pacientes con una permanencia limitada en el lugar, lo que se observó por ejemplo en los edificios tipo pabellón cuya inauguración hacia 1956 modificó el nombre de Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. El diseño de esos edificios se albañilería reforzada correspondientes a pabellones de dos pisos, aunque venía a la baja respecto a la generación de dependencias de psiquiatría fuera de hospitales generales, fue una mejora notable. Dicho diseño propendió a la optimización del uso del espacio destacando estrategias como uso de pasillos como espacios de distribución, así como también del desarrollo de una lógica cuyo recorrido, expresa el proceso de pérdida de identidad extramuro. Este vía crucis implica el paso desde el ingreso al lugar por espacios comunes blindado por oficinas y boxes de atención funcionaria, en donde aún existe vínculo con personas del mundo interior, lazo que se pierde hacia el interior de las dependencias en donde se emplazan las habitaciones.

Por otra parte, se destaca que pese al desarrollo de perspectivas críticas a nivel mundial en el país, desde mediados del siglo XX, estas tuvieron escaso eco social y político a nivel nacional destacando la presencia de iniciativas personales en diversos lugares del país y que significó por ejemplo en el Hospital Psiquiátrico la apertura del Hospital diurno. Sin embargo, durante la dictadura se generó un proceso de retroceso en cuanto al desarrollo de políticas de salud que hicieron más patente el abandono, lo que se expresó en condiciones materiales deplorables a través de edificios convertidos en ruinas y en los propios cuerpos de los internos observándose por ejemplo altos rangos de desnutrición y presencia de enfermedades infecciosas, además de uso de terapias biológicas y

medicamente como medio de castigo/control. En ese sentido, el terremoto de 1985 no fue más que el corolario de un proceso de abandono histórico de las personas ahí internas. Lo que se vincula a un contexto de alta privación de libertad.

Hoy se comprende que el proceso de abandono del espacio y consecuentemente de los pacientes fue permanente. Ello tuvo su reflejo material en la condiciones infraestructurales y materiales de pobreza presentes en el Hospital. A nivel de proceso de formación de sitio, dentro del modelo conductual de Schiffer (1988), da cuenta que el abandono constituyó parte del contexto sistémico. En ese sentido, la conversión en ruina se configuró durante su uso.

El desarrollo infraestructural posterior al terremoto de 1985 correspondió a soluciones de urgencia que exacerbaron la optimización de recursos y espacio en su diseño, disminuyendo las dependencias de uso comunitario y manteniéndose la dinámica de espacios de distribución de tránsito como pasillo. Ya iniciada la década de 1990, en democracia, destaca el desarrollo de políticas públicas que han permitido un notable mejoramiento de las condiciones materiales y de atención asociado a crecientes procesos de desinstitucionalización. No obstante, sigue existiendo una deuda extensa respecto a las personas con patologías psiquiátricas observándose aún una ausencia de una ley de salud mental, que se vincule al cuidado y a la prevención, así como también respecto a la consideración de estos como sujetos de derecho autónomos, observándose hasta la actualidad un sistema que tiende a la infantilizar y a cuartar la libertad no sólo espacial sino que de decisión de las personas con patologías psiquiátricas.

Con todo, es relevante recalcar cómo en las instituciones totales se expresa históricamente el desarrollo de prácticas de violencia y abuso normalizadas. En ese sentido, la perspectiva en torno a la banalidad del mal propuesta por Arendt (2000), adquiere especial énfasis vinculado a como se expresa la colaboración de personas comunes y corrientes adaptadas a los valores y normas internas generadas que propendian al mal trato al interior de estos espacio y como esto se justifica en tono a la condición psiquiátrica de los pacientes, lo que no implica expiar de culpas a quienes colaboran con los malos tratos y nefastas condiciones materiales. Lo anterior se relaciona con el desarrollo de una moral en donde la producción y el trabajo, se posicionan por sobre la dignidad, existiendo en ese contexto personas descartables. Esto adquiere especial énfasis en espacios que poseen escaso

control y sanción social externa debido a su condición cerrada en donde dichas dinámicas adquieren un alto nivel de justificación interna.

No obstante, se recalca que independiente de la imposición de un sistema de espacio-poder destaca el desarrollo de prácticas de agenciamiento de la población usuaria institucionalizada y de los funcionarios. Dichas dinámicas, constituyeron uno de los elementos que desde los vestigios materiales no fue posible observar, no obstante, la presencia de entrevistas y el estudio de documentación permitió ampliar el contexto para visibilizar prácticas de resistencia tanto de usuarios como funcionarios, relacionados por ejemplo con el acceso a bienes como comida, artículos de limpieza y cigarros, elementos cotidianos que en espacios de privación constituyen bienes de prestigio. Estas dinámicas de agenciamiento también se observan en el uso del espacio, destacando que existe una serie de negociaciones internas así como estrategias que permiten generar prácticas supuestamente prohibidas, cuyo espacio de operación no siempre depende de su diseño sino que de la de las relaciones sociales al interior del lugar y, consecuentemente, de las lógicas de funcionamiento interno.

Siguiendo los planteamientos de Lefebvre (2013), entonces se refleja a partir de este trabajo la complejidad social en torno al espacio, asociado a una dinámica de interacción entre el espacio percibido, el espacio concebido y los espacios de representación adquiriendo especial énfasis la distinción entre como se piensa y planifica y como estos son vividos en contexto de exclusión y de resistencia en instituciones totales.

Por otra parte, se rescata como objetivo derivado del presente trabajo el estudio de tipologías constructivas, para lo que se consideró un enfoque que incluyó la mirada de la arquitectura tanto sobre como bajo cota cero. Este análisis permitió comprender los procesos constructivos y de abandono de los edificios así como las implicancias sociales y políticas relacionadas con las distintas metodologías y materiales utilizados. Así, surge la oportunidad de plantear un recorrido por la historia constructiva hospitalaria, del uso de distintas materias primas y de su modificación a través del tiempo en relación a la relevancia que adquieren las propiedades de los materiales en distintos periodos. Sin dejar de mencionar la importancia del discurso higiénico, que adquirió fuerza a fines del siglo XIX y que generó transformaciones materiales de gran envergadura tanto a nivel de

planificación y uso del espacio como del empleo de materiales que permitieron mejores condiciones de limpieza y ventilación como el ladrillo.

Es importante mencionar que pese a estos avances, en general las descripciones del establecimiento hasta fines del siglo XX hacen referencia a la suciedad, la pobreza y el hacinamiento, como condición del lugar y de las personas que ahí convivían. Lamentablemente, más allá de los procesos modernizadores asociados a las técnicas constructivas este espacio en su uso cotidiano se constituyó en un recinto históricamente abandonado.

Finalmente se señala que a partir de un análisis de la materialidad y espacialidad se observa el desarrollo ambivalente de la psiquiatría lo que se expresa en la dinámica de interacción de encierro vinculado, por una parte al confinamiento/vigilancia, y por otra, a la terapia/cuidado, ambivalencia que se ha mantenido a lo largo del tiempo, lo que se expresa en la distancia entre los discursos del deber ser y lo que ocurre en los espacios destinados a la salud mental, en donde los pacientes siguen siendo personas incómodas y de segunda categoría. En este contexto, el estudio de las prácticas sociales permiten comprender como la materialidad adquiere especial énfasis para evidenciar y, a su vez causar, exclusión social y las dinámicas de profundización de ellas, vinculadas al estigma social de los sujetos que son parte de las instituciones totales. Comprendiendo que las dinámicas de exclusión social son multicausales y complejas.

Por último, se plantea que parte de este trabajo pueden servir como insumo para el desarrollo de futuras políticas patrimoniales de puesta en valor de la historia del IPDJHB, en tanto espacio asociado al cuidado y terapia de las personas con patologías psiquiátricas. Igualmente, lo son las páginas dedicadas a su historia y vinculadas a su planificación y desarrollo a lo largo del tiempo, asociadas a las diversas etapas del avance de la psiquiatría local y mundial. El rescate de la historia de este lugar permite poner en cuestión aspectos relacionados con la exclusión y el estigma que históricamente las personas con patologías psiquiátricas han sufrido. Lo mismo que visibilizar problemáticas latentes de la sociedad y contingentes en el contexto actual cuando estas patologías de salud mental constituyen un problema epidémico, en un país que aún no cuenta con una ley apropiada.

CAPÍTULO 7

PROYECCIONES

7.1. Proyecciones.

Potencialmente, esta tesis deja abierta varias perspectivas de trabajo que podrían abordarse en futuras investigaciones y proyectos las cuales, por razones de objetivos y espacio, aquí solo quedaron esbozadas. Entre ellas se encuentra el desarrollo de una mirada interpretativa sobre otras instituciones hospitalarias y públicas para comprender la evolución del diseño y uso de la arquitectura histórica desde una perspectiva integral que incluya bajo y cota cero. Ello permitiría generar una mirada comparativa entre distintas instituciones y sus implicancias materiales, sociales y políticas.

Un segundo aspecto relevante que surgió al alero de los testimonios recopilados corresponde a la importancia del aspecto corporal y del vestuario como práctica material vinculada a la conformación de identidades de diversos periodos en el IPDJHB. Este tema relacionado especialmente con las y los internos, se observa por ejemplo a través de la vestimenta, entendiendo ésta como un modo de representación social vinculado con formas de relaciones de poder. Relaciones de poder en las cuales se superponen diversas categorías como el género, el sexo, la etnicidad y, en los contextos de salud mental, la normalidad de la anormalidad. En este sentido, el abordaje del vestuario como práctica material constituye una línea de trabajo futuro que permitirá complementar lo presentado en la tesis.

Finalmente, un tercer aspecto guarda relación con la realización de un trabajo elaborado en el Instituto a propósito de la relevancia de visibilizar la historia de la salud mental en un contexto nacional de escasa consideración. En ese sentido, sería importante reforzar el rol de un acercamiento arqueológico como una disciplina política que permita evidenciar desde una perspectiva crítica procesos sociales recientes y contemporáneos.

Comentarios y referencias.

¹ La Arqueología Post-medieval se refiere tradicionalmente a la arqueología del periodo que va entre 1450-1750 d. C. En tanto, la Arqueología Industrial se centra en el estudio de la evidencia física de la actividad industrial reciente (Palmer *et al* 2012), periodo que tradicionalmente se inicia en Gran_Bretaña a mediados del siglo XVIII y que comienza a ser foco de la arqueología a partir de la segunda mitad del siglo XX (Hicks y Beaudry 2010; Palmer *et al* 2012).

² Traducción de la autora.

³ Traducción de la autora.

⁴ Traducción de la autora “more people than ever before lived in spaces and places outside conventional family homes and household”.

⁵ Este enfoque se caracterizó por interpretar el mundo a partir de la experiencia empírica y el uso de datos derivados de los tratamientos lógicos y matemáticos y cuyo principal potencial derivaba en comprender el comportamiento humano a partir de leyes generales (Perego 2015).

⁶ Traducción de la autora.

⁷ Se entiende como rasgos constructivos no relevantes pisos o radieres recientes.

⁸ Actualmente se está buscando financiamiento para dichos análisis.

⁹ Berrios (2008) señala que la episteme corresponde a:

... “los dominios ideológicos autónomos contenidos dentro de algunas fronteras temporales. Estos dominios ideológicos, por así decirlo, dan significado a los acontecimientos históricos. Así, quienes trabajan dentro de una episteme dada tienen más posibilidades de compartir un número mayor de estructuras conceptuales que los procedentes de epistemes diferentes” (2013: 20).

¹⁰ En este caso particular no se consideran los trabajos etnográficos de la denominada medicina tradicional, porque se entiende ésta como una práctica contemporánea y no susceptible de abordarse comparativamente desde una perspectiva anacrónica. Esto, para no caer en una mirada evolucionista.

¹¹ Vicuña Mackenna señaló su fundación en 1768, pero coincide con su inauguración en 1782: “Hizose la traslación de las enfermas solo diez años mas tarde (marzo 7 de 1782), i para aumentar sus rentas, se le otorgó el beneficio del censo de la hacienda de San Pedro” (1862: 184).

¹² En 1750 se establece un decreto que autorizaba al protomedicato la examinación de las parteras. No obstante “... los reglamentos para la práctica y grado de matronas o parteras, fueron letra muerta en Chile durante toda la época colonial” (Ferrer 1904: 207). Esto explica la temprana institucionalización de la escuela de matronas un siglo más tarde.

¹³ El presidio ambulante fue una medida implementada en 1836 por Diego Portales, ministro del Interior del presidente José Joaquín Prieto y consistió en la reclusión de los criminales en jaulas de fierro montadas sobre ruedas, las que supuestamente debían ser trasladadas donde conviniera para que efectuaran trabajos como apertura y/o reparación de caminos (Leon 1998). Este sistema cayó rápidamente en descrédito, en especial “por la falta de una reglamentación apropiada que definiera las normas a las que debían someterse tanto los reos como los encargados de la guardia del presidio” (Leon 1998: 189).

En ese contexto para 1841 desde el Ministerio de justicia se señalaba:

... “el presidio no ha producido la menor utilidad: pues en el corto tiempo que va transcurrido desde que se adoptó la medida de componer el camino con cuadrillas pagadas, se ha adelantado mucho más que lo que se había logrado en años i gastando injentes sumas en la mantención i seguridad de los reos i compostura de carros i prisiones” (ANCh. *Ministerio de Justicia*, Vol. 30. Comunicación del Gobierno Militar de Valparaíso al Ministerio de Justicia, citado en Leon 1998: 190).

¹⁴ Destacan, por ejemplo, los planteamientos de Manuel Antonio Tocornal quien en las memorias que el Ministerio del Interior presentaba al Congreso nacional desde 1852 hasta 1891, citado por Camus (1993: 29) señalaba lo siguiente:

“Hablando en general la intervención del Gobierno en la administración de la beneficencia pública, debe limitarse a auxiliar i reglamentar. A los particulares es a quienes les incumbe, ya individualmente, ya por medio de asociaciones, ejercitar la caridad a fin que los más favorecidos

protejan i alivien a los menesterosos. No sería posible ni conveniente que el gobierno se constituyese en el bienhechor único del país”.

¹⁵ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1066286>

¹⁶ Acta de la Junta General de Salubridad mandadas a publicar por acuerdo de la misma, 1887. Santiago. Imprenta Nacional Moneda, p. 112

¹⁷ Como antecedente el diputado y médico Ramón Allende Padín en 1877 presentó un proyecto de vacunación que posteriormente se convirtió en el proyecto de vacunación obligatoria, el que se discutió hacia 1882 en la Cámara de diputados, donde fue desestimado por atacar a la libertad individual (Cabrera 2012, Illanes 2010). No obstante, en medio del brote epidémico de viruela y de cólera en 1896, el presidente José Manuel Balmaceda, además de decretar la ley de policía sanitaria decretó la vacunación obligatoria para los recién nacidos en 1887.

¹⁸ Existen tempranos registros de promoción de vacunación destacando un primer decreto en 1922 referente a una junta de promoción de la inoculación. Posteriormente en la década de 1830, durante el régimen portaliano, se formó una nueva junta de propaganda de Vacuna cuya sede se encontraba en Santiago y que contaba con juntas anexas pequeñas en las municipalidades (Cabrera 2012).

¹⁹ <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-77198.html>.

²⁰ Archivo del Museo de la Medicina (AMM).

²¹ Conocido es el caso del médico inglés John Snow, quien a partir de la observación de contagios por cólera en Londres entre 1848 y 1849 rastreó el consumo de agua contaminada en el sector sur de la ciudad y su incidencia en la epidemia (Cerde y Valdivia 2007).

²² http://www.salitredechile.cl/mapoteca/map_anh_0438.pdf

²³ <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/635/w3-article-330113.html>.

²⁴ Fue tal la intensidad de la epidemia que se estableció un cordón sanitario en la provincia de Tarapacá lo que generó que los obreros quedaran encerrados y cesantes, instalándose por ejemplo por parte de particulares las denominadas “ollas de hambre” (Illanes 2010). Esto último, tiene especial injerencia en la actualidad en el conetxto de la crisis del covid 19 y el establecimiento de ollas comunes como medida para paliar el hambre de la población cesante.

²⁵ En ese sentido, la preservación del cuerpo y del cuerpo femenino en particular fue una tarea que históricamente asumieron las mujeres, ya se vislumbraba desde el siglo XVIII e incluso antes con la presencia de las médicas y las machis, las religiosas femeninas y con el desarrollo de la escuela de matronas y ya en el siglo XX con la creación de la escuela de enfermería (Zárate 2008).

²⁶ La constitución de 1925 señalaba en su artículo 14:

"La protección al trabajo, a la industria, y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. La ley regulará esta organización. El Estado propenderá a la conveniente división de la propiedad y a la constitución de la propiedad familiar. Ninguna clase de trabajo o industria puede ser prohibida, a menos que se oponga a las buenas costumbres, a la seguridad o a la salubridad pública, o que lo exija el interés nacional y una ley lo declare así. Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad...". (Constitución Política de la República de Chile. Promulgada el 18 de septiembre de 1925. Imprenta Universitaria, p. 10-11)

²⁷ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=24431>

²⁸ Es relevante señalar que la protitución como una de las causas de las enfermedades venereas, guarda relación con el rol que le daba la sociedad a la mujer en su transmisión. Lo interesantes es que el foco a partir de los Manuales estaba puesto en los hombres, más que en el rol de la mujer como foco de infección aspecto que había predominado en el imaginario sobre dichas enfermedades. Lo anterior se explica en el contexto sobre la presencia de escritos sobre la sexualidad femenina a partir de la década de 1910 pero, sobre todo en relación, a un cambio en la percepción del rol de la mujer respecto a las medidas de eugenesia. Esto, ya que era ella la que generaba la selección de la especie, siendo la maternidad un mandato biológico que permitía incubar los hijos de la patria. Bajo este principio el Estado debía protegerlas (Labarca 2008).

²⁹ En 1931 se dictó el Código del Trabajo que incluyó legislación que estableció disposiciones básicas como la fijación de salario mínimo y el pago de indemnización por despido. A lo anterior suma una serie de beneficios y el desarrollo de instituciones públicas dirigidas a solventar dichos programas de salud, previsión social y vivienda. Todos estos estuvieron fuertemente vinculados en relación al tipo de población dirigida y al tipo de financiamiento (Arellano 1988).

En materia habitacional, en 1936 se creó la Caja de Habitación Popular, en este punto es de relevancia detenerse comprendiendo que parte de las causas de las enfermedades, sobre todo las de carácter infeccioso

se debían a las situaciones habitacionales de la gran mayoría de la población proletaria. Esta Caja tenía como objetivo la generación de soluciones de vivienda de financiamiento principalmente estatal para los trabajadores. Lo anterior queda subsumida posteriormente en la CORVI (Corporación de Vivienda), creada en 1952 la cual asume la función de la caja y de varias instituciones públicas que presentaban iniciativas sobre la vivienda (Arellano 1988).

³⁰ Esta discusión nacional generó que en 1936, la Convención Médica celebrada en Valparaíso recomendara la legalización del aborto y de medidas de anticoncepción. No obstante, estas declaraciones fueron rechazadas por parte de sectores más tradicionales de la medicina y de la sociedad en general (Del Campo 2012).

³¹ Los fondos fueron entregados a la Dirección General de Sanidad, en donde se estableció una comisión que definió

“cuatro líneas de inversión: a) saneamiento, 73,3% (rural, alcantarillado, higiene de habitaciones); b) enseñanza, 5,4% (escuela de salubridad para la formación de enfermeras en el Instituto Bacteriológico); c) lucha contra la tuberculosis, 10,5% (creación de Unidad Antituberculosa, mejoría en el tratamiento, educación y readaptación de enfermos) y d) construcciones, 13,8% (6 unidades sanitarias, 10 centros de salud rural, 9 laboratorios regionales, etc.)” (Illanes 2010: 370).

³² Centrándonos, en este caso en particular, en salud destacó la inclusión dentro del nuevo proyecto de las esposas de los trabajadores, no sólo las parturientas, y todos los hijos (adoptivos, naturales, legítimos e ilegítimos) dentro del sistema de salud; el paso del subsidio de enfermedad desde el 5º día hasta 26 y prorrogables hasta 52 a la entrega del subsidio desde el 4º día hasta un año y medio prorrogable, pasando de un subsidio en salario de escala decreciente que solo cubría el 100% la primera semana y luego bajaba al 50% y así sucesivamente por un subsidio equivalente al 100% del salario, con un pago de imposiciones del 15% (10% a cargo del empleado y 5% a cargo del trabajador). Se suma la modificación del subsidio de maternidad de 12 semanas a cargo del Seguro y ya no una parte del empleador y otra del Seguro como se estipulaba anteriormente (Illanes 2010).

³³ En la década de 1960 continuaron los conflictos entre el SNS, los médicos y funcionarios de la salud en general y el Estado. Así, bajo las exigencias de mejoras salariales y a raíz del desarrollo de la medicina social, se inicia en agosto de 1960 una huelga de 14 días debido al no pago de sueldos. Posteriormente, en 1962, destacó el rol de otra asociación de médicos, la Federación Médica de Chile, que también tuvo crisis como la huelga de la pluma en la cual los profesionales no expedían recetas médicas, además de amenazas de renuncias masivas de los médicos al sistema. Estos conflictos llegaron a su fin en 1964 luego de las elecciones presidenciales que definieron a Eduardo Frei como presidente cuyo gobierno acordó un reajuste al sector público del 38% y, en particular, para los funcionarios de salud este reajuste se elevó entre el 51 al 58% (Molina 2007).

³⁴ Estas políticas se introducen desde el SNS a partir de 1965 y sobre esta base en 1967 se estableció la primera,

“Política de Población y de Salud Pública que planteaba tres desafíos: i) reducir la tasa de mortalidad materna por aborto provocado, que alcanzaba a 279 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, representando el 40% de las muertes maternas; ii) reducir la tasa de mortalidad infantil que alcanzaba a 120 por mil nacidos vivos, vinculada con el bajo nivel de vida de la población con alta fecundidad y iii) promover el bienestar familiar, favoreciendo el ejercicio del derecho a una paternidad responsable” (Castañeda y Salamé 2015: 209).

³⁵ Pese a lo anterior, para el periodo de la Unidad Popular (UP) se registran conflictos debido a que el sistema privado –regulado por la Ley de Medicina Curativa– disponía de los mismos recursos del Estado (médicos, equipamiento, etc.) pero obedecía a autoridades y sistemas de pagos distintos. Se consolidó la representación del gremio médico en el SNS, por sobre otros profesionales de la salud, y se afianzó una importante defensa del gremio al ejercicio libre de la profesión. De este modo, aunque desde el gobierno se buscaba encausar un sistema único vinculado a un Servicio de Salud Universal y no discriminatorio, dirigido a todos los ciudadanos, se siguió aplicando un sistema mixto, en el que el Estado a través de su infraestructura tenía una presencia principal (Molina 2007).

³⁶ Sobre la base de esto se crearon, por ejemplo, las Brigadas de Salud, que correspondían a organizaciones voluntarias generadas desde la comunidad que definían democráticamente un/una responsable de Salud y establecían tareas concretas de acuerdo a las necesidades locales. A su vez, contaban con encargados específicos por temáticas como salud mental, y alcoholismo, entre otros. Estas brigadas recibían capacitación técnica y tenían un rol asistencial y educativo en la población local a través del cual se permitía pesquisar tempranamente enfermedades (Illanes 2010).

Además, se pusieron en marcha planes gubernamentales de alimentación como el programa de la leche, enfocado en lactantes, preescolares mujeres embarazadas y madres en momentos intergestacionales y programas de alimentación escolar que se entregarían a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar (JUNAEB) organismo que actualmente sigue existiendo (Illanes 2010).

³⁷De este modo, si una persona posee una enfermedad preexistente se le puede rechazar o limitar la cobertura de esa enfermedad o algún evento que requiera el uso del sistema, como el embarazo. Aunque este último fue declarado una medida arbitraria e ilegal el año 2014.

³⁸<http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html>

³⁹ La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 da cuenta que el 17,2% de los chilenos y chilenas mayores de 15 años han presentado síntomas depresivos en el último año. Estos datos se alejan del 9,5% reportado en Estados Unidos. Además, el suicidio en personas entre 20 y 44 años de edad es la segunda causa de muerte en Chile, concentrando 12,8% de las defunciones (Valdés y Errázuriz 2012).

⁴⁰Informe Anual Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidio por Incapacidad Laboral, http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20190911/asocfile/20190911154114/informe_anual_licencias_medicinas_y_sil_2018.pdf

A su vez son las licencias que más rechaza el sistema de Salud, tanto FONASA con 11,4% y la Isapre el 40,6%

⁴¹El artículo de Garafulic no define cronología específica pero por los hechos descritos se estableció, por parte de la autora de esta tesis, un rango cronológico aproximado.

⁴² Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁴³[http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-](http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-001039&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas)

[001035&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas](http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-001035&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas)

⁴⁴[http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-](http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-001035&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas)

[001035&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas](http://www.afda.cl/detalle_imagen2.php?i=PL-001035&busq=hospital&pag=4&modo=0&v=8ff6a03b6d4bda4e60a9bfb2289799ef193d3e332cb50b4c6e6e6e6508d00fa4b2f807ad8c776d057c649e7bf51f64d0d6b553d60abc776db7a1fd4e51f248ce&cat=placas)

⁴⁵Reglamento para los servicios de salubridad mental obtenida a través de ley Chile, Biblioteca del Congreso Nacional Chile

<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=169728&idVersion=2000-07-14>

⁴⁶A mediados del siglo XIX en Chile la tuberculosis se convirtió en epidemia. Debido a los altos índices de mortalidad se construyeron Sanatorios, como El Peral, San José de Maipo, Valparaíso, Putaendo y Peñablanca, entre otros. También aparecieron organizaciones de beneficencia como las Ligas antituberculosas y los Dispensarios (Herrera y Farga 2015).

⁴⁷Sobre la base del trabajo de Goffman, en Chile se realizó una experiencia de observación participante en el Hospital Psiquiátrico el año 1980 liderada por el médico psiquiatra Hugo Rojas y publicada en 2011.

⁴⁸ Publicado originalmente en 1970.

⁴⁹ “A partir del siglo XII, y por razones no bien definidas, Gheel se convirtió en lugar de peregrinación a donde muchos individuos con desarreglos mentales comenzaron a ser conducidos con la esperanza de la curación. Dimphne fue ulteriormente canonizada, construyéndose una iglesia en su honor a la que se adosó una "cámara de enfermos" (Siecken Kammer), donde los pacientes habían de estar recluidos nueve días antes de ser sometidos a un rito consistente en pasar en cuclillas por debajo de un baldaquín, donde se colocó una urna con las reliquias de Santa Dimphne, para ser "exorcizados"” (Huertas 1988: 258).

⁵⁰ http://www.asylumprojects.org/index.php/Corridor_Plan_Institutions

⁵¹ http://www.asylumprojects.org/index.php/Corridor_Plan_Institutions

⁵²Lo anterior se refleja, por ejemplo en que una consulta médica en 1830 costaba en su equivalencia actual \$ 7000 (siete mil pesos chilenos).

“Algunos aranceles médicos, (considerando que a comienzos del siglo XIX un peso español de plata equivalía a 8 reales), fijados por la Real Audiencia en 1799 y vigentes hasta después de 1831 eran los siguientes: visita simple 4 reales; visita a medianoche 8 reales; operación quirúrgica simple 2 pesos; compuesta, como la amputación de ambas piernas 4 pesos” (Espinoza 2010: 654).

A lo anterior se suma una formación médica deficiente, lo que generaba menosprecio hacia la profesión (Espinoza 2010).

⁵³<http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-74711.html>

⁵⁴<http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/632/w3-article-156951.html>. Accedido en 15/10/2020

⁵⁵ “Voi a llamar ahora vuestra atencion sobre la enfermedad de la locura que ha aparecido en este verano con más frecuencia que anteriormente i sobre la cual he tenido ocho casos en las salas del Hospital. Los excesivos frios i calores pueden aumentar el número de esta clase de enfermos i por esto es de necesidad pensar desde luego en la formación de un establecimiento aparte donde sean curadas estas personas desgraciadas que han perdido el atributo mas notable concedido por el Creador. En las capitales de Europa se cura una gran parte de estos infelices merced al metodo observado en los buenos establecimientos que allí se sostienen.

Considero que entre nosotros las personas que han experimentado algun grado de perturbacion cerebral, ya sea manía, monomanía, demencia, etc, quedando en el seno de sus familias a la vista de aquellas personas que tal vez han influido en el transtorno de su intelijencia, en lugar de curarse se exasperan, i esto se evitaria con la formacion de un establecimiento por separado, donde la curacion se conciliase con el aislamiento, es decir con la privacion de los objetos exteriores i principalmente de aquellas causas que han podido influir en el desarrollo de la enfermedad. La falta de recursos, la contrariedad de los proyectos o miras particulares por una educacion exajerada o mal dirigida, la vida melancólica, de las provincias i campos, la poca educacion i los excesos en el metodo de vida pueden dar lugar a esta enfermedad; i como lejos de disminuir mas bien aumentan los casos se hace cada dia mas necesario la formacion de un establecimiento especial” (Tocornal 1851: 157-158)

⁵⁶<http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/632/w3-article-313499.html>.

⁵⁷ “For want of a lunatic asylum, the insane also are brought to the alms-house, unless their violence compels close confinement; in which case relatives alone are the guardians. Fortunately for Chile, the number of these is small, and their malady of harmless nature: yet it is discreditable to the nation that it has not at least one institution whose especial object is the care of those from the light of reason has departed. Walking along the Cañada one day, a room was pointed out to me in which an insane gentleman had been confined fifteen years. His malady was of so violent a character that none dared approach him, and death only relieved him from his den of filth of misery. Latterly, patients have been sent to the hospital at Lima, where some provisions has been made for them, thought its arrangements are far, very far, behind the age. So great an objection is felt to having persons thus afflicted among them, that when a deranged Italian came from Copiapó to Valparaíso in 1850, although his malady was a perfectly harmless nature, the Intendent attempted to force the British mail steamer to take him away again. Being without means to pay his passage, it was refused him. Then the other passengers protested against his coming on board with them, and the agent positively denied him passage, causing him to be sent on shore in the ships’s boat after the Intendent had sent him on board with money to pay all the charges. For these acts the agent was arrested and tried by criminal court for disrespect towards the constituted civil authority of the province” (Gilliss 1854: 203).

⁵⁸<http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/>

⁵⁹El Hospital de San Andrés era de origen colonial y no era exclusivo para alienados, sino que mantenía una sala para aislar a los “locos” lo mismo que el Hospital de Santa Ana, ambos emplazados en Lima. Este último estaba destinado a los indios y el otro a los españoles (Coello 2018). En el caso de Chile destaca la presencia en el Hospital San Juan de Dios, en el edificio construido en 1799, de una sala para alienados. En ese sentido, se observa que para fines de la Colonia, en el contextos del discurso Ilustrado y su influencia en los borbones, ya se considera la locura como un problema de salud y consecuentemente vinculado a instituciones hospitalarias.

⁶⁰... “una, que fue testada por doña Clementina de la Cerda con esta finalidad en 1843; otra, que fue construida en terrenos cedidos por el Gobierno, provenientes del antiguo regimiento “Quinto de Línea”; finalmente, que pudo abrir sus puertas por erogaciones particulares y la ayuda del Presidente Manuel Montt” (Osorio 2016: 388).

⁶¹En 1886 dicho terreno fue vendido por la junta de Beneficencia a Eusebio Lillo por 4,500 (Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. 1901, Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago).

⁶²“Lei sobre Casa de Locos”, Revista Chilena de la Hijiene I, nº3 (1894): artículo 4º, 616, citado en Aguirre 2019: 102.

⁶³Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. 1901, p. IV. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁶⁴Acta de la junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901, p. 404. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁶⁵Acta de la junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901, p. 404. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁶⁶Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁶⁷En particular los terrenos de la Casa de Orates, como señala Vicuña Mackenna (1869), había pertenecido a los Dominicos y fueron parte de:

“La confiscación de los bienes de regulares en 1824 vino a poner remate a esta decrepitud, i la pingüe dotación de Rodrigo de Quiroga i Pedro de Valdivia, que componía una comarca, reducida ahora a una simple chacara, pasó por la mano del pregonero a un vecino llamado don Juan Alamos (1826) i de este a la del notario don Ramon Sepulveda, que la devolvió (costándole el trance la vida a la subasta pública. Es hoy día propiedad de la casa de Orates, i de esta suerte estos infelices han venido a ser los herederos de la munificencia de los conquistadores” (Vicuña Mackenna 1869: 320).

⁶⁸<https://www.afda.cl/>

⁶⁹<https://www.afda.cl/>

⁷⁰La casa de Orates fue encargada a Vivaceta, quien contaba con tan sólo 18 años y que gracias al apoyo de José Tomás Urmeneta obtuvo dicho encargo (Blanco 1924).

⁷¹Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁷²Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁷³Asimismo, se integran elementos decorativos que nos permiten ver la historia constructiva como se aprecia con las baldosas de concreto hidráulicas presentes en las fotografías desde fines del siglo XIX e inicios del siglo XX y como vestigios actuales y la presencia de mosaico en los edificios de la década de 1950.

⁷⁴<http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-78433.html> . Accedido en 30/8/2020.

⁷⁵Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁷⁶<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/dentista.jpg?sequence=16&isAllowed=y>

⁷⁷Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁷⁸Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁷⁹ Probablemente se refiere a que el piso era de tierra.

⁸⁰Las diferencias en relación al género se pueden ver en diversos estudios de historia de la psiquiatría. En el caso de la Inglaterra victoriana, considerando los estudios médicos y las tasas de residencia femeninas, en los asilos se consideraba a las mujeres más propensas a la locura. Esto, se atribuía al predominio numérico de las mujeres en los asilos ingleses, las que además permanecían por más tiempo, cuestión que también se aplicaba para el caso de hogares de ancianos privados. No obstante, esto pudo deberse a que las familias dependían de un hombre, lo que implicaba que muchas veces había mayor esfuerzo terapéutico hacia ellos (Mauger 2018).

Por otra parte, en el caso irlandés había predominio de hombres en los asilos privados lo que pudo reflejar la mayor disposición de las familias a pagar por los hombres por su mayor importancia económica (Mauger 2018).

De todas formas, para fines del siglo XIX las cifras se modificaron en el caso de la Casa de Orates registrándose un predominio de pacientes mujeres por sobre hombres, a diferencia de lo observado en los primeros años. Lo anterior, se puede comprender bajo la lógica económica y se refuerza—con la implementación de adelantos terapéuticos en hombres inicialmente sobre mujeres, como fue el caso del traslado de hombres a la Quinta Bella, colonia agrícola implementada en 1923.

⁸¹<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/exteriores1.jpg?sequence=20&isAllowed=y>

⁸²<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/ba%c3%bl%o%l1.jpg?sequence=3&isAllowed=y>

⁸³Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁸⁴Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901, pp. 280-281. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁸⁵La construcción del pensionado entre 1884-1885 contaba con consideraciones básicas como el piso de raulí machihembrado en un tercio de los pisos y el restante de corredores asfaltados, propuesta inicial que finalmente terminó en pasillos empedrados y pisos de las piezas enladrillado. Asimismo, para los cimientos se utilizaron piedras canteadas de cerro, posiblemente obtenidas del mismo Cerro Blanco, los zócalos del edificio de cal y ladrillo, las murallas de adobe de ¾, toda la enmaderación de roble y el techo inicialmente

propuesto de fierro galvanizado fue realizado en teja. Estos cambios dan cuenta que en el pensionado, pese a tener condiciones notables en relación al resto de los edificios, la falta de recursos generó acomodaciones materiales (Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago)

⁸⁶Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. 1901, p. 211. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

⁸⁷Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901.

⁸⁸Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, Imprenta y Encuadernación Universitaria, 1905.

⁸⁹

<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/camas4.jpg?sequence=9&isAllowed=y>

⁹⁰El plano del Manicomio Nacional consideró dentro de su diseño, baños y enfermería y los siguientes pabellones para alienados: de pensionistas de primera y segunda clase, convalecientes, semitranquilos, epilépticos, sucios y de los agitados (Zilleruelo 2002). Asimismo, consideró pabellones de servicio y talleres como el de carpintería, zapatería y sastrería, entre otros.

⁹¹Existen antecedentes de negociación con otras órdenes como la Compañía de las Hijas de la Caridad (Compagnie des Filles de la Charité). Esta orden se encontraba en Chile desde mediados del siglo XIX, específicamente a partir de un contrato civil y eclesiástico firmado en París en 1854. A su llegada se hizo cargo de la atención de los hospitales San Juan de Dios, San Francisco de Borja y el Asilo de Expósitos en la capital. Posteriormente, se sumaron el Hospital San Vicente de Paul (1872), el Hospital del Salvador (1892) y otros hospitales en provincia (Aguirre 2019).

Para la Casa de Orates los intentos iniciales por contratar colaboración de una orden religiosa se realizaron en la administración de Francisco Gonzalez, en 1892, sin embargo, esto se llevaría a cabo más tarde, bajo la dirección del administrador Pedro Montt (Aguirre 2019).

⁹²Larraín Bravo, señaló respecto a los pavimentos que en el caso de la vivienda obrera pueden ser ladrillos; “pero se les prefiere los de asfalto mineral ó artificial porque este material es un excelente desinfectante” (Larraín Bravo 1909: 1385). Asimismo, indican pueden ser enlucidos con un compuesto de carbón piedra, escorias y de cemento Portland o de cal hidratada, lo que impedía guardar polvo en las juntas y la penetración del agua.

⁹⁴<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/camas.jpg?sequence=5&isAllowed=y>

⁹⁵<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/camas2.jpg?sequence=7&isAllowed=y>

⁹⁶<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/camas5.jpg?sequence=10&isAllowed=y>

⁹⁷Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896. Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta Gutenberg, Santiago, 1897.

⁹⁸Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, Imprenta y Encuadernación Universitaria, 1905.

⁹⁹Casa de Orates de Santiago. Actas de la Junta de Beneficencia, 1885: 279.

¹⁰⁰ “los muros de las casas de obreros deben ejecutarse con ladrillo de preferencia á cualquier otro material. Para que el ladrillo sea perfectamente impermeable debe estar bien cocido, pero no es preciso vitrificarlo.

En Chile la costumbre y la economía hacen que se emplee el adobe. Éste además de su poca duración comparada con la del ladrillo, de la piedra ó el concreto, tiene el grave inconveniente de atraer la humedad telúrica” (Larraín Bravo 1909: 1386).

¹⁰²La baldosa de cemento se utilizó desde mediados del siglo XIX y su uso se extendió en Chile a principios del siglo XX a partir de la importación de este producto y posteriormente con la fabricación local principalmente por la industria de Baldosas Córdova Palacios (Brancoli y Berstein 2016) en Santiago y en Valparaíso las baldosas Collado-Jaume fundada alrededor de 1920 (Araya y Exss 2017) No se descarta que el uso de baldosas en la Casa de Orates sea anterior aunque la información de archivo no lo señala con claridad. La producción inicial de este material se basó en el uso de una prensa de tornillo manual la que posteriormente fue modificada por una prensa hidráulica, de ahí su nombre de baldosas hidráulicas (Araya y Exss 2017).

¹⁰³De esos 23 enfermos uno ingresó en 1861; uno en 1868; dos en 1870; cuatro en 1872; dos en 1873; dos en 1875; dos en 1876; cinco en 1877 y cuatro en 1878. En tanto, entre 1880 a 1889 quedaba un total de 127 pacientes (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, Imprenta y Encuadernación Universitaria, 1905).

¹⁰⁴De esos 61 enfermos, uno ingresó en 1868; uno en 1870; uno en 1872; uno en 1873; uno en 1875; uno en 1877; uno en 1878; cinco en 1881; tres en 1882; dos en 1883; cinco en 1884; tres en 1885; seis en 1886; siete en 1887; seis en 1888; nueve en 1889, y ocho en 1890 (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1920, oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta y Litografía Selecta, 1921). Se aclara que en el acta dice que son 61 enfermos pero al sumar la cantidad de pacientes por año da un total de 60.

¹⁰⁵Los materiales empleados para el proyecto fueron ladrillos, piedras, arena y cemento. Los materiales de los tubos utilizados fueron cemento y greda barnizada. Las técnicas constructivas fueron diversas, entre ellas se contó la mampostería, albañilería, estucos, hormigones y chapas (Fernández 2015).

¹⁰⁶La construcción definitiva del alcantarillado interior ocurrió entre 1823 y 1825 con antecedentes previos de un alcantarillado provisorio en la administración de Montt en 1895 (Oficio de los administradores al Señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates 1823) e instalaciones en 1913. Aunque se efectuó el alcantarillado exterior, las instalaciones internas tardaron varios años más.

¹⁰⁷Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1899, 1900. Imprenta Valparaíso, de Federico T. Lathrop, Santiago.

¹⁰⁸ <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-77146.html> . Accedido en 15/3/2021.

¹⁰⁹<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/exteriores4.jpg?sequence=23&isAllowed=y>

¹¹⁰ <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/629/w3-article-612507.html> . Accedido en 28/10/2020.

¹¹¹Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago.

¹¹² <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-77148.html> . Accedido en 12/3/2021.

¹¹³ <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-77149.html> . Accedido en 12/3/2021.

¹¹⁴ Hay antecedentes previos de enajenación de 20 metros para ensanchar calle los Olivos en 1899, para lo que fue necesario ese año reconstruir las dependencias de la administración que daban a esa calle (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1899. Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta Valparaíso, de Federico T. Lathrop, Santiago, 1900).

¹¹⁵ Se señala para dichas construcciones el uso de ladrillos corrientes, ladrillos de composición, cal, fierros en barras, maderas, adobes y bolones (Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago, 1905).

¹¹⁶Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1909, 1910, p. 271. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago,

¹¹⁷Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905, p. 2. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago,

¹¹⁸Llegaron 15 religiosas a Chile, pero se establece dentro de su incorporación inicial al trabajo de la Casa de Orates solo seis, número que aumentó posteriormente (Aguirre 2019).

¹¹⁹Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, pp 5-22. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1824, 1825. Imprenta y Encuadernación Universo.

¹²⁰<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/patio%20grez.jpg?sequence=39&isAllowed=y>

¹²¹Las hermanas permanecieron en la Institución hasta 1985 (Escobar *et al.* 2010).

¹²²Primera Parte Exposición del Director, pp. 65-20. En: Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929, presentada por el director Don Armando Vargas, Talleres Gráficos “San Rafael”, Asilo de Temperancia, Santiago 1930, p. 15.

¹²³ Una de ellas fue *La dirección de los Manicomios*, en 1894, en la que entró en la controversia sobre el rol de los médicos y su subordinación a la administración. La siguiente fue, en 1898, el libro *Instituciones y Servicios de Enajenados de Europa y E.E.U.U.*, correspondiente a un extenso trabajo compilatorio solicitado por el gobierno, en el que da cuenta de su comisión de estudios sobre enfermedades nerviosas y mentales y de la organización de los hospitales que visitó en Europa y Estados Unidos entre 1895 y 1897 (Escobar 2000).

¹²⁴Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1909. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago, 1910.

¹²⁵Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1909. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago, 1910.

¹²⁶Se planteó en los terrenos de la Casa de Orates, al lado norte de la Calle del Rosario o Santos Dumont, la construcción de un Hospital psiquiátrico, destinado a la enseñanza universitaria, a la asistencia de

enfermos agudos y a la profilaxis de las enfermedades mentales, servicio que operaba en ese minuto al interior de la Casa de Orates a cargo del Dr. Fontecilla, y que contaría con un policlínico de neuropsiquiatría que funcionaría en la Casa de Orates desde mayo de 1928 (Exposición del Director del Manicomio de Santiago Don Francisco Echeñique Gandarillas, primera parte. En: Memoria del Manicomio de Santiago 1928, 1829 p.5-28)

¹²⁷Memoria Médica presentada por el señor Médico Jefe Dr. Don Jerónimo Letelier, y Anexos del Servicio Médico. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago de 1927. 1928, pp. 179-271.

¹²⁸Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, p. 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 66 Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹²⁹ Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 66, Imprenta y Litografía Universo,

¹³⁰ Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, 1927. Imprenta y Litografía Universo.

¹³¹ Estadística General de los Alienados. Quinta Parte, pp. 95-178. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago de 1927. 1928, p. 112.

¹³²Memoria Médica presentada por el señor Médico Jefe Dr. Don Jerónimo Letelier, y Anexos del Servicio Médico. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago de 1927, 1928, pp. 179-271.

¹³³Estatutos de la Asociación médica de la Casa de Orates. 1927 p. I.. Imprenta y litografía “La Ilustración”, Santo Domingo 823,

¹³⁴ Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago, 1905.

¹³⁵Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago.

¹³⁶Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1909, 1910. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago.

¹³⁷Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1910, 1911. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago.

¹³⁸Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1911, 1912. Imprenta/Encuadernación Sud-Americana. Santiago.

¹³⁹Dentro de la evidencia de los problemas materiales destaca la carta de Benjamín Astudillo (interno) al Sr. Urrejola del 21 de julio de 1916 en donde responde a una solicitud de ropa enviada y solicita nuevamente prendas específicas por el frío que hace en el lugar:

“pero lo que me hace mucha falta son calzoncillos muy gruesos y camisetas muy gruesas porque siento mucha maldad en las piernas y como le digo estoy muy pobre de salud en esta y mucho desearía que me mandase también de regalo aunque sea un calzoncillo muy grueso y una camiseta muy gruesa o lo que guste mandarme le agradecería mucho” (Lavín 2003:19)

¹⁴⁰Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente, 1918, pp. 6-7. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1916, Imprenta y Litografía Selecta.,

¹⁴¹Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente, 1918, pp. 6-7. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1916, Imprenta y Litografía Selecta.

¹⁴²Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, pp 5-22. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1824, 1825., Imprenta y Encuadernación Universo, Santiago.

¹⁴³Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, pp. 5-39. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1827, 1828. Imprenta y Encuadernación Universo, Santiago

¹⁴⁴Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, pp. 5-22. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago, correspondiente al año 1824, 1825 p.15. Imprenta y Encuadernación Universo, Santiago.

¹⁴⁵Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁴⁶Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, pp. 5-22. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1824, 1825. Imprenta y Encuadernación Universo, Santiago.

¹⁴⁷Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondientes al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 55. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁴⁸En la revista Suceso 1915, se hace referencia a una visita a la Casa de Orates en donde se señaló:

“Un cuadro que nos impresionó de verdad que sufren las degeneraciones que les legaron sus padres.

–son epilépticas, nos dijo la madre Geraldina, acariciando con solicitud maternal una cabecita de pelo negro, cara pálida y ojos turbios sin expresión.

–Y lo peor, agregó, que todas estas pobrecitas son mudas. Una de éstas solo dice papá (Sucesos. Valparaíso: [s.n.], 1902-1934 (Valparaíso: Universo) 32 v. N°691, año XIV, (23 dic. 1915).

¹⁴⁹Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1923, 1924, p. 7

¹⁵⁰<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/servicio%20panaderia%201.jpg?sequence=44&isAllowed=y>

¹⁵¹<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/escobas.jpg?sequence=17&isAllowed=y>

¹⁵²<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/sabanas.jpg?sequence=42&isAllowed=y>

¹⁵³<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/hilanderas.jpg?sequence=38&isAllowed=y>

¹⁵⁴Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1924. Presentada por el Director, don Manuel Francisco Gandarilla, 1915, p. 9. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁵⁵Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 34. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁵⁶Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 34. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁵⁷Se debe recalcar, que Manuel Rojas poseyó un vínculo emocional relevante con esta institución tanto por su cercanía a José Domingo Rojas, poeta y estudiante del Instituto Pedagógico y de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, quien en 1920 falleció en la Casa de Orates a los 24 años, de luego de haber sido apresado por manifestaciones efectuadas por la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (FECH) y con Juan Gandulfo, médico y poeta, quien pasó por la Casa de Orates como interno (Zalaquett 2005), ambos personajes se esbozan en la obra.

¹⁵⁸Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, 1927, p. 6-7. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁵⁹<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/exteriores7.jpg?sequence=25&isAllowed=y>

¹⁶⁰A modo de ejemplo:

- 1906: 27,68 por ciento internados por abuso de alcohol.
- 1907: 24,17 por ciento internados por abuso de alcohol.
- 1908: 22,5 por ciento internados por abuso de alcohol.

¹⁶¹Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁶²Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla. 1927 p. 28. Imprenta y Litografía Universo, Santiago

¹⁶³Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla. 1927, p. 27. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁶⁴Decreto Supremo que ordena la Creación del Open Door. En: Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929, 1930, p. 32. Talleres Gráficos San Rafael, Asilo de Temperancia, Santiago.

¹⁶⁵Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁶⁶Primera Parte Exposición del Director. En: Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929, 1930, pp. 15. Talleres Gráficos San Rafael, Asilo de Temperancia, Santiago

¹⁶⁷Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929. Talleres Gráficos San Rafael, Asilo de Temperancia, Santiago.

¹⁶⁸La Nación, años XIII Núm. 4452, 15 de mayo de 1929.

¹⁶⁹Primera parte exposición del Director del Manicomio de Santiago Don Hector Boccardo, Memoria del Manicomio de Santiago correspondiente a 1930, 1931. Talleres Gráficos San Rafael Asilo de Temperancia Santos Dumont 835, Santiago.

¹⁷⁰ Primera parte exposición del Director del Manicomio de Santiago Don Jerónimo Letelier, Memoria del Manicomio de Santiago correspondiente a 1932, presentada por el Director Jeronimo Letelier, 1933. Talleres Gráficos San Rafael Asilo de Temperancia Santos Dumont 835, Santiago.

¹⁷¹ Memoria de la Casa de Orates de 1927, Imprenta San Rafael, Santiago, 1928.

¹⁷² <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/exteriores3.jpg?sequence=22&isAllowed=y>

¹⁷³ Oficio del señor Administrador de la Casa al Intendente. En: Memorias de la Casa de Orates de Santiago en el año 1907, 1908. Imprenta y encuadernación Universitaria, Santiago.

¹⁷⁴ Oficio del Administrador de la Casa de Orates al Señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1916, 1918. Imprenta y Litografía Selecta, Santiago.

¹⁷⁵ Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1924, 1925, p. 8 Presentada por el Director, don Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁷⁶ Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896, 1897. Imprenta Gutenberg, Santiago.

¹⁷⁷ Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1924, 1925. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁷⁸ Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896, 1897. Imprenta Gutenberg, Santiago.

¹⁷⁹ Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁸⁰ Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas. En: Memoria de la Casa de Orate de Santiago correspondiente al año 1824, 1825, p. 6. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁸¹ Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p. 27. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁸² Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp. 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, 1927. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁸³ Máximo Campo tomó el cargo de Director a su llegada, ejerciéndolo hasta 1923.

¹⁸⁴ Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1920. 1921, p. 17. Litografía y encuadernación Selecta, Santiago.

¹⁸⁵ Memoria de la Inspección General a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, pp. 50-84. En: Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926, Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927, p.62. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

¹⁸⁶ ... “de los recursos empleados, i con que contamos para el tratamiento se puede agrupar en:

- 1) medios hijiánicos:
- 2) medios terapéuticos

En la gran división de medios hijiánicos entran no solamente los que la Higiene, en sus diversas ramas, social, individual, médica, etc. recomienda, sino otras series de recursos que ántes se han agrupado, en el lenguaje de la Psiquiatría, con el nombre de medios morales, i entre los cuales se señalan el aislamiento, el apoyo, moral del enfermo, los entretenimientos, la ocupación, el trabajo, la lectura, etc.

Sin poseer todavía todos los recursos deseables de medios hijiánicos, el Establecimiento cuenta con los suficientes para emprender i llevar con éxito la asistencia de los enfermos, i cada día se completan dada la importancia que a ellos se da para el tratamiento de la enajenación mental.

Así es como existe además de especial cuidado en la higiene de los edificios i habitaciones, de las ropas i útiles, de la alimentación i vestido; atención organizada de médicos cuidadores, de vigilancia i de observación; de trabajo organizado en forma de talleres, de entretenimientos i distracciones.

Todos estos recursos, inherentes a la constitución de los Hospitales de enajenados, son exigidos con marcada premura i perfección en todo los países del Mundo, i a ellos se atribuye una influencia, sino mayor, por lo menos tan alta como a la segunda serie, los medios terapéuticos, que vamos a mencionar. I, precisamente, de su existencia i de su suficiencia depende la bondad del tratamiento de enfermos.

Sin el aislamiento, que brinda quietud, alejamiento de causas de excitación, reacciones nuevas i eficaces para la salud mental del enfermo; sin el régimen uniforme; la reglamentación ordenada; el buen empleo del tiempo; i demás factores que entran en los medios que mencionamos, no se obtendrían los éxitos de curaciones, de asistencia i orden, que proporciona un buen Hospital de enajenados. I en esto consiste la bondad de la asistencia de enfermos en ellos, i su preferencia, fundada i razonable, sobre la que se puede proporcionar a domicilio.

En la segunda categoría de medios, cuenta la Casa de Orates con una dotación suficiente de elementos. A esta segunda serie pertenecen las aplicaciones de medicamentos o drogas i el uso de agentes físicos

i psico-físicos como el uso del agua, de la electricidad, i del hipnotismo que forman la base de los métodos de curación llamados hidroterapia, electroterapia, e hijoterapia.

Cuanto al arsenal de medicamentos empleados, es completo i tan variado como dispendioso. Se renueva cada año i se hace tan directamente de fábricas europeas acreditadas.

Aunque no del todo completadas, las secciones de baños, ofrecen las instalaciones i utilaje que permiten aplicar con felices resultados diversas prácticas de hidroterapia.

El Gabinete de electricidad, cuenta con los aparatos completos i eficaces para utilizar este medio de tratamiento; i no solamente tenemos a nuestro alcance pequeños instrumentos, sino grandes i costosas máquinas, de corriente constante, inducida i estática, que forman la mejor instalación en su jénero de nuestros establecimientos de beneficencia pública.

El arsenal de instrumentos quirúrgicos es nuevo i suficiente en dotación, para las necesidades del Hospital (AMN. FEB ts CRU00808. AMM: 3-8).

¹⁸⁷Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901: 279

¹⁸⁸La neurastenia fue definida por el neurólogo y electroterapeuta, George M. Beard como la “enfermedad de América” y correspondía a la respuesta corporal a la modernidad y al colapso del sistema nervioso por el stress. “Beard vio el “fluido nervioso” y la electricidad como intercambiables y los asoció con un principio de vitalidad. Así, la electricidad era vista como restaurativa del desequilibrio nervioso” (Araya y Leyton 2009: s/p)

¹⁸⁹El “absceso de fijación” consistió en inyecciones “de esencia de trementina envejecida y oxigenada al contacto del aire” (Pigem Serra 1945: 260).

“En general, se inyectan 1 ó 2 c.c., profundamente, en la región glútea o en la cara externa del muslo; suele producirse una reacción local en la zona de la inyección con dolor, calor y enrojecimiento, y formación de una colección leucocitaria (pus aséptico). Al mismo tiempo se presenta desde las primeras horas una reacción general del organismo con ascenso de la temperatura que llega a 39 grados o más. Generalmente el enfermo queda postrado en cama con impotencia funcional del miembro inyectado. En 3, 4 ó 5 días suele desaparecer la fiebre y se va reabsorbiendo la colección purulenta. El absceso de fijación tiene una brillante indicación: calmar los cuadros con intensa agitación psicomotriz de cualquier naturaleza que sea. Por lo tanto, lo mismo está indicado ante agitaciones esquizofrénicas que ante los enfermos maníacos” (Pigem Serra 1945: 260).

¹⁹⁰La lavandería fue parte de las dependencias del teatro, posteriormente cambió su funcionalidad.

¹⁹¹<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/292/teatro%20grez.jpg?sequence=47&isAllowed=y>

¹⁹²Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896, 1897, p. 6. Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. Imprenta Gutenberg, Santiago.

¹⁹³Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1899, 1900. Imprenta Valparaíso, de Federico T. Lathrop, Santiago.

¹⁹⁴Se ha planteado que la confusión se debe a que Pedro Lira realizó un mural en la capilla.

¹⁹⁵Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago.

¹⁹⁶Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1925, 1926.

¹⁹⁷Arqueóloga que en 1964 tomó un curso de psicología con Luis Custodio Muñoz y realizó una observación a una paciente durante medio año.

¹⁹⁸ Folleto Primeras Jornadas de Neuropsiquiatría del Pacífico, Prensas de la Universidad de Chile 1937.

¹⁹⁹Dicho tratamiento fue descubierto accidentalmente por el psiquiatra alemán Manfred Sakel al aplicar insulina a morfinómanos lo que les generó convulsiones y fue ampliamente utilizado para diagnósticos como la esquizofrenia. Sin embargo, su riesgosa implementación generó su desuso (Araya y Leyton 2009).

²⁰⁰ Se señala la Casa de Orates, posiblemente se refieren al Manicomio Nacional, denominación de la institución para aquella época.

²⁰¹<https://segundinos.cl/web/el-libro-de-guardia-incendio-en-el-manicomio-de-santiago/>

²⁰²Las camas se subdividían en: 40 en pabellones nuevos, 4 a pabellones aislados y 57 en pabellones transformados (Medina 2002 b).

²⁰³Instituciones de Asistencia Social de Santiago, Seminario de Investigaciones Sociales (ex Dirección General de la Escuela de Servicio Social), Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1966: 223-224.

²⁰⁴<https://www.psiquiatico.cl/index.php/292-instituto-psiquiatico-despide-a-gran-maestro-de-la-psiquiatria-dr-rafael-parada-allende>

²⁰⁵En el Programa del Gobierno de la Unidad Popular hay referencias relevantes en torno a la salud mental y el cambio paradigmático, como las siguientes:

1. Combate científico organizado al alcoholismo;
2. Combate a la drogadicción, con participación activa de los organismos administrativos y de la juventud, representada por diferentes organizaciones de base;
3. Humanización de la atención psiquiátrica, cambiando la tradicional atención cerrada por una atención comunitaria y abierta en la cual se dé especial importancia a los familiares de los enfermos;
4. Creación y organización de recursos humanos y de construcciones de establecimientos y talleres de laborterapia para la rehabilitación de los enfermos mentales (Norambuena 2017: 110).

²⁰⁶Este tipo de intervención se venía generando desde mediados de la década de los 50 en Europa, y se vinculaba a que:

“El objetivo de la rehabilitación para aquellos incapacitados tanto físico como psiquiátricamente es ayudarlos a una readaptación a la vida. Ellos no solo tienen que desempeñar labores, sino que tienen que ser capaces de participar y desempeñar roles en la sociedad” (Dr. Douglas Bennet, Consultant Psychiatrist, The Maudsley Hospital, Inglaterra 1972. En Correspondencia. Revista del servicio de Siquiatría del Hospital Clínico Regional Temuco, Enero, 1973: 3).

²⁰⁷El programa fue reiniciado en 1976 en el Sanatorio el Peral a cargo de Luis Montesinos, en el denominado patio 10 considerado el “peor pabellón”:

“Durante los primeros meses del programa, al regresar al pabellón los días lunes, era frecuente encontrar dos o tres cadáveres esperando su traslado a la morgue. Ese servicio no estaba disponible los fines de semana. La miseria era insolente, se mostraba con descaro y nos abofeteaba todas las horas de todos los días, especialmente esos lunes de invierno. Era en el pabellón de niños donde por las mañanas esto cobraba ribetes dantescos, algunos deambulaban desnudos y sucios con excrementos a la espera de ser duchados y limpiados, las sábanas de la noche anterior estaban apiladas en el piso de los baños, otros lloraban de hambre después de alrededor de 12 horas de ayuno desde su última comida, el lugar estaba maloliente y la muerte se paseaba sin ropas (Montesinos 2018: 4).

²⁰⁸En 1975 el mural fue declarado Monumento Nacional, en el Decreto se señala:

“Declárese Monumento Histórico el mural pintado por Pedro Lira, existente en el altar mayor de la Capilla del Hospital Psiquiátrico, ubicado en Av. La Paz N° 841, de la comuna y provincia de Santiago” (Decreto N° 513, Consejo Monumentos Nacionales, 13 de junio de 1975, f. 1).

Su declaración como Monumento sucedió en los primeros años de la dictadura, momento en el que el Hospital se encontraba en franco abandono por parte del Estado, por lo que el terremoto fue una oportunidad de parte de las autoridades de la dictadura de mover la obra a dependencias del ejército, la que por cierto no ha sido devuelta. En ese sentido, los militares una vez más, al igual que lo ocurrido con las dependencias del primer Manicomio Nacional en la calle Antonio Varas en 1896, enajenaron objetos vinculados a espacios dirigidos a pacientes psiquiátricos.

Se rescata, además, que el teatro recién fue declarado como Monumento Nacional el año 2016, lo que podría deberse al carácter inmueble de este ya que posee también frescos, los que se han atribuido a Pedro Lira, de esta información no hay certeza.

²⁰⁹Mismo departamento donde se trasladaron los pacientes judiciales de allegados por un año, después del terremoto de 1985, fecha en la que ya se documentaba la aplicación de políticas de puertas abiertas.

Sobre esta base, es interesante señalar la resistencia a cambios dentro de los mismos funcionarios. Con las críticas en torno a las políticas de puertas abiertas aplicadas por el médico Willy Steil según el expediente en torno al caso del hombre crucificado, al respecto la enfermera Mónica Rojas, señaló “Se había instalado la política de puertas abiertas, que coincide con los problemas más serios” (Fluxá y Palma 2018: 12).

²¹⁰Información del paciente según fiscal Blanca Santana:

“Durante la primera entrevista, el auxiliar paramédico, hermanastro del paciente, se muestra reticente, nervioso, agrega datos imprecisos, cuidando cada palabra, rechazando la grabadora. Luego dice que ocasionalmente vio al paciente y a su madre durante su infancia, ya que esta última enviudó antes de que él naciera y fue criado por la abuela materna. Enrique Efraín Torres Zapata nació el 27 de julio de 1947, en el fundo La Aurora de Quirihue, el parto fue normal, sin asistencia médica ni hospitalización. La madre, sin datos de escolaridad, dueña de casa, se casó en segundas nupcias con un hombre de 45 años, viudo, agricultor, propietario de terrenos y alcohólico. Enrique Torres Zapata fue el quinto hijo de la unión legal y durante su lactancia se desarrolló en forma normal. Al año sufrió una caída de una cama alta y al poco tiempo se le presentó la “gota cora”, que es la denominación de campo a las crisis convulsivas. Se ignora si recibió asistencia médica y tratamiento. El paciente tenía 2 años cuando fallece la madre; ella tenía 39 años. El padre se volvió a casar por tercera vez al mes de quedar viudo con una mujer de 22 años que no se preocupaba de

Enrique. Él y sus hermanos se quedaron en la casa, pero a cargo de una hermanastra, que hizo de madrastra. A los pocos años, la madrastra fue expulsada por su cónyuge al enterarse de que había vendido terrenos y animales sin autorización, continuando como dueña de casa la hijastra del padre del paciente, de unos 18 años. El paciente tenía 7 cuando falleció su padre. Le quedaron tres hermanos mayores. Una tutora que vivía en Viña del Mar, hermana de padre, que iba de vez en cuando a visitar el campo, quedó a cargo. Enrique no sabía ni utilizar los servicios para comer. A los 10 empezó a irse de la casa, dormía en la intemperie, no se interesaba por nada. A medida que pasaba el tiempo, sus salidas eran más frecuentes y sus tiempos de ausencia más prolongados. Cuando el paciente tenía 12 años, el hermano auxiliar paramédico se fue a vivir a Santiago y dejó de saber de él. Es decir, desde los 12 años a los 23 se ignora todo tipo de conducta y antecedentes de Enrique. Recién el año 70 volvió a saber de él, cuando [ilegible] lo vino a tirar al hospital, después de haber enajenado sus bienes. Enrique ingresa el año 1970 al pensionado, por una gestión administrativa de su hermano. Hasta 1982 no se consigna ninguna atención médica. Ese año se le da el alta, por no pago de hospitalización. Se le describe como mudo, ocasionalmente hace ruidos guturales. Conductualmente tiene actitud temerosa, de defensa, tanto frente al personal como en relación a otros pacientes”(Fluxá y Palma 2018: 13)

²¹¹El paciente murió a causa de suicidio el año 2007

²¹²La habilitación de hogares ha sido exponencial, observándose para el año 2004 un total de 218 usuarios en esa condición (Hogares compensados 162 y Hogares forenses 56); y el año 2006 se suma la creación de 8 hogares y residencias protegidas para 64 pacientes más.

²¹³Evaluación Programa Residencias y Hogares protegidos, división de control de Gestión Pública dirección de presupuestos Ministerio de Hacienda, 2020: 8.

²¹⁴Cuenta Pública, 2012. <https://www.psiquiatrico.cl/index.php/participacion-ciudadana/cuentapublica>

²¹⁵Cuenta Pública, 2016. <https://www.psiquiatrico.cl/index.php/participacion-ciudadana/cuentapublica>

²¹⁶El año 2013 el Instituto contó con una actividad de pregrado de 92 médicos en formación de postgrado de distintas especialidades y 2.020 estudiantes de pregrado de distintas carreras. En tanto el año 2015 se observó un total de 91 médicos en formación de postgrado y 1.567 estudiantes de pregrado.

²¹⁷Entrevista E.B

²¹⁸Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, Imprenta y Litografía Universo, 1927.

²¹⁹Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos anteriores a la primera Acta 1852-1854. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago, 1901: 14.

²²⁰Valenzuela (1991: 30-31) señala que desde el periodo colonial una variante del adobe fue:

“el "adobón", especialmente en las pircas que cerraban o dividían las propiedades. Eran aproximadamente de una vara o vara y media de largo, por el ancho del muro y un pie de alto. Se usaba un molde con las medidas apropiadas, colocado en ambas caras del muro, y el barro se vaciaba allí mismo a medida que se levantaba la pared”.

²²¹Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente.. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, 1905, p. 6. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago.

²²²Oficio del señor Administrador de la Casa al Intendente. Memorias de la Casa de Orates de Santiago en el año 1907, 1908. Imprenta y encuadernación Universitaria, Santiago.

²²³<http://bottleinfo.historicbottles.com/index.htm>

²²⁴Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 132.

²²⁵Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.

²²⁶Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.

²²⁷Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 235

²²⁸Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 235.

²²⁹Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.

²³⁰Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.

²³¹Una cuarta equivale a 21 cm aproximadamente entonces tres cuartas serían alrededor de 63 cm. Los adobes del muro poseen un total de entre 48 y 50 cm de longitud, por lo que no coincide su tamaño.

²³²<https://www.flickr.com/photos/stgonostalgico/48849802911/in/album-72157713636249121>

²³³<https://www.enterreno.com/moments/cerro-santa-lucia-1925>

²³⁴El nombre se dio en honor al Marqués de Avilés, quien restableció la lotería en 1797 cuyas ganancias se aplicaron al Hospital y a la Casa de Huérfanos (Laval 1949).

²³⁵Para este estudio se utilizaron los planos presentes en las publicaciones de Guarda (1978: 198), en los que se distinguen los accesos y en otra publicación de Guarda (1997) la que aparece el plano completo pero en peor resolución.

²³⁶ “La Cañada era un pedregoso lecho de río, por donde solía el Mapocho lanzar, en tiempos de avenida o de fuertes lluvias, uno de sus brazos vagamundos, el cual había, a través de siglos incontables, cavado la quebrada de ese nombre. Esta, poco a poco también, debía transformarse en la gran arteria que después de haber conservado largo tiempo su primitiva designación tan castellana de Cañada, y un siglo el de Alameda de las Delicias, fué desde pocos años atrás, con aquel prurito criollo de cambiar todo lo que representa la tradición y la historia, la Avenida Bernardo O’Higgins y ahora la Alameda Bernardo O’Higgins. Ahí se levantó, edificio solitario y mucho tiempo único, a orillas del barrancón cavado por las aguas, en pleno pedregal de su lecho, entre espinos y sauces llorones, el Hospital de Nuestra Señora del Socorro, fundado por don Pedro de Valdivia en 1552, en honor de la pequeña imagen de la Virgen de esta denominación que él trajera atada a una argolla de su montura jineta. Después de cuatro siglos, hecho único de perpetuidad en Santiago, ahí muy cerca, encima del altar mayor de San Francisco, se venera la preciosa imagen testigo de toda nuestra historia” (Peña 1944: 28).

²³⁷Esta arquitectura además se condice con la de tipo tradicional chilena, desarrollada desde la Colonia hasta el siglo XIX, en donde predominaban “hileras de piezas longitudinales y transversales, que, dejando tres espacios abiertos y sucesivos de la calle hacia el interior, formarían tres patios, siendo el segundo el centro de la casa. Esta distribución general con tres patios, con muy pocas variantes de detalle, permanece durante tres siglos como el modelo de la casa chilena” (Secchi 1952: 8). En este caso en particular, más allá del número de los patios, se mantuvo el uso de hileras de habitaciones

²³⁸La arquitectura moderna en Chile se desarrolla principalmente entre 1950 y 1965, y se vincula al contexto postguerra y a la búsqueda del racionalismo. Lo anterior se expresa en la eliminación del ornamento, pero manteniendo el tipo clásico de la obra (Eliash 2014).

²³⁹El mosaico vitreo comenzó a masificarse con el desarrollo de la arquitectura moderna, y se masificó en la segunda oleada del movimiento moderno en Chile, superando la excesiva racionalidad presente en las primeras manifestaciones:

...“en las décadas del sesenta y setenta, mediante grandes proyectos que hicieron extensivo este material a lo largo de todo el país debido a su funcionalidad, y la posibilidad ornamental que prestaba, dentro del marco que el movimiento moderno permitía; es decir, materiales funcionales pero que en su funcionalidad presentaban condiciones que aportaban al espacio público” (Vera 2013: 447)

²⁴⁰En ese marco, en el contexto de las reformas borbónicas y el desarrollo del higienismo se destacan las primeras intenciones de estructurar instituciones como los conventos femeninos. La realidad de institución total, representada por su condición de aislamiento con el exterior, establecía formas de empoderamiento de las mujeres inéditas para el periodo y que se expresa, por ejemplo, en los tamaños de las dependencias de ciertas religiosas. Ello generó una serie de pugnas entre los conventos, particularmente de órdenes calzadas, con instituciones como el arzobispado, otras órdenes masculinas e incluso el Cabildo a fines del siglo XVII. Distinta es la condición de los claustros masculinos, los que desde el inicio muestran cierto nivel de organización representada por la estructura de la casa chilena. Esto se vinculó posiblemente a la conexión que ellos poseían con el exterior, vinculada a la estructura patriarcal de la sociedad colonial.

²⁴¹Obras previas como el puente Cal y Canto (1767) –que permitió la conexión de la ribera norte del río Mapocho– y la fundación del Cementerio General (1821), fueron configurando la nueva identidad higiénica de este barrio.

²⁴²). La publicación de Murillo *Hygiène et Assistance Publique au Chili* –editada a propósito de la Exposición Universal de París, en la sección Chile– se describe esta institución como un hospital moderno asociado a la presencia de edificios con buena ventilación y patios con árboles frutales que daban sombra y fruta a los y las internas (Murillo 1889).

²⁴³ Esta situación la describe tempranamente, en un informe de 1875 sobre las condiciones de la Casa de Orates, médico inglés William Benham, residente de la institución, quien tuvo sostenidas disputas con la administración de la Casa. Su reporte hace referencia a la falta de personal, las condiciones de suciedad, la mala alimentación y el hacinamiento. Ya en ese periodo la habitaban 420 pacientes, siendo la capacidad solo para 212 (Camus 1993).

²⁴⁴ Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03). Además, resulta interesante destacar la presencia de material de tradición indígena como depósito secundario al interior de los adobes. Si bien este detalle no aporta una temporalidad específica, podría indicar que estos adobes fueron construidos a partir de depósitos de sedimento con poca intervención, posiblemente construidos en las mismas dependencias de la Casa de Orates, como aparece referido en las actas

²⁴⁵Esto se demuestra en la actualidad ya que las obras antiguas de las que aún quedan vestigios e incluso algunas que aún están en uso son de albañilería simple. Ejemplo de ello son los muros laterales presentes en el sector norte y oriente del IPDJHB, el teatro y lavandería, declaradas Monumento Nacional, bodegas y el túnel bajo Avenida la Paz, construidos en el contexto del desarrollo urbano de inicios del siglo XX.

²⁴⁶ Comienza así para la época el uso de la albañilería en la construcción de los barrios obreros industriales de la periferia de la ciudad, como el Barrio Huemul, ubicado al sur de la ciudad de Santiago y construido en 1911, el cual tuvo solo casas de ladrillo y contó con servicios comunes como un teatro, dinámica similar a la observada en la Casa de Orates.

²⁴⁷ Particularmente en el sector en el que se aplicó el análisis estratigráfico se identificó el uso de este material asociado al segundo momento constructivo de la Casa de Orates. Allí se reconoció una extensa unidad estratigráfica (UE21) de muro de albañilería simple. Este se emplaza colindante con el muro de adobe. Además, llama la atención la presencia de dos tipos de revestimiento que dan cuenta de la transformación de las superficies y coberturas utilizadas en la época. Sobre la albañilería se distingue en un sector recubrimiento de limo y arena, similar al utilizado en muros de adobe, el que corresponde a una superficie no lavable. A su vez, en el sector poniente del mismo muro, se registra la presencia de mortero de cemento (UE28) y, sobre este, baldosas de cemento de color blanco (UE29), correspondientes a una superficie impermeable que se masificó a partir de esos días.

²⁴⁸Exposición del Director de la Casa Orates Don Francisco Echeñique Gandarillas, Memoria de la Casa de Orate de Santiago correspondiente al año 1827, 1828:5-39.

²⁴⁹Ese mismo año se derogó el reglamento de insanos de 1928, que aunque se encontraba obsoleto constituía uno de los pocos documentos vinculados a la organización de la salud mental en el país. Es otro aspecto que refleja la histórica ausencia de políticas públicas dirigidas a la salud mental.

²⁵⁰<https://www.psiquiatico.cl/index.php/participacion-ciudadana/cuentapublica>

²⁵¹(1) Unidad de Rehabilitación creada en 1996; (2) Servicio de Psiquiatría Forense, unidad auxiliar del poder judicial; (3) Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos; (4) Servicio de Urgencia Psiquiátrica; (5) Unidades de Corta Estadía, compuesto de 8 sectores; (6) el Consultorio Adosado de Especialidades, correspondiente a una unidad de atención ambulatoria y (7) Servicio de Larga Estadía.

Fuentes y referencias bibliográficas

Archivo

AA Archivo de Aguas, Santiago, Chile.

ARNAD Archivo Nacional de la Administración, Santiago, Chile.

AMM Archivo del Museo de la Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Documentos

Acta de la Junta General de Salubridad mandadas a publicar por acuerdo de la misma, 1887. Santiago. Imprenta Nacional Moneda 112.

Acta de la Junta Directiva 1854-1881 i Documentos Anteriores a la primera acta 1852-1854, 1901. Imprenta Valparaíso de Federico Lathrop, Santiago.

Constitución Política de la República de Chile. Promulgada el 18 de septiembre de 1925. Imprenta Universitaria.

Código Sanitario de La República de Chile (Publicado en el Diario Oficial del 20 de octubre de 1925)

Decreto N.º 513, Consejo Monumentos Nacionales, 13 de junio de 1975.

Estatutos de la Asociación médica de la Casa de Orates, 1927. Imprenta y litografía La Ilustración, Santo Domingo 823, Santiago.

Evaluación Programa Residencias y Hogares protegidos, división de control de Gestión Pública dirección de presupuestos Ministerio de Hacienda, 2020. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205710_informe_final.pdf

Folleto Primeras Jornadas de Neuropsiquiatría del Pacífico, Prensas de la Universidad de Chile 1937.

Instituciones de Asistencia Social de Santiago, Seminario de Investigaciones Sociales (ex Dirección General de la Escuela de Servicio Social), Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1966: 223-224.

La Nación, años XIII Núm. 4452, 15 de mayo de 1929.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el primer semestre de 1899, 1900. Imprenta Valparaíso, Santiago.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el segundo semestre de 1896, 1897. Imprenta Gutemberg, Santiago, 1897.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904, Imprenta y Encuadernación Universitaria, 1905.

Memorias de la Casa de Orates de Santiago en el año 1907, 1908. Imprenta y encuadernación Universitaria, Santiago.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1909. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago, 1910

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1910. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago, 1911.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1911. Imprenta/Encuadernación Sud-Americana. Santiago, 1912

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1916, 1918.. Imprenta y Litografía Selecta, 1918.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1920, 1921. Litografía y encuadernación Selecta, Santiago.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1920, 1921. Imprenta y Litografía Selecta, Santiago

Memoria de la Casa de Orates correspondiente al año 1924. Presentada por el Director, don Manuel Francisco Gandarilla, 1925. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1925, 1926.

Memorias de la Casa de Orates correspondiente al año 1926. Presentada por el Director Manuel Francisco Gandarilla, 1927. Imprenta y Litografía Universo, Santiago.

Memoria Médica presentada por el señor Médico Jefe Dr. Don Jerónimo Letelier, y Anexos del Servicio Médico. En: Memoria de la Casa de Orates de Santiago de 1927, 1928.

Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1928, presentada por el director Don Francisco Echeñique Gandarillas, 1930 Talleres Gráficos San Rafael, Asilo de Temperancia, Santiago.

Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929. Talleres Gráficos San Rafael, Asilo de Temperancia, Santiago.

Memoria del Manicomio de Santiago, correspondiente al año 1929, presentada por el director Don Armando Vargas, Talleres Gráficos “San Rafael”, 1930, Asilo de Temperancia, Santiago.

Memoria del Manicomio de Santiago correspondiente a 1930, presentada por el Director Héctor Boccoardo, 1931. Talleres Gráficos San Rafael Asilo de Temperancia Santos Dumont 835, Santiago.

Memoria del Manicomio de Santiago correspondiente a 1932, presentada por el Director Jeronimo Letelier, 1933. Talleres Gráficos San Rafael Asilo de Temperancia Santos Dumont 835, Santiago

Oficio del Administrador de la Casa al señor Intendente. En: Movimiento de la Casa de Orates de Santiago en el año 1904. Imprenta y Encuadernación Universitaria, Santiago, 1905.

Oficio de los administradores al Señor Intendente, en Movimiento de la Casa de Orates, 1923, 1924.

Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Temuco, 1971.

Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Temuco, Enero 1973.

Revista Sucesos. Valparaíso: [s.n.], dic 1915, 32 v. N°691, año XIV.

Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Referencias Bibliográficas

Andino Consultores 2018. *Informe final de rescate arqueológico Sitio Salvador 1*. Proyecto Reposición Hospital Salvador e Instituto Nacional del Geriatria. Informe para Consorcio de Salud Santiago Oriente, Santiago.

Andrén, A. 1998. The Paradox of the Historical Archaeologies. En: *Between Artifacts and Texts. Contribution to Global Historical Archaeology*. Springer, Boston, MA. <https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9409-01-1>.

Aldunate, C., V. Castro y V. Varela. 2003. Oralidad y arqueología: una línea de trabajo en las tierras altas de la región de Antofagasta, *Chungará (Arica)*, vol.35, no.2:305-314

Asensi, F.(2009. La real expedición filantrópica de la vacuna (Xavier de Balmis/Josep Salvany): 1803-1806. *Revista chilena de infectología* 26(6), 562-567 <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000700014>

Ayán, J.M.. 2001. *Arqueotectura 2: La vivienda castreña. Propuesta de reconstrucción en el castro de Elviña*. Tapa 23. Universidad de Santiago de Compostela, Galicia.

Aztaraín, J. 2005. *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Departamento de Salud Gobierno de Navarra, Pamplona.

Abarzua, J. 2018. *El proyecto de ley de Medicina Curativa de 1964- 1968: La discusión en torno a la ampliación en los servicios de salud pública*. Informe para optar al Grado de Licenciado en Historia. Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades.

Abufom. C. 2011. *Estudio sobre las significaciones que tienen respecto del hospital, la enfermedad y el tratamiento un grupo de pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de adultos. Universidad de Chile, Santiago.

Aburto, C. 1994. *Un mundo aparte : mujeres locas y Casa de Orates de Santiago 1852-1931*. Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Aedo, C. 2001. *Las Reformas en la Salud en Chile*. En: *La transformación económica de Chile*. F. Larraín y R. Vergara editores. 2ª. Ed. Centro de Estudios Públicos, Santiago.

Aguirre, C. 2015. *Apogeo, crisis y transformación del panóptico iberoamericano: apuntes para la historia de un modelo arquitectónico*. En: *Voces y memorias del olvido. Historia, marginalidad y delito en América Latina*. Trujillo Bretón, J. A. (coord.), *Voces y memorias del olvido. Historia, marginalidad y delito en América Latina*, pp. 273 – 304. Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Aguirre, M. 2019. *Las hermanas de San José de Cluny y la Casa de Orates de Santiago (1895-1930)*. *Psiquiatría y Salud Mental*, N°3/4, XXXVI: 101-108.

Ahumada, D. 2018. *El proceso de formulación de la Ley de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio de 1924*. *Revista Notas Históricas y Geográficas*, N°21: 89-121.

Ahumada, H. 2002. *Condiciones de la Asistencia Psiquiátrica en Chile (1954)*. En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp. 58-60. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Allende, S. 1939. *La realidad médico-social chilena: (síntesis)*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Santiago.

Almeida, C. 2002. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. *Cad. Saúde Pública*, 18(4):905-925.

Álvarez-Uria, F. 2018 *Ezra Pound y Erving Goffman en el manicomio de Saint Elizabeths (La ficción al servicio de una mejor comprensión de la realidad)*. *Atopos* 19:44-63.

Ankele, M. y B. Majerus. 2020. Material Cultures of Psychiatry. En: *Material Cultures of Psychiatry*, editado por Ankele M. y B. Majerus. pp 10-29. Transcript Histoire.

Araneda, F. 1974. *Crónicas del Barrio Yungay*. Santiago.

Araneda, F. 1980. *Crónicas de Providencia 1911-1938*. Editorial Nascimento, Santiago.

Araya, C. 2006. La construcción de una imagen femenina a través del Discurso Médico Ilustrado: Chile en el siglo XIX. *Historia (Santiago)*, 39(1): 05-22.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942006000100001>

Araya, C. 2014. Inserción de las psiquiatrías nacionales en el contexto de consolidación de la modernización latinoamericana: Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Santiago de Chile, 1937. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.66931>

Araya, C. 2021. Ensayando una política pública de asistencia mental: El movimiento de higiene mental en Chile, 1891-1948. *Sur y Tiempo. Revista de Historia de América*, 3: 86-98. <https://doi.org/10.22370/syt.2021.3.2700>

Araya, M, y Exss, K. 2017. Baldosas de Valparaíso. *Revista Acto & Forma*, 3 (2): 18-21.

Araya, C. y C. Leyton, 2009. Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.52793>

Arellano, J.P. 1988. *Políticas sociales y desarrollo: Chile , 1924-1984* 2ª. Ed. Cieplan, Santiago.

Arendt, H. 2000. *Eichmann en Jerusalén, un estudio sobre la banalidad del mal*. Lumen, Barcelona.

Armus, D. 2002. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio*, 54(2): 41–60. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>

Armus, D. 2010. ¿Qué historia de la salud y la enfermedad?. *Salud Colectiva* 6(1): 5-10.

Ashcroft, B., G. Griffiths, y H. Tiffin. 1995. Introduction. En: *The Post Colonial Studies Reader*, pp.7-13. Routledge, Londres.

Ayán, X. 2001. Arqueotectura 2: La vivienda castreña. Propuesta de reconstrucción en el castro de Elviña. TAPA (Traballos en Arqueoloxía da Paisaxe), 23. Santiago de Compostela: Laboratorio de Arqueoloxía e Formas Culturais, Universidad de Santiago de Compostela.

Badel, C. y B. Kalisky. 2009. El consentimiento informado como herramienta ético-metodológica. Su perspectiva actual. Pp. 1-12. En: *Actas XXVII Congreso de la Asociación*

Latinoamericana de Sociología y VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Baehr, P. 2016. Social Closure. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, editado por G. Ritzer, pp. 1–3. doi:10.1002/9781405165518.wbeos0732

Balbuena, F. 2011. R. D. Laing: un “rebelde” que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online] 31(4): 679-691. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000400006>.

Barrera, F. 2016. *El Hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII: El Buen Gobierno de un espacio de acogida*. Informe de Seminario de Grado para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad de Chile.

Basaglia, F. 1972. *La Institució Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barral editores, Barcelona.

Bassa, J. y N. Fuster 2013. La medicalización del espacio popular en Santiago de Chile (siglos XIX y XX). *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 24: 5-26.

Beaudry, M. C. 1996 Reinventing Historical Archaeology. En: *Historical Archaeology and the Study of American Culture*, editado por L. A. De Cunzo y B. L. Herman, pp 473- 497, Winterthur Winterthur Museum, Wilmington, Delaware y University of Tennessee Press, Knoxville.

Berrios, G. 2013. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica, México DF.

Berroeta, H. 2007. Espacio Público: notas para la articulación de una Psicología Ambiental Comunitaria. En: *Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile*, editado por Alfaro, J. y H. Berroeta, pp. 259-286. Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

Binford, L. 1962. Archaeology as Anthropology. *American Antiquity*, 28(2): 217-225.

Bitrán, R., D. Debroot y P. Arpón. 2013. Opciones de reforma a la seguridad social en salud en Chile. *Espacio Público. Documento de Referencia* 13: 1-16.

Blanco, A. 1924. *Vida y obras del arquitecto Fermín Vivaceta precursor de la socibilidad Obrera de Chile*. Talleres Gráficos, Santiago.

Blanton, R.E. 1993 *Houses and Households: a comparative study*. Plenum Press, Nueva York y Londres.

Bonaiuto, M. y M. Bonnes 2000. Social psychological approaches in environment-behaviours studies: Identity theories and the discursive approach. En: *Theoretical perspectives in environment-behavior research: Underlying assumptions, research*

problems, and methodologies, editado por W. J. Demick, T. Yamamoto y H. Minami, pp. 67–78. Kluwer Academic/Plenum Press, Nueva York.

Bonnes, M. y M. Bonaiuto. 2002. Environmental psychology: From spatial-physical Environment to sustainable development. En: *Handbook of environmental psychology*, editado por R. B. Bechtel y A. Churchman, pp. 28-54. John Wiley & Sons, Nueva York.

Borić, D. y J. Robb. 2008. Body Theory in Archaeology. En: *Past Bodies: Body Centred Research in Archaeology*, editado por D. Borić y J. Robb, pp. 1-8, Oxbow Books, Oxford.

Bornhauser, N. y E. Andahur. 2009. Acerca de la configuración de La locura en el Chile decimonónico. *Rev. Austral Cienc. Soc.*, 17:111-126.

Brandão, J. 2015. *Arquitetura que enlouquece: Poder e Arqueologia*. Tesis para optar al título de Maestra. Universidad Federal de Minas Gerais.

Brandão, J. 2017 a. Escavando temporalidades. *Goiânia*, 15(2): 207-219. <https://doi.org/10.18224/hab.v15i2.5341>

Brandão, J. 2017 b. Arquitetura da loucura: uma leitura arqueológica do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (Belo Horizonte – MG). *Cuadernos de História da Ciência*, 13 (1): 27-55.

Brandão, J. 2021. *Arqueologia da Loucura: Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Bar*. Tesis de Doctorado en Antropología. Universidade Federal de Minas Gerais.

Brancoli, B. y J. Bernstein. 2016. *Baldosas de Santiago: la baldosa decorada como elemento de identidad en antiguos barrios de Santiago*. Ediciones UDD, Santiago.

Brumfiel, E. M. 1992. Distinguished Lecture in Archeology: Breaking and Entering the Ecosystem - Gender, Class, and Faction Steal the Show. *American Anthropologist*, 94(3): 551-567. <https://doi.org/10.1525/aa.1992.94.3.02a00020>

Bustos, J. 1947. *Consejo Nacional de Economía (Chile). Comisión de Trabajo, Salarios y Previsión Social. Informe de la Comisión de Trabajo, Salarios y Previsión Social del Consejo Nacional de Economía : sobre el proyecto de reforma a las leyes 4054 y 4055*. Consejo Nacional de Economía, Comisión de Trabajo, Salarios y Previsión Social, Chile.

Cabanes, P. 2006 La Medicina en la Historia Medieval Cristiana. *Especulo: Revista de Estudios Literarios*, No. 32. <https://biblioteca.org.ar/libros/151667.pdf>

Cabrera, M. J. 2012. Obligar a vivir o resignarse a morir. En: *Por la Salud del Cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, compilado por Zárata M. S., pp. 35-80. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Camus, P. 1992. *Filantropía, medicina y locura; la Casa de Orates de Santiago 1852-1894*. Tesis de licenciatura en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Camus, P. 1993. Filantropía, medicina y locura: La Casa de Orates de Santiago 1852- 1894. *Historia*, 27:89-140.

Cáceres, I. 2011. *Detenidos Desaparecidos en Chile. Arqueología de la muerte negada*. Tesis para optar al Título de Arqueólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

Carrasco, C. 2006. *Unidad Psiquiátrica Forense de Mediana Complejidad - Región Metropolitana. U.P.F.M.C.* Memoria de título. Escuela de arquitectura, Facultad de Arquitectura y Urbanismo Escuela de Arquitectura Memoria de Título. Universidad de Chile.

Cárdenas, M. 1991. Grupos marginados en los inicios de la era republicana: Vagabundos, Mendigos e Indigentes. *Cuadernos de Historia*, 11: 47-61.

Cartes, J. C. 2013 Breve historia de la tuberculosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 145-150*.

Carrasco, J. 2018. El zapato de Cenicienta: otra versión de los inicios de la psiquiatría en Chile. *Revista de Historia de la Psicología*, 39 (1): 24–30

Casella, E. 2001 Every Procurable Object: A functional analysis of the Ross Factory Archaeological Collection. *Australasian Historical Archaeology*, 19: 25 -38.

Casella, E. 2002. Archaeology of the Ross Female Factory: Female incarceration in Van Dieme`s Land, Australia. Report prepared for the Cultural Heritage Branch (DPIWE, Tasmania), the Queen Victoria Museum and Art Gallery and the Tasmanian Wool Centre of Ross. *Records of the Queen Victoria Museum*, N°108.

Casella, E. y B. Voss 2012 Intimate Encounters: An archeology of Sexualities within the Colonial Worlds. En: *The Archaeology of Colonialism: Intimate Encounters and Sexual Effects*, editado por B. Voss y E. C. Casella, pp. 1-28. Cambridge University Press, Nueva York.

Castañeda, P. y A. M. Salamé C. 2015. 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 80 (3): 208 - 214

Castillo. S. 2014. *El Río Mapocho y sus riberas*. Ediciones Alberto Hurtado, Santiago.

Castro, A., C. Aliaga y A. Mamani. 2018. Manifestaciones psiquiátricas de la neurosífilis: reporte de un caso de parálisis general progresiva. *Revista de Neuro-psiquiatría*; 81 (3): 209-214. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3389>

Clarke, G. 1977 Spatial Information in Archaeology. En: *Spatial archaeology*. Academic Press, New York.

Cerda, J., G. Valdivia y J. Snow. 2007. La epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista chilena de infectología*, 24 (4): 331-334. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>.

Coldefy, M. y S. Curtis. 2010. The geography of institutional psychiatric care in France 1800–2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialized facilities for institutional care of mental illness. *Social Science & Medicine*, 71 (12): 2117-2129.

Coello, A. 2018. El Hospital de Amentes, el primer manicomio para la ciudad de Lima. *Revista de Arquitectura*, 23 (35) : 62-68. <https://doi.org/10.5354/0719-5427.2018.52069>

Comelles, J. 2007. Cultura, Sociedad y Psiquiatras en España. *Renia*, VII: 7-24.

Contreras, J. 2015. *Enajenadas, poder y locura. Disciplinamiento de los cuerpos de mujeres internas en la Casa de Orates de Santiago y sus memorias psiquiátricas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina. Universidad de Chile.

Cook, L.C. 1938. Cardiazol Convulsion Therapy in Schizophrenia. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. XXXI: 33-43.

Cooper, D. 1976. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Locus Hipocampus, Buenos Aires.

Correa, M.J. 2009. Violencias ejercidas en los cuerpos enajenados : encierro terapéutico y privación de derechos civiles. Chile central (1850-1870). Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII-XXI . Dossier coordinado por María José Correa Gómez y Romané Landaeta Sepúlveda. *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.57798>

Correa, M. J. 2013. *Historias se Locura e Incapacidad. Santiago y Valparaíso (1857-1900)*. Acto editores, Santiago.

Correa, M. J. 2014 Enfermedad mental y marginación. Aproximación histórica a la incapacidad ciudadana en Chile, siglo XIX. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (2): 13-26.

Correa, M. J. 2017 De la Casa de Orates al *Open Door*: el paisaje en el proyecto asilar chileno, 1852-1928. *Asclepio*, [S.l.], 69 (2): 1-13 <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.15>.

Correa, J. y H. Martínez. 2010. Progreso, moral y civilización. La preocupación higienista en la Sociedad de Mejoras Públicas de Manizales (Colombia); primera mitad del siglo XX. *Revista Gestión & Región*, 10: 7-28.

Cortina, M. T. 1992. *La Profesión Farmacéutica en el Reyno de Chile Durante los Siglos XVII y XVIII*, Premio Concurso 1991, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, Historia de la Farmacia en Chile, Fundación Emma y César Leyton C.

Ching, F. 1985. *Arquitectura, forma, espacio y orden*. Ediciones G. Gili, México DF.

Ching, F. 2015. *Diccionario visual de Arquitectura*. Segunda edición ampliada. Ediciones G. Gili, Barcelona:

Criado, F. 1993. Límites y posibilidades de la arqueología del Paisaje. *Revista del Instituto de Antropología de la Universidad de Sevilla*, 2: 9-55.

Criado, F. y P. Mañana. 2003. Arquitectura como materialización de un concepto. La espacialidad Megalítica. *Arqueología de la Arquitectura*, 2: 103-111.

Cruz Coke, R. 1995. *La Historia de la Medicina Chilena*. Editorial Andrés Bello, Santiago.

Cornell, P. 2000-2001. *La externalización de la memoria, la arqueología y el subalterno*. *Anales*, N° 3-4, pp. 175-182

Davies, P., P. Crook y T. Murray. 2013. Archaeology of Institutional Confinement: The Hyde Park Barracks, 1848-1886. *Australasian Society of Historical Archaeology*, 4. Sydney University press, Sidney.

Davies, P. 2013. Archaeology and religion at the Hide Park Barracks Destitute Asylum, Sydney. *Historical Archaeology*, 47: 86.02.

Dávila, R.. 1884. *La higiene de la escuela*. Imprenta Cervantes, Santiago.

Del Campo, A. 2008. La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en la década de 1930. En: *Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile*, compilado por Zárata M. S., p.131-18. Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

De la Fuente, M. 1990. Formas y calidad de vida ciudadana en el Santiago del siglo XVIII, a través de las actas de su cabildo. En: *Familia, matrimonio y mestizaje en el Chile colonial*. Serie Nuevo mundo: cinco siglos. No4: 69-83.

De la Fuente, M. 1990. Formas y calidad de vida ciudadana en el Santiago del siglo XVIII a través de las actas de su Cabildo. En: *Familia, matrimonio y mestizaje en Chile colonial*, Sonia Pinto editora, , pp. 69-83. Serie Nuevo Mundo, Cinco Siglos, Santiago.

Desviat, M. 2006. La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 25: 8-14.

Desviat, M. 2020. Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Revista d'Intervención Socioeducativa*, 75: 17-45.

De Dardel, J. y O. Söderström 2018. New Punitiveness on the Move: How THE US Prison Model and Penal Policy arrived in Colombia. *Journal of Latin American Studies*, 50(4): 833-860. <https://doi.org/10.1017/S0022216X18000664>

Diana, E. 2010. I Manicomi della Toscana tra storia, ricerca, tutela y valorizzazione 237-263. En: *Imago Civitates. Hospitales y manicomios en Occidente*. J. M. Comelles, A. Conejo y Josep Barceló, Prats. URV, Tarragona.

Donoso, J. 2004. El escritor intruso. Artículos, crónicas y entrevistas. Ed. C. García Huidobro editora. Ediciones Universidad Diego Portales, Santiago.

Dos Santos, C. 2018. Lepra, Políticas Sanitarias e Controle Social: Isolamento e Cotidiano na Lazarópolis Santo Antônio Do Prata, Pará. *Vestígios*, Vol 12 (1): 59-84. <https://doi.org/10.31239/vtg.v12i1.12114>

Duran, M. 2012. *Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918*. Tesis para optar al grado de Doctor en Estudios Americanos con mención en Historia. Instituto de Estudios Avanzados Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.

Durán, M. 2015. Histéricas, sensuales y neurasténicas – Las enfermedades nerviosas y las pasiones violentas en el imaginario médico femenino. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68307>

Durán, M.P. 2021. *El Instituto de Reeducación Mental de 1940: evaluación de su arquitectura en relación al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del S. XX*. Memoria para optar al Título de Arqueóloga. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Eisenberg L. 1977. Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry*, 1 (1): 9–23. <https://doi.org/10.1007/bf00114808>.

Estévez, R. 1982. El Hospital San Francisco de Borja: los primeros años. *Rev. Méd. Chile*, 110 (7): 694-698.

Eco, U. 1968. *La Estructura Ausente. Introducción a la semiótica*. 3era edición, Editorial Lumen, Barcelona.

Eliash, H. 1989. *Arquitectura y modernidad en Chile, 1925–1965: Una realidad múltiple*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.

Enríquez, E. 1989. El trabajo de la muerte en las Instituciones. En: *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*, pp. 84-119. Paidós, Buenos Aires.

Escobar E. 1999. Lorenzo Sazié Primer Médico de la Casa de Orates. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría* 37:187-188.

Escobar, E. 2000. Los Beca en la psiquiatría chilena. *Revista médica de Chile*, 128(7), 801-806. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000700015>

Escobar, E. 2002. Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952) En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp.115-122. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago

Escobar, E. 2004. Isaac y José Horwitz en la psiquiatría chilena. *Revista médica de Chile*, 132 (11), 1437-1441. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001100015>

Escobar, E. 2005. Jerónimo Letelier Grez (1873 - 1934): Primer médico director de la Casa de Orates. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43 (3): 239-242. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300010>

Escobar E., 2006. Enrique Arturo Vivado Orsini (1894 -1949) y sus aportes a la psiquiatría chilena. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 44 (1) 54-56. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000100009>

Escobar, E. 2007. Dr. Oscar Fontecilla Espinoza (1882 - 1937). *Psiquiatría y Salud Mental* XXIV (3 – 4): 129-131.

Escobar, E. 2010 a. Aportes al nacimiento de la psiquiatría chilena de adultos bajo la influencia de la psiquiatría internacional. *An. hist. med.* 20 (1): 21-32.

Escobar, E. 2010 b. Las terapias biológicas psiquiátricas en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48 (3) : 245-248. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000400009>

Escobar, E. 2013. *Historia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B"* (1980 - 2010). *Psiquiatría y Salud Mental* XXX (1): 9 – 14.

Escobar, E., E. Medina, M. Quijada (Eds.). 2002. De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico, 150 años. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago

Escobar, E. 2015. Los psiquiatras nacionales y sus publicaciones en los segundos cincuenta años de la especialidad (1902-1952). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53 (2): 110-116. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200006>

Escobar, E., E. Medina e I. Morlans. 2010. El instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. Instituciones psiquiátricas nacionales y servicios psiquiátricos de la Región Metropolitana, pp. 19-29. En: *La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia*. Royal Pharma editores, Santiago.

Escobar, P. y R. Sepúlveda. 2013. *Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: Aportes para una Historia posible. 1963-2013*. Terapeutas ocupacionales para Chile. ETOUCH.

Espinoza, R. 2010. Pinceladas de la medicina chilena en el siglo XIX: A 200 años de la Independencia. *Revista chilena de cirugía*, 62 (6), 654-658. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000600021>

Errázuriz, P., C. Valdés, P. Vöhringer y E. Calvo. 2015. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143 (9): 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>

Faris, D. 1939. *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Univ. Chicago Press, Chicago.

Fassin, D. 2004. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia Una Antropología De La Salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 283-318. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252004000100010&lng=en&tlng=en.

Fennelly, K. 2014. Out of sound, out of mind: noise control in early nineteenth-century lunatic asylums in England and Ireland. *World Archaeology*, 46 (3): 416-430. doi:10.1080/00438243.2014.909098

Fennelly, K. 2018. The Bedford Asylum: building for the ‘industrious child’ in early-nineteenth century Dublin. En: *Nineteenth century childhoods in interdisciplinary and international perspectives*. *Childhood in the Past*. Oxbow Books, Oxford.

Fennelly, K. 2019. *An archaeology of lunacy. Managing madness in early nineteenth-century asylums*. Manchester University Press, Manchester.

Fernández, E. 2015. Estudio sobre la génesis y la realización de una estructura urbana: la construcción de la red de alcantarillado de Santiago de Chile (1887-1910). *Historia (Santiago)*, 48 (1): 119-193. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942015000100005>

Fahlander, F. 2008. Differences that matter. Materialities, material culture and social practice. En: *On the materiality of society and culture*, editado por H. Glorstand y L. Hedeager, pp. 127-154. Bricoleur Press, Lindome.

Feister, L. 1991. The Orphanage at Schuyler Mansion. *Northeast Historical Archaeology*, Buffalo, 20 (1): 27-36.

Fernández, E. 2014. La transformación urbana de Santiago de Chile: finanzas, obras públicas y discurso político (1870-1910). *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM* <https://doi.org/10.4000/alhim.5091>

Ferrer, P. 1911. *Higiene y asistencia pública en Chile: homenaje a la delegación de Chile a los delegados oficiales a la 5ª Conferencia sanitaria internacional de las Repúblicas Americanas celebradas en Santiago de Chile, del 5 al 12 de noviembre de 1911*. Imprenta Lit. y Enc. Barcelona, Santiago.

Ferrer, P. L. 1904. *Historia General de la Medicina en Chile. Documentos inéditos, biografías, y bibliografía. Desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535 hasta nuestros días*. Imp. Talca de J. Martín Garrido C., Talca.

Fisher, G. y DiPaolo, D. 2003. Introduction. *Cambridge Archaeological Journal*, 13 (2): 225-230.

Fluxá, R. y Palma, S. 2018. Atención paciente crucificado en el sector nueve. *Revista El Sábado*, pp. 10-14.

Foucault, M. 1977. *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI, México.

Foucault, M. 1984. *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós, Barcelona.

Foucault, M. 1999. La política de la salud en el siglo XVIII, [1ª ed. de 1976], p. 329-342. En: *Obras esenciales. Vol. II: Estrategias de poder*. Paidós, Barcelona.

Foucault, M. 1980. *La Microfísica del poder*. 2ª edición y traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Edissa, Madrid.

Foucault, M. 2001. *Los Anormales. Curso de Collège de France (1974-1975)*. Akal, Madrid.

Foucault, M. 2002. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno editores, Buenos Aires.

Foucault, M. 2019. *Historia de La locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica. México DF.

Fournier, P. 1999 La arqueología del colonialismo en iberoamérica: balance y perspectivas. *Boletín de Antropología Americana*, 34: 75-87

Franulic, F. 2007. El reverso del asilo. El discurso del tercer patio en el hospital San Francisco de Borja durante la primera mitad del siglo XIX. *Diseño Urbano y Paisaje*, Año 4, No.12: 2-35.

Fuentes, A. 2013. La creación de la Casa de Orates en 1852 y los comienzos del gran encierro en Chile: Comentarios desde la Historia Cultural. *Cuadernos de Historia Cultural, Crítica y Reflexión*, 3: 46-56

Fuentes, A. y Gallardo, X. 2014. *Locura y arte. Teatro Grez, Santiago*, Proyecto financiado por el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes Fondo Nacional de Desarrollo Cultural y las Artes Convocatoria 2014.

Fuentes, M., J. Sepúlveda y A. San Francisco. 2009. Espacios de represión, lugar de memoria. El Estadio Víctor Jara como campo de detención y tortura masiva de la dictadura en Chile. *Revista Atlántica Mediterránea de Prehistoria y Arqueología Social*, 11: 137-169.

Fuenzalida, N. 2009. *Villa Grimaldi, Análisis de la configuración del espacio en relación a las estrategias de represión y control de los cuerpos de setenidos y torturados. Hacia una Arqueología de la Represión Política en Chile*. Informe de Práctica Profesional, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

Fuenzalida, N. 2011. Cuartel Terranova análisis de la Configuración espacial en relación a las estrategias de represión y control de los cuerpos de detenidos y torturados. *La Zaranda de Ideas*, 7: 49-63

Funari, P. 1999. Historical archaeology from a world perspective. En: *Historical Archaeology: Back from the Edge*, editado por Paulo, P., A. Funari, M. Hall, Siân Jones. *One World Archaeology*, pp. 37-66. Routledge, London and New York.

Funari, P. y A. Zarankin, A. 2003. Social Archaeology of Housing from a Latina American Perspective. A Case Study. *Journal of Social Archaeology* 2 (1): 23-45.

Funari, P. 2008 La Arqueología Histórica mundial y latinoamericana en las últimas dos décadas. *Revista de arqueología histórica argentina y Latinoamericana*, 2: 11-15.

Galende, E. 1991. *Psicoanálisis y Salud Mental. Por una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Gallardo X. y A. Fuentes. 2015 *Locura, arte y cambio de siglo: el caso del Teatro Grez y sus murales, Santiago de Chile (1897-1910)*», *Nuevo Mundo Nuevos Mundos* <http://journals.openedition.org/nuevomundo/68658>
<https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68658>

Galván, V. 2009. Michel Foucault's extra-academic reception in the culture of the Spanish transition: the antipsychiatry and the Histoire de la folie in the progressive psychiatrists. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (2): 485-500.

Garafulic, J. 1957. Evolución de la Psiquiatría en Chile. *Rev. Neuropsiquiatría XX* (1): 60-75.

Gatica-Saavedra, M., B. Vicente y P. Rubí. 2020. Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 148 (4): 500-505. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>

Gilliss, J.M. 1855. *The U.S. naval astronomical expedition to the southern hemisphere during the year 1849-'50-'51-'52*. A.O.P. Nicholson Printer, Washington.

Graesch, A y T. Hartshorn, 2014. *Cigarette as Artifact: An Archaeological Ethnography of Bars, Smoking, and Social Identity on the Urban Landscape*. Poster SAA. 82th Annual meeting.

Graumann, C. 2002. The Phenomenological Approach to People-Environment Studies. En: *Handbook of Environmental Psychology*, pp. 98-113. Wiley & Sons, New York.

Ginzburg, C. 1999. El queso y los gusanos. El cosmos, según un molinero del siglo XVI. Atajo, Barcelona.

Goic, A. 2015. *El Sistema de Salud en Chile: Una tarea pendiente*. Revista Médica de Chile , 143 (6): 774-786.

Goicovic, I. 2004. Consideraciones teóricas sobre la violencia social en Chile (1850-1930). *Ultima década*, 12 (21): 121-145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200006>

Goffman, E. 2001. *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores, Buenos Aires.

Goffman, E. 2006. *Estigma la identidad deteriorada*. Amorrortu editores, Buenos Aires-Madrid.

Goldschmidt, D. 2010. *Conventos y mujeres en la Colonia chilena. Un estudio arqueológico sobre género y arquitectura*. Tesis para obtener el grado de Arqueóloga, Facultad de Estudios del Patrimonio Cultural, Universidad SEK, Santiago.

Goldschmidt, D, y J. Letelier Cosmelli, 2021 a. Objects as Battlefields in the struggle for civil rights: the archaeology and analysis of contemporary material culture and heritage in Chile. *AP: Online Journal in Public Archaeology* 11: y1-y5. <http://doi.org/10.23914/ap.v11i0.288>

Goldschmidt, D. y J. Letelier Cosmelli. 2021 b. Espacialidad y arquitectura conventual Hispanoamérica Colonial: una aproximación material sobre las relaciones de género ções y casta. *Vestígios - Revista Latino-Americana de Arqueología Histórica*, 15 (1): 105–130. <https://doi.org/10.31239/vtg.v15i1.20491>

Goldschmidt, D., D. Mondaca, F. Canessa y P. Martínez. 2021. Análisis Estratigráfico de la Fachada de la Iglesia de San Francisco de Santiago de Chile. Cinco siglos de Historia Constructiva. Boletín de la Sociedad Chilena de Arqueología, Número Especial: 997-1015.

Gomberoff, L. 2002. Cuentas de la gestión directiva del Instituto Psiquiátrico En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp. 91-94. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

González, A. 2009. Arqueología contemporánea y de la postmodernidad: gestión e interpretación en Val de San Lorenzo (León). *Arqueoweb. Revista sobre Arqueología en Internet*, 12.

González, I. 2012. La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2012; Vol 16 (3): 256 -263.

González, M.F. 2018. *Historia y Evolución del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: del confinamiento terapéutico a la rehabilitación*. Seminario de Investigación Arquitectura, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile

González-Pizarro, S. 2018. Los muertos de la Plaza Montt. Imaginarios a partir de la Masacre Obrera del 21 de diciembre de 1907 en el Puerto de Iquique-Chile, *Diálogo andino*, (55): 29-41. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812018000100029>

González-Ruibal, A. 2008- Time to Destroy an Archaeology of Supermodernity. *Current Anthropology*, 49(2): 247-279.

González Ruibal, A. 2012. Archaeology and the study of Material Culture: Synergies with Cultural Psychology. En: *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*, editado por J. Valsiner, pp. 132-162. Oxford University Press, Oxford.

Goñi, R. y A. Nuevo Delaunay 2009. La Arqueología como “fuente” de la Historia. En: *Arqueología de la Patagonia. Una mirada desde el último confín*, editado por M. Salemme, F. Santiago, M. Álvarez, E. Piana, M. Vázquez y E. Mansur, pp. 149-158. Ushuaia, Utopías.

Grez, S. 2002. ¿Autonomía O Escudo Protector?: El Movimiento Obrero Y Popular Y Los Mecanismos De Conciliación Y Arbitraje (Chile, 1900-1924). *Historia (Santiago)* 35: 91-150. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942002003500006>

Greve, G. 1984. Cartas sobre manicomios. Carta que envió al doctor Augusto Orrego Luco desde Viena con fecha 9 de julio de 1894. Contiene un informe de cómo son los asilos en Europa para hacerlos igual en Chile. *Revista Médica de Chile*, año XXII, No. 11: 468.

Guarda, G.1997. *El arquitecto de la Moneda, Joaquín Toesca, 1752-1799: una imagen del imperio español en América*. Ediciones universidad Católica de Chile, Santiago.

Guarda, G. 1978. *Historia urbana del Reino de Chile*. Editorial Andrés Bello, Santiago.

Hamilakis, Y. 2015. Arqueología y los Sentidos. Experiencia, Memoria, y Afecto. *JAS Arqueología*, Madrid.

Hamlett, J. 2015. *At Home in the Institution Material Life in Asylums, Lodging Houses and Schools in Victorian and Edwardian England*. Palgrave Macmillan, Londres.

Hammer, D. y A. Wildavsky. 1990. La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa. *Historia y Fuente Oral*, No. 4, Entrevistar... ¿Para Qué?, pp. 23-61.

Han, B. 2012. *La Sociedad del Cansancio*. Herder, Barcelona.

Harris, E. 1998. Principios de la estratigrafía arqueológica. Editorial Crítica, Barcelona.

Hernando, A. 2002. *Arqueología de la Identidad*, Akal ediciones, Madrid.

Herrera, T. y V. Farga. 2015. Historia del Programa de Control de la Tuberculosis de Chile. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 31 (4): 227-231. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482015000400009>

Hicks, D. 2003. Archaeology unfolding: Diversity and the loss of isolation. *Oxford Journal of Archaeology* 22: 315-29.

Hicks, D. y M. Beaudry 2010. Introduction: the place of historical archaeology. En: *The Cambridge Companion to Historical Archaeology*, editado por Hicks, D. y Beaudry, M., pp 1-9. Cambridge University Press, Cambridge.

Hillier B. y Hanson J. 1984. *The Social Logic of Space*. Cambridge University, Cambridge.

Huertas, R. 1988. La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. *R.A.E.N.*, VIII (25): 257-266.

Huertas, R. 1991. Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.*, XI (37): 73-79.

Iñiguez, L. 2001. Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En: *La constitución social de la subjetividad*, editado por E. Crespo y C. Soldevilla, pp. 209-226. Libros de la Catarata, Madrid,

Illanes, M. A. 2010. *En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880 – 1973: hacia una historia social del Siglo XX*. Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile, Santiago.

Ingold, T. 1993. The Temporality of the Landscape. *World Archaeology*, 25 (2): 152-175.

Ingold, T. 1995. Building, dwelling, living: how animals and people make themselves in the world. En *Shifting contexts: Transformations in anthropological knowledge*, editado por Strathern M, pp. 57-80. Routledge, Londres.

Ingold, T. 2000. *The Perception of the environment. Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge, Londres y Nueva York.

Íñiguez, L. 2001. *Identidad: De lo Personal a lo Social. Un Recorrido Conceptual*. En: La constitución social de la subjetividad, editado por Crespo, E., pp. 209-225. Catarata, Madrid.

Jiménez, F. y J. Aragonés. 1986. *Introducción a la psicología ambiental*. Alianza, Madrid.

Joffré, G. 2007. El guión de la cirugía urbana: Lima, 1850-1940. En: *Historias Urbanas. Homenaje a Armando de Ramón*, editado por Valenzuela, J., pp. 263-290. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.

Jori, G. 2013. La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVII, 431. <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-431.htm>

Joyce, R. 2005. Archaeology of the Body. *Annu. Rev. Anthropol.*, 34: 139-158.

Kearin, M. 2019. A State of Conscious and Permanent Visibility’: Sight As an Instrument of Cure and Control at the Worcester State Hospital for the Insane, 1833–1900. *The New England Quarterly*, 92 (3): 431-47.

Kearin, M. 2020. As syllable of the sound: the sonic dimensions of confinement at the State Hospital for the Insane at Worcester, Massachusetts. *History of Psychiatry* 31 (1): 67–82.

Kenway, J. 2001. La educación y el discurso político de la nueva derecha. En: Foucault y la educación. Disciplina y saber, compilado por S. Ball, pp. 169-207. Morata, Madrid.

Kuglitsch, L. 2020. Amongst the Most Important of the Agencies: Materializing “Nature” at the American Lunatic Asylum. En: *Material Cultures of Psychiatry*, pp 96-115., editado por Ankele, M. y B. Majerus. Transcript Histoire

Labarca, C. 2008. Todo lo que usted debe saber sobre las enfermedades venéreas. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938. En: *Por la salud del cuerpo. Historia y Políticas sanitarias en Chile*, compilado por Zárata M. S., pp. 81-129. Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Laborde, M. 2002. *Medicina chilena en el siglo XX: reseña histórica*. Corporación Farmacéutica Recalcine, Santiago.

Laing, R. D. y D. Cooper. 1972. *Razón y Violencia. Una década de pensamiento sartreano*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Lamadrid, S. (s/a) *Los médicos en las redes de poder en Chile en el siglo XIX*. Manuscrito

Larraín Bravo, R. 1909. *La higiene aplicada en las construcciones: alcantarillado, agua potable, saneamiento, calefacción, ventilación*. Imprenta Cervantes, Santiago.

Laval, E. 1949. *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*, apuntes. Asociación Chilena de Asistencia Social.

Laval, E. 1958. *Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII*. Centro de Investigación de Historia de la medicina, Universidad de Chile.

Laval, E. 2003. La peste bubónica en Chile. *Rev. Chilena de Infectología*, Edición Aniversario, pp. 96-97.

Laval, E. e I. Duarte. 2016. Enseñanza de la medicina en Chile colonial durante el siglo XVIII: El catedrático Domingo Nevin y su alumno Pedro Manuel Chaparro. *Revista chilena de infectología*, 33 (5): 565-569. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000500013>

Lavín, A. (ed) 2003. *Cartas desde la Casa de Orates*. Centro de investigación Diego Barros Arana. DIBAM, Santiago.

Le Breton, D. 2018. *La sociología del cuerpo*. Editorial Siruela, Madrid.

Leitner, B. 2014. For Body, Mind and the Nation: An Archaeology of Modern Japanese Psychiatry. *Vienna Journal of East Asian Studies*, Volume 5, eds. Frank, R., I. Hein, L. Pokorny y Agnes Schick-Chen. Vienna: Praesens Verlag, 2014, pp. 111-138. <https://doi.org/10.2478/vjeas-2014-0005>

Lefebvre, H. 2013. *La producción del espacio*. Madrid: Capitán Swing.

Leiton, D. 2009 Hacia una arqueología del pasado contemporáneo. *La Zaranda de Ideas* 5: 65-83.

León, M. 1998. Entre el espectáculo y el escarmiento.: el presidio ambulante en Chile (1836-1847). *Mapocho*, 43: 183-209

Leone, M. 1995. Historical archaeology of capitalism. *American Anthropologist* 97 (2): 251-268.

Leone, M. 2007. Middle range Theory in Historical Archaeology. En *Archaeological Anthropology; Perspectives on Methods and Theory*, editado por J. M. Skibo, M. Graves y M Stark, pp- 21-39. University of Arizona Press, Tucson:

Leone, M. 1995. Ahistorical archaeology of capitalism. *American Anthropologist* 97 (2): 251-268.

Letelier, J. 1898. *Contribución al estudio de las enfermedades mentales*. Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia. Valparaíso. Imp. de los talleres de S. Vicente de Paul.

Letelier, J. 2010. *Arquitectura y espacios. Estrategias de dominio incaico en el valle del Aconcagua, Región de Valparaíso*. Tesis para optar al grado de Arqueóloga, Facultad de Estudios del Patrimonio Cultural, Universidad SEK.

Letelier, J y L. Gutiérrez. 2021. Aproximaciones para una Arqueología de la Salud Mental en Chile. Antecedentes Espaciales y Materiales de la Casa de Orates, en sus Primeros Cincuenta Años. *Boletín de la Sociedad Chilena de Arqueología*, Número Especial:893-816.

Leyton, E. 2005. *La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*. Tesis magister en Historia, mención Historia de Chile, Universidad de Chile.

Lightfoot, K.G. 1995. Culture contact studies: redefining the relationship between prehistoric and historical archaeology. *American Antiquity* 60 (2): 199-217.

Little, B. 2007. *Historical Archaeology. Why the past matters*. Left Coast Press, inc., Walnut Creek.

Longhurst, P. 2011. *The foundations of madness: the role of the built environment in mental institutions. of New South Wales* Monografía. Tesis para optar al Bachillerato de Estudios Liberales, University of Sidney, Sidney.

López-Muñoz, F., C. Alamo y E. Cuenca 2000. La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatria.com*. 4(3)

López-Silva, P. 2014. Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 17 (2): 234-250.

Macuada, P. 1940. *El suicidio por la drogas*. Zig-Zag, Santiago

Mantecón, T. y S. Truchuela. 2016. La(s) frontera(s) exteriores e interiores de la Monarquía Hispánica: perspectivas historiográficas. *Hist. Crit.* 59: 19-39. doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit59.2016.02

Mena, F. 2017. *Una casa de reclusión para penados. Representación y medicalización de la locura. Manicomio de Concepción (1895-1922)*. Seminario para optar al grado académico de Licenciado en Historia. Facultad de Comunicación, Historia y Ciencias Sociales Departamento de Historia y Geografía. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción.

Mc Donald, L. 2010 (Ed). *Florence Nightingale and Hospital Reform: Collected Works of Florence Nightingale*, Vol.16. Wilfrid Laurier University Press, Waterloo.

MacKinnon, D. 2003 a. The trustworthy agency of the eyes: reading images of music and madness in historical context. *Health and History*, 5 (2): 123-149.

MacKinnon, D. 2003 b. Hearing madness: the soundscape of the asylum. En: 'Madness' in Australia: Histories, Heritage and the Asylum (St. Lucia, Queensland: Queensland University Press), editado por Coleborne C. y S. MacKinnon, pp. 73-82. The University of Queensland Press, Brisbane.

Malbrán, E. 2002 Atención de los alienados de Chile (1937). En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp. 46-49. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Mañana, P., R. Blanco y X. Ayán 2002 Arqueotectura 1: Bases Teórico Metodológicas para una Arqueología de la Arquitectura. *Tapa 25* (Trabajos de Arqueología e Patrimonio): 11-18, Universidad de Santiago de Compostela.

Mañana, P. 2003. Arquitectura como percepción. *Arqueología De La Arquitectura*, (2), 177-183. <https://doi.org/10.3989/arq.arqt>.

Marín, R. 1872. Memoria sobre la sección del norte del camino de Cintura por el presidente de la comisión de ingenieros don Ricardo Marin, director del cuerpo de ingenieros civiles. En: *La Transformación de Santiago. Documentos relativos al Camino de Cintura. Notas e indicaciones respetuosamente sometidas a la Ilustre Municipalidad al Supremo Gobierno y al Congreso Nacional por el Intendente de Santiago*, p.141-152. Imprenta de la librería del Mercurio de Orestes L. Tornero, Santiago.

Marcoleta, P. N. 1876. *Nota pasada al Supremo gobierno*. Imprenta la Estrella de Chile, Santiago.

Markus, T. 1993. *Buildings & Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types*. Routledge, Londres y Nueva York

Mauger, A. 2018. *The Cost of Insanity in Nineteenth-Century Ireland. Public, Voluntary and Private Asylum Care*. Palgrave Macmillan, Cham.

Marcoleta, P. N. 1876. *Nota Pasada al Supremo Gobierno*. Imprenta de "La Estrella de Chile", Santiago.

Marconi, J. 2002. Esbozo histórico de la psiquiatría chilena (1973). En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por E. Escobar, E. Medina y M. Quijada, pp. 81-82. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Márquez, F. y Truffello, R. Geografías de un territorio de frontera: La Chimba. Norte Grande 56: 75-96. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022013000300005>.

Medina E. 2001. De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39 (1): 78-81. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000100021>.

Merleau- Ponty, M. 1962. *Phenomenology of Perception*, Routledge, Londres y Nueva York.

Minoletti, A. y A. Zaccaria. 2005. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18 (4/5): 346-358.

Minoletti A.; Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. 2012 Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad. saúde colet.*, 20 (4): 440-447.

Menchaca, D, y Rojas, M. 1962. *Laborterapia psiquiátrica*. Informe de trabajo de Investigación para optar al título de Asistente Social. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Escuela de Servicio Social. Universidad de Chile, Santiago.

Meskel L.M y Joyce RA. 2003. *Embodied Lives: Figuring Ancient Maya and Egyptian Experience*. Routledge, Londres.

Molanes, P. La Granja Sainte Annes (París). Orígenes del Hospital Psiquiátrico. *Cultura de los Cuidados*. 22 (51): 57-62. doi:10.14198/cuid.2018.51.07

Molina, C. 2004. Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile: 1889-1938. *Polis Revista Latinoamericana*, 9: 1-33. <http://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/332/575>

Molina, C. 2007. *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la Institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*. Tesis para optar al grado de Magister en Historia con mención en Historia de Chile. Universidad de Chile, Santiago.

Mondragón, H. 2010. *El discurso de la arquitectura moderna: Chile, 1930-1950: una construcción desde las publicaciones periódicas*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Arquitectura y Estudios Urbanos, Facultad de Arquitectura Diseño y Estudios Urbanos, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Montesinos, Luis. 2018. Intervención conductual en pacientes psiquiátricos crónicos del Hospital Sanatorio El Peral: 40 años después. *Revista de psicología (Santiago)*, 27 (1): 227-232. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50752>

Montón, S. y Abejez, L. J. 2015 Qué es esa cosa llamada arqueología histórica? *Complutum*, 26 (1): 11-35.

Montoya-Aguilar, C. 2013. *La Salud dividida. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del periodo de los Gobiernos de la concertación*. Colección Ensayo. Ceibo, Santiago.

Moshenska, G. y A. Myers. 2011. An Introduction to Archaeologies of Internment. En: *Archaeologies of Internment*, editado por Myers A. y G. Moshenska, pp. 1-20-Springer, New York.

Moser, G. 2003. La Psicología Ambiental en el Siglo 21:El Desafío del Desarrollo

Sustentable. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII (2): 11-17.

Murillo, A. 1889. *Assistance Publique en Chili*. Editorial San José, Santiago.

Murillo, G. 2002. Reseña Histórica del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por E. Escobar, E. Medina y M. Quijada, pp.. 133-137. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Navarro, M. J. 2015. *De hospitales para el alma a dispositivos de poder. Arquitectura en las instituciones psiquiátricas aragonesas (1809-1939)*. Tesis para obtener el grado de Doctor, Facultad de Geografía e Historia, Departamento de Historia del Arte. Universidad Nacional de educación a Distancia, Madrid.

Neira, M. 2004. Jeremy Bentham y el Liberalismo en Chile. *Boletín de la Academia Chilena de Historia*, 113: 285-313.

Nuevo Delaunay, A., Letelier, J. y R. Quiroz 2014. *Proyecto Espacios Ahumados: Arqueología de las Prácticas de Consumo de Tabaco en Áreas Verdes de Santiago centro*. Postulación Fondo interno de fomento a la investigación, Vicerrectoría Académica, Universidad Alberto Hurtado. Ms.

Nuevo Delaunay, A., Letelier, J. y R. Quiroz. 2015a. *Proyecto Espacios Ahumados: Arqueología de las Prácticas de Consumo de Tabaco en Áreas Verdes de Santiago centro*. Informe de avance Fondo interno de fomento a la investigación, Vicerrectoría Académica, Universidad Alberto Hurtado. Ms.

Norambuena, P. 2017. *Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades Escuela de Psicología, Santiago.

Orser, C. 2000 . *Introducción a la arqueología histórica*. Asociación Amigos del Instituto Nacional de Antropología, Buenos Aires.

Orser, C. 2006 *The Archaeologies of recent History: Historical, Post-Medieval, and Modern World*. En: *A Companion to Archaeology*, editado po Bintliff, J., pp. 272-290, Blackwell Publishing, Oxford.

Osorio, C. 2016. Historia de los terrenos de la Casa de Orates de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 144 (3), 388-393. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000300016>

Pacheco, M. 2003. *Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea*. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.* VI (2): 152-157.

Pacheco, L. 2015. A modo de Fichas sobre clásicos de la Psiquiatría: 2-Benjamin Rush. *Boletín RSMB, Lmentala.net*, 27: 1-4.

Palmer, M., Nevell, M. y M. Sissons. 2012. Industrial Archaeology: an overview. En: *Industrial Archaeology Book: A Handbook*. pp. 1-46. BBA Practical Handbook, volume 21. Oxbow Books, Oxford.

Paredes, J. 2018. *Institucionalización en psiquiatría forense. Percepción desde el equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimientos de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Antropología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.

Parkin, F. 1979. *Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique*. Tavistock, Londres.

Parr, H. 2007. Mental health, nature work, and social inclusion. *Environment and Planning D: Society and Space*, 25 (3), 537–561. <https://doi.org/10.1068/d67j>

Pastor, J. y A. Ovejero. 2009. Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2-3): 293-299.

Perego, E. 2015. Bodies and persons. En: *The Oxford Handbook of Archaeological Theory (Forthcoming)*, editado por Gardner, A., M. Lake y U. Sommer Oxford Handbooks, Oxford. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199567942.013.021>

Peña Otaegui, C. 1944. *Santiago de siglo en siglo*. Santiago: Editorial Zig-Zag, Santiago.

Piddock, S. 2001 a. Convicts and the Free: Nineteenth-century lunatic asylums in South Australia and Tasmania (1830-1883). *Australasian Historical Archaeology*, 19: 84-96.

Piddock, S. 2001 b. An Irregular and Inconvenient Pile of Buildings: The Destitute Asylum of Adelaide, South Australia and the English Workhouse. *International Journal of Historical Archaeology*, 5: 73-95.

Piddock, S. 2002. *A Space of Their Own: The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylums in Britain, South Australia, and Tasmania*. PhD Thesis. Department of Archaeology School of Humanities, Flinders University of South Australia, Adelaide.

Piddock, S. 2004 Possibilities and realities: South Australia's asylums in the 19th century. *Australasian Psychiatry* 12 (2): 172-175.

Piddock, S. 2007. *A Space of Their Own: The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylums in Britain, South Australia, and Tasmania*. Springer, Nueva York.

Piddock, S. 2009. John Conolly's 'Ideal' asylum and provisions for the insane in nineteenth century South Australia and Tasmania. En: *The archaeology of institutional life*, editado

por Lindauer, O., EC Casella, DL Rotman, La De Cunzo, LM Feister y SG Warfel, Press, pp.187-205. University of Alabama

Pieper, J. 2009. *The Politics of Motherhood. Maternity and women's rights in twentieth century Chile*, The University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

Pieper, J. 2008. Salvar Vidas y Gestar la Modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile. En: *Por la Salud del Cuerpo. Historia y Políticas Sanitarias en Chile*, compilado por Zárate, M. S., pp. 189- 228. Ediciones Alberto Hurtado, Santiago

Pigem Serra, J. M. 1045. Originales: La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría. *Anales de medicina y cirugía*, 3: 260-264, <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/183360>

Plaza, P. 2011. De Bentham a Le Corbusier: Vigilancia y disciplina en la vivienda social moderna latinoamericana. El Complejo habitacional Pedregulho, Río de Janeiro, Brasil (1947-1958). *Atenea (Concepción)*, (504), 111-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622011000200007>

Poblete, O. 1933. *Nociones elementales de higiene : guía para las enfermeras del Manicomio. Santiago de Chile*, Talleres Gráficos San Rafael, Santos Dumont 835, Santiago.

Ponce de León, M. 2011, *Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*. Editorial Universitaria, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Santiago.

Postel, J. y C. Quétel. 2000. *Nueva Historia de la Psiquiatría*. FCE, México.

Quesada, F. 2013. *La cooperación entre Chile y California y el papel del financiamiento público y privado norteamericano durante la Guerra Fría*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Quijano, A. 2000 Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: *E La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, compilado por: editado por Lander, E. pp. 201-246. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Buenos Aires.

Ramsden E. 2019. Designing for Mental Health: Psychiatry, Psychology and the Architectural Study Project. En: *Preventing Mental Illness. Mental Health in Historical Perspective*, editado por Kritsotaki Smith M. pp. 209-235. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98699-9_10

Ramírez, R. 1884. *El Manicomio. Informe escrito por la Comisión Ministerio de Fomento por el Dr. Román Ramírez. México.* Oficina tipográfica de la secretaria de fomento. Calle san Andres núm. 15.

Rathje, W. 1996. The Garbage Project & "The Archaeology of Us". En: *Encyclopedia Britannica's yearbook of Science and the Future*, editado por Ciegelski, C. pp.158-177. Encyclopedia Britannica, New York.

Rathje, W. y C. Murphy. 2001. *Rubbish! The Archaeology of Garbage.* University of Arizona Press, Tucson.

Reckwitz, A. 2002. Toward a Theory of Social Practices. A development in Culturalist theorizing. *European Journal of Social Theory* 5 (2): 243-263.
<https://doi.org/10.1177/1368431022222543>

Ríos, K. 2018. *La Casa de Orates como modelo del encierro terapéutico en Santiago de Chile en torno a 1850.* Trabajo Taller de Investigación Santiago 1850: Arquitectura y Cultura, Profesor Germán Hidalgo, Facultad de Arquitectura, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. Ms.

Roa, A. 1960. El método de investigación clínico fenomenológico en psiquiatría. *Revista de Filosofía*, pp.7-26

Roa, A. 1971. *Formas de pensar Psiquiátrico.* Editorial Universitaria, **Santiago.**

Roa, A.. 1974. Demonio y psiquiatría : aparición de la conciencia científica en Chile. Editorial Andrés Bello, Santiago

Roa, D. 2002. Consideraciones sobre la evolución de la psiquiatría chilena (1972). En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp. 72-80. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Robinson, S. 2015. Introduction: Survival through design. En: *Mind in Architecture: Neuroscience, Embodiment, and the Future of Design*, editado por Robinson, S. y J. Pallasmaa, pp. 1-8. The MIT Press.

Roble, A. 2013. *La liga de damas chilenas: De la cruzada moralizadora al sindicalismo femenino católico, 1912-1918.* Tesis para optar al grado de Magíster en Estudio de Género y Cultura, Mención en Humanidades, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

Roffey, S. 2012. Medieval Leper Hospitals in England: An Archaeological Perspective. *Medieval Archaeology* 56 (1) :203-233. <https://doi.org/10.1179/0076609712Z.0000000007>

Rojas, M. [1971]2007. *La Oscura Vida Radiante.* Ediciones LOM, Santiago.

Rojas, H. 2002 La Asistencia de los Alienados en Chile (1928), En: De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología 150 años. Medina, E., E. Escobar y M. Quijada editores, pp. 42-44. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Rojas, H. 2011. *Sectores. Fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago*. Universidad de Chile, Santiago. <https://doi.org/10.34720/yqm7-ne80>

Romero, L. 1984. Urbanización y sectores populares: Santiago de Chile, 1830-1875. *Revista EURE - Revista de Estudios Urbanos Regionales*, 11 (31): 55-66.

Rosenberg Ch.1992 Framing disease: Illness, society and history. En: *Framing disease. Studies in cultural history*, editado por Rosenberg Ch. y J. Golden J. Rutgers University Press, New Brunswick.

Rosen, G. 1974. *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza Editorial, Madrid.

Rosen, G. 1985. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI, México, D.F.

Roth, E. 2000. Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revista Ciencia Y Cultura*, 4 (8): 63-8.

Rosen, G. 1993 *A History of Public Health. Expanded edition*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Rothman, D. 1971. *The discovery of the asylum: Social order and disorder in the New Republic*. Little, Brown and Company, Boston and Toronto.

Ruiz, R. 1999. El departamento psiquiátrico-judicial. Crónica de un lugar de segregación. *Revista de psiquiatría de Santiago*, 16 (2): 88-93.

Ruperthoz, M. 2013. *Freud y los chilenos: Historia de la recepción del psicoanálisis en Chile (1910-1949)*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología, Escuela de postgrado programa doctorado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Ruperthoz, M. 2017. "Freud for all:" psychoanalysis and mass culture in Chile, 1920-1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 24 (supl.): 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702017000400009>

Sagredo, R. 2006. Nacer para morir, vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías. En: *Historia de la vida privada en Chile*, Tomo II, editado por R. Sagredo y R. Cristián, pp. 10-57. Taurus Ediciones, Santiago.

Salaverry, O. 2012. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1): 143-148.

Salerno, M. y B. Alberti. Introducción. Arqueología del Cuerpo en el Mundo Moderno. *Revista Latino-Americana de Arqueología Histórica*, 9 (1): 9-27.

Salinas, R. 1983. Salud, ideología y desarrollo social en Chile, 1830-1950. *Cuadernos de Historia* (Santiago de Chile), 3: 99-126

Sánchez, J.E. 1981 *La geografía y el Espacio Social del Poder*. Edit Los libros de la Frontera, Barcelona.

Sánchez, J. 1998. La Arqueología de la arquitectura. aplicación de nuevos modelos de análisis a estructuras de la Alta Andalucía en época ibérica. *Trabajos de Prehistoria*, 55 (2): 89-109.

Sarmiento, J. 2013. Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. Comentarios y revisiones. *Revista Chilena de Salud Pública* 17 (2): 151-161.

Sartre, J.P. 1972. Prefacio. En: *Razón y Violencia. Una década de pensamiento sartreano*, R. D. Laing y D. Cooper. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Shanks, M. y Tilley, C. 1992. *Re-Constructing Archaeology*. Routledge, Londres y Nueva York.

Schávelzón, D. 2002 El futuro del pasado: Indagaciones en arqueología urbana. En: *Ciudad y Ciudadanos: Aportes para la enseñanza del mundo urbano*, compilado por S. Alderoqui, S. y P. Penchansky, pp. 199 – 215, Cuestiones de Educación, N° 36, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Schávelzon, D. 2009. La modernidad destruida: arqueología de la locura en Buenos Aires. *Revista Jangwa Pana*, 8(1): 187-205. <https://doi.org/10.21676/16574923.54>.

Schávelzón, D. 2020. *Manual de Arqueología Urbana. Técnicas para excavar Buenos Aires. : Arqueología e historia del Bajo Belgrano. Arqueología y patrimonio en Casa Lepage Art Hotel / Daniel Schávelzon ; editado por Francisco Girelli. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Centro de Arqueología Urbana, Buenos Aires.*

Schiffer, M. 1976. *Behavioral Archeology*. Academic Press, Nueva York.

Schiffer, M. 1988. Existe una “premisa de pompeya” en arqueología?. *Boletín de Antropología Americana*, 18: 5-31.

Schiffer, M. 1991. La arqueología conductual. *Boletín de Antropología Americana*, 23: 31-37.

Scull, A. 1989. *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. University of California Press, Berkeley.
<http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft9r29p2x5/>

Sievers, A. 2012. Beneficencia, Asilos para enajenados y su relación con la transformación del Estado en Concepción, durante las primeras década del siglo XX. *Tiempo y Espacio* 28: 151-182.

Simón, I. y R. Sánchez. 2017. Introducción del paradigma higiénico sanitario en Chile (1870-1925): discursos y prácticas. *Anuario de Estudios Americanos*, 74 (2): 643-674 ISSN: 0210-5810. DOI: 10.3989/aeamer.2017.2.09

Simonsen, T. 2017. *(In)tensions of architecture and psiquiatry: Exploring how space matters*. Paper for the 33rd Egos Colloquium, Copenhagen Denmark, July 6-8. Sub-theme 34 Materiality in Organizing: Space, Technology, Artifacts.

Silva, H. 1995. *Medicina Legal y derecho forense*. Tomo II. Editorial Jurídica de Chile, Santiago.

Silver, H. 1994. Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. *International Labour Review* 133: 531- 78.

Söderström, Ola 2016. I don't care about places: the whereabouts of design in mental health care. En: *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, editado por Bates, C. R. Imrie y K. Kullman. Wiley-Blackwell, Oxford.

Soja, E. 1985. The spatiality of social life: Towards a transformative retheorisation. En *Social relations and spatial structures*, editado por D. Gregory y J. Urry, pp. 90-127. MacMillan, Londres.

Soja E. 1996. *Thirdspace Journeys to Los Angeles and Other Real-And-Imagined Places*, Blackwell Publishing, Oxford.

Soja, E. 2010. *Seeking Spatial Justice*. Globalization and Community Series. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Soja, E. 2003. *Postmodern Geographies: The reassertion of space in critical social theory*. (8^a Ed.), Verso, Londres y Nueva York.

Spyvak, G, 2009. *¿Pueden hablar los subalternos?* (Traducción y edición crítica de Manuel Asensi Pérez). MACBA, Barcelona.

Stolkiner A. y R. Solitario. 2007. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: *Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios*, compilado por Maceira D, pp- 121-146. Paidós, Buenos Aires.

Stolkiner, A. 2003. Nuevos enfoques en Salud Mental. 14° Congreso Latinoamericano De Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria Buenos Aires, pp.1-7. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/06_6_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_enfoques.pdf

Spencer-Wood, S. and S. Baugher. 2001. Introduction and Historical Context for the Archaeology of Institutions of Reform. Part I. Asylums. *International Journal of Historical Archaeology*, 5 (1): 3-17. <http://doi.org/10.2307/20852963>

Szasz, T. 1960. The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15: 113-118.

Szasz, T. 1997. The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the mental Health Movement. First Syracuse University Press, EEUU.

Tapia, J. 2015. *Revisión histórica y legislativa del derecho a la salud en Chile*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad De Derecho Departamento de Derecho Público, Universidad de Chile, Santiago.

Tarragó, M. y González, L. 2005 Variabilidad en los modos arquitectónicos incaicos: un caso de estudio en el valle de Yocavil (noreste argentino). *Chungará (Arica)*.37 (2): 129-143.

Tilley, C. 1994. *A Phenomenology of Landscape: Places, Paths and Monuments*. Berg Publishers, Oxford.

Titelman, D. 1999. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile. *Revista de la Cepal*, 69: 181-194.

Titelaman, D. 2000. *Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile: Desafíos Pendientes*. Unidad de Financiamiento para el desarrollo División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, Serie 104, pp. 1-41. CEPAL, Santiago.

Tocornal, F. J. 1851. Consideraciones hijiénicas sobre el presente verano i su influencia en algunas enfermedades i sobre los granos i legumbres. Resumen del plan curativo observado en algunas enfermedades del Hospital San Juan de Dios. *Anales de la Universidad de Chile*.

Tornero, R. S. 2011. *Chile Ilustado, guía descriptivo del territorio de Chile, de las capitales de provincia, de los puertos principales*. Cámara chilena de la construcción Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Bibliotecas Archivos y Museos, Santiago.

Ulloa, F. 1879. *La Penitenciaría de Santiago : lo que ha sido, lo que es i lo que debiera ser*. Imprenta de Los Tiempos, Valparaíso.

Undurruga, V. y R. Gaune, C. 2014. Diálogos y propuestas historiográficas desde un espacio de disciplinamiento. En: *Formas de Control y disciplina miento. Chile, América y Europa, siglos XVI-XIX*, editado por Undurruga, V. y R. Gaune, pp 21-40. Uqbar editores, Santiago.

- Unwin, S. 1997. *Análisis de la arquitectura*. Editorial Gustavo Gili. S.A., Barcelona.
- Valdés C. y Errázuriz P. 2012. *Salud Mental en Chile: El Pariete Pobre del Sistema de Salud. Serie Claves de Políticas Públicas*, Instituto de Políticas Públicas Universidad Diego Portales, 1-10.
- Valenzuela, J. 2011. La militarización de las celebraciones públicas en el Chile de los Borbones y la Independencia. *Revista Complutense de Historia de América* 37: 173-198. http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCHA.2011.v37.8
- Vásquez, A. 2006. Foucault; 'Los Anormales', una genealogía de lo monstruoso. *Revista Observaciones Filosóficas*
<http://www.observacionesfilosoficas.net/foucaultlosanormales.htm>
- Vargas, L.M. 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8): 47-53
- Vera, R. 2013. Del mural de Peñaflor al metro de Santiago: sesenta años de mosaico vítreo en Chile. *Arte y Ciudad - Revista de Investigación*, 3 (I) Extraordinario: 439-454
- Vicuña Mackenna, B. 1869. *Historia crítica y social de la ciudad de Santiago desde su fundación hasta nuestros días (1541-1868)* : tomo 2. Imprenta del Mercurio de Recaredo S. Tornero, Valparaíso.
- Vicuña Mackenna, B. 1877. *Los Médicos de Antaño en el Reino de Chile*. Imprenta de la Librería del Mercurio. Editorial Difusión S.A., Santiago.
- Villafañez, E. 2011. Entre la geografía y la arqueología: el espacio como objeto y representación. *Revista geografía Norte Grande*, 50: 135-150. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022011000300008>.
- Vivado A., C. Larson y V. Arroyo. 1939. La asistencia psiquiátrica en Chile (Su historia, estado actual, deficiencias y forma como debe ser encarada). *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, 4 (3): 155-174.
- Viveros, M. 2016. La interseccionalidad: una aproximación situada a ladominación. *Debate Feminista*, 52: 1–17
- Wallis, J. 2017. *Investigating the Body in the Victorian Asylum: Doctors, Patients, and Practices*. Palgrave Macmillan, Londres. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-56714-3>
- Wallerstein, I. 1998. El capitalismo Histórico. *Siglo XXI*, México.
- Wesler, k. W. 1996. The archaeology of History. *Ohio Valley Historical Archaeology* 11: 1-5.
- Wilkie, L. 2006. Documentary Archaeology. En. *The Cambridge Companion to Historical Archaeology*, editado por Hicks, D. y M. C. Beaudry, epp. 13–33. Cambridge University Press, Cambridge, UK

Whitehouse, R. 2001. Exploring gender in prehistoric Italy. *Papers of the British School at Rome*, 69: 49–96.

Wylie, A. 1989. Archaeological Cables and Tacking: The Implications of Practice for Bernstein's 'Options beyond Objectivism and Relativism. *Philosophy of the Social Sciences*, 19: 1-18.

Zalaquett S, R. 2005. ¡Siembra , juventud! la tierra es propicia, el momento es único. No es Neruda sino Gandulfo, el cirujano. *Revista médica de Chile*, 133 (3): 376-382. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300015>

Zarankin, A. 1999. Casa tomada; sistema, poder y vivienda familiar. En: *Sed Non Satiata. Teoría Social en la Arqueología Latinoamericana Contemporánea*, editado por Zarankin, A. y F. Acuto, pp. 239-272. Ediciones del Tridente, Buenos Aires

Zarankin, A. 2002. *Paredes que domestican: Arqueología da Arquitetura Escolar Capitalista*. Centro de Historia da Arte e Arqueologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidad Estadual de Campinas, San Pablo.

Zarankin, A. 2003. Arqueología de la arquitectura, modelando al individuo disciplinado en la Sociedad Capitalista. *Revista de Arqueología Americana*, 22: 25-41

Zarankin, A. 2004. *Walls of Domestication – Archaeology of the Architecture of Capitalist Elementary Public Schools: The Case of Buenos Aires*. En: *Global Archaeological Theory: Contextual Voices and Contemporary Thoughts*, editado por: Funari, P. y A. Zarankin, pp. 237-264. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York.

Zarankin, A. y M. Salerno. 2008. Después de la tormenta. Arqueología de la represión en América Latina. *Complutum*, 19 (2): 21-32.

Zarankin, A., M. Salerno y M.C. Perosino. 2010. Arqueología y Violencia política. En: *Historias desaparecidas. Arqueología, memoria y Violencia político*, compilado por A. Zarankin, M. Salerno y M.C. Perosino , pp. 11-24. Encuentro grupo editor, Córdoba.

Zárate, M.S. 2008. Por la Salud del Cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile. En: *Por la Salud del Cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, compilado por Zárate M. S., pp. 10-34. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Zárate, M.S. 2013 Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950. En: *Historia de las mujeres en Chile*, Tomo II, editado por Stuvén, A.M. y J. Fermeandois, pp. 119-155. Taurus, Santiago.

Zárate, M.S. 2017. Formar enfermeras, no empleadas domésticas: profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950. *Dynamis*, 37 (2): 317-343.

Ziccardi, A. 2001. Las ciudades y la cuestión social. En: *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Zilleruelo, J. 2002. Estudio Sobre la hospitalización de la locura (1896). En: *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*, editado por Escobar, E., E. Medina y M. Quijada, pp. 33-40. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago.

Zusman, P. 2013. La geografía histórica, la imaginación y los imaginarios geográficos. *Revista de geografía Norte Grande*, 54: 51-66.

ANEXO 1

Autorización de Trabajo en Instituto Psiquiátrico Dr. José
Horwitz Barak



RESOLUCION EXENTA N°

000051

MAT.: AUTORIZA INVESTIGACION PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS DOCTORAL "ARQUEOLOGIA DE LOS ESPACIOS DE SALUD MENTAL EN CHILE", A LA CANDIGATA A DOCTORA EN ARQUEOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y ACADEMICA DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE SRA. JAVIERA LETELIER COSMELLI.

SANTIAGO, 19 ENE 2018



VISTOS: Lo dispuesto en la Resolución Ex. N° 779 de 07.07.2015 de este Instituto, que aprueba "Procedimiento para la aprobación y ejecución de investigaciones científicas biomédicas en seres humanos", versión 03; el DFL N° 1/18.853, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; el DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2783 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; el Decreto 38/2005 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red; la Resolución Ex. N° 1172 de 2007 de los Ministerios de Salud y Hacienda, que otorga la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red al Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak"; la Resolución TRA 447/127/2017 del 10.10.2017 del SSMN que nombra al Dr. Juan Maass Vivanco en el cargo de Director del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak en calidad de titular; y la Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República que establece normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; y

CONSIDERANDO:

- 1) Que, mediante carta de fecha 03.01.2018, doña Javiera Letelier Cosmelli, RUT 16.360.557-0, arqueóloga, candidata a Doctora en Arqueología en la Universidad de Buenos Aires y académica de la Universidad Austral de Chile sede Puerto Montt, solicita al Director de este Instituto autorizarla a trabajar en el instituto para desarrollar su investigación doctoral "ARQUEOLOGIA DE LOS ESPACIOS DE SALUD MENTAL EN CHILE", que se inserta dentro de la línea de investigación de arqueología histórica y contemporánea, cuyo objetivo es realizar un análisis histórico de la configuración y uso de los espacios de salud mental en relación a los discursos históricos de la psiquiatría, usando metodología arqueológica a través del análisis constructivo de los espacios y análisis espacial, junto con investigación histórica de archivo y entrevistas
- 2) Que, la investigación referida no constituye una investigación científica biomédica en seres humanos, razón por la cual no procede aplicar a su respecto el "Procedimiento para la aprobación y ejecución de investigaciones científicas biomédicas en seres humanos", versión 03, formalizado mediante Res. Ex. N° 779 de 07.07.2015;
- 3) Que, mediante Memorandum N° 04 de 15.01.2018 (ref. Providencia N° D/213), Director solicita a Unidad Jurídica formalizar, mediante el correspondiente acto administrativo, la autorización para la realización de esta investigación, remitiendo set de documentos;
- 4) Que, la requirente acompaña todos los antecedentes necesarios para otorgar la autorización definitiva a la ejecución del mencionado proyecto de investigación.

RESUELVO:

AUTORIZASE a doña Javiera Letelier Cosmelli, RUT 16.360.557-0, arqueóloga, candidata a Doctora en Arqueología en la Universidad de Buenos Aires y académica de la Universidad Austral de Chile sede Puerto Montt, a realizar investigación doctoral "ARQUEOLOGIA DE LOS ESPACIOS DE SALUD MENTAL EN CHILE".

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

DIRECTOR
DR. JUAN MAASS VIVANCO
DIRECTOR
INSTITUTO PSIQUIATRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"

MINISTRO DE FE
TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE



JMV:CTC:cc
N° 27 17/01/2018
DISTRIBUCION:

- DIRECCION
- SUBDIRECCION MEDICA
- U. GESTION DEL CUIDADO
- U. CIENTIFICO DOCENTE (UCD)
- U. ASESORIA JURIDICA
- INTERESADO (Sra. Javiera Letelier: coordinar notificación con UCD)
- OF. PARTES

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Arqueología de la salud Mental. Materialidad, uso del espacio y prácticas sociales desde la Casa de Orates hasta el Intituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

I. Información general y participación

Estimada/o: La presente investigación en la que se encuentra participando corresponde a una tesis del Programa de Doctorado en Arqueología de la Universidad de Buenos Aires. Esta tesis es ejecutada por Javiera Letelier Cosmelli, quien lo entrevistará, y se encuentra guiada por el Dr. Rafael Goñi y co-guiada por la Dra. Amalia Nuevo Delaunay. La investigación se centra en la transformación de la materialidad de salud mental a través del tiempo, desde la primera casa de Orates inaugurada en 1852 hasta la actualidad. Los recursos orales surgen a partir de la necesidad de complementar el registro material y escrito, y conocer desde las fuentes orales la apreciación que se tiene sobre los aspectos materiales y espaciales de los espacios de salud mental.

Su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y no supone riesgo alguno para las/los participantes. De acuerdo esto, también ruego se tenga presente siguiente información:

- Las entrevistas pueden ser anónimas o con la identificación de los participantes; al determinar su anonimato se resguardará todos aquellos datos que pudieran individualizarlo, tal como su nombre o datos de contacto. En el caso de mantener anonimato, en la escritura de la tesis solo se mencionará género/sexo e identificación profesional.
- En las entrevistas se consultará explícitamente su autorización para que sean grabadas en audio, el que será de uso exclusivo de la titular de esta investigación.
- Como su participación es totalmente voluntaria, puede parar la entrevista en cualquier momento, así como la grabación asociada, ya sea porque se siente incómoda/o, o porque no quiere seguir hablando.
- Las transcripciones de las entrevistas serán entregadas a los participantes.

Tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, para ello la investigadora responsable le dejará sus datos de contacto y le pedirá los suyos con el fin de estar comunicadas/os y hacer posteriormente al término de la tesis, una retroalimentación sobre lo concluido en la investigación.

Datos de contacto

Javiera Letelier Cosmelli

Mail: javieraletelier@gmail.com, javiera.letelier@uach.cl

Teléfono particular: +56 9 94902949

Dirección: Parcelación el Bosque 17, Puerto Varas, Chile.

II. Firma de Consentimiento

Nombre _____ entrevistada/o:

Acepto participar en la investigación *Arqueología de la salud Mental. Materialidad, uso del espacio y prácticas sociales desde la Casa de Orates hasta el Intituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*

Declaro que he leído (o me ha sido leído) las condiciones de mi participación en este estudio y estoy de acuerdo con ellas.

Firma Participante _____
Investigadora _____

Firma

Fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada una de las partes.

ANEXO 3

Transcripción Entrevistas

Índice Entrevista, Anexo 3

1.- Entrevista Gustavo Murillo	2-13
2.- Entrevista Alejandra Amira	14-37
3.- Entrevista Ernesto Bouey	38-50
4.- Entrevista Victoria Castro	51-54
5.- Entrevista Dario Céspedes	55-61
6.- Entrevista Maritza Loyola	62-73
7.- Entrevista Marisol Orellana	74-86
8.- Entrevista Yolanda Roquier	87-100
9.- Entrevista Wally Schalatar	101-109

Transcripción Gustavo Murillo

Duración de la entrevista: 01:00:00

Entrevistadora (E)

Entrevistado (G)

E: Nombre completo

G: Gustavo Adolfo Murillo Baeza

E: Y usted es de profesión

G: Médico Psiquiatra y ex profesor de la facultad de la medicina Universidad de Chile. Ahora ya estoy retirado de la universidad, pero el grado queda

E: Cuénteme, cuándo usted llegó por primera vez al instituto

G: Yo al instituto llegué por primera vez cuando tenía cinco o siete años, porque mi padre fue un gran psiquiatra y trabajó en el hospital, en esa época, o sea, yo le estoy hablando del año 50. Entonces, pasábamos a buscar a mi padre los días sábado por la entrada que está por Olivos, que sale en todas las fotos, esa entrada preciosa que tiene la pileta al fondo, lo buscábamos a él para irnos a Santo Domingo los fines de semana. Yo hice muy buenas migas con mi padre, éramos muy unidos y nos aveníamos mucho y eso me llevó a la vocación de ser médico psiquiatra igual que él.

En el hospital psiquiátrico, empezó a trabajar mi jefe, el profesor Téllez, desde el año 37, publicó un libro que se llama "Los síntomas de la esquizofrenia", el profesor Dr. Agustín Téllez Meneses, para mí es lo más erudito que he conocido en psiquiatría. Entonces, tuve como formadores al Dr. Prof. Téllez, a mi padre Dr. Ruperto Murillo Costa y al Dr. Luis Concha Segura, que encontré en la cátedra del profesor Téllez. Yo estudié el curso como alumno ahí, el año 65 y Téllez me dijo "yo te espero cuando te recibas, a trabajar conmigo". Yo me recibí el año 69 y me fui de la escuela de medicina al hospital psiquiátrico y estaba el profesor Téllez ahí y me dijo "esta es tu oficina, este es tu delantal" y me estaba recibiendo. Así que empecé a trabajar con él, el año 69. Bueno, empiezo la beca de formación en psiquiatría y trabajo muy cercano con él. Él me tenía mucho cariño y era mutuo, era una amistad con mi padre muy grande, desde el comienzo, lo encontré muy parecido a mi abuelo, a quien yo quería mucho.

Bueno, y a poco andar me di cuenta que él me tenía una preferencia especial, yo llegaba en las mañanas y el profesor Téllez veía primero a sus pacientes, él era profesor, pero era el médico que tenía más pacientes en el sector 2, donde trabajaba, más que sus ayudantes y que los alumnos, el bajaba al policlinico tres veces a la semana a ver enfermos, si alguien fallaba decía "bajemos todos y vemos a los pacientes" no quedaban sin atención. Bueno y con él aprendí lo que se llama la fenomenología psiquiátrica, que es el acercamiento humanístico al paciente, lo que motivó a la larga que yo escribí un libro que se llama "Hacia el Rescate de una Psiquiatría Humanista" (2013). Entonces ahí tengo vertido gran parte de lo que yo he aprendido, además publiqué el libro: "Cátedra de Psiquiatría Clínica del Prof. Dr. Agustín Téllez" (2008). Entonces, ahí parte mi formación y rápidamente empecé a escribir trabajos de investigación con él.

Tuve muy buena acogida en toda la cátedra, entonces empecé a investigar yo y simultáneamente el profesor Téllez me metió desde el comienzo en trabajo de investigación y docencia y por ende a publicar, desde el primer año que entré, así que esa fue la partida

E: Y cómo recuerda cuál era su sensación, bueno, usted conocía ese lugar desde que era chico

G: Claro, yo llegué al sector 2, está todavía en estos cuatro edificios que se hicieron después el año cincuenta y algo, porque el hospital se quemó y después con el terremoto del 1985 se cayó lo poco que quedaba del hospital antiguo. Yo conocí el hospital antiguo de niño, eran casas de dos pisos, casas de campo preciosas, estaba en el lugar donde está ahora. Al frente había muchos departamentos de crónicos que eran de un piso, pero muy elegantes y muy bien tenidos. Había un gimnasio y estaba el pensionado al frente. Toda la cuadra de al frente era del hospital y la cuadra norte también, atravesando Santos Dumont también era del hospital y entonces todo eso fue desapareciendo.

El año que yo llegué el 69, ya a trabajar, a formarme, había tres mil pacientes en el hospital. Actualmente hay creo 600, que es la misma cantidad de pacientes que había en el 1889, datos que tengo yo, de un antepasado que escribe la historia del hospital, don Adolfo Murillo Sotomayor, "Higiene de la Asistencia Pública de Chile". Aparte de eso, escribió muchas otras cosas, como las plantas medicinales en Chile. Él es mi tío bisabuelo, yo soy hijo de Ruperto Murillo, nieto de Ruperto Murillo y bisnieto de Ruperto Murillo, que es abogado, hermano de Adolfo Murillo, que su vez tenía otro hermano médico que se fue a Valparaíso y tuvo una gran figuración allá en Valparaíso y actualmente en Laguna Verde queda una especie de campo de la descendencia de él, de don Guillermo, hermano de don Adolfo Murillo y don Adolfo tuvo la participación en la fundación de muchos hospitales y de la escuela de medicina de la universidad de Chile, época en la que se enseñaba gratis a todos los alumnos y se trabajaba gratis. Entre uno de los tantos profesores que hubo en la escuela de medicina, uno de los más brillantes fue don Augusto Orrego Luco, que puso a la salida de su oficina "aquí se cura gratis", son cosas que yo recalco, porque era una época distinta y me tocó vivirla.

E: Y cómo usted ve ese cambio, qué es lo que pasa hoy día

G: Hoy día desapareció la inquietud docente. Yo seguí la carrera docente y en eso me acompañó el profesor Téllez, me acompañó después el Dr. Mario Varela Guzmán, entonces me incentivaron a que siguiera escribiendo para postular al grado de profesor, hasta que llegué a ser profesor, pero empecé a notar que los médicos que venían, ninguno seguía la carrera docente, vino el boom de las universidades privadas donde les daban el título de profesor sin hacer el mérito. Yo fui profesor de la universidad Diego Portales, en enfermería y me dijeron que ahí iba a ser profesor titular y la verdad es que a mí no me importa mucho porque yo tengo el título de la Universidad de Chile y aquí no me han pedido ningún antecedente. Bueno, yo me compenetré del trabajo intenso, de la docencia de la investigación y de la publicación intensa del primer día que yo llegué, desde el primer día empecé a hacer trabajo de investigación.

Con el profesor Téllez empecé a observar ciertas cosas y publiqué un caso de un gran quemado que se trastornó con las quemaduras, cayó a la posta central y él decía que en las noches salía a caminar. Estaba colgado, porque le estaban haciendo injertos, con colgajos, entonces él en las noches dice que salía con chiquillas y salía a andar en auto por ahí y yo estaba totalmente perdido con el caso y le pedí ayuda a mi padre. Mi padre fue y lo empezó a observar y el pestañea y eso quiere decir que reacciona, no es que esté inconsciente y me recomendó que lo hipnotice, el me enseñó a hipnotizar también, él y otro doctor del Salvador y lo hipnoticé, a un quemado, teóricamente el problema era biológico, una quemadura extensa y lo hipnoticé, le di la orden de despertar lucido y me resultó, entonces ahí me compenetré de esta unión de la mente con el cuerpo. Mi padre era profesor de medicina psicosomática y también era psicoanalista. O sea, tenía una formación muy buena

E: Y su padre también trabajaba en el hospital

G: No, él estaba retirado en ese momento, porque se dedicó a ser médico de don Jorge Alessandri un tiempo y ahí se retiró y después quiso volver, pero murió muy joven, de un infarto, pero él había trabajado antes en la cátedra de don Arturo Vivado Orsini, que fueron los que introdujeron las terapias de shock en Chile, el electro shock y el coma insulínico que se usaban en la esquizofrenia. El electrochoque además en la depresión endógena. El electrochoque hasta el día de hoy es el mejor recurso para la depresión endógena, que es la depresión más grave y el hacía los electrochoques personalmente y un hermano del profesor Vivado hizo la máquina para hacer electrochoque y cuando yo llegué al hospital se hacía electrochoque y lo hacía Téllez, lo hacía Concha y me enseñaron. Supongo que hasta el día de hoy se hace. Y está Alejandro Salinas especializado en electrochoque. El sistema nervioso funciona a base de corriente eléctrica. Cuando mi padre le faltaba poco, o sea, yo no sabía que se iba a morir, pero en esa época él me dijo "vas a ver tú la importancia que va a tener la electricidad en la psiquiatría" y efectivamente tiene, los antidepressivos mejoran la conducción nerviosa, que es eléctrica y así suma y sigue.

E: Y usted trabaja en el sector dos y se mantuvo siempre ahí o fue cambiando

G: Me quedé siempre al lado del profesor Téllez, lo que suscitó cierta envidia de parte de los demás, de los más jóvenes, los más viejos no, los más viejos me acogieron y me enseñaron todo lo que estaba en el sector dos.

E: ¿Y cuántos psiquiatras trabajaban por sector?

G: En esa época, había seis psiquiatras por sector contratados, más o menos, y los becados que eran los médicos en formación de la especialidad de psiquiatría. Los médicos psiquiatras de ese tiempo, veían pacientes y no delegaban su trabajo a los becados, además les enseñaban. Actualmente eso no me tocó vivirlo y fue incomprensible para mí.

E: Y usted ese cambio cuando lo ve

G: Ese cambio lo veo, yo le diría desde hace unos diez años a esta parte, se ha mediocrizado. Gran culpa la tiene la introducción de un manual norteamericano de diagnóstico y de tratamiento, que es el DSM, que es una transformación de toda la nosología que se había hecho por Kraepelin, un alemán que sacó diez veces la nosología, que él estudió que había gente neurótica, gente psicopática y fue describiendo los cuadros clínicos, pero los yanquis con su simpleza, especialmente en psiquiatría, sacaron el DSM 1 en el año 52 en que todo era reacción esquizofrénica, que es un contra sentido, las formas de enfermar son tres, uno puede reaccionar frente a un evento, con angustia, con esto que le llaman estrés ahora, puede desarrollar una personalidad anormal o puede tener una enfermedad orgánica y dentro de esas están las endógenas, que no se sabe cuál es el origen, pero se sabe que son orgánicas, la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva, entonces son tres formas de enfermar. El proceso que es orgánico o endógeno, el desarrollo de una personalidad y la reacción, pero los yanquis transformaron todo esto en reacción, todo era reacción.

La esquizofrenia no es una reacción, es endógena. Después vino el DSM 2 que introduce el termino desorden de pánico y ahora trastorno, todo es trastorno y hablan de trastorno de pánico, de ansiedad, de la personalidad y aparece esta vulgaridad que es el famoso trastorno borderline. Kraepelin, que fue el que hizo la nosología de la psiquiatría chilena, que describió la neurosis de angustia, la neurosis obsesiva, la neurosis depresiva, ya, después la personalidad depresiva, obsesiva, después los enfermos mentales, la demencia precoz, que le llamó a la esquizofrenia, la psicosis maniaco depresiva y él dice que hay un grupo límite que no son los enfermos mentales propiamente tales ni las personalidades estrambóticas y a eso le llamó limite.

Después los yanquis introducen el termino limite y limite es todo lo que no es psicosis ni neurosis, entonces ahí cabe todo. Como decía un gran psiquiatra que desgraciadamente se murió, Rafael Parada, es como decir que Chile limita con el Atlántico por Argentina, Argentina no es una línea, pasan muchas cosas ahí, entonces ahora existe esa comodidad, estructuras borderline de la personalidad y repiten y repiten, con supuestas pretensiones de originalidad, pero la gente repite lo mismo que es original, la misma mediocridad que no dice nada, que es un contra sentido.

E: Y desde que usted entró y después con su padre ¿ha visto cómo ha ido cambiando el trato con el paciente?

G: El trato ha ido desmejorando. El trato antes era muy cercano. Mi padre trató a una señora, la Sara y la mejoró de una depresión endógena y esa mujer dijo "doctor, estoy tan agradecida de usted que me voy a ir a vivir con usted y le voy a criar a sus hijos" y así fue, fue la nana que tuvimos nosotros, que era parte de la familia, la Sara se murió en la casa y tuvo sepultura igual que cualquier pariente y llegaron los amigos del papá, porque era personaje. Y cuando tenían comida hasta tarde ella se asomaba al living "ya, váyanse que el doctor tiene que trabajar temprano" era esa la relación.

Ahora se murió este año la Paloma, que era un personaje del hospital, que a mí me adoraba. La Paloma era una mujer, que yo la conocí cuando ella empezó a enfermar y yo iba llegando al hospital vi que le estaba pegando un hombre a ella, yo era bastante fuerte de joven y la defendí y me adoró la Paloma. Después le iban a hacer un electroshock, porque tenía necesidad de eso y yo le tomé la mano para que no le diera susto, pero ella me adoraba por encima de todo y la Paloma me tuteaba y me decían que había que poner distancia social con los pacientes.

Yo feliz que me tuteara y yo la tuteaba y mis hijas la tuteaban y eran amigas de ella. Entonces, hay muchos enfermos en el hospital, si un día vamos para allá, va a ver usted como se me acercan los más antiguos, los enfermos crónicos que van quedando y que me conocen y todos me quieren y yo los quiero a ellos.

E: Claro, es una relación además de toda la vida

G: Claro y de afecto. No es porque sea un caso más, un caso menos y los conozco y hay una relación muy directa, afectiva con los pacientes.

E: Y usted cuando trabajaba en el sector dos, ese sector era de mujeres ¿y no era de crónicos o de larga estadía?

G: No, ese era de agudo, pero cuando trabajaba Téllez, nosotros teníamos camas en agudo, en crónicos y policlínico. Los crónicos estaban al otro lado, donde se pasa por el túnel

E: ¿Y ustedes pasaban por ese túnel?

G: Yo no alcancé a pasar por el túnel, porque lo había hecho antes la gente que hacía guardia en las noches y pasaban por los crónicos, pero conocí médicos que pasaban por el túnel. Hugo López Montiel, que fue profesor mío también dentro de la cátedra, me decía "pasábamos con Zapata, un auxiliar y un perro y un farol grande para ir alumbrando el túnel porque es super oscuro" pero pasaban en la noche, visitas a los departamentos de crónicos, por todo el hospital y hacían la pasada para allá en la noche. Yo atendí a esos enfermos de día, así que atravesaba por avenida La Paz.

E: Y ahí entonces usted cuando iba a los crónicos, trabajaba en el fondo al frente.

G: Sí, es que cada jefe de servicio, tenía servicios de agudos y de crónicos, entonces si un enfermo se enronizaba, se pasaba al departamento de crónicos.

E: Y ahí el departamento de crónicos, cuál número era en el que usted trabajaba también

G: El número 8 creo

E: Y eso era entonces al frente

G: Al frente, donde estaba Química y Farmacia de la Universidad de Chile, toda esa cuadra era del hospital. Ahí unas casas de adobe preciosas, con estos patios centrales, con pileta, con agua que saltaba, era muy bonito

E: Y eso cuando deja de estar operativo

G: Eso deja de estar operativo en la década de los 70.

E: Y ahí con el régimen militar ¿cuál es el cambio más importante que usted ve?

G: A ver, fue una época en que hubo varios directores del hospital, hasta que finalmente un compañero de curso mío, amigo de otro compañero de curso, cercano a la junta, lo nombran director del hospital, el año 80 y ahí viene el cambio, él nombra a su hermano jefe de servicio, todo eso es nepotismo puro, ya había muerto el Dr. Téllez, así que yo trabajaba con Mario Varela y ahí hubo una especie de disputa, en la que no entró Mario Varela, porque era superior y yo también era superior, entonces estos venían de la clínica psiquiátrica, que nosotros le llamábamos "el balneario" porque no hacían nada y llegaron ellos a dirigir sectores de la mitad del hospital, pero mandaban a los becados a trabajar, ellos no atendían enfermos y ahí empezó la debacle y estas cosas se copian.

Entonces, como que se copió el sistema de que era elegante no ver enfermos, aunque le parezca raro. Y Téllez y mi padre me enseñaron a mí a meterse con el enfermo, a hacer las punciones lumbares, a hacer los exámenes, a estar con ellos, a ser parte de ellos.

E: Y ahí cuál era el horario en que trabajaba

G: Todo el día, ocho horas. Es que tenía tiempo para ver los pacientes agudos, policlínico y los crónicos

E: ¿Y el policlínico dónde se ubicaba?

G: El policlínico se ubicó en el subterráneo. Ahí hay otra cosa, antiguamente el hospital era mucho más grande, entonces los policlínicos quedaban hacia otro lado, pero esas estructuras se cayeron. Entonces, todo lo que es ahora policlínico está en el subterráneo, todavía creo que es así.

E: Que es como el primer edificio que uno entra por La Paz, que uno baja y ahí está el policlínico

G: Claro, todos esos edificios, se hicieron ocho bloques, más este, pero no partió siendo el subterráneo, eran oficinas, entonces cómo funcionan ahora los edificios no es para lo cual fueron hechos. El SOME, por ejemplo, era un hospital diurno, que lo formó Enrique París, que murió en el régimen militar, era un hombre inteligente y trabajador y era de la cátedra de Téllez. En la cátedra de Téllez había comunistas, había gente que no era comunista como yo, gente demócrata cristiana, de todo. Antes de las elecciones del 70 dijo "salga quien salga vamos a hacer un almuerzo de todo el servicio" y convivíamos y éramos amigos con todos. Después del golpe militar, se transformaron en enemigos, muchos porque sí, no más. Bueno, entonces, estábamos hablando de la dedicación al paciente y era de los tres grupos, de agudo, de crónicos y de policlínico y también yo hacía turnos de reemplazo en urgencia. Yo conocí el hospital entero.

E: Y ahí por ejemplo...

G: Fui dependiente del servicio de Téllez estaba en el departamento psiquiátrico judicial, donde iban los pacientes que habían cometido delitos y también fui jefe de ese departamento. Desde el 70 hasta el 77 más o menos

E: Y cómo era en esa época

G: Había cuatro cátedras, cada uno estaba en estas cátedras

E: Entonces estaba la de Téllez que era una corriente más fenomenológica, después

G: La de Horwitz, que se dedicaba al alcoholismo. Había otra que era conductista y Peralta que era fenomenología también. Esto implementando los tratamientos biológicos. Y también en la de Dr. Téllez y en la época de mi padre, que era de antes, introducen las terapias biológicas y el psicoanálisis, ellos se psicoanalizaron, mi padre se psicoanalizó. Aparte de usar tratamiento de corriente con los enfermos, se psicoanalizó y hacía psicoanálisis.

E: O sea, era como una mirada integral, no solo aplicar un medicamento, un tratamiento

G: No necesariamente era electroshock, sino que también podía ser psicoanálisis, dependiendo, porque un loco no es lo mismo que una persona que está nerviosa porque tuvo covid, no es lo mismo, es otra cosa. Se hablaba de la psiquiatría mayor, por lo de la psicosis mayor, no sé por qué mayor y menor, las neurosis. Entonces, había médicos que se dedicaban más a los locos y otros que se dedicaban más a los neuróticos

E: Y a usted qué parte le gustaba más

G: Todo. Mi padre era un genio de la neurosis y de la psicoterapia. Por ahí tengo una foto de mi papá.

E: Y usted hasta qué año estuvo trabajando

G: Yo trabajé hasta el año 2014, porque jubilé y me recontraté en la posta de alcohólicos y en el policlínico

E: La posta antes de alcohólicos dónde estaba

G: Antes era un servicio aparte, que estaba, es que todo eso se cayó, pero ahora está en el segundo piso encima de urgencia

E: Pero estaba dentro del terreno de ahora

G: No, había un edificio especial para eso y también se hacían tratamientos de alcohólicos en los sectores de agudo, pero tiempo atrás había un Asilo de Temperancia, que se llamaba, donde llegaban puros alcohólicos, yo no alcancé a trabajar ahí

E: O sea, cuando se llamaba posta antialcohólica en el fondo y tenían la misma función

G: La misma función

E: Y ahí, como el 85 con el terremoto se caen muchas construcciones

G: Se caen muchas construcciones, las pocas que quedaban, se caen y ahí se cayó la capilla, que era preciosa y muchos departamentos de adobe que había

E: Y ahí qué pasó con los pacientes, por ejemplo, porque en el fondo entre que se caen

G: Mire, había muchas clínicas de extensión donde se mandaban enfermos del hospital psiquiátrico a vivir allá. El año 69 se cerró el Sanatorio de Putaendo, que era para tuberculosos y quedaron mil camas disponibles y se mandaron mil enfermos crónicos ahí al sanatorio de Putaendo, que con el tiempo se llamó Sanatorio Philippe Pinel, en honor al psiquiatra que rescató a los enfermos mentales en París y los sacó del encarcelamiento y les dio el carácter de enfermos. Y ahí se derivaron mil enfermos y quedaron dos mil en el hospital, repartidos entre crónicos, alcohólicos, agudos, urgencia, el 69, cuando yo llegué

E: O sea, en el fondo como desde el 70 en adelante había muchos pacientes

G: O sea, había los pacientes que tenían que haber, si esta reducción de los pacientes... el número de los pacientes que había en los hospitales era en relación a la población que atendían y ahora, desde la época de los militares, empezó a reducirse y yo le diría que el interés por los enfermos era muy diferente al de uno, muy diferente al que tenía Mario Varela, que era el otro servicio

E: Y ahí en el fondo no había contacto entre los jefes de servicio

G: No

E: Funcionaba en el fondo como repúblicas independientes

G: Aparte

E: Y en el fondo, que cada paciente llegara a cada servicio ¿de qué dependía?

G: Era al azar porque entran en general por el Servicio de Urgencia. Ahora, uno podía, cuando estaba en Urgencia, mandar a ciertos sectores

E: Pero claro, no había como una política de hospital, como mirada así de procedimiento

G: Se hacían las mismas cosas, pero con más interés y dedicación. Yo fui campeón nacional de golf, un individuo no me va a enseñar teóricamente como se juega, porque yo sé mucho más, si esto es una práctica, hay que estar. Lamentablemente se implementó la tendencia de las jefaturas de no atender enfermos y delegarle a los becados cada vez más. Antes para ser jefe de sector había que tener méritos, pero después fue reduciéndose el número de gente y nombraban jefe de sector a médicos que no tuvieron la carrera académica que yo seguí. Quedamos en que la actitud frente al interno y la preparación académica, teórica, fue cada vez más dejada de lado. Actualmente la bibliotecaria del hospital psiquiátrico es una de las pocas que coopera para que la historia se preserve la Maritza Alderete, porque no hay interés en estos temas. Y los demás están ahí cumpliendo protocolos, apareció esto del protocolo y los derechos del paciente, una serie de cosas de carácter administrativo que los aleja de la clínica, no sé si ven enfermos, no creo que vean enfermos el director, el subdirector, no creo.

E: Y ya en los 90, con la democracia ¿hay algún cambio más?

G: No.

E: Y volviendo un poco para atrás, cuando usted trabajaba como médico en los sectores ¿había un trabajo en conjunto con los otros profesionales?

G: Si, había médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional del sector que estaba encargado de activar a los pacientes durante todo el día, había un centro de terapia ocupacional especializado donde mandaban los enfermos a aprender carpintería, y otros talleres. Había asistente social, psicólogo y personal auxiliar muy dedicado a ayudar a los pacientes, aparte de darles la comida, hay algunos que participaban en la terapia ocupacional de los pacientes.

E: Y de su familia ¿usted tiene hijas?

G: Tengo dos hijas. La mayor es acupunturista y tiene estudios en China, es excelente y la otra es diseñadora paisajista.

E: Otra pregunta del hospital ¿qué recuerdos tiene de cuando iba a buscar a su papá cuando chico?

G: Recuerdo de un lugar precioso

E: Era verde, era seco...

G: Era verde, bien mantenido, como una casa de fundo antigua, de dos pisos. Y recuerdo de unos pacientes que me decían "ah, qué niñito más lindo" me hacían cariño, porque andaban los enfermos dando vueltas por el recinto.

E: Y en que minuto los pacientes dejan de salir del hospital

G: O sea, tenían mejores lugares dentro del hospital, eso es lo que yo describo y describe el doctor Murillo "hay árboles que les dan sombra en el verano, les dan frutos, les sirve para pasear, hay espacios amplios" era todo amplio. El hospital era esta cuadra que tiene ahora, la de al frente, la del otro lado Santos Dumont, más Quinta Bella, que era una chacra donde iban a cultivar legumbres y frutas, más El Peral. El Peral dependía del hospital psiquiátrico y se mandaba a los enfermos a trabajar a la agricultura allá

E: Y usted cuando llegó, en el fondo todavía estaba eso conectado ¿o no?

G: Había una cierta conexión, ya se había independizado El Peral del hospital y la Quinta Bella también había desaparecido, pero El Peral seguía como relacionado con el hospital. Era un servicio de psiquiatría, pero independiente y a mí me dijeron "¿y por qué no se va a formar a El Peral?" y que por qué tenía que estar ligado al profesor Téllez, yo me quería formar con él, si yo estudié el curso de psiquiatría como alumno, pero quería ser psiquiatra y formarme acá, no tengo por qué irme a El Peral, pero dependía del hospital psiquiátrico y la Quinta Bella también. Y había sastrería, había ganadería, horticultura, sembraban, trabajaban el campo, peluquería.

Había en un momento distintos especialistas que trabajaban dentro del hospital para el hospital. Había un médico internista, había un servicio de cirugía, había un otorrino, oftalmólogo y todo esto dentro del hospital. Algo muy importante, la neurocirugía, la cirugía estereotáxica que se hacía en el hospital, para tratar enfermos agresivos, epilépticos, cuadros depresivos, obsesivos y que poco a poco con esto de los derechos de los pacientes, fue desapareciendo. Con el discurso de que abrirle el cerebro a la gente era faltarle el derecho a su integridad y el servicio de neurocirugía del hospital tuvo que salir de ahí. Yo asistí a ver las operaciones de párkinson, para quitar los temblores, le quemaban un centro y se iba mejorando. No sé si pasa ahora en alguna parte.

E: Cuando usted llega, era hospital psiquiátrico, en qué minuto pasa a llamarse instituto

G: Primero se llamaba Casa de Orates, después se llamó Manicomio, después Hospital psiquiátrico, después, Hospital psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak y después Instituto psiquiátrico Doctor Horwitz Barak, porque tiene una especialización extra

E: Dicen que en los 80 pasa a llamarse instituto, pero todo el mundo lo conocía como hospital

G: Claro, instituto, porque supuestamente se atendía atención cuaternaria, que es ultra especializada, eso se hacía siempre. La historia es la siguiente: estaba de director el Dr. Patricio Olivos, que es muy buena persona y dijo que "el más indicado para buscar el nombre que debe llevar este hospital es Gustavo Adolfo Murillo" y yo busqué el que se merecía el nombre, pero la Dra. María Luisa Cordero era muy amiga del Dr. Horwitz, que era jefe del área norte (Servicio de Salud Metropolitano Norte). Entonces, por un acercamiento especial le puso el nombre del papá de Isaac Horwitz al hospital, José Horwitz, que era un buen médico, pero no merecía ser él.

E: ¿Y usted qué nombre le hubiese puesto?

G: Yo le habría puesto Agustín Téllez Meneses, porque lo conocí

E: Y ahí usted trabajó siempre en el hospital

G: Sí, hasta que dejé de trabajar en el hospital, hasta que jubilé y ahí empecé a trabajar en Melipilla, en la clínica Servet, que quebró después y trabajé un tiempo en Batuco, dos años allá. Hice el esfuerzo porque necesitaba trabajar, además que yo estoy hecho para trabajar, no conozco otra forma de vida.

E: Solo para terminar y no extenderme mucho mas ¿cuál es su sensación de haber trabajado en el hospital?

G: O sea, para mí fue una época fundamental en mi vida, donde pude desarrollar la verdadera vocación de médico ahí y de profesor. Tengo el nombramiento de patrimonio de la psiquiatría

E: Y de su misma generación...

E: O quien de la gente que usted formó encuentra usted que podría ser también un aporte

G: Ignacio Solminihaç y la doctora Verónica Solís que está actualmente en cargo directivo, ella tenía grandes condiciones clínicas, pero fue derivando a la administración hospitalaria. El joven Ignacio Solminihaç que trabaja en urgencia, es rescatable. Ya no hay gente que tenga el interés de enseñar como yo, para mí era inherente eso. La reunión clínica era para resolver casos y ahora es otro el estilo más teórico sin resolución de casos clínicos. Esa urgencia que tenía la reunión clínica de resolver un caso difícil para mejorar al paciente se desvaneció.

E: Y una última pregunta que es una cosa bien específica, que me apareció en otras entrevistas y que me llamó la atención ¿cuál era el tipo de vestimenta de los pacientes cuando usted llegó? ¿Había un tipo de vestimenta particular?

G: En el Open Door los vestían con ropa militar

E: ¿Y usted vio eso?

G: Cuando pasaba por allá. Ahora se pueden vestir con cualquier cosa, porque son todos iguales

E: Bueno, agradecerle esta entrevista

G: Sobre el túnel, eso se hizo en 1905, a raíz de que se construyó la calle avenida La Paz y para pasar a ver a los enfermos, que eran muchos los que había al otro lado, se hizo este túnel para hacerlo más fácil

E: ¿Habrá sido toda la cuadra del hospital psiquiátrico?

G: Prácticamente toda la cuadra, extenso, extenso y existió durante mucho tiempo que el número de médicos y el número de camas era en relación a la población que se atendía, pero eso ahora ya se perdió. Ahora hay el mismo número de camas que en 1889. Eso sale en el libro del doctor Murillo y sale en el libro mío también. Ahora ya no les importa si el número de camas está en relación al número de habitantes, como tampoco les importa si el número de médicos es en relación al número de habitantes, por eso es que la salud mental está abandonada, dicen, la abandonaron

E: Y usted considera que ahora hay más abandono de la salud mental

G: Sí, cero. Yo no sé qué recursos tienen en los hospitales y como es el ambiente, antes era un ambiente hospitalario, ahora lo desconozco.

E: Y me decía que el lugar era verde y había patios

G: Había patios, había departamentos de crónicos que eran bonitos y al fondo donde está el estacionamiento de autos, todo eso era el edificio del hospital, todo eso se cayó en el 85

E: Bueno, le agradezco, un millón de gracias por el tiempo, la paciencia.



PROF. DR. GUSTAVO ADOLFO MURILLO BAEZA
MEDICO PSIQUIATRA

Santiago, 29 de abril 2022

Transcripción Alejandra Amira

Duración de la entrevista: 1 hora 55 minutos
Entrevistadora: Javiera Letelier (E)
Entrevistada: Alejandra Amira, terapeuta ocupacional (A)

E: ¿Me puedes decir tu nombre completo?

A: Yo soy María Alejandra Amira Paredes, soy terapeuta ocupacional y mi especialidad es salud mental y trabajé por 33 años en el Instituto Siquiátrico

E: ¿En qué año llegaste al instituto?

A: Llegué en el año 85 a los departamentos que en ese tiempo se llamaban departamentos de crónicos, ahora se llaman unidades de larga estadía. Entonces, llegué a lo más antiguo y asilar que había en ese momento, asilar, de estructura asilar. Y llegué después del terremoto del 85, entonces, la estructura física era un desastre ¿tú fuiste al siquiátrico?

E: Sí, he estado ahí

A: Hay un parque donde está el teatro ¿verdad? claro, está el parque, a la izquierda está el teatro y hacia el fondo está la última unidad de larga estadía que hay. Ahí trabajé yo

E: Y eso era justo donde estaba el teatro, como cerca de la cancha

A: No, pero al fondo. Mira, frente al teatro no era parque, eran unidades, era edificio y ahí estaba el antiguo departamento 3 y eso se cayó todo, todo, todo. Entonces, cuando tú ibas a trabajar tenías que atravesar los escombros, estaba lleno de escombros. Y después de sacar los escombros se hizo ese parque con donaciones de árboles que dimos todos. O sea, ese parque antes no existía. Y la plata para hacer el parque y la cancha la pusieron los locatarios de La Vega, fue todo un evento

E: Qué interesante. Y eso ¿en qué año fue más o menos?

A: Yo entré en el 85, durante todo el 85 sacar los escombros y debe haber salido el parque entre el 86 y el 87

E: O sea, estuvo todo ese tiempo con escombros y ahí, bueno, me imagino que no había recursos para sacar esos escombros, por eso estaban ahí

A: Claro y había maderas nobles entre medio y había gente que se robaba las maderas nobles, era terrible. Al fondo donde yo llegué, habían 100, porque como se había caído el departamento que estaba frente al teatro, mandaron a todo el mundo al departamento de al fondo que había sido construido en el año 77, entonces era de una estructura que no se cayó. Entonces, mandaron ahí y pusieron 100 en el segundo piso y 100 en el primer piso, entonces era espantoso (se ríe). Imagina un comedor con 100 personas, era terrible

E: Y esos son los edificios que existen todavía

A: Sí, el que está al fondo, eso fue construido en el año 77 y la unidad de larga estadía de

varones que está a la derecha de la cancha y del estacionamiento, no sé, está la cancha, el estacionamiento, el casino y ahí está la unidad de larga estadía de varones. Entonces, es una estructura sólida bien hecha, que fue hecha en el año 77. Entonces en el 85 lo que se cayó era lo viejo, viejo, viejo

E: Perfecto, o sea toda la... disculpa, para ubicarme espacialmente, en el fondo, porque hay varios que se construyeron en los 50, por ejemplo, unos como pabellones largos y los del 77 serían en el fondo los edificios...

A: Los que están ahora

E: Los que están ahora, ya perfecto

A: Porque lo que se cayó estaba en el parque, ahí estaba construido

E: Ya, y después del parque, donde hoy día está el estacionamiento, habían también más...

A: No, ahí no había estacionamiento, me pierdo ahí un poco, pero me parece que ahí al fondo donde está el estacionamiento, también había construcción, entonces eso después se sacó, se armó el estacionamiento, porque el hospital, el edificio de nosotros era muy grande en la época de la casa de orates del manicomio nacional, seguía para atrás ¿pudiste ver los auditorios antiguos? ¿te dejaron verlos? son unos auditorios que todavía están que son así muy empinados, muy empinados, donde la gente se sentaba y abajo estaba el profesor. Esos están, bueno, hay una reja con llave, pero están después del teatro, uno sigue para adentro y ahí están esos auditorios antiguos. Tú puedes pedir ir a verlo y dan para la calle, si no me equivoco, Monserrat y esos son auditorios donde se enseñaba antiguamente, hay unas fotos donde está el auditorio lleno de delantales blancos, hasta la rodilla la gente y abajo está el doctor con la paciente, incluso hay dibujos de eso. "La paciente se desmayó porque era un cuadro histérico" clásico eso, entonces tú puedes ir a ver esos auditorios

E: Voy a ir a verlo, buenísimo. No, en general he visto, me he paseado varias veces, pero hay partes donde está cerrado con llave y no he tenido mucho acceso

A: Para que tu digas, eso está detrás de esa reja, está el archivo donde estaban las fichas viejas de papel, entonces eso está ahí y más allá está el auditorio, tú tienes que decir "quiero ir al lugar en donde está el archivo de fichas viejas" y te abren la reja no más

E: Perfecto, que bueno. Porque además voy a trabajar con una maquinita que hacer reconstrucción tipo escáner de los espacios, así que voy a hacer del teatro, de varias partes y es una máquina que se demora muy poquito, hace la pega en 5 minutos y después la pega larga es mi computador, funciona con un programa. Reconstruye como está ahora, pero en el fondo permite digitalizar los espacios y uno puede comparar el espacio actual sin estar ahí, con fotos, con otras cosas y ahí uno puede reconstruir, etc.

A: Ese lugar que te digo yo del auditorio y el archivo de las fichas y todo eso, esos se mantuvieron y yo creo que son antiguos, antiguos, son de la época del teatro más o menos o después, serán de los años 40 o 50, cuando empezó la siquiatria en Chile, el cuarenta y tanto. Entonces, claro, con esa camarita lo vas a tomar super bien

E: Muchas gracias por el dato, muy bueno. Una pregunta, tu estudiaste y saliste de la universidad ¿entraste al tiro al instituto?

A: Sí, yo hice práctica en el hospital El Peral que está cerca de Puente Alto, en el campo. Eso también es una cosa de crónicos muy grande, muy antigua y después entré al psiquiátrico. O sea, hice practica en distintas partes, pero cuando me recibí entré al psiquiátrico.

E: ¿Y cuál fue tu primera impresión cuando entraste al instituto?

A: ¿Mi primer sentir e impresión?

E: Sí

A: Fue, bueno, fue "ah, qué terrible" y fue angustia, porque como yo trabajaba al fondo y tenía que atravesar los escombros, entonces uno les iba haciendo el quite y después llegaba a un lugar que estaba bien construido, pero que estaba hacinado, porque en el primer piso habían 100 y en el segundo piso habían 100, entonces a mí me tocaba arriba, en el segundo piso y en ese tiempo el hospital estaba pobre, pobre, pobre. En ese tiempo todavía no se llamaba Instituto Psiquiátrico, se llamaba Hospital Psiquiátrico. Había salido de su época de oro, que era con las monjas. Hospital Psiquiátrico, después de la dictadura, entonces estaba pobre, pobre, pobre. Entonces, había una frazada por cama y medicamentos había solamente clorpromazina y nada más. Existían otros medicamentos, pero el hospital tenía solamente que era el más activo. Entonces, era una pobreza y un nivel de patología, gente muy descompensada, gente muy agresiva, o sea, cuando yo subí, me acuerdo que las auxiliares me dijeron "hay 6 que son de peligro de agresividad física" y eran unas mujeres enormes, gordas, de 30 años, claro, yo tenía 25, pero ándate a luchar con ellas. Bueno, ahí las conocí y no había espacio, o sea, yo hacía talleres en el pasillo y eso era super riesgoso, hacer talleres en el pasillo, con las herramientas y las cosas. Entonces, fue todo una, yo diría que fue toda una empresa, todo un desafío empezar a desarrollar, o sea, había una colega antes que yo, yo continué lo que ella empezó, porque empezó ahí el 77, cuando se hizo el edificio, se montó por primera vez un equipo ahí. Si antes estaban las auxiliares solas. Un equipo de siquiátras, psicólogos, terapeuta ocupacional, asistente social. Entonces, cuando yo llegué aquí, estaba medio diezmado eso, quedaban médicos que venían de lejos, que no eran de ahí, enfermeros que venían de lejos, que no eran de ahí. O sea, estaban las auxiliares y la terapeuta, que era yo, no había nada más. Entonces, fue un tremendo desafío y yo como era cabra y era bien verde, era bien cabra chica. Ahora a los 25 años eres como más firme. En ese tiempo yo tenía 25 y me veía como de 20, entonces me daba mucha angustia, pero al mismo tiempo era el tremendo desafío y empecé a querer mucho a la gente y al fin empecé a meterme en ese asilo y a establecer lazos y relaciones y actividades y empecé a sacarlos hasta la calle. Fue muy bonito todo lo que hicimos ahí, cómo pasamos del asilo a la rehabilitación y empecé a recibir estudiantes en práctica, fue muy bonito

E: Y eso fue desde el inicio que tu empezaste o en el fondo en la medida en que ya fueron avanzando los años como que pudieron recibir más estudiantes en práctica...

A: O sea, en el 85 no recibí nada. Me acuerdo que mandé a pedir materiales y el jefe de servicio me mandó un lápiz y un cuaderno y yo quería lanas, cartón, o sea, un taller. Entonces, al principio nada, pero ya yo diría que el 86, 87 yo empecé a recibir estudiantes

en práctica. Y en ese tiempo todo era ad honorem, era por la patria, entonces la Universidad de Chile tenía convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que venían de la Chile a hacer prácticas gratis y no nos pagaban nada a nosotros. Era otro espíritu, otra mística y la universidad, bueno, todavía era mucho más... ya se empezó a cobrar en mi época, pero igual era menos, era de acuerdo a tu situación social, existía el crédito fiscal, que no era como el CAE, sino que era un crédito que tu pagabas sin intereses muy a largo plazo. Yo me acuerdo que tuve crédito parcial y estuve como 10 años pagando cuotas de diez lucas, era muy fácil de pagar. Era todo distinto, no estaba mercantilizado. Ahora las universidades hacen convenios con los hospitales y se paga desde un principio, quiénes van a venir y si no hiciste convenio pierdes, no puedes ir, es otra cosa.

E: Y ahí tu entraste a trabajar con mujeres o con hombres

A: Con hombres y mujeres. Entonces, era tan mala la situación en el 85 en cuanto a implementos y medicamentos. Imagínate una frazada por cama, se morían de frío. Yo como era cabra joven decía "chuta, por qué en vez de contratarme a mí, con mi sueldo no compraron frazadas" pero claro, no se puede hacer, porque es malversación de fondos, ahí tú vas aprendiendo todo eso. Y claro, la administración pública tiene todo un engranaje y trámites que son lentos y eso es todo un desafío, apurar la máquina. Ahora todo está más protocolarizado, pero en ese tiempo no había protocolo para nada, o sea, si tu querías hacerlo bien era por ti mismo, si no te podías a sentar a tomar café (se ríe). Era fácil ser flojo en esa época. Y había gente que quería hacer programas y lo sacaba y se hacían cosas con mucha vocación, harta voluntad y ganas. Entonces, yo llegué y había 100 mujeres de distintas patologías y con poco control de la agresividad por los pocos medicamentos, entonces había sicosis en epilepsia, epilépticas muy agresivas, gente muy paranoica que se descompensaba mucho, entonces uno aprendía a conocerlas, a tomarles como el ladito, a mí nunca me pegaron gravemente, pero es porque uno va aprendiendo a caminar en esas rutas y las pacientes te empiezan a querer, entonces el afecto es súper importante. Me perdí de lo que me habías preguntado

E: Y este departamento de crónicos que hoy sería larga estadía, cuando tu llegaste ¿había mujeres de todas las edades?

A: De todas las edades, pero principalmente adultas y yo diría que el promedio era de 50 para arriba, porque esa era la época en que quedaba lo antiguo. Por ejemplo, en la estación de enfermería había una maquinita que era la máquina de electroshock, que ya no se usaba, como quien tiene una máquina de escribir vieja, estaba ahí. Pero las auxiliares que eran todas señoras mayores de 50 años, me contaban que ellas pertenecían a los antiguos departamentos, estos que eran de 300 personas y que el médico venía como una vez al mes no más y ellas estaban solas con las pacientes, entonces ahí el electroshock se aplicaba para tranquilizar a la persona y eso podía llegar a ser utilizado por "castigo" y se aplicaba sangre de pato, sin anestesia. Venían las que estaban mejor y ayudaban a sujetar a la persona, le ponían la maquinita y le daban la corriente. Entonces, yo me acuerdo que las auxiliares antiguas decían "esto se les aplicaba a las más bravas", como si hubiera sido un animal. No es que fueran malas, eran de otra cultura

E: Claro, era lo que había, además me imagino a las auxiliares solas en estos espacios, como que también es sobrevivencia

A: Ellas tenían que proteger su vida también, porque era peligroso. Y ahí yo vi también, eso todavía existe, pero se aplica cada vez menos, porque como ahora hay tranquilizantes mayores que se inyectan y la persona cae rápidamente, ahí yo he visto técnicas de enfermería para contener físicamente a una persona. Hay algo que se llama "carpa" que se le pone y que la contiene rápidamente, están las camisas de fuerza, con camisas de fuerza se pueden amarrar los tobillos a las patas de la cama con las piernas abiertas y todo eso hay que hacerlo bien para que no se le hagan heridas. Y hay que controlarlo y hay formas de no luchar así con la persona, sino que doblarle el brazo rápidamente por detrás de la espalda, porque hay que reducirla rápidamente, evitar luchas, estas agarradas de pelo, de caer al suelo luchando

E: Y eso es algo que tu aprendiste estando ahí

A: Claro, a mí no me tocaba hacerlo, pero yo lo vi y yo le ayudaba a las señoras. Mira, había dos chicas jóvenes, una de 25 y otra de 26, era yo, la terapeuta y una auxiliar de enfermería, que ni siquiera era técnico paramédico, era auxiliar de servicio, entonces era tan nuevita como yo. Entonces, cuando había alguien que estaba demasiado agitado y había que contenerlo, entonces íbamos como en grupo, íbamos como 10. Entonces, lo único que se me ocurría a mí era tirarme de guata arriba de la paciente, mientras los otros le contenían los brazos y las piernas y eso era para ayudar a las señoras mayores y porque a todos nos convenía que estuviera contenida pronto. Entonces, había una anécdota, como yo me tiraba de guata, claro, como yo era más chiquita, no es que te podías sacar 65 kilos de un viaje. Entonces, me decían "señorita Alejandra, sáquese los lentes" y yo decía "no, no puedo, además no veo nada sin lentes" en este tiempo usaba lentes. Y claro, eran tiempos jóvenes, yo me acuerdo de que cuando se me quedaban las llaves de la oficina adentro, daba la vuelta con una silla y me subía por la ventana, que eran unas ventanitas que tenías que pasar de guata, o sea, uno cuando joven puede hacer muchas cosas (se ríe). Subía las escaleras corriendo me acuerdo, del primer al segundo piso, en fin, había mucho entusiasmo. Entonces, la cabra joven, la auxiliar, ella si aprendió las técnicas, porque ella tenía hacerlas, ir a ayudar y me las mostraba y me las contaba y todo eso. Y claro, mientras mejor lo hicieras, menos daño le infringías a la persona. Ahora, el problema es que estaba solo la clorpromazina, no como ahora que hay aparte de los medicamentos, hay otros tranquilizantes que se le ponen. Entonces, tú le pones el tranquilizante y le pones la chaqueta de fuerza o le pones la chaqueta y le pones el tranquilizante al tiro cachai, entonces a veces había gente que estaba con la chaqueta sin tranquilizantes y eso es bien terrible, porque es una condición física de alguien que está como desesperado queriendo patear y ahí es cuando se te pueden ir los tornillos, los lazos, pero por suerte ya después llegaron las otras cosas

E: Y en qué año dirías tú que se ampliaron los fármacos

A: Por ahí por el 87 empezó a haber más, esos fármacos existían, lo que pasa es que no tenían para comprar. Haldol, que es el tranquilizante mayor por excelencia y que es super potente, tiene muchos efectos secundarios, la persona queda como robot, medio tiesa, se le secan las mucosas, pero es un gran tranquilizante. Se usa hasta el día de hoy, en urgencias, una mezcla de Haldol y otras cosas para que la persona se tranquilice y le sacan la chaqueta *ligerito*, lo antes posible. Bueno, y siempre ha estado la línea anti siquiátrica que no quiere que tú le pongas nada de eso ni que le des ningún remedio, lo que es una locura. Bueno, eso es una corriente psicológica, sociológica. En la Universidad del Estado, en la Universidad Técnica, que se llama ahora Universidad de Santiago, ahí hay una

corriente fuerte de sociología, sicología de antipsiquiatría y ahí sale gente muy anti siquiatra. No han trabajado en hospital ni han tenido familiares enfermos.

E: Si, bueno, esto es como una infidencia, pero cuando yo llegué, cuando fui a preguntar para poder trabajar en este espacio, tuve que pedir autorización, como que el mayor miedo que tienen es todo juicio que alguien que viene más de las ciencias sociales, venga como en esta línea tan anti psiquiátrica y yo les expliqué que no era esa mi línea y que quería ver las prácticas materiales

A: Se aficianan, hay un psicólogo que es particularmente anti psiquiátrico y coincidimos en unas charlas en una universidad y me tocó ver una exposición del, entonces el con la ley de transparencia, pidió todos los medicamentos que se daban y las cantidades, obviamente se les entregó e hizo una comparación, ponte tú en los años 90 se daba tanto diazepam y ahora se da tanto y para mis adentros pensaba... bueno, después me tocó hablar ahí y ahí me discutió y se armó como todo un cuento desagradable. A nosotros que nos ha costado tanto ampliar el registro de la farmacia, que nos compren los medicamentos, nos costó tanto, tanto meter en el GES la esquizofrenia y la depresión para que se les dieran medicamentos de última generación, conseguirlos y que en todo Chile se da medicamentos de última generación para la esquizofrenia, entonces el cómo se han aumentado los medicamentos es un avance

E: Claro, de todas maneras, o sea, tiene que ver con mejoramiento de condiciones materiales, porque tener más acceso a medicamentos...

A: Bueno, de hecho, sin medicamentos los pacientes te rompen todo, hay innumerable cantidad de televisores rotos, que al final los conseguíamos por donación, entonces al final tú lo ponías bien alto arriba y no faltaba uno que se subía a la silla y le sacaba la cresta al televisor, porque los sectores de agudo, donde llega la gente que está aguda, aguda, que pasó de urgencia ahí, claro, ahí hay hartito golpe, harta agitación

E: Alejandra y tu tenías alguna especialización, algún tipo de taller específico que tu hacías o diversos talleres

A: Me acordé de lo que te estaba contando, así como vi las máquinas de electroshock, vi las fichas antiguas. Y las fichas antiguas eran así unas cosas escritas a mano con una foto enorme. Entonces, tu veías la foto de la paciente joven y que todavía estaba ahí (Interrupción). Entonces, ellas habían llegado jóvenes y como no había medicamentos, solamente música... bueno, los tratamientos psiquiátricos antiguos eran atroces, te han hablado algo de eso, baños de agua fría, sumergirlos en agua fría y claro, paraban, pero después volvían. Entonces, trataban de ponerles estímulos fuertes, entonces las sumergían en agua fría y no me acuerdo qué otras cosas, en la historia de la psiquiatría salen cosas terribles, pero no los estaban torturando, estaban tratando de encontrar que... eran torturan en el fondo, pero trataban de encontrar qué podía hacer efecto. Entonces, rápidamente empezó el tratamiento moral, que vino después de la segunda guerra mundial, que es el tratamiento a través de lo bueno, por así decirlo, la música, la bondad, los paseos, esas cosas sirven, pero el estadiario de la construcción es una base neurobiológica, entonces hay patologías que pueden salir solamente con eso, pero no la esquizofrenia, no la sicosis epiléptica, no al trastorno bipolar tipo I que es una manía, mucha depresión, o sea, una manía que puede cometer muchas locuras, o sea es muy alta la manía, puede cometer muchas locuras y se pone sicótico, o sea, se pone con ideas delirantes o una depresión tan

abajo, tan abajo, que la persona se puede suicidar, ese es el trastorno de ánimo bipolar, que es el tipo 1, de ahí hay 5 trastornos más que son diversos, de los mismos trastornos del ánimo, que se dice ahora, que equivale a todos los cuadros en que se altera el ánimo, no solamente la depresión. La bipolaridad típica que la población conoce es la tipo 1. Bueno, en fin, entonces, uno podía ver esas fotos de esa gente que quedó hospitalizada y que quedó para siempre. Entonces, algunas muchas familias se desentendieron. En los años 60 yo vivía en Punta Arenas y mi mamá era asistente social, trabajó en la cárcel, en el juzgado de menores, trabajó en muchas partes y me parece que en el juzgado de menores le tocó mandar a Santiago a una niña muy enferma, que apenas hablaba, que tenía daño orgánico, es decir, con sus neuronas muy aniquiladas con muchos trastornos de habilidades cognitivas, si uso terminología que no entiendes dime no más, como deformación profesional una llega y habla. Entonces, los trastornos cognitivos son la atención, la concentración, la memoria, la inteligencia, todas disminuidas. Entonces, mi mamá la tuvo que subir al avión, en ese tiempo el avión era un DC6 que se demoraba entre 6 y 8 horas en llegar de Punta Arenas a Santiago, con dos motores, bimotor, un viaje terrible. Que yo lo hice a los 5 años, entonces me dieron algo para dormir que se les daba a los niños en ese tiempo, que era mareamin, me vine todo el viaje durmiendo y llegué a Santiago así con las luces, parecía huasa yo. Entonces, mi mamá subió a esta niñita al avión y ella llegó a este nivel, llegó al Hospicio de Santiago que quedaba en la calle General Jofré, en la comuna de Santiago y era de estas típicas casas antiguas que tienen al medio como pasillos y sigue el patio y las habitaciones están a las orillas. Entonces, la propiedad era grande, grande, grande y llegaba a ocupar una manzana y llegaba después a otra propiedad que también tenía patio grande. Entonces, esta paciente llegó al Hospicio de Santiago y los hospicios eran como ¿viste la película de Mozart? Amadeus, porque ahí se ven los hospicios antiguos, que era una mezcla de cojos, ciegos, sordos, mudos, locos e indigentes de la calle, entonces era algo terrible, nadie quería llegar ahí. Entonces, en la película, Salieri, que el músico que le robaba las partituras a Mozart llega finalmente ahí. Bueno, es una película, pero entonces el Hospicio de Santiago colindada con una propiedad privada y ahí los pacientes saltaban por la muralla para escapar y salían caminando por la propiedad privada, porque como el pasillo se continuaba con el patio, ellos desde el patio ingresaban al pasillo y llegaban a la puerta de calle y salían. Bueno, pero eso son anécdotas de la época. Entonces, esta niñita llegó al hospicio y cuando se organizó la cosa de mejor manera en los hospitales, en los años 70, se desarmó el hospicio de Santiago y ella quedó en el Hospital El Peral y yo llego a hacer práctica en El Peral en el 84 y me meto a un programa de crónicos de daño orgánico, había tres niveles, 0, 1, 2, 3, esta paciente era del nivel 0, o sea, mucho daño orgánico y se estaba haciendo una investigación científica de que pudieran tener respuesta emocional a través de tratamiento de terapia ocupacional de interactuar, de canciones, de rondas, de paseos, de mirar a los ojos, de hablar, entonces yo me meto ahí con la terapeuta que estaba haciendo la investigación, que es una terapeuta seca, que tiene magister, que fue a EEUU y voy viendo la ficha y me encuentro la ficha de la Ema, que era la niñita que mi mamá mandó de Punta Arenas y tenía esta ficha antigua y estaba en los antecedentes que había sido mandada de Punta Arenas y yo le digo a mi mamá y mi mamá me dice "si, se llama Ema". Bueno, ahí ella tenía más de 50, no me acuerdo. Bueno, y ese tratamiento fue muy bueno, porque efectivamente había respuesta emocional, las vestían a todas iguales con buzo, entonces cuando empezó a haber respuesta emocional, querían vestirse con su propia ropa, empezaron a ayudar en tareas cotidianas, fue muy bueno

E: Y eso fue en El Peral

A: Sí, porque yo hice práctica ahí

E: Una muy buena pregunta, porque uno de los registros que yo estoy estudiando a través de la fotografía es la ropa, porque da un montón de información y eso que tú dices como cuando en verdad tenían respuesta, las pacientes querían vestirse entonces con ropa distinta

A: Porque empiezas a ser persona. O sea, si alguien te saluda, te mira a los ojos y te dice todos los días "hola Ema" y te toca "¿cómo estás?" y de a poco, porque no hay que invadirlas. Entonces, a la cuarta vez tú dices "Ema, mírame, hola, mírame, estoy aquí" y tienen que ser varias personas, porque tiene que ser un equipo, que una persona haga esto y después se vaya sería un abandono más, porque tu historia de vida es una larga historia de abandonos. Entonces, la terapeuta que trabaja bien, tiene que preocuparse que los estudiantes en práctica no cometan esos abandonos. O sea, ingresen a programas, no como Quijote, yo solo voy, quiero a las personas y después me voy. Entonces, empiezan a haber muchas respuestas, muchas respuestas, por supuesto que estas eran todas pacientes no agresivas, pero también pasa que personas en esa condición pueden ser un poco agresivas, pero empezar a tratarlas con afecto y establecer un contacto social, la agresividad también disminuye y si le agregas medicamentos, estamos al otro lado, porque ella puede ir con permiso a la casa de su familia y uno le explica a la familia como tiene que hacerlo, los entrena y después de un mes yendo todas las semanas, empieza a ir entre semanas hasta que al final lo das de alta. La familia tiene que entrenarse, porque las familias no son malas, las familias son ignorantes y tienen miedo. El típico prejuicio hospitalario es que "no, que las familias son espantosas, que lo abandonaron". Yo tuve mucho trabajo con las familias en mi equipo y las íbamos a buscar, las familias estaban cagas de susto, entonces yo me acuerdo y decía "ya, quiero reunión con toda la familia, en la casa de las familias" entonces si el papá tenía auto o lo que fuera, me venía a buscar y a las 6, 7 de la tarde, cuando estaba toda la familia junta, explicarle lo que es la esquizofrenia, el sobrino, el gato, todos ahí sentados, en qué consiste la esquizofrenia, por qué le rompió los vidrios a la casa, qué estaba viendo él, él se sentía perseguido, porque en la esquizofrenia se ponen agresivos, porque el delirio más común es la ideación paranoide, sentirte perseguido o atacado. Yo tuve un paciente particular que vivía en su casa en un barrio de Macul, bonito y vivía en un pasaje, entonces estaba lleno el pasaje de niños chicos que salían a jugar y este cabro tenía la idea delirante que lo atacaban unos alienígenas, son ideas, porque ellos no ven cosas, escuchan voces, sienten, como la película Mente Brillante, es totalmente correcto, solo que ellos no ven, para el cine hacen que ven, pero lo demás es así. Entonces, este cabro, estaban los niños chicos de su barrio jugando y había una vecinita de 6 años, entonces pasa corriendo por al lado de él y él la ve como uno de estos alienígenas y él le pegó una patada y le dio en la clavícula y la niña tuvo que hospitalizarse y los papas de él fueron, pagaron todo, pidieron disculpas y tuvieron la suerte que los papás de la niña no hicieron la denuncia judicial, porque si la hacen, lo que hace la justicia es agarrarlo y mandarlo a la unidad forense del Instituto Siquiátrico, no lo mandan a la clínica privada que él quiere ir, entonces, bueno, eso era para explicarte como son los paranoicos. Entonces, uno tenía que educar a la familia y empezar a enviar con permiso a la persona cuando ya estaba mejor y qué nos pasaba, porque ahí trabajábamos en equipo, había médicos, había becados de psiquiatría, había terapeutas en práctica y éramos dos terapeutas, pero que nos pasaba, que también la paciente no salía hace años a la calle, entonces ella no sabía salir a la calle, eso es típico de la alienación. Yo trabajé con un antropólogo que me entrevistó e hizo unos artículos y después me mandó el artículo y salía mi nombre, etc. era un artículo sobre el amor y los

internados psiquiátricos, cómo son las relaciones de pareja en los espacios de internación, de alienación, por así decirlo. Entonces, en los asilos, en las cárceles, en los psiquiátricos, se producen los ajustes secundarios que es todo este tráfico de ventas o de clanes o de abuso y se produce también un perder las habilidades para la vida cotidiana, entonces las pacientes no se atrevían a salir a comprar, no les daban permiso para salir, entonces los terapeutas empezamos a salir con algunos grupos y a ellas les daba miedo cruzar la calle, entonces iban con nosotros del brazo y cruzábamos al almacén de la esquina de al frente para que compraran cosas, con su plata, porque el Estado les daba una pensión, entonces con su propia plata. Entonces, después los estudiantes en práctica de terapia ocupacional, las entrenaban para salir a la calle para ver la luz roja, para cruzar solas, cosa que cuando llegara el minuto que les dieran permiso, pudieran salir solas. Bueno y dentro de todos esos entrenamientos, estaba que cuando tenían familias y estaban bien, compensadas, fueran a la casa de la familia. Y con la familia partíamos de a poco, porque la familia se moría, entonces le explicábamos "mire, ella está bien, ella no se va a mejorar, pero está compensada, estos son los medicamentos" porque la gente piensa que un paciente psiquiátrico en cualquier minuto va a agarrar un palo y te va a pegar, para que eso pase tiene que haber por lo menos 6 meses sin medicamentos, porque si deja los medicamentos al principio está bien y típico que la gente dice "se mejoró, está bien". A los 3 meses cuando ya no hay nada de medicamento circulando en la sangre, se ponen medios raros, después cada vez más raros y como a los 6 meses le pueden sacar la cresta a alguien. Ahora, no todos, porque no todos pegan. Hay algunos que se van para adentro, que no comen, que no se mueven, que están en la pieza. Conocimos el caso de alguien que estuvo en el norte 20 años en una pieza, la familia le pasaba la comida para adentro, cuando lo sacaron de ahí porque llegó la siquiatria al norte, tenía las uñas y el pelo largo. Bueno, empezaron por bañarlo, córtale el pelo. Después lo mandaron a Santiago, llegó a la estadía de varones y en los años 90 con medicamentos modernos, el escribía poesía y pintaba. Fue a entrevista a la radio conmigo, por su poesía, con su pintura. Le compraron pintura del Museo de Arte de Nueva York, le pagan dólares y yo como terapeuta tenía que ir a cobrar los dólares al banco para pasarle la plata al terapeuta que le administraba el dinero a él, porque no se lo podíamos pasar de un viaje. Le ofrecíamos comprarse un computador, ropa. Nosotros trabajamos todo lo que era la estructura asilar, entonces hay artículos que decían "Del asilo a la rehabilitación y del hospital a la comunidad"

E: Cuando yo me pierdo un poco y cuando uno lee la documentación, se supone que dicen que por el 83 pasa a llamarse Instituto Psiquiátrico, pero en la práctica no fue así, como que sigue siendo hospital psiquiátrico en el fondo en los 80

A: Yo llegué en junio del 85 y ahí se llamaba hospital. Tal vez está en los papeles que ya era Instituto, teníamos que llamarlo instituto y mentalizarnos que era instituto y nos enseñaron cuales son las garantías de ser instituto, que puede recibir donaciones, que eres más importante, como el instituto traumatológico o el oncológico, por lo tanto, tienes mayor prioridad, porque el psiquiátrico era lo último de lo último. Si de hecho en el servicio de salud, cuando un funcionario, porque tú sabes que, en los servicios de salud, cuando alguien es de planta, para echarlo tiene que matar a alguien, tienes que robar una gran cantidad o ser pillado en un abuso sexual o de otro tipo, en fin (interrupción)

E: Una pregunta, tu desde que llegaste al hospital, empezaron a trabajar con las familias o fue algo que fue como...

A: Empezamos en el 87, porque estaba la terapeuta y las auxiliares y estábamos solas y

venía un enfermero como una vez a la semana, pero después, el 86 ya conformaron equipo. Nos llegaron dos médicos, nos llegó una asistente social. La asistente social y el enfermero venían de otras partes, eran como horas no más, pero ya en el equipo teníamos un médico muy capo, que es el Raúl Riquelme, que está jubilado también, pero es un gallo seco, que fue director del hospital también. EL empezó con este trabajo, porque él había hecho este trabajo en Putaendo, él fue director ahí. Hizo toda una técnica, que es la misma del hospital de Chillán, que es que tu capacitas a todo el hospital, entonces, hasta el portero sabe de psiquiatría, entonces los porteros contienen a la persona cuando llega toda angustiada o cuando llega agresiva la familia, que llega gritando, esto de estar todos capacitados, eso es realmente un trabajo en equipo. Y eso no cuesta más plata, eso es cosa de creatividad y organización. Mira, si las mejores cosas no cuestan más plata. O sea, las cosas más creativas. Entonces, en el 85 cuando yo llegué, había una frazada por cama, no había medicamentos, el hospital era super frío, nosotros con abrigos y gorros todo el día y los pacientes cagándose de frío, entonces, un par de siquiатras hicieron una huelga de hambre en urgencias para que mejorara la situación. Y el director de esa época, que el Luis y Mario Gomberoff, que son sicoanalistas de prestigio, son judíos, decían "por favor, por favor no hagan esto que nos van a mandar un director milico" porque en ese tiempo era dictadura, hasta el 89, las reuniones gremiales eran en secreto porque había sapos adentro del hospital, ese es otro cuento. Entonces, con la huelga de hambre, no sé cómo lo gestionó la dirección, pero empezó a llegar calefacción más remedios, más frazadas

E: Y esa huelga de hambre como en qué año fue más o menos

A: 85. Y ahí el hospital se repartió todo en comunidad, todos los auxiliares, todos apoyamos a los doctores que estaban en huelga de hambre. Se caracterizaba mucho en la época antigua que éramos muy comunidad, muy solidarios. Igual había gente floja, había gente que se daba la vuelta, había gente que robaba, pero cuando había que ayudar, muy solidarios. Cuando se hizo una encuesta para hacer el plan de desarrollo estratégico, la primera vez que se hizo eso fue en el año 2000 y yo participé en eso muy fuertemente. Trajimos una experta en desarrollo estratégico, digo trajimos porque era un equipo con la dirección y yo era parte del equipo, entonces ahí íbamos bajando a los departamentos. Se hizo una encuesta larga, desde todos los médicos hasta el último auxiliar de aseo y todo el mundo, las respuestas que más se repitieron eran relacionadas con la vocación de servicio, todo el mundo quería estar ahí para ayudar y la otra cosa que también se repitió es que encontraban que al hospital le faltaba alegría. Y eso que siempre fuimos super alegres, parecíamos fiesta, hacíamos completadas. Una vez que se accidentó en moto un hijo de una terapeuta, hicimos millones de fiestas porque tenía que hacerse cinco operaciones y todo el hospital metido, entonces ahí nos organizamos. Porque habitualmente en los hospitales están los médicos aquí, los profesionales aquí, los técnicos paramédicos aquí y el auxiliar de aseo, en la cosa clasista chilena, se dice "tu estas de la pata del catre pa abajo" porque tienes que limpiar el suelo. Y el técnico paramédico atiende pacientes en cama y da medicamentos. El auxiliar de aseo podía subir a mudar una paciente. No, si es muy clasista Chile en todo y está metido en la cultura. De repente yo tenía algún auxiliar amigo y si yo venía con una doctora él no se sentaba a almorzar conmigo porque yo venía con la doctora y la doctora era una exiliada que volvía de Cuba donde todo el mundo es igual, entonces me decía "este país es muy clasista". En cambio, si yo iba sola se atrevía a sentarse conmigo

E: Y como una cosa bien importante que yo lo he visto en otras entrevistas, es cómo funciona la estructura interna de estos espacios, como la jerarquía, porque una de las cosas

que yo he visto en otras entrevistas es que hay como esta jerarquía entre médicos y otros funcionarios ¿Esto es algo que se repitió en toda la historia desde que entraste?

A: Mira, igual, aunque el hospital era bien comunitario en esa época, igual siempre había el clasismo típico. Entonces, nosotros a los doctores les decíamos "los hijos de Zeus" porque eran dioses, así como los "diostores". Y claro, sobre todo los doctores viejos, antiguos, porque los cabros jóvenes, a mí me da risa, porque yo antes de jubilar, los becados de psiquiatría me trataban de usted, señora Alejandra y yo los trataba de tú, porque eran cabros de 30 años como mi sobrino, y yo decía "está bien que me traten de señora". Entonces, la cosa es que empezamos a llamarlo instituto por ahí por el año 87, en los 90 ya éramos instituto

E: Ahí igual coincide en esa época si uno piensa en cuando empieza como entre el 87, por ahí en adelante empiezan a haber algunas mejoras como llegar más medicamentos, se arman más equipos, se ven más soluciones

A: Más soluciones. Seguimos siendo 100 arriba y 100 abajo, pero con este programa que nosotros empezamos, con el equipo que yo te digo que empezó, 87, por ahí, realmente dimos 38 personas de alta y la asistente social escribió un paper. Por qué, porque esas eran personas que estaban compensadas desde hace mucho tiempo y que Vivian ahí con este estilo de asilo. O sea, eran personas que estaban en un asilo, pero no estaban psicóticas agudas, por eso tuvimos que entrenar a las familias y se hizo un convenio con las familias, que, si la paciente se enfermaba, se ingresaba inmediatamente, que no los íbamos a dejar botados en la calle. Y eso suele pasar, ah, el paciente se va de alta y cuando se pone mal y vuelve a urgencia, urgencia está lleno y no puede entrar. Pero nosotros hicimos en ese tiempo un convenio que ellos iban a ingresar directamente a nuestra unidad, pero eso fue muy de la unidad nuestra, no era algo que hubiera

E: Claro, era de la unidad en la que estaban, no era de un programa general, sino que en el fondo estaban divididos todavía en patios ¿o no?

A: No, ya no se llamaban patios, se llamaban departamentos. Departamento 11, damas. Departamento 9, varones. Y en el departamento 9 fue donde ocurrió la crucifixión hace años atrás, en los años 80. Que unos pacientes crucificaron a otro, los auxiliares no los revisaban nunca, en fin. Entonces, cuando empezamos a dar de alta... y entonces con el tiempo fueron quedando ahí, hay viejitas ahora que quedaron de antes, pero ahora no se ingresa a la gente a larga estadía que se llama ahora, no crónicos, porque lo crónico suena a para siempre jamás, que es así, las enfermedades crónicas son para siempre jamás, pero se compensan. Entonces, no se ingresa a la gente, se la compensa y se va a su casa y si hay un organismo comunitario que faltan, que hay terapeuta, psicólogo, que puede el ir a actividades diurna, se va evitando la puerta giratoria, que es volver, en fin. Tengo toda la idea de que te estoy hablando cosas que no te sirven mucho

E: No, de verdad todo esto me sirve, es muy útil, así que no, por eso te decía que tengo un par de preguntas, pero en la entrevista sale un montón de información porque en el fondo yo veo lo material, pero lo material tiene relación con el contexto social, entonces yo necesito todo este contexto y por eso te hago algunas preguntas sobre años o cosas más específicas, como para ir complementando, pero de todas formas me sirve. Y te iba a preguntar cuándo parten los hogares protegidos, o eso es algo ya de después

A: Mira, en los 80 nosotros soñábamos con los hogares protegidos, porque en Chile no había ninguno y nosotros sabíamos que, en Londres, en la capital, habían 80, entonces sabíamos que eso era lo moderno, en ese tiempo. Entonces, el primer hogar protegido empezó, haber, espérate, en el 96 nos fuimos a una unidad de rehabilitación, salimos de los lugares de larga estadía. Es decir, nos fuimos los terapeutas a una unidad donde no había camas. Entonces, el primer hogar yo creo que empezó 98-99 y que se hacían con muchos criterios técnicos para que tuvieran criterios de rehabilitación. De hecho, las usuarias, porque ya no se habla de pacientes crónicas, se habla de usuarias de salud mental. Yo siempre les decía a los pacientes en el hospital, les decía "mire, aquí en rehabilitación no hablamos de pacientes, hablamos de usuarios" que es una persona que hace uso de su derecho a la salud y a la rehabilitación, "el Estado está pagando por usted los mejores medicamentos de última generación, porque el país necesita que usted este sano y que sea feliz, que se vaya, trabaje, porque no le sirve a Chile tener personas enfermas y usted hace uso de su derecho y tiene que hacer uso de su responsabilidad, que no más otras personas le den medicamentos y decidan por usted, que usted se los tome y usted decida por su vida" y ahí empezábamos la concientización miércoles, porque el que tome su medicamento es uno de los objetivos grandes. Les hacíamos psicoeducación, para qué sirve cada medicamento, por qué, si tenía efectos secundarios molestos, hablar con el médico para que le ajuste, porque los médicos son los expertos en el coctelito individual, que te sube un poquito esto, que te baja un poquito de esto, que te pone a las 5 de la tarde esto otro, entonces hasta que se llega a la compensación de esa persona. Hay estudios genéticos que son para ver cuál es la dieta para adelgazar que a ti mejor te conviene, también lo hay para la depresión, para ver qué medicamento mejor te conviene y también se podrían hacer para esto también. La última vez que yo supe, en los 2000, valía como 500 lucas un examen y lo mandaban a EEUU, parece que ahora los de adelgazar ya los hacen en Chile. O sea, genéticamente tú puedes ver a qué medicamento vas a reaccionar mejor y lo de las dietas, qué alimentos lo metabolizas mejor, que te hace engordar más, individualmente

E: Una pregunta, estas en este departamento 11, que era este de mujeres, que era el segundo piso

A: Claro, el 11 era el segundo piso y el de abajo era... lo divertido y terrible era que eran dos líneas psiquiátricas rivales en el hospital. La línea sicoanalítica donde estaba yo, en el segundo piso y abajo estaba la línea fenomenológica, entonces, eran jefes de servicios distintos y políticas concretamente distintas. Entonces, en el primer piso no les daban permiso para pololear y nosotros sí, entonces queríamos conocer al pololo y hablábamos para que tuvieran una relación buena y sana y que no fuera un despelote. Entonces, era totalmente diferente

E: Y eso dependía en el fondo del jefe

A: Es que el jefe de servicio, el servicio A y el servicio B eran dos, era como el muro de Berlín. En el servicio A, que era el antiguo, era un jefe terrible, como un dictador, como un pequeño rey, como un feudo, todo. El servicio A era un servicio de fenomenología y estaba a cargo el doctor Varela. Y el servicio B estaba a cargo de Luís Hombros, él nos tomaba en serio a las terapeutas, tomaba en serio nuestra rehabilitación, no demasiado, porque era sicoanalítico, pero veía los resultados, entonces nos iban dando cada vez más permisos para salir, porque cuando yo llegué nadie salía. Nosotros empezamos a salir con las pacientes, teníamos un plan de entrenamiento de salida, teníamos unos espejos grandes

donde se arreglaban la ropa, les gustaba escoger ropa, había un taller de maquillaje y en el taller de entrenamiento de salida íbamos a distintas partes, el taller terminaba yendo a un restorán, donde ellas elegían de la carta, no que te digan "esta es tu porción". Era un trabajo precioso y pionero. Yo me acuerdo de los estudiantes en práctica, que eran dos meses, cuando terminaban su periodo, en la asamblea, alguna paciente levantaba la mano, estábamos despidiendo a los estudiantes y decía "yo le agradezco mucho al caballero porque me enseñó a salir sola a la calle y ahora yo voy sola a comprar" y el terapeuta llorando, pero yo les decía a los terapeutas en práctica "aprovecha, porque estamos en el tránsito de estructura asilar a estructura de rehabilitación, todo esto después no va a existir, así que esta práctica es una práctica histórica". Y claro, ya en los 90, 96 ya despegamos, entonces quedaban viejitas no más en los departamentos de crónicos

E: Claro, pero ya no eran estos departamentos de crónicos gigantes que había al inicio

A: Empezaron los hogares y pasaron a llamarse departamentos de larga estadía y a los hogares se fueron las pacientes que no tenían familias, pero estaban compensadas. Tu no las podías mandar a la casa, porque no teníamos ni siquiera como ubicar a la familia, los Carabineros nos ayudaban mucho a buscar familias. Hay carabineros que se dedicaban a buscar por Chile, así como a las personas perdidas, que les decíamos "esta paciente se llama tanto, estos son sus nombres, en la ficha figura una hermana tanto, pero en los años 50" y los pacos buscaban, buscaban, buscaban y nos llegaban a los 3 meses con un nombre y una dirección, era genial, o sea, en el lado A de los carabineros, las cosas que hacen bien, era muy bueno. Es como las empresas, que por el lado A hacen un buen trabajo y por el lado B evaden impuestos. En el lado A nos ayudaban mucho, además que cuando familiares no querían venir, los citábamos con carabineros, entonces que carabinero fuera a tu casa con una situación formal, aunque no podía entrar, la gente venía igual. Eran otros tiempos, yo creo que, si ahora el paco va, lo echan a patadas. Antes carabineros iban y decía "me llegó una citación con timbre del hospital" en fin

E: Y cómo eran los espacios, ponte tú en el departamento donde estabas tú, cómo era el espacio, era un espacio limpio, cochino, cuanta gente había...

A: Como te digo, el edificio lo habían hecho en el año 77, entonces habían hecho una sala para terapia, un gran comedor, un gran living, la sala panorámica donde se podía tocar música, otro living, pero con el terremoto del 85, todo esos espacios se llenaron de camas, porque ese departamento no era para 100 pacientes y el departamento era uno solo, primer y segundo piso, entonces como se cayó la estructura del parque, metieron 100 en el segundo y 100 en el primero, había camas hasta en los pasillos. No había sala de terapia, no había nada, lo que había era hacinamiento, entonces, para que el lugar estuviera medianamente limpio, nosotros empezamos un programa, lo empezó la terapeuta antes que yo, que fue la primera, la Marisol Orellana, a ella también la puedes entrevistar, porque ella vivió el asilo puro

E: ¿Tú tienes su contacto?

A: Si, yo te doy el contacto. Entonces, ahí es cuando yo llegué y el auxiliar me decía que la señorita Marisol salía con las más bravas y salía a paseos con ellas, o sea, la Marisol dejó una muy buena escuela y dejó un set de actividades armadas, gimnasia, salidas y en ese tiempo se hacía economía de fichas, que eso es bien antiguo. La economía de puntos es antigua, antigua, no sé si la ubicas

E: Sí, me apareció en una entrevista y después en la bibliografía me aparece que se aplicó primero en El Peral y que después lo hicieron acá

A: La economía de fichas viene de las antiguas oficinas salitreras, que no les pagaban en plata, sino que en fichas y ellos iban a la pulpería a comprar con las fichas, entonces así los tenían como bien cautivos, por el control de los precios. Entonces, en el hospital se hizo economía de fichas y teníamos una tienda, que se llamaba tienda de reforzadores donde vendía cigarrillos, dulce de membrillo, chocolates, fósforos, azúcar por kilo, galletas, en fin. Entonces, si las personas hacían una conducta que era por ejemplo "tú barres este pasillo y te ganas 100 puntos" y el azúcar te costaba por ejemplo, 500 puntos, entonces las que estaban mejor tenían acceso a comprar, las que hacían pocas cosas, tenían acceso a menos cosas, ahora, eso era moverlo en ese momento, pero después con el tiempo, digamos en la siquiatria y la rehabilitación mundial, se fue viendo que la buena conducta o la conducta esperada, al ser canjeada por un vale de puntos, se emite mientras tienes el vale, después desaparece. Entonces, lo que se hace ahora y que eso ya empezó a ser en los 90 y todo, es que es la motivación intrínseca la que le permite el cambio al individuo, eso lo dice la terapia ocupacional, uno de los fundamentos de la terapia ocupacional es la motivación intrínseca, que es aquel impulso que mueve a la persona a hacer algo por el simple placer de hacerlo y después puede ser trabajo, hobby, recreación. Entonces, los terapeutas tenemos que escarbar la motivación intrínseca que está dentro y que está tapada por el autismo, por los medicamentos, por las ideas delirantes, pero está, entonces nosotros vemos la historia de sus actividades, o sea, hacemos toda una investigación y trabajamos con ello con esta cosa de mirar a los ojos, de sonreír, de tocar, tenemos grupos de expresión corporal, grupos de todo, grupos de autoayuda, grupos de abrazos, porque pasa mucho que los usuarios, una vez que se conocen, ahora con estas cosas modernas, tienen el WhatsApp de ellos mismos, se comunican por WhatsApp de ellos mismos, se cuentan sus penas, se ayudan. Está el entrenamiento, la capacitación para personas con discapacidad, entonces se capacitan en distintas cosas. Salió la ley de que las empresas tienen que tener al menos un 1% de personas trabajando con discapacidad, entonces, les faltan personas, o sea, no hay suficientes personas con discapacidad en listas para trabajar, porque hay que entrenarlos. Entonces, cuando ya no alcanzan con las sillas de ruedas, las cosas visuales, vienen a nosotros y nosotros como locos entrenando a personas para que fueran a trabajar. Entonces, hay lugares de capacitación para entrenar, que mezclaban todo y los nuestros eran los mejores alumnos de repente y los otros iban abandonando y los nuestros estando compensados, yo feliz, después iba a graduaciones donde sacaba fotos, en fin, de gente que su familia pensaba que no podían trabajar y ahora están trabajando de lo más bien. Entre sueldo y la pensión se hacen 500 lucas

E: Y con respecto al vestuario, que era algo que había aparecido, cuando llegaste ¿quién se preocupaba del aseo personal? por ejemplo ¿tenían acceso a agua caliente? ¿había como ese tipo de condiciones básicas?

A: Había problemas con el agua caliente, entonces las viejitas había que bañarlas, las auxiliares las bañaban con agua fría, entonces preparaban todo, las jabonaban y las metían al agua fría y las sacaban rápido y como las auxiliares eran todas viejas, yo que tenía 25 años, que me pasaba por la ventana, fui a ayudarlas y ellas quedaron tan conmovidas con la ayuda, porque yo era una profesional que bajaba a ayudarlas y que las ayudaba a contener, que se ahí para adelante ellas me ayudaban en mis actividades. O sea, yo tenía expresión corporal en el patio y les decían "ya niñas, vayan a la gimnasia niñitas" que

lograran decirle expresión corporal no era posible, pero era la gimnasia de la terapeuta. Entonces, mira, la casa de orates y en el manicomio, te deben haber contado que usaban el capote militar, la ropa...

E: ¿Y tú alcanzaste a ver gente con ropa militar?

A: La vi para el terremoto, porque en el terremoto, era bien impresionante, porque de los edificios que cayeron y que nos pasaron a nosotros las pacientes, igual había pacientes que tendían a volver donde ellas estaban, entonces, iban ahí donde está el estacionamiento, pero allá atrás en el fondo, entremedio de los escombros a sentarse, entonces uno tenía que ir a buscarlas para que vinieran para acá y estaban con capotes y cosas así. Y bueno, hay muchas fotos de eso. Entonces, el 85 ya casi no quedaba esa ropa. Tenía cada una su ropa que o se la había traído un familiar, porque eran familiares que iban a verlos, los menos, pero había o se la habían comprado y el hospital les empezó a comprar ropa, pero qué pasaba, que se robaban la ropa. Tu después ibas a La Vega y veías unos vestidos, así como jumper, muy fáciles de poner, muy bonitos, en La Vega, veías las zapatillas de gimnasia en La Vega, los buzos en La Vega. Y el robo, el sacar cosas, era parte de la cultura funcionaria, porque el hospital era como una gran casa. Yo me acuerdo cuando compramos zapatillas de gimnasia, porque los terapeutas, como no teníamos asistente social, nos tocaba hacer todo, teníamos que escoger la ropa, entonces compramos zapatillas de gimnasia, buzos, que fuera más fácil para las más viejas y comprábamos cosas bonitas, de buena calidad. Entonces, venía un auxiliar mayor, que no era una señora ladrona, digamos, pero venía y me traía unas zapatillas viejas y me decía "éstas son de mi sobrino ¿usted me las podría cambiar por unas nuevas?" porque eso era costumbre antes, entonces metían en la caja las zapatillas viejas y se llevaban las nuevas, porque las auxiliares eran pobres, ganaban poco, entonces hacer eso no era malo, era parte de la cultura de los tiempos, o sea, llevarse cosas de los hospitales. Entonces, yo de 25 años decía "no, no podemos aceptar eso, me van a hacer un sumario a mí, porque yo soy responsable de esas cosas", eso era verdad, yo era responsable de esa bodega, pero nadie te revisaba nada. Entonces, después, los reforzadores que nosotros les damos, el dulce de membrillo, el azúcar, los cigarros, el café, con sus puntos, había turnos sí que eran frescos, los turnos de auxiliares son de 3 personas y cambian cada 3 días, como hacen turnos día, noche, libre, libre, entonces tenían turnos que eran patudos y le exigían a la paciente, es como que le cobraban peaje "deje la mitad del dulce de membrillo, deje la mitad del kilo de azúcar" y las terapeutas nos enteramos de eso, entonces nosotras fuimos y con nuestra mejor sonrisa "sabe que, señora tanto, por favor no le acepte el regalo que le hace la paciente" no era regalo, era peaje, porque sabe que, como esto es parte de la rehabilitación, ella "tiene que hacerse responsable de lo que compra y no está bien que nos regale a nosotros, porque si nosotros lo recibimos se ve como que nos estamos aprovechando de las pacientes" entonces las señoras ahí pensaba. Después con el tiempo se fue aprendiendo que no puedes tocar nada. De hecho, ahora con esta cosa de los derechos, exacerbada, a los pacientes les entregan parte de su pensión, les entregan 40 lucas, aunque estén hospitalizados y el funcionario no puede tocar la plata. O sea, está la paciente, está la funcionaria que la fue a sacar del banco y está la asistente social para el lado, que es como el ministro de fe, le cuentan delante de ella la plata y se la pasan a la paciente y nadie puede hacer un programa como los que hacíamos nosotros, nada, no pueden tocarla. Las pacientes a nosotros nos daban una cuota mensual para que una vez al mes hiciéramos una gran comida, con pollo asado, con papas fritas, nosotros anotábamos en unos cuadernos y había unas auxiliares que cocinaban, entonces el sábado había una tremenda mesa en el patio. Todo eso eran como ajustes secundarios benignos

de una estructura asilar, pero claro, nosotros no nos robábamos la plata, pero no había ningún coctel. Entonces, ahora eso no se puede hacer, entonces, si la paciente con sus 40 lucas se compra puros chocolates y se enferma de la guata, entonces hay que educarla al auto control, a la madurez, al comportamiento adulto. O sea, es mayor el desafío y si se va a un hogar, cada vez te van educando más en eso. Se vuelven más señoritas en el hogar, bien vestidas. Entonces ya, el capote militar, después en el 85 cuando llegué yo, en la dirección del hospital estaban muy preocupados de salir de la pobreza, entonces las pensiones se pagan en el hospital y se acumulaban en las cuentas del banco y llegó un minuto en que el hospital tenía millones que eran de las cuentas individuales de las pacientes y que no se podían gastar en cualquier cosa. Entonces, llegó un minuto en que se acudió a la ley y la ley antigua decía que el director tenía que actuar con el paciente como si fuera un buen padre de familia, imagínate, la ley antigua, antigua. Entonces, acogiéndose a esa ley, los directores empezaron a pasarnos plata, a las asistentes sociales y a las terapeutas ocupacionales, las teníamos que rendir en contabilidad, en qué habías gastado, con boletas, con todo, porque si tu rendías mal, te hacían un sumario. O sea, ahí nadie podía sacar nada. Una vez, una asistente social se quedó con 100 lucas, hizo una boleta trucha, la pillaron, tremendo sumario. Entonces, ahí nosotros pudimos comenzar a escoger la ropa. Entonces, venían los fabricantes con las telas y te llamaban a la oficina de la asistente social y yo decía "ya, quiero esta calidad de tela, quiero estos colores, quiero esta gabardina, quiero estos chalecos" o sea, ropa bonita y esa era la ropa que nos robaban y se iba a La Vega, a cualquier parte. Entonces, el director decía "yo voy a La Vega y me encuentro con la ropa". Entonces, al director se le ocurrió la brillante idea, que era terrible la idea, de ponerles un timbre a la ropa, entonces en el año 85, 86, 87, 88, 89 había un timbre de unos 20 centímetros que decía "Hospital Siquiátrico" y el vestido de la persona tenía un timbre, te das cuenta lo que es salir a la calle con un timbre que diga "Hospital Siquiátrico". Y qué hacíamos nosotras, que estábamos absolutamente impactadas, teníamos un taller de costura y tapábamos el timbre, le poníamos un parchecito y le bordaban flores encima, las pacientes que podían y sabían y salían con su vestido verde musgo con un bordado de flores, o sea, nos revelábamos. Por supuesto que no había quien nos controlara, el director no podía, porque nosotros estábamos entrenando en salir y no podíamos salir con ese timbre. Y, así y todo, con timbre y todo, en La Vega se veía gente con el vestido timbrado. O sea, se los sacaban, los vendían, mercado negro. En todas las estructuras asilares hay mucho mercado negro y ajuste secundario, por eso el asilo es lo peor y por eso esta cosa de la ley seca es re malo, porque se empieza a vender todo en mercado negro

E: Claro, mientras más escondido, se generan todos estos contrabandos de lo que sea. Y ahí, en algún minuto ¿los pacientes pueden elegir ellos su ropa? como ellos ir a comprar

A: Un poco antes de los hogares protegidos, por ahí por los 90, porque el primer hogar protegido fue como el 98, pero yo diría que por ahí por el 94-95 empezamos... como la idea es la rehabilitación, la autonomía, empezamos con otra modalidad, ya no comprábamos nosotros la ropa, nosotros comprábamos hasta bluejeans, entonces, había pacientes que tenían pensiones más grandes, porque una ponte tu era señora de un marino, entonces se le daba una pensión más grande. Entonces, con la plata de ella se podían comprar más cosas que con la plata de otra que tenía muy poquito, que nos llegaba la cantidad de bluejeans, entonces yo decía "aquí hacemos una administración socialista de los bienes". Entonces, la persona que tenía más plata, que habíamos comprado 10 bluejeans a su nombre, los repartíamos. Ahora, eso era malversación de fondos, nadie nos revisaba, pero ahora tu no podrías hacer eso ni cagando, te echan de la administración

pública y no puedes volver a trabajar ahí en 5 años más y todo es protocolo ahora, lo que no está mal. La gente más antigua como que se apena de que el hospital ya no sea una comunidad tan linda como era antes, pero también el protocolo te sube el nivel

E: Claro y tiene que ver con que los tiempos han cambiado también

A: Claro, yo alcancé a vivir los protocolos, que era más difícil para la gente antigua como yo, porque había como que hacer, tu antes hacías no más. Ahora, en un mes tienes que atender a tantas personas, tantas actividades. Ahora, los protocolos estaban bien hechos, porque para las actividades de uno te pedían que lo hicieras tú mismo, decían "no pongas más, pon lo que tu sientes que sin angustia tú puedes lograr hacer" estaba inteligentemente hecho, la gente que estudió para esas cuestiones, las matronas que hacían cursos de gestión y todo eso. Bueno, entonces en rehabilitación teníamos la plata y salíamos con las personas a comprar su ropa. Ese era un trabajo enorme, porque imagínate, hay que salir con 80 personas, salir de a una, a veces salías con 5, entonces nos repartíamos, la auxiliar, la terapeuta, la asistente social, para que sacáramos al grupo en un mes. Entonces, íbamos a Jonhson, a Ripley, a la misma Vega, entonces ellas escogían y las ayudábamos a escoger en el sentido de que "mira, esto es de mejor calidad" "mira, no pueden ser puras poleras, porque estamos comprando en marzo, pero esto es para el invierno, tienes que comprarte un buen chaquetón" "mira este chaquetón de invierno, este que es forradito, que te va a durar" "estas botas ricas" de repente la paciente decía "esto es más barato, pero esto es plástico", pero de a uno, era todo una pega, pero eso era rehabilitación individual y era bonito, porque venían con ropa bonita, les gustaba, igual de repente alguna vendía y algún auxiliar compraba. Y nosotras le decíamos "qué pasó con tu chaquetón bonito, ahora andas con un chalequito muerta de frío ¿dónde está?", entonces "esto tu no lo puedes vender, si esto es para ti, mira, este te costó 40 lucas y lo vendiste en 10, no puede ser" pero en la buena, digamos. Hay una corriente, porque está el conductismo, que es totalmente respuesta, refuerzo y hay un conductismo que se llama conductismo humanista, que es super antiguo, existe desde los 80, entonces ese conductismo te dice que la persona responde mejor cuando tú le dices "bien hecho" y le das una palmada, tu cuando le das un chocolate. Bueno, ahora buscando la motivación intrínseca, desde los 90. Entonces eso era mucho trabajo, pero trabajo de una muy buena calidad. Y así se sigue haciendo, en los hogares protegidos ellos salen a comprar su ropa. Ahora, desde que los funcionarios no podíamos tocar la plata, le daban parece la plata a la paciente y la acompañaban, pero la paciente tenía la pata, porque no la puedes tocar y ahí hay cosas de rehabilitación que fallaban, porque ponte tú, la terapeuta de un hogar tenía una caja chica, que eran 100 lucas al mes, que era para cuando salían a pasear a La Vega, que era para que ellos compraran lo que quisieran. Entonces "yo voy a comprar estas lechugas" "yo voy a comprar estos tomates para que hagamos ensalada en la casa" eran 8 personas, entonces eran boletas chicas, pero la idea era que ellas buscaran su ensalada para la semana o "mira, compremos este pollito y vamos a hacer esto" entonces esas, se ponían las boletas en un cuaderno y alguien, que no falta, que estaba celoso, había funcionarios celosos de los hogares protegidos, porque los auxiliares que después del hospital trabajaban en hogares protegidos, obviamente ganaban más plata, trabajaban más, pero los otros querían trabajar. Entonces, decían que en los hogares se robaba, que aquí, que allá, que no sé qué, entonces alguien fue a la contraloría y la contraloría llegó a revisar. Cuando llega la contraloría es como que llega dios y la parte administrativa vuelta loca y la contraloría tiene criterios estrictos y rígidos, entonces, revisaron ese hogar también y encontraron este cuaderno con boletas que calzaban, y las 100 lucas mensuales y se les explicó para que era, entonces no le hicieron nada a la terapeuta, le pidieron que diera una

explicación por escrito de por qué se hacía así y se prohibió. Entonces, había que comprarles a proveedores, te cachai, proveedores que a veces las traían podridas y que gastaban más plata. Pero claro, esos son los problemas de las instituciones grandes. La contraloría es como la justicia, es ciega. Entonces, claro, ahí se cortan robos, pero también se cortan cosas buenas y como la rehabilitación era algo tan desconocido, entonces los hogares ahora yo me imagino que a las personas se les da su plata y que los funcionarios los acompañan, pero los funcionarios no tocan la plata, porque no pueden tocarla. Eso es como lo último

E: Claro y hoy día en el fondo hay más autonomía. Y esto uno lo ve también como en el uso del espacio

A: Claro, porque de hecho los hogares son no más de dos camas por dormitorio, unos hogares exquisitos, unas estufas ricas, unos calefones, los hogares con las cosas nuevas y uno decía "uh, yo no tengo este calefón en mi casa" y sus closets para guardar sus cosas, linda la pieza, lindos los cubrecamas, espejos. Entonces, la idea de un hogar es una familia. ¿Tú conociste algún hogar?

E: No, no conozco ni un hogar. Yo la verdad es que he estado solo mirando. O sea, los espacios que conozco son algunas como unidades de psiquiatría dentro de los hospitales, porque la tesis original tenía que ver con comparar eso, pero como lo del psiquiátrico era tanto, al final me centré en una sola cosa, porque o si no era demasiado material. Entonces, conocí algunas unidades de psiquiatría dentro de hospitales generales, pero no hogares protegidos, pero aparecen siempre en las entrevistas por lo menos desde yo creo que como de los 2000 en adelante o fines de los 90

A: 98-99, los 2000 prácticamente

E: Como por ahí siempre aparece el tema de los hogares protegidos y como hartito cambio con respecto como a la autonomía de las y los usuarios

A: Cuando yo me fui el 2018, el hospital tenía como 26 hogares y eso era muy bueno, o sea, muy moderno. Además, que, si la persona tenía algún familiar, se iba entrenando o los fines de semana iban a la casa del familiar y cuando ya la persona está bien, casi que le es útil a la familia, porque ahí colabora en el aseo, tiene una pensión. Muchas familias tienen al paciente por la pensión. Yo tenía un paciente, o sea, comillas nos comunicamos, porque yo no rompí el vínculo así, porque habría sido muy feo, entonces, cada tanto un paciente me llamaba por teléfono y decía "uh, no nos vamos a ver más" y yo les decía "no, veámonos, vamos a tomarnos un café al centro". Entonces, cuando ya empezó la pandemia, al paciente con su pensión de 110 lucas, le subió a 140 con los bonos antes de la pandemia. Le llegó el bono del gobierno, le llegó la caja, un bono de la municipalidad, una caja de la municipalidad y en la casa estaban 3 adultos sin trabajo. Entonces, las cajas y los bonos sirvieron para que comieran las familias gracias al paciente. Y ahora a esos pacientes les llega el bono de 200 lucas, entonces si el paciente está compensado y ha sido entrenado para ayudar, hacer aseo y todo eso, lo hace con gusto, claro que para ellos es bueno tenerlos en la casa

E: Una pregunta, como volviendo atrás, porque tu llegaste en dictadura al psiquiátrico ¿cómo era el ambiente político entre funcionarios, pacientes? ¿cómo era la dinámica política?

A: Los pacientes que estaban en una estructura asilar, que era donde estaba yo, ni sabían, además que los pacientes ni salían para ir a botar, entonces, cachaban un poco, no cachaban mucho y ni siquiera, eran como niños y los pacientes de los lugares de agudo, que tú debes haber conocido y que están ahí como dos meses y se van, en las épocas históricas siempre las personas cuando hacen ideas delirantes, las hacen con lo que está ocurriendo en la sociedad, o sea, en la época de Hitler, las personas deliraban con Hitler. En la época de la Segunda Guerra Mundial, los judíos que escaparon de los campos de concentración y llegaron a Sudamérica, alguno llegó delirante y deliraba con la guerra, con los campos de concentración y los recibían acá y se contaba eso en su historia y todo. Entonces, con Pinochet, los que hacían ideas delirantes, eran los pacientes que venían de su casa, que había llegado a urgencias y estaban en una unidad de agudos y no iban a pasar a una unidad de crónicos. Ahora, con ellos se podía conversar un poco, pero estaban sicóticos, entonces uno no les habla del delirio, para no estimulárselos. El ambiente político era como en todos lados, muy secreto, o sea, estábamos organizados, teníamos una coordinadora. Entonces, de terapia ocupacional iba una persona, que era yo, de psicólogos iban otros, asistentes sociales iban otros. Los médicos tenían su propia coordinadora, porque tenían el capítulo medio, que era como la representación del colegio médico en el hospital y las reuniones eran en secreto porque en el hospital había sapos. De hecho, alguna vez llegó la CNI a buscar una enfermera, a un terapeuta ocupacional, porque estaban buscando a otra persona que era amigo de ellos, entonces los subían a un auto y los paseaban por los lugares, a ver si reconocían, cagados de susto, porque podías no volver de eso. Y había una enfermera que era de frentón del partido comunista y ella se tuvo que ir, se fue a Cuba como en el 86, 87, porque empezó a llegar la CNI al hospital, porque había una enfermera muy de derecha, que era la coordinadora de enfermería de todo el hospital, entonces ella acusó a la CNI, que había tales y tales personas que eran comunistas. Entonces esta cabra cuando la fueron a buscar ella ya no estaba en el hospital, estaba con licencia, no sé qué y tuvo que escapar de Chile. Entonces, ella se fue a Cuba, nosotros no sabíamos donde ella estaba, años después me dijeron que estaba en Cuba. Y volvió de Cuba, en los años 2000, con una hija grande, estudió medicina en Cuba, pero aquí no se lo reconocían, tuvo que dar todos los exámenes de nuevo y la hija como se crio en Cuba, se volvió para Cuba, no aguantó aquí y ella se quedó aquí, pero ahora trabaja como médico en un consultorio. Ella era la que me decía "este país tan clasista que es". Entonces, el ambiente político era en secreto, teníamos esta coordinadora y ahí vinieron los dos grandes paros que ocurrieron el 88, que hubo paro nacional, pero con mucho miedo, porque nos podían echar del hospital, pero como el director no era milico, pero del servicio de salud, le pedían que mandara la lista de las personas que habían estado en paro y el trataba de hacerse el leso o ponía una lista en que habían llegado tarde, porque era tanto el miedo, que yo me acuerdo que yo era soltera, vivía con mis papas, no tenía miedo que me echaran. Pero mi hermana, que tenía hijos chicos y que también era terapeuta, llegó al hospital a escondidas a ver si alguien había marcado tarjeta y si nadie había marcado tarjeta o muy poca gente, se iba a devolver a su caso o si no se iba a quedar. A ese nivel era el miedo. Y esos paros fueron en todo el país. Ahí fue cuando quemaron a la Carmen Gloria Quintana, en ese paro los quemaron a ellos en la calle, entonces la fecha se puede averiguar por eso. Y después ya vino el 89 y que vino la democracia, entonces ahí celebrábamos en el casino, porque en general la gente que trabaja en psiquiatría y en hospital era de izquierda, porque tu estas tan en contacto con la pobreza y la salud mental era el pariente pobre de la salud, que es casi imposible que seas de derecha, salvo una que otra. Digamos que la gente de psiquiatría es muy de la onda sociología, pensante, escribe poesía, entonces es muy como esta onda que después se

llama "Iana" de los derechos y de la artesanía, en fin. Entonces, la psiquiatría esta como muy relacionada con eso. Bueno y hubo siquiattras que murieron, que fueron encontrados muertos en el Mapocho. Nosotros les hicimos de pues un monolito, un reconocimiento. El doctor Enrique Paris, que no está relacionado con este otro Paris, era médico de Allende, entonces él fue muerto en esos días, después se le hizo un monolito, después, eso lo hicimos en el 2000 cuando Pinochet fue preso en Inglaterra, ahí nos atrevimos. Y hasta el día de hoy hay miedo, porque cuando uno ve a la gente joven ahora, yo tengo 61 y a nuestra generación todavía hay cosas que nos dan miedo. O sea, yo a los 15 años pensaba que nunca iba a votar en mi vida, porque pensaba que Pinochet se iba a ir cuando se muriera de viejo y yo llegué a los 18 años y pude votar en el plebiscito de Allende-Pinochet y esa fue la primera vez que voté y ese plebiscito estuvo arreglado y mucha gente votaba así por miedo. Yo tenía amigos y me decían "no, porque van a ver los votos, los van a abrir y van a ver" y yo decía que no se podía ver, pero el SI ganó por miedo. Entonces, cuando Pinochet estaba en Inglaterra, buscamos la historia de quiénes habían sido muertos en el hospital y eran dos médicos y un dirigente gremial y buscamos a sus familias y todo y a ellos 3 les dimos un homenaje precioso. El teatro lleno, fueron 500 personas y vinieron sus familiares y ahí se contó la historia de cómo fue, porque el Paris murió en La Moneda con Allende. O sea, lo mataron. Y el otro doctor, era el doctor Ávila y en ese tiempo eran tan idealistas, militaban, pero eran muy idealistas, entonces salieron en los instructivos de los militares que los que militaban tenían que ir a entregarse, entonces muchos pensaron "ya, voy a ir a entregarme, yo no tengo nada que ocultar, ellos me van a registrar, tal vez me dejen en la cárcel y después pa la casa o me hagan un juicio y me den trabajo". Entonces, el partió con la inocencia de hombre bueno y joven, treinta y algo, a entregarse a la novena comisaria y ahí no supimos nunca más de él, estaba dentro de los detenidos desaparecidos. Y tú sabes que la gente cuando ya no tiene más salida, hace de todo. Mucha gente consultó médium y las médiums caminaban por afuera de la comisaria, entonces ahí había gente que decía "aquí se sentaban los lamentos". Y hubo alguna, que era familiar del Ávila, decía "este hombre estuvo aquí" y ellos no le habían dicho que él había estado ahí. O sea, alguna parte fue el, que murió. Entonces ahí estaba el homenaje sin que la familia tenga sus restos. Me sobre cogí, se me erizó la piel, porque son historias muy dolorosas. Nosotros teníamos un auxiliar que era socialista o del MIR y tenía 16 años, porque en ese tiempo todo el mundo militaba, era un fenómeno social. Entonces, a esta chica la tomaron los milicos, la violaron, que no le hicieron y después la soltaron y esta chica no contaba nada, ella se atrevió a contar por primera vez en el 2000 cuando Pinochet estaba en Inglaterra y ahí nos contó, cuando hicimos el homenaje "miren, a mí me pasó esto y mi pololo desapareció". Ella no iba en el homenaje, pero la gente empezó a contar sus historias. Una cosa tan concreta, como que está lejos, en Inglaterra, entonces tengo menos miedo porque está lejos y porque empezó todo lo del juicio y toda la cuestión. Entonces, es importante explicarles a las generaciones jóvenes. Bueno, mis sobrinas tienen entre 36 y 45, entonces cuando eran adolescentes de repente me decían "¿y qué tanto los derechos humanos?" entonces yo agarraba este libro del helicóptero Alcón Pum que partió al norte con el Mamo Contreras e hicieron una racha que fueron matando gente, matando gente por donde fueron pasando y les pasaba el libro y les decía "de esto se tratan los derechos humanos" eso si se lo pasaba de los 15 años para arriba, porque más chicos no los vas a traumar. Bueno, además que en los 80, antes del 89, se tocaba ollas en todas las casas. Entonces, nosotros salíamos al patio y a la casa de mi hermana a tocar ollas y los cabros chicos salían con nosotros y tocaban ollitas de juguete, pero en el 82 yo estaba en la universidad todavía e iba con mi sobrina de 4 años, entonces ella escuchaba que Pinochet no se quería ir y que se yo, entonces íbamos caminando del estacionamiento del auto al edificio, departamento donde vivía mi mamá y esta pequeña,

de la mano, vamos entrando al ascensor grande, lleno de gente y vamos entrando y me dice "¿Y por qué Pinochet no se quiere ir?" y yo entro al ascensor con toda gente y era un miedo, y yo le hago "shhh, no lo digas fuerte". O sea, no queríamos traumarlos, pero el miedo era, o sea, había que tener cuidado. De repente veo cosas que me parecen bien, lo que pasa que mi generación tiene trauma y hay gente joven que dice "está el trauma de los viejos" mi generación se pone al tiro así, pero a mí me parece bien lo que están diciendo, pero hay que hacer la elaboración

E: Te iba a preguntar una cosa bien practica del espacio y que tenía que ver, por ejemplo, cuando tu llegaste ¿el teatro se usaba como teatro?

A: No, acuérdate que fue el terremoto del 85, yo llegué en julio del 85, el terremoto fue en marzo, entonces al teatro se le habían caído algunas cosas y estaba sucio, entonces estaba cerrado con llave, no se hacía nada en él. Entonces, después nosotros empezamos a ocuparlo para hacer cosas de rehabilitación, pero la alfombra estaba muy rota y estaban las antiguas butacas, esas butacas que eran de los años 49, de madera cóncava, que el asiento se subía y que eran muy pesadas también. Y bueno, te han hablado de los frescos y todo eso, que uno se supone que lo pintó Pedro Lira. Alguna vez hubo un proyecto para rehabilitar los frescos, con licenciados en arte de la católica, pero no se ganó, lo que si es que ahora es monumento nacional. Entonces, el conjunto folclórico del hospital, que se había ganado todos los premios nacionales, ensayaba ahí. Y nosotros lo pedíamos para hacer actividades, por ejemplo, una vez tuvimos un taller de circo, entonces ahí podíamos hacer con los circenses, en fin. Y se usaba también para fiestas, después ya se dejó de usar para fiestas, por la alfombra, pero se hacían todas las cosas importantes del hospital, se compraron las sillas actuales para lo que hicimos nosotros el 2000, el homenaje, eran 500 personas, invitamos a cuanta autoridad, a cuanto familiar había, publicitamos, en fin. Entonces, se empezó a usar para grandes eventos, para aniversarios del hospital, para graduaciones de cursos y la fiesta se hacía en el casino y ya se empezó a cuidar la alfombra, por favor que nadie fume adentro del hospital, las sillas nuevas, ya se le empezó a hacer aseo regularmente. En el verano vienen unos músicos de Europa que tocan gratis aquí en Recoleta, porque los trae el alcalde y es un festival. Cuando terminan ahí, los artistas vienen a tocar gratis al hospital. Siempre tenemos cosas, ha ido Roberto Bravo... los usuarios y los funcionarios, pero los usuarios primero, y pasan después a saludarlos y a sacarse fotos. Y grandes cosas, ópera. Entonces se usa para grandes eventos

E: Y otra pregunta, porque donde hoy día está odontología ¿eso también era parte del psiquiátrico?

A: Si, yo alcancé a llegar cuando ahí... porque lo que fue haciendo el hospital, fue vendiendo cosas, incluso hacia el lado poniente, cuando uno revisa los planos, hay unas casas ahí, que el terreno es del hospital, son como 3 casas, que vive gente, pero el hospital como tenía más de una manzana, entonces al frente, que pasa a ser Independencia, porque tú sabes eso ¿o no?

E: Claro, Recoleta es Independencia

A: Entonces, Avenida La Paz, que ya es Independencia, hay una unidad, que es la unidad forense y esa unidad era bastante más grande, después se modernizó y todo y vendieron terrenos, entonces tenía terreno para atrás. Entonces, yo me acuerdo haber ido para allá y que se yo, que se llamaba departamento judicial, entonces ahí llegaban los reos sicóticos

E: Perfeto y eso sería como la zona poniente donde hoy día está odontología en el fondo, que ya no existe

A: Todos los terrenos se han ido vendiendo. Al frente del hospital hay unos como cites, en la esquina con Santos Dumont, también eran del hospital. Entonces, ahora la unidad forense que es como con médicos y todos los equipos, tiene una parte no más, un patio grande, unas oficinas y todo lo demás se vendió y al frente está el hospital. Avenida La Paz, acá está el norte, al frente, cruzando Santos Dumont está la clínica psiquiátrica y entre la clínica y la esquina hay edificios de departamentos donde viven también funcionarios, eso eran departamentos de larga estadía, departamentos de crónicos, los auxiliares me decían que ahí estaba el departamento 3 y había 300 pacientes. Todo eso era del psiquiátrico también, un terreno enorme. Por eso, estos lugares que yo te digo que vayas a ver porque son antiguos y todo, colindan para la calle, porque el hospital atrás del teatro se mete para adentro, pa adentro y esas propiedades que están cerradas y llenas de polvo y que son antiguas, estos auditorios con las sillas para arriba, son unos tremendos muros que colindan con la calle Monserrat, que colindan con Santos Dumont, tu pasas por unos tremendos muros y tú sabes que al otro lado están estos lugares viejos del psiquiátrico que están cerrados, entonces están llenos de ratones, de todo. Pero a esa parte antigua tú tienes que conocerla, porque ahí están los muebles ¿hay algún profesional del hospital que te esté ayudando?

E: O sea, tengo permiso, Katerina Llanos, que se ha portado super bien

A: Entonces tú puedes pedirle que alguien te acompañe, entonces puede ser el auxiliar que tiene las llaves o alguien antiguo del hospital que te acompañe y te vaya mostrando

E: Y la otra que me ha ayudado harto es la Maritza de la biblioteca

A: Yo me jubilé antes por enfermedad, o si no todavía estaría trabajando, entonces, claro, allá atrás, donde yo te digo, al final, ellos sacan la basura del hospital por Santos Dumont, pero antes están estas estructuras viejas que yo te digo

E: Maritza es una de las que más me ha ayudado, de hecho, pude acceder al túnel por la Maritza

A: Dile que la Alejandra te dijo que te acompañe. Para atrás había antiguos auditorios donde los profesores hacían clases, que está el archivo de fichas viejas. Una vez que fueron a hacer una investigación de sociología, les pasaron el archivo y eran dos piezas llenas de fichas viejas que ellos tenían que sacarle el polvo para leer

E: Y lo último para cerrar, tú te fuiste del hospital el 2018

A: Claro, yo el 2018 empecé con un problema a la columna muy grave, entonces pasé todo el 2018 con licencia y jubilé exactamente en abril del 2019. Entonces, por eso te hablo de las fichas antiguas, de los electroshocks, uno veía unas jaboneras enlosadas que son muy bonitas, antigüedades que ya no las ve. Había un doctor que recolectaba todo eso y lo exhibía, pero no sabemos dónde quedó. La Maritza tal vez sepa algo. La biblioteca de la Maritza era antigua, con un proyecto se remodeló. Es maravillosa la Maritza, con ella hicimos muchas cosas, de docencia

E: Te quiero agradecer...

A: A mí me gusta hacer esto, yo siempre di millones de entrevistas y ayudé a los investigadores, si yo estuviera ahí ahora, yo te estaría llevando a las partes viejas de atrás. Le voy a contar a Marisol Orellana para que me autorice a dar su número, porque ella llegó cuando era cero y ella salía a la calle con las más "bravas". Ha sido un gusto, cualquier pregunta, aunque sea así de chica, escríbemela

E: Eso, si tengo cualquier duda, te voy a preguntar

A: Yo feliz te colaboro

E: ¿Tú tienes fotografías?

A: No, yo he sacado las que hay en el hospital no más, las he sacado todas de la biblioteca de la Maritza

E: Pero fotografías por ejemplo de cuando tu hacías terapia y eso

A: Yo creo que no, porque me acordaría. Tengo unas fotos viejas, pero que son de fines de los 90, no son de estos lugares tan antiguos

E: No, pero a mí igual me sirven fotos no tan viejas

A: Tengo fotos del 96-97, no tengo más antiguas

E: Pero si eventualmente hay alguna fotografía del 96, 97, porque en el fondo lo que pasa mucho con los registros es que uno piensa que el 90 no es tan antiguo, pero ya el 90, han pasado 20, 30 años

A: Yo tenía unas fotos bien lindas con pacientes, porque en la antigüedad como la cultura dejaba a los pacientes atrás, cuando había fiesta se tomaban fotos, entonces éramos los equipos de los trabajadores, no estaban los pacientes ahí. Las cámaras no eran como ahora, entonces a mí nunca se me ocurrió tomarles fotos a las pacientes en un almuerzo ponte tú. Entonces, del 96 si tengo fotos con pacientes que yo trabajaba con ellos. Las tengo digitalizadas

E: Si no te molesta que las pueda usar...

A: Mira, bueno, los pacientes están vivos ambos, entonces hay que preguntarles

E: Ya, no, o fotos que a lo mejor salga el instituto, que a lo mejor no haya personas o fotos generales si tienes alguna, ideal o si no da lo mismo, porque si es con gente, obviamente hay que pedir autorización

A: A mí siempre me decían que sí, pero claro, para ubicarlos ahora... es una joda, porque te pueden denunciar

E: Solo si había algo o si no daba lo mismo. Así que eso. Ya po, un millón de gracias

A: De nada, un gusto conocerte y cualquier cosa nos comunicamos por escrito o por aquí, como a ti te sea mejor

E: Muchas gracias, que estés muy bien

Transcripción Ernesto Bouey

Duración de la entrevista: 01:04:12

Entrevistadora (J)

Entrevistado: Ernesto (E)

J: ¿Cuál es tu nombre completo, tu profesión?

E: Yo me llamó Ernesto Bouey Vargas y soy psicólogo clínico y bueno, ahora estoy estudiando el doctorado en ciencias sociales, haciendo la tesis, estoy en la formulación del proyecto, es de alguna manera como se está construyendo la locura como intersubjetivamente en espacios de trabajo. O sea, de las personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia y que están trabajando hoy en día, cómo se construye la locura ahí, como la entienden los otros, etc. en ese rollo estoy

J: Qué entretenido. Hace cuánto estudiaste psicología, cuándo terminaste

E: Terminé el 2009 de estudiar sicología y trabajé en el psiquiátrico desde el 2011 hasta el 2017, ahí en el poli, pero antes había hecho mi práctica profesional, como el 2009 en un sector también. Entonces, he trabajado en los sectores, sector 8, conozco hartos los sectores, que son de los hospitalizados, los de corta estadía y el CAE, que es toda la unidad que esta hacia la más y además la unidad de rehabilitación, que también ahí cuando armamos la radio, tuvimos una sala ahí, que fue lavandería, tiene una tremenda historia ahí

J: ¿Y tú trabajaste principalmente en el poli? eso es como atención de usuarios de qué tipo

E: Claro, se llama CAE, que es como la unidad de atención ambulatoria. Ahí todas las personas que no están hospitalizadas, sino que van a controles periódicos, se atienden ahí en el CAE, entonces el CAE tiene atención de siquiatra o de psicólogo y de distintos programas. Por ejemplo, hay algunos pacientes que están en el programa de sicosis, el programa de trastorno de personalidad. Esos son los principales programas, hay otro de trastorno afectivo, entonces se atienden allá. Entonces, se atienden con siquiatra y algunos también son derivados a terapia con psicólogo y ahí también atendemos

J: Y ahí la función de las y los psicólogos en general, depende del sector donde se trabaje ¿no?

E: Claro, mira, los psicólogos, no te quiero dar la lata, pero dime tu si es relevante que te explique los sectores

J: Si, de todas maneras, mientras más información, mejor

E: Ah ya, porque tu igual cachai toda la reforma psiquiátrica que hubo en los 90. El poli un poco, el cae, se crea desde esos años, posterior a los noventa, porque para dar justamente esta atención ambulatoria, se agranda, entonces ahí entran psicólogos y cosas. Pero están los sectores que están las personas hospitalizadas, que antes esos sectores, que es del sector uno al ocho la gente vivía ahí, pero también en los noventa fue este cambio, entonces quedaron solo dos unidades de larga estadía, que la gente vive, que están al

fondo, están en la cancha de futbol, no sé si viste ese lugar

J: Que no se puede acceder

E: Es una reja, tu *podí* hablar con la gente por la reja, pero está detrás, cerca del estacionamiento. Y los sectores están en los pasillos, entonces el poli está en la entrada. Entonces, hay psicólogos ahora en toda la unidad, incluso en larga estadía yo sé que llegó una psicóloga hace unos años. Entonces, esas son las principales unidades. En larga estadía como que hacen evaluación, participan de los ingresos de los pacientes y hacen evaluaciones principalmente, por ejemplo, si son cognitivas o de personalidad y algunas intervenciones breves para que se vaya de alta ese paciente y a veces hacen unas terapias con algunos. En el CAE, por el contrario, nosotros hacemos principalmente sicoterapia, entonces es como atenciones que estamos mucho tiempo con los pacientes de cualquier programa, como a propósito de esto, del programa de sicosis, de neuroléptico atípico, de trastorno afectivo, personalidad, hacemos terapias de grupo, pero también hacemos evaluaciones, por ejemplo, a veces un siquiatra necesita que le hagamos una evaluación de estructura y personalidad, entonces se hace una evaluación. Yo estoy hablando en presente, bueno, pero, claro, se hacen evaluaciones y a veces uno también otras cosas. Por ejemplo, antes se hacían de COMPIN también, como estos diagnósticos para las pensiones de discapacidad, se hacían parte de las evaluaciones también ahí. A veces llega de tribunal solicitudes también de evaluaciones. Es como esas las principales funciones, terapia de grupo e individual y también a veces, como lo que hacía yo, también trabajaba en él, iba a la unidad de rehabilitación, porque había armado este grupo de radio, entonces también hacia eso. Bueno y además hay otras unidades que dependen del hospital, que son las judiciales, que se separaron más formalmente hace algunos años. Si tú cruzas avenida La Paz, al frente, está la... bueno, en realidad ahí está odontología de la Chile, pero hacia el Cementerio General, quizás está justo, al lado de la Chile, hay una unidad de hospitalizados, que es judicial, que es gente que por tribunales la enviaron a vivir ahí y también es parecido a los sectores, son como sectores, entonces hay gente hospitalizada, que son especies de condena, pero no son condena, porque son tratamientos, pero están treinta años. Y hay hogares protegidos también de eso. Bueno y también hay otra unidad que es de evaluación judicial, que esta como en la entrada del hospital, de hombres y mujeres y hay una unidad que es antigua, que es el Z que se llama, que es de trastornos adictivos, no sé si la ubicaste esa unidad

J: En el espacio no sé dónde está

E: Ese está cerca de urgencias, hay un pasillo por donde entra urgencia. Por ejemplo, si uno va caminando desde avenida La Paz hacia la cordillera, uno pasa la unidad de rehabilitación, un poco más allá hay un estacionamiento con las ambulancias, justo después de eso hay una entrada, ese es el Z, ahí se hacen tratamientos de adicciones y ahí también hay psicólogos. Bueno, un recorrido breve

J: No, esta bueno, porque una de las cosas que nadie me había nombrado, porque al frente fue mucho tiempo la parte de la Chile, eso era parte del psiquiátrico y después como que pos terremoto del 85 y un poco después, que se cayó, como que ahí hay una nebulosa y harta gente que entrevisté, todavía nadie me habló que todavía había dependencias del hospital al frente

E: SI po, hay dependencias, hay un pedazo grande y ahí también yo tengo colegas, si

necesitas entrevistarlos, que es toda el área judicial, hay varios

J: Yo feliz, porque, de hecho, en el fondo todavía me quedan entrevistados. Lo que entrevisté ha sido a terapeutas ocupacionales

E: Es lo mejor la Maritza, el problema que tiene que en el hospital hay muchos rollos como de poder y hay muy mala relación, entonces ahora la Maritza está super como maltratada y media dejada de lado. Es una lata, porque tiene tremendos proyectos, de patrimonio y cosas y no la pescan

J: Yo logro entender que dentro de la salud mental hay preocupaciones que son más urgentes, pero igual hay otras preocupaciones que deberían estar operando

E: No creas que las preocupaciones son porque son más urgentes, sino simplemente por intereses de la gente a cargo no más, pero la Maritza es clave. Por ejemplo, cuando encontraron ese túnel, que tú lo hablaste en la presentación, todos decían que era de la dictadura y la Maritza me dice que antes en el psiquiátrico había una unidad de mujeres al frente y cuando hicieron la calle hubo que construir un túnel, ella ya sabía todo

J: No, si está todo, hasta la cantidad de ladrillos que se usó. Oye y, por ejemplo, como cuáles son las condiciones materiales o cuál fue más bien tu primera impresión la primera vez que fuiste, no sé, cuando eras practicante, tu primera impresión cuando tu entraste al hospital

E: Bueno, yo creo que está cruzado por lo que uno espera encontrarse también de la locura. Yo me acuerdo la primera impresión era... fuimos en grupo, por ejemplo, los practicantes íbamos en grupo a las primeras, no entrábamos solos, eso es super interesante y después lo he visto en otros alumnos, que no llegan solo las primeras, llegan todos juntos, se juntan en la esquina y empiezan a caminar juntos. Y no me acuerdo bien las primeras impresiones, pero siempre ha sido un edificio como muy, como poco acogedor, desde los patios y el frío. Sabes que tengo unas fotos a propósito que te puedo pasar después, porque hay puertas cerradas de repente y en el poli una vez arreglaron un baño y le sacamos una foto a esa cuestión que estuvo cerrada varias décadas. Bueno, pero yo creo que la impresión fue esa, como de un poco de miedo, como poco acogedor, uno no sabe con quién se va a encontrar, pero cruzado yo creo que con la experiencia del miedo a la locura ahí también

J: Y cuáles son las condiciones materiales que tu observas en el espacio o las que tu observaste en el lugar que tu trabajabas ¿cómo eran? buenas condiciones, malas condiciones, había acceso a cosas básicas como baños y los usuarios podían tener sus espacios o estaban hacinados, ese tipo de cosas

E: Mira, yo creo que es bien interesante, porque también, a propósito del mobiliario, las oficinas para atender son oficinas grandes. Además, ah y eso es super interesante, lo que es la unidad del poli, del CAE, eran unidades de neurocirugía, eso era antes, donde les abrían las cabezas, les cortaban pedazos del cerebro, así lo hacían. Hay un chapita que dice que es la primera unidad de neurocirugía en Chile, es macabra la historia. Entonces, yo no sé si eran como pabellones de operación las salas donde atendíamos, pero son oficinas amplias, no son oficinas, por ejemplo, yo antes trabajaba en un Cesfam, metido en un box minúsculo, no, son oficinas amplias, tienen su escritorio, los muebles antiguos.

Hay una unidad de resabio, le digo, quizás estoy equivocado, pero hay una unidad donde se guardan todos los muebles que han sido desechados, de rezago. Bueno, yo para la radio fui para allá a buscar muebles. Bueno, porque no se pueden botar, se rematan una vez al año, pero entonces el hospital tiene muebles bonitos, la oficina del director tiene muebles bonitos. Entonces, mi oficina es grande y yo tenía además un diván en mi oficina, todas las oficinas con un diván, esa cuestión es insólita, tu no la vez en ninguna otra parte donde tengan psicólogos ni siquiátras, porque es de una tradición fuerte psicoanalítica también, de la fenomenología psiquiátrica chilena. Entonces, mi oficina tenía diván, yo no atendía a pacientes en diván, atendí muy pocos en realidad, pero tenía grandes espacios, sillas antiguas, bonitas, como que yo te diría que el mobiliario llamaba la atención, porque no es un mobiliario que uno ve en otros lados, está como la silla plástica, la mesa, así como del Home center, no. Y todas las oficinas altas, de cemento, grandes, las ventanas antiguas, es bien frío, super frío, con estas ceramidas bonitas, como que se nota un trabajo en las murallas. En algún momento las querían sacar, las querían pintar y sacar todas, eran puros como mosaicos, preciosos, de piedra. Es extraño, porque se nota ahí como cierta preocupación encuentro yo del espacio en ese detalle, pero también son espacios grandes, como inhóspitos y cerrados. Cuando tu cierras las puertas quedan pasillos así tremendos como solitarios, así vacíos. Yo era el primero en llegar en la mañana y yo prendía las luces. Son pasillos, así como de la película El Resplandor. Es super poco acogedor eso del espacio

J: Y ahí, por ejemplo, ponte tu estaba el espacio y al lado tuyo había también otros psicólogos, en el fondo estaban todos atendiendo uno al lado del otro en estas oficinas bien grandes

E: Varias oficinas y en general uno se turnaba las oficinas, algunos pocos teníamos nuestras propias oficinas, porque éramos más viejos, cosas así y además hay una sala de espejos, todo esto adecuado a las necesidades posteriores, no fue creado para eso. Y a propósito del baño, por ejemplo y eso es super interesante. A propósito de tu presentación de las puertas, de donde bajaba, cuantas entradas. Bueno, los baños de pacientes es solo uno que está abajo en el pasillo, donde están los sectores, creo que al frente del sector 3, por ahí, es un baño de pacientes. Y aquí no hay baño de pacientes y hay un baño para todo el piso en el poli. En realidad, hay dos baños, porque hay un baño que pueden usar la secretaria, los psicólogos más los practicantes, que éramos como veinte personas y hay otro baño que hay una oficina de siquiátra, que ella no más tenía la llave, que lo usaba ella

J: De hecho, unas de las preguntas que he hecho, es cómo operan las lógicas de jerarquía en estos espacios con respecto a los médicos, otro tipo de funcionario de salud...

E: No, es jerárquico, porque es medicina y es jerarquía el siquiátra. Todas las jefaturas son siquiátras, como que todas, aunque puede haber más psicólogos, todos, hasta la unidad de rehabilitación que los siquiátras no hacen nada, en vez de un terapeuta, es un siquiátra. Todos, el directos, la subdirectora, administrativa, es siquiátra. Todos son siquiátras, pero eso es una lógica del poder de la psiquiatría y de la medicina en realidad, super arraigada. Y por eso esto del espacio del baño, tiene que ver con eso, nosotros alegábamos y era como "nadie nos pesca". Imagínate que, en las reuniones del poli, que es siquiátras, psicólogos, trabajadores sociales y todo, había veces que los médicos se ponían a alegar de sus sueldos, porque era una reunión como de médicos y estábamos los psicólogos que ganamos un cuarto y como que no existíamos en la discusión. Una

cuestión super bizarra, donde el siquiatra toma el poder absoluto y todos trabajan para él, eso es en realidad la lógica de salud en general, pero en el psiquiátrico es super marcado

J: Si, es como bien claro como cuando uno ve los usos del espacio y ahí por ejemplo los espacios, los boxes de siquiatra son más grandes o tienen mejores condiciones o no necesariamente

E: No, lo que, si pasaba, a propósito de eso, es que los sicólogos nos turnábamos los boxes, pero el siquiatra tenía su box que lo usaba, aunque fuera cinco horas a la semana, lo usaba él y nadie más usaba su oficina, esas son las cosas, tiene su oficina para ellos, igual que la de nosotros, pero no que se turnan y tenían llaves para un baño de ellos. Eso pasa en el poli. Bueno, y también todos los programas, por ejemplo, incluso el programa de trastorno de personalidad, el que la guiaba es un siquiatra. Y hubo un rollo también después de que yo me fui también, porque se fue también una de las siquiabras que era la encargada del programa de trastorno de personalidad, que el trastorno de personalidad lo ve netamente el psicólogo y había psicólogas que llevaban veinte años en ese programa, pero no eligieron a una psicóloga, sino que a una siquiatra que llevaba un año en el programa para que lo dirigiera. Lo que, si ocurría también, por ejemplo, lo que nos pasaba con la radio, es que hay dos salas de espejo, son como para recibir paciente, entrevista pacientes y hay gente detrás o familia, etc. cuando se trabaja en equipo, pero nosotros con la radio empezamos a usar una de las salas de espejo, porque tenían cajas de huevo, entonces se grababa mejor, porque las otras oficinas tenían mucho como reverberación. Entonces, esa sala nosotros la pedíamos, pero había una siquiatra que nos quitaba la sala para atender o para juntarse con otra gente y ella siempre nos quitaba la sala. Entonces, nosotros no podíamos disponer de la sala. Y lo mismo nos pasaba, a propósito de que nosotros en la radio pedíamos, salíamos a veces, una visita al museo, cosas así y pedíamos transporte y lo teníamos agendado de antes, con tiempo, con autorizaciones, pero si una siquiatra quería usarlo, no era alguien que se iba a morir, ni nada, no, perdíamos, nos quitaban eso. Entonces, eso de las jerarquías era super claro en el uso de los recursos y de los espacios

J: Y la jerarquía también con respecto a los usuarios, a los pacientes ¿cómo opera la lógica de relaciones entre...?

E: Ah, eso también está super marcado, es un trato de doctor, como distancia y yo te diría que, en todo ámbito, también de mucho respeto del paciente, el paciente esperando en los pasillos, frío, teniendo que bajar al baño, alegan poco, como que eso se da, que es parte de la atención en salud. No sé si la has leído, pero hay una etnografía de Auyero, que es un argentino, tiene un texto sobre la espera, cómo a los pobres se les hace esperar y se les tramita y se les hace esperar en los servicios públicos, en los hospitales, etc., para ser como gente dócil y sometida. Bueno, entonces aquí eso opera todo el rato, los canales son a través de las secretarias. Y lo que te quería contar, a propósito de las jerarquías, es que se da que no se saluda a los pacientes y no se saluda en los pasillos, es raro. Nosotros empezamos a hacerlo por la radio, porque la radio me cambió un poco la perspectiva, pero una vez nos ganamos un fondo del FONAPI con la radio, que este es un fondo del Ministerio de Desarrollo Social, de discapacidad y cuento corto, que llegaron del FONAPI, llegó el subsecretario de desarrollo social, la subsecretaria, la directora nacional del SENADIS a juntarse con nosotros en la radio, porque nos habíamos ganado el fondo. Y llegó y estábamos hablando con el grupo de radio, que son pacientes, psicólogos, todos, nos saludamos todos y llega la directora del hospital y saluda a la gente, era un círculo,

empieza a saludar a todos "hola, cómo estas" saluda a los psicólogos y pasa de largo de los pacientes, eso ocurre, como que no los saluda y después lo comentamos con la gente del SENADIS y eso todo el día. Por ejemplo, en la radio contaban los pacientes que las terapeutas les enseñaban a guardar la distancia, que son profesionales y que no les pueden andar hablando cosas personales en otro contexto que no sea el box. La jerarquía ahí es super marcada

J: Claro y esta distancia como no generar vínculos fuera del espacio de salud mental

E: Si, los teléfonos o no andar en cualquier horario, etc., como que hay espacios para relacionarse

J: Dijiste que igual estuviste en el sector ocho, cuáles son las diferencias materiales que tú ves en los sectores que tu visitaste, pensando que están estos dos sectores de larga estadía ¿hay diferencias arquitectónicas, de los espacios?

E: Si, hay diferencias, porque no se si has podido entrar a algún sector o no

J: No, o sea lo que conozco bien es el edificio donde está la parte administrativa y la cosa de terapia ocupacional

E: Pero viste donde está la dirección, porque dirección ahora se cambió al poli, donde yo trabajaba

J: He entrado a ese edificio, he estado en el poli. He estado también donde esta terapia ocupacional y arriba está lo administrativo, que está el arquitecto. Después, en general me he dado hartas vueltas por las partes más antiguas, donde está el teatro y eso, pero en general no he tenido acceso a entrar directamente a los sectores

E: Varios colegas se han ido, pero de repente podrías entrar, porque es super interesante. Por ejemplo, todos los sectores yo te diría que son iguales, a algunos les han hecho modificaciones, porque igual administraciones es como un poquito diferente adentro, como que no todos los sectores dependen de la misma persona, sino que están divididos en dos. Por ejemplo, del 1 al 4 es como una unidad A que se llama y el otro es el B, entonces tiene como direcciones diferentes y cada sector tiene su director que va cambiando. Tu entras a los sectores y es una sala grande donde hay mesas para comer, ahí generaron una tele y esta como una ventana para la cocina, pero en realidad es donde llega la comida, porque la comida se prepara centralizado y pasa por carritos y se sube a los sectores. Entonces, tú tienes una primera sala donde comen y donde llegan las visitas en el horario de visita. De ahí tú tienes puertas en general, separado por puertas, para las oficinas de los siquiátras y de los psicólogos. O sea, un paciente no puede llegar a tu oficina, no puede tocarte la puerta, siempre hay una barrera antes. Entonces, por ejemplo, cuando yo trabajaba ahí, era en paralelo estas oficinas, había una puerta, un pasillo largo y las oficinas una al lado de otra, esas oficinas son mucho más pequeñas, porque efectivamente yo creo que fueron pensadas como oficinas desde su inicio, entonces son pequeñas, son muy chiquititas y hay unas más grandes que es del siquiátra. Y ahí también, en general, hay una sala de reuniones, en ese sector separado, donde se hacen las recepciones del paciente, que va un técnico a buscarlo, por ejemplo, la señora Margarita y va un técnico, un auxiliar, adentro y se hace ahí los ingresos, que se entrevista a los pacientes, a todo el equipo y después sale el paciente y conversa. Entonces, hay

profesionales que pueden nunca salir de su oficina, porque a veces cuando quieren entrevistar un paciente y de hecho hay sectores que entran por otra puerta, no tienen esta puerta grande que entra como al comedor, sino que hay puertas separadas

J: Hay algunos planos que tengo, que están separados, que tienen dos accesos

E: Eso. Entonces, hay unos que tú en el pasillo, por ejemplo, antes de entrar a esta puerta grande que te mete al comedor, tú tienes una puerta antes, entonces tú puedes llegar a tu oficina, está en tu oficina y no ir para allá y la otra es de pacientes y todo. Yo en el que trabajaba era en conjunto, entonces tu entrabas al comedor, pero te camuflabas al tiro a tu oficina. Y es super interesante, porque eso también produce que cuando alguien entra los pacientes "¡ah, llegó el doctor!" entonces hay un espacio de interacción que es super interesante, que para mí cuando yo hacia la practica era super interesante, yo me quedaba ahí, pero en general se evita. Bueno, y ese comedor tiene además unas puertas grandes, entonces se le puede poner llave también y entonces hacia adentro de esas puertas están las grandes salas con camas, que en general son dos o tres salas grandes, están las típicas fotos de hospital como de la guerra, así. Son salas con camas alineadas una al lado de la otra y habrá veinte camas por salas, grandes, con ventanales viejos, es igual que el poli y las otras ventanas que tu viste, la misma ventana metálica que se abre. Entonces, hay un pasillo al frente de estas tres como salas de cama, está la enfermería, que es donde están las enfermeras y los técnicos, ahí se ponen los remedios, están las fichas de los pacientes, etc. Y para atrás, a veces hay otras salas grandes, que esa sala es más chica que el comedor, pero esa sala en general está cerrada. Bueno, al lado de la enfermería están los baños también, que son baños terribles también, como abiertos, el sector 8 es de mujeres, entonces tu pasabas, entonces ver a las mujeres en pelota, como que se ve el pasillo, es bien como denigrante. Pero para atrás, está esta puerta y esta otra sala que tiene diferentes usos, a veces la usan de bodega, a veces la usan los técnicos para hacer sus cosas, etc., y a veces se usan para hacer como jornadas de trabajo. Por ejemplo, en mi sector yo estaba con un siquiatra bien importante, que era el Murillo, pero el hacia sus clases ahí con alumnos y se llevaba pacientes, era cuando necesitaba hacer clases como más masivas y a veces se hacían talleres, talleres literarios o lo que quisieras hacer, ahí atrás o ejercicio. Y hay algunos sectores que tienen salida al patio, en general los segundos pisos son de mujeres y hay una escalera por atrás, que en el caso de mi sector estaba cerrada, porque los muros estaban en mal estado y se podían escapar los pacientes, entonces en general ocurría que los sectores de mujeres no tenían acceso al patio. Y en los primeros pisos, porque la escalera estaba por atrás de esa sala y era como un patio paralelo. Y los patios que están en el primer piso, son de hombres y ahí si tú ves a los hombres siempre abajo. Bueno, entonces, ahí se generaban dinámicas también de conversarse por las ventanas, etc.

J: Y ahí la dinámica de los pacientes, porque es gente que se queda ahí, esta durante el día, es gente que siempre está metida en las salas, o sea, siempre en la cama...

E: Si, en general están en las camas o en estas salas de la entrada, en este comedor conversando, viendo tele o en sus camas. Los que están más graves también están en sus camas

J: Y hay como una dinámica de que tengan una rutina marcada...

E: Si, super marcado. Hay un horario de ducha, un horario de desayuno, almuerzo, todo

es super marcado. La ducha es a una hora y todos tienen que levantarse, bañarse. Otro horario es cuando dan los remedios, por ejemplo, hay una fila de pacientes, entonces van pasando lista, fila. Otro horario es que son las consultas médicas, el horario de visita, en general se van para el frente, se quedan solo los que tienen visitas, el resto se queda atrás en las piezas y eso. Y siempre está todo super normado y los que pueden salir son algunos pacientes específicos que su psiquiatra lo autorizó a una cosa que se llama deambular

J: En algunas de las entrevistas, alguna de las pacientes que salía...

E: Se le dice deambular, autorización para deambular por el hospital. Entonces, salen a deambular los que están bien y se portan bien, esos pueden salir y vuelven a cierta hora. Y el psiquiatra también define si salen el fin de semana o no, para sus casas

J: Y esto en el fondo es larga estadía

E: No, esta es corta estadía, que se supone que no puede estar más de tres meses. Yo cuando estaba en el sector había algunos que llevaban veinte años en el sector

J: Ahora en la página web del psiquiátrico, cuando declara cuáles son las unidades, no aparece larga estadía y si hay larga estadía en el hospital. Hay dos unidades de larga estadía y no aparecen declaradas como cuando describen al hospital, como que está mal visto ponerlo

E: Y dice que nunca más entró gente a larga estadía, porque en el fondo, el psiquiátrico quedó... porque hay un problema, que no tienen donde mandar a esa gente, entonces se crearon Hogares protegidos, algunos fueron hogares, pero ya no hay cupos de hogares y no se han abierto nuevos y lo que pasa es que se creó, en unos años yo participé de eso que se iban a crear los de mediana estadía, que eran intermedios, que en el hospital de Valparaíso si se creó. Que se supone que es de tres meses a un año o hasta tres meses, no me acuerdo, pero nunca pasó nada. Y el hospital también, se supone que no entran nuevos pacientes, pero yo vi que entraron pacientes de la radio a larga estadía

J: Claro, como que en el discurso no entran, pero si entran. Bueno, mi tesis partió siendo de la arquitectura, pero una de las cosas que fue surgiendo en la entrevista, porque la arquitectura siempre es como, desde cómo se planea, pero realmente después como se usa y las entrevistas y lo material nos permite ver cómo se usa, pero una de las cosas que apareció en todas las entrevistas tiene que ver con expresiones de la individualidad de los pacientes y una de las expresiones como más relevante tenía que ver con el vestuario, o sea, la falta de vestuario, el tipo de vestuarios ¿qué tipo de cosas relacionadas con el vestuario te llamaban la atención?

E: De los pacientes, mira, yo te diría que, en los sectores, lo que pasa es que ahí como que no tienen mucho espacio, tienen como un velador chiquitito, entonces tienen que llevar lo mínimo de ropa y lo mínimo de pertenencias y tienen candados para que no se las roben. Mira, hay otro libro que hizo el Hugo Rojas, es un psicoanalista, super seco, que hizo lo mismo que hizo Goffman que se metió en un psiquiátrico en el 60, el Hugo Rojas lo hizo el setenta y tanto, pero publicó el libro en el 2010, yo tengo el libro, pero lo tengo en papel, creo que se llama Sectores y describe justamente eso y describe las mismas cosas que Goffman, él lo hace en los 70 su tesis. Es super integrante, porque ahí describe cómo algunos tienen su bolsita con sus cosas y el psiquiatra dice "mira el weón delirante

que anda con su bolsita weona para todas partes" pero en realidad lo que tenía en su bolsita eran recortes de diario para poder leer cosas, porque necesitaba leer. Pero a mí, como que la ropa, no sé, yo tengo un déficit de atención

J: No, pero del cuidado personal, por ejemplo

E: Bueno, lo típico, lo que te llama la atención en el hospital es el cigarro, los dedos amarillos y todos fumamos en el hospital, todos. Yo fumaba todo el día, yo tenía colegas que incluso fumaban en su oficina. Como que el cigarro es parte del estar en el hospital. La directora en ese tiempo fumaba como enferma de la cabeza. Todos fuman. El cigarrillo de aquí para allá. Y yo no sé, el cuidado personal, pucha, puede ser, es que también se cruza mucho con la pobreza, entonces también tu veías mucha gente que vivía en la calle, entonces claro, está el tema de los olores, todo eso. Es que eso quizás, a las terapeutas ocupacionales les preocupa más eso, porque como que es su terapia, ellas intervienen en esto, entonces les enseñan, tienen talleres de cuidado personal, de aseo personal. Pero bueno, no sé, es que te quería mostrar una foto, estoy buscando mientras conversamos

J: Y tú ves alguna diferencia por ejemplo en el trato a pacientes hombres y mujeres. Bueno, aparte de esta distinción, porque eso me apareció en otras entrevistas, que estaba como esta explicación de que las mujeres se tiraban menos desde las ventanas, como que por eso ponían a las mujeres arriba, no sé si será verdad, me apareció en una entrevista

E: No, las ventanas están con rejas. Yo he parado gente. En el poli no tiene rejas y yo todavía me acuerdo haber estado con una mujer que estaba parada arriba, se iba a tirar y yo conversando con ella

J: Entonces, esta distintos de que pongan a las mujeres y a los hombres en los sectores

E: No, no sé por qué será así la verdad, no tengo idea por qué están las mujeres arriba, nunca escuché ninguna explicación. Lo que se dice es que eran más hombres, pero creo que hay más hombres hospitalizados en general, creo, pero ese es un dato que antes lo tenía más claro, ahora no estoy muy seguro

J: O sea, cacha que históricamente el espacio al principio tenía más hombres y después termino, porque cuando se abre el... se trasladan puros hombres, entonces tuvo muchas mujeres, históricamente tuvo más mujeres y ahora el dato actual, trate de conseguirme el dato actual, o sea, esta igual en las cuestiones como del año, cuando dan la cuenta pública, esos son los datos que he usado. Ahora está más equilibrado igual, hombres y mujeres

E: Que bueno saber eso, pero sabes que es lo que pasó, que hace un tiempo también hubo una reconversión de uno de los sectores, creo que es uno de los sectores de hombres, paso a ser de mujeres, creo que el sector tres, no, parece que el sector de mujeres pasó a ser de hombres, pero ahí hay algo que pasó que yo creo que algo tenía que ver con eso

J: El acceso a los patios, por ejemplo, que decías que en general los hombres tienen más acceso a los patios, porque están abajo, etc., los patios de los sectores, en el fondo hay un cuidado de parte de los usuarios, pacientes, de su patio, por ejemplo, no sé, cuidan las plantas, tienen su propio...

E: Mira, es que eso yo diría que depende, he visto iniciativas, hay unos sectores que yo

me acuerdo que en algún momento estaban super bonitos y hay otros pa la cagá. Es que todo eso en general no depende, como es tan jerárquico también, no es que... en el hospital es imposible que aparezcan iniciativas grupales de los pacientes espontáneamente y que no tiene que ver con la locura, sino que tiene que ver con esta jerarquía de poder, no tienen mucha posibilidad de hacer nada, entonces a veces yo he visto patios muy bonitos, muy bien cuidados, que se consiguieron pallet, cosas, no me acuerdo que sector era, creo que el tres, muy bonito en su momento y que era porque una socióloga o una terapeuta había organizado y se había preocupado y había hecho como una especie de taller dentro del sector. Eso ocurre mucho, como que se crean y se disuelven talleres de distintas cosas a cada rato en el hospital

J: Hay poca continuidad

E: Poca continuidad, si, como que en el fondo dependen de los profesionales que estén. Y pasan cosas. Te juro que es como el día de la marmota, porque uno llega y me acuerdo que uno practicante, es que voy a hacer un taller dietario y la raja y después me entere que han hecho talleres literarios desde que el hospital existe, pero siempre han sido iniciativas así. Y hay registros, de repente hay escritos del año de la pera. Entonces, el cuidado de los jardines depende también de los sectores y de la administración de ese sector, que quiera cuidarlo o no

J: Y, por ejemplo, hay distinciones, porque, por ejemplo, según el tipo de diagnóstico que tienen, o sea los sectores están definidos por tipo de diagnósticos o están mezclados

E: Están mezclados, pero por ejemplo todos los judiciales no están y hay un sector que es de adolescentes, que es el sector 1, que es de jóvenes, pero todo el resto está... claro, por eso había uno menos, entonces había más sectores de hombres y claro, se reconvirtió porque el 1 como era adolescente, paso el 4 a ser de... bueno, pero eso, no hay ninguno, pueden llegar. La entrada al hospital se hace así, llega alguien que está mal, por ejemplo, angustiado o descompensado, llega a urgencia. Y en urgencia lo evalúa un siquiata y que establece si se va a la casa o no y si esta grave se queda en urgencia y lo mandan al sector, si es hombre a los sectores de hombres, pero el que haya cama disponible, eso es, así es. Pero si es alcohol y drogas se va al Z, a menos que no haya cama y que tenga que ver con otras cosas, pero por ejemplo se van si es que están con un trastorno psicótico muy avanzado o esta con ideación suicida, riesgo de vida, en general

J: Y de los usuarios, pacientes que te tocó ver en los sectores que has trabajado ¿cuánto era el tiempo del que llevaba más tiempo?

E: Había una que llevaba como 30 años en un sector y había otros que estaban menos tiempo, pero en general es muy raro eso de los quince días. Por ejemplo, cuando yo estaba, se había pasado la norma hace poco, que el máximo era quince días, entonces lo que se hacía a veces, se les daba el acta administrativa y se los ingresaba de nuevo, se hacían como cosas así o se los mandaba a otro sector. Es que al final es la trampa administrativa, si hay un tema en salud ahí con lo administrativo [comienza a mostrar fotografías]. También hay un tema, a propósito de los espacios, que los espacios tienen propiedad, entonces es una cosa muy rara, por ejemplo, si tú vas y haces un... a nosotros nos pasó, queríamos hacer una venta de ropa usada en la radio y nos pusimos en un pasillo de la entrada y tomamos una de las mesas de la cafetería y la movimos y la pedimos prestada, quedó la cagá, porque las mesas son de la unidad de rehabilitación y nosotros no podemos

usarlas y nadie le preguntó a la jefa, la Maritza Loyola, es un horror, vieja escuela. Ella tiene su espacio y no te presta la mesa. Entonces tú no puedes hacer cosas en el espacio porque estas pasando a llevar el espacio, por ejemplo, nosotros nos conseguimos la única sala vacía, al fondo de la unidad de rehabilitación, que era una bodega, que había sido una lavandería antigua, cuando ahí se lavaba la ropa de los pacientes, entonces nosotros la pedimos y quedó la cagá porque esa era la sala de rehabilitación, qué hace un psicólogo metido, que no podíamos hacerlo, que no podíamos estar ahí y estaba botada la cuestión. Entonces, el poder se juega hasta en esas pequeñeces y el espacio es una de las cosas donde se ejerce poder ahí

J: Y ahí, por ejemplo, alguna vez viste algunas manifestaciones como tipo grafiti o cosas que hicieran los pacientes o había cierto cuidado o control a hacer ese tipo de cosas

E: Mira, no me llamó la atención porque era muy pavo, pero si en los baños, me acuerdo que ahí nosotros comentábamos lo que aparecía en los baños, porque aparecían nombres y apellidos de siquiатras y psicólogos. Me acuerdo que una psicóloga laboral una vez, hizo una investigación, porque ella era encargada de personal y ella se hizo cargo de los baños de la empresa, porque todos los lunes iba y lo pintaba el fin de semana, porque sacaba información de donde estaba la cagá en la empresa. Entonces, ahora debe haber, pero no se. Esta es mi hipótesis, pero en general en el hospital tu veo y yo lo digo, porque lo que queríamos hacer con la radio era como dialogar, entonces tu veo a los pacientes sentados uno al lado de otro sin hablar en el hospital, pero no es la locura, es la institución la que produce a ese sujeto que no converse, que no haga nada, entonces es super loco, porque no tiene autonomía para nada un paciente. Una vez en la radio, nosotros teníamos un programa de noticias y yo le empecé a pedir el diario a la secretaria del director, entonces no prestaba el diario y en un momento yo les dije "bueno, vayan ustedes a pedirle el diario" y le fue a pedir el diario y un día me dicen "oiga, los pacientes no pueden venir aquí a pedirnos el diario" como que hay algo institucional muy loco, como que no se puede. Entonces, no me llama la atención que los pacientes no escriban tanto

J: Claro, en una entrevista un siquiатra me decía que han perdido la individualidad, como que no tienen motivación

E: Claro, pero los siquiатras lo interpretan por la locura, como que se les olvida que hay una institución demasiado potente produciendo sujetos. Porque yo viví cosas, por ejemplo, que nosotros hablamos en la radio, de la poca autonomía y que llegaba después es paciente a decirle a su siquiатra que en realidad quería cambiar el tratamiento y el siquiатra interpretaba de que estaba descompensándose y le subía los medicamentos. Entonces como que no hay posibilidad, como que la única lógica, la manera de sobrevivir adentro es someterse no más, se obediente, si alguien alega es porque se descompensa, entonces es heavy, porque es la lógica de cómo te están interpretando

J: Y cosas más antiguas en entrevistas de funcionarios más antiguos, esta lógica del castigo, de que en el fondo el paciente que no hace nada es el que se porta bien o el que se enoja, que es natural enojarse, está descompensado o este puesto como una enfermedad el enojo, cuando no necesariamente es así, porque todos nos enojamos. Oye y como para no alargarme mucho mas ¿tú has trabajado en otros espacios de salud mental? ¿se repiten estas mismas dinámicas?

E: Si. No, para nada. Por ejemplo, he trabajado en atención primaria en un Cesfam y que

ahí hay médicos generales, no hay siquiátras igual y uno es como más independientes, tienes una relación, no tienes una relación jerárquica con el resto de los profesionales y la relación con los pacientes es mucho más como humana, es como otra persona no más, tiene la lógica de la medicina, como de enseñar y de educar al pobre, como que está eso, pero no, no es lo mismo. Y también he trabajado en el CAPS de la Chile, de atención psicológica y ahí no estas con la locura, pero no es así la relación, no. Así que yo te diría que hay algo de la medicina efectivamente que se da ahí, de la relación jerárquica, pero ese trato al otro, tan des-subjetivado, no, no se da en otras partes. Bueno, y pasan cosas locas en salud. Por ejemplo, yo me acuerdo una amiga que era enfermera en el San José, al lado, que lo que pasa que es donde les de Federico T. Lat presentada por el Director Don Francisco Echeñique Gandarillas.

J: Y lo último, que antes que se me olvide, aspectos que tengan que ver con la contención física, porque eso también tiene que ver con el espacio corporal, como es algo que es común o cuando tu trabajas ahí, solo los descompensados

E: No, es super común, por ejemplo, en todos los sectores, hay unas inyecciones de SOS, si alguien está gritando, se angustia, el pinchazo, ni siquiera sin orden médica. Hay camisas de fuerzas en los sectores, hay pacientes que están en la cama con camisa de fuerza, días enteros, sedados, la gente babea, porque la contención física no es solo amarre, sino que farmacológicamente es una... entonces, por ejemplo, nosotros estamos en la radio y tú ves a la gente así y se queda dormida y babea y no es la locura, es el fármaco, hay tiritones, los extrapiramidales. Y hay otros que se te van los ojos para arriba. Bueno y todo eso es parte de la contención farmacológica. Si la lógica del fármaco psiquiátrico es quitar, es calmarte, es sedarte, no se sabe qué hace la wea, lo único que se sabe es que calma. Y en el poli igual se da cuando hay alguien descompensado y lo que se hace en urgencia, si tu llevas a alguien a urgencia le pides que vaya acompañado, porque lo que le van a hacer es sedarlo, es la lógica de la sedación y la contención física y en los sectores se da eso. Están amarrados. E incluso hay salas de aislamiento, salas especiales en algunos sectores, donde están en su cama, una pieza más chiquitita y están encerrados y están días encerrados, eso existe hasta el día de hoy. Y lo que es interesante es que hay protocolos especiales para los funcionarios, capacitarlos para hacer contenciones físicas, cómo se agarra al paciente para no causarle daño. Bueno, en eso, cuando yo te decía, esta paciente que estaba parada en el poli y que se iba a tirar, yo estaba conversando con ella y no se iba a tirar y de repente llego un siquiátra y saltó y la agarró y llegaron enfermeras y la agarraron, la amarraron y la sedaron y se la llevaron, esa es la lógica

J: Claro y en estas como salas de aislamientos ¿quién da la orden?

E: El siquiátra, pero como te digo, a veces estas sedaciones quedan indicadas como que hay indicaciones de recetas que tienen los paramédicos, entonces ahí dice como en caso de y siempre está ahí, qué dosis y cuánto. En general hay una inyección que seda

J: Y lo último, por ejemplo, uso del teatro y esta parte más antigua del hospital ¿ustedes tenían acceso a usarlo para actividades?

E: Con la radio lo usamos, hicimos unos conciertos, hicimos actividades y jornadas a veces, también, pero en general, las pocas veces que lo usaron pacientes, fue este concierto de la radio que invitamos a los pacientes, pero en general está cerrado con llave, hay que pedirlo y lo tiene la Wali. No se puede acceder, pero se suelen hacer actividades, inauguraciones, lanzamientos de libros, cosas así

J: Ya y ahora si lo último, cuando uno camina por el psiquiátrico, uno va viendo restos de cosas, restos de baldosas, como que uno va caminando entre ruinas, como que hay alguna inquietud entre funcionarios, pacientes, sobre esa materialidad que esta ahí o es como parte de

E: Lo que pasa es que no se sabe mucho, es puro rumor, pero eso es super interesante porque uno siempre esta, yo creo que el espacio en el psiquiátrico general mucha curiosidad, yo me acuerdo que desde que era alumno uno trataba de pasear en lugares, qué habrá acá, además como qué habrá ocurrido ahí. Eso es algo como que tienen todos los funcionarios y al conversar hay gente que saben. Por ejemplo, los encargados te cuentan que hubo tales cosas, que hubo fichas, camas, todo eso. Y uno ve y como que incentiva la curiosidad el espacio, pero no hay conocimiento al respecto, yo te diría que nadie tiene certezas, excepto de algunas personas muy antiguas que sabían cómo funcionó, pero no es parte de las inducciones ni capacitaciones de los funcionarios, es espacio como que esta, pero genera curiosidad. Y por eso, por ejemplo, cáchate que es y túnel que se encontró, había un colega psicólogo que buscaba por todos lados, porque sabía que había un túnel que decían que además era para pasar a los muertos por debajo, que conectaba a la morgue y estuvimos buscándolo un tiempo, como mucho mito en torno al espacio, pero no se sabe

J: Hubo una fábrica de baldosas en el psiquiátrico, entre los talleres, como entre el 30 en adelante se hizo una fábrica de baldosas, entonces las baldosas son hechas por pacientes. Ahí van saliendo cosas. Oye, un millón de gracias, te pasaste

E: Oye, sabes otra cosa loca, al lado de larga estadía está el jardín infantil, para funcionario. Es super bizarro, están los crónicos, al lado, entre el teatro Grez y los crónicos, hay una reja, ese es el jardín infantil para los hijos de los funcionarios. Y el casino está al frente, por la entrada. Y tiene espacios prohibidos, como que es muy sugerente el hospital

J: Si tienes fotos y material, feliz que me puedas compartir

E: Si, encuentro maravilloso lo que estás haciendo

Transcripción Victoria Castro

Duración de la entrevista: 00:36:43

Entrevistadora (E)

Entrevistada (V)

E: La primera pregunta es ¿cómo llegaste al psiquiátrico? ¿por qué llegaste ahí?

V: Si, mira, yo entré a estudiar Filosofía en la gloriosa Facultad de Filosofía y letras de la Universidad de Chile el año 64. Entre en abril, porque el puntaje no era tan bueno para filosofía, pero me dieron un espacio y dentro de los cursos que teníamos, todos los que estudiábamos, en el pedagógico, teníamos que tomar cursos generales, pero como éramos tantos en esa Facultad, supongo que se llama Metropolitana ahora o algo así, esa que está en Macul, frente a Los Aromos. Entonces había 17 cursos de psicología general, para los estudiantes de primero de cualquier carrera, a diferencia de introducción a la filosofía, que los que éramos estudiantes de filosofía teníamos que elegir dos profes que también había una gran cantidad para introducción a la filosofía. Para psicología tu tenías que elegir y yo estaba media indecisa en ese momento, si me iba a ir para psicología o me iba a quedar en filosofía, no sabía, quería ver más, algo más concreto.

Entonces, había un médico que hacía clases, que era el doctor Muñoz y era siquiatra. Entonces, a mí me gustó que lo que el ofrecía, que tu entrabas, él te hacía la introducción de psicología general y luego tu tenías un espacio para observación participante con alguna persona que estuviera en el psiquiátrico. Ponte tú, yo entre en abril y mayo y junio me tocó ir a hacer observación que era con una paciente específica e ir al psiquiátrico, había un horario todos los miércoles. Primero que todo era un viaje, había unas micros que eran unas especies de góndolas que se demoraban mucho en llegar. Uno se iba con tiempo, con tu cuadernito chico, no existían los cuadernos universitarios con anillos, sino que cuadernitos chicos y te ibas con tu cuadernito a ver a la persona que te habían asignado, pero la primera sensación al entrar a ese lugar era un frío que no te lo digo, o sea, no tengo idea, yo creo que era como el periodo del segundo semestre, eran cursos anuales, pero era una sensación de frío muy fuerte, de frío como de abandono, era muy viejito el edificio en mi concepto, en lo que yo recuerdo y de alguna manera, antes de llegar al lugar donde iba a encontrar a mi personaje, que era una persona con un nombre y un apellido, tenía que pasar un patio como inmenso de luz, de esos patios cuadrados que tienen como zócalos al rededor, la veredita, era igual que en el San Gabriel que yo estudie cuando chica, pero gigante, todo era gigante ahí.

Era como un edificio muy grande también, tenía estas baldosas, pero yo recuerdo que al medio de ahí tenía tierra y que había gente con frío sentada en los bordes de las paredes, gente que no estaba bien, que físicamente se veía estropeada. Era una sensación así las primeras veces, siempre fue un shock, porque siempre había como gente que estaba más mal ahí, me da la impresión, no sé, así como gatosos. Ya, de ahí, como tenía yo el nombre de la persona, debo haber habido varios episodios de tener que pasar por personas que te preguntaran a que ibas, que se yo, debo haber tenido un pase. Llegaba yo a una especie de teatro gigante que había, que tenía una tarima, un lugar para representaciones, no tengo idea por qué estaba eso ahí. Bueno y ahí iba estas veces que tenía que ver a esta persona. Una persona que se llamaba Juanita y la Juanita, después que conversamos y le preguntaba cómo estaba, se acercaba mucho, yo aprendí, después, que es lo que ella tenía y estudiándola y estudiando lo que... yo creo que el doctor Muñoz tenía un libro escrito

por el con estudio de casos, pero no estoy segura si era de él, en todo caso si fuera de él, tendría que estar allá en la biblioteca del psiquiátrico.

Luis Custodio Muñoz puede ser. Bueno, era bien encantador a mi gusto, era buen profesor. Bueno, el asunto es que el doctor Muñoz te dejaba, era muy buen docente, porque te dejaba, como va a estudiar a esta persona, y tu ibas construyendo unos informitos así muy sencillos, cada vez que ibas y la particularidad de ella era que empezaba a conversar feliz, pero rápidamente de repente se podía enojar y tu tenías que estar ahí, no sé, pero lo que siempre terminaba haciendo era subirse a este como procenio y cantar y cantaba bonito, pero a medida que cantaba, su cuerpo hacia cosas que yo después reconocí en alguna persona u otra que conocí, una gran académica, pero que tenía los rasgos de lo que es la paranoia. O sea, una movilidad del cuerpo que te empieza, bueno, yo no estaba encima cuando cantaba, pero cuando estaba cerca mío, empieza a aproximar el cuerpo, así como en punta, para adelante, como que te acorrala y te empieza a poner caras y la persecución, que te persiguen, que no sé qué en su imaginación. Bueno, es un rasgo, porque un siquiatra sabe hasta qué punto eso es, qué nivel de la enfermedad, pero estaba ahí hace mucho tiempo. Y esa es como la experiencia que yo tengo en el psiquiátrico, no es mucho

E: ¿Habría sido ese el teatro Grez?

V: Era inmenso, tenía un piso de madera y tenía butacas de madera

E: Ese es, es lo que queda ¿y tú te acuerdas el patio o pabellón de donde venia está enferma?

V: No me acuerdo, pero sí que resultó ser tal cual yo lo había propuesto, una persona con paranoia. Ella no debe haber sido de extracción muy popular, porque se ponía, siempre que yo la iba a ver, que era como miércoles por medio, no me acuerdo la verdad, se ponía como bien, estaba como mejor vestida, no sé, era femenina, usaba unos taquitos, pero no recuerdo el patio.

E: ¿Y se veía limpia ella, por ejemplo?

V: Se veía limpia, era bien contrastante con la gente que se veía en el patio. La gente que se veía en el patio, se veía botada, arruinada, se veía como sin vuelta. Esta señora no te podría decir si se veía con vuelta o no, porque no salía de este esquema, pero estaba como vigorosa, no estaba flaca, no estaba famélica, pero la gente que estaba en ese patio era como una película de terror.

E: ¿Y se veía mucha gente en el patio? como hacinada

V: No, se veían como así ponte tú, dos por ahí, otro por allá, gente como muy cabizbaja, gente como abrazada a sí misma, como que realmente ya no estaban en este mundo y tampoco tenían como la ropa suficiente de repente, estaban como muy sucios también.

E: Y el patio central era como pura tierra, no había ninguna planta, nada

V: Nada que yo recuerde. Era un peladero con este zócalo de bordes, como un gran patio de luz. Mira, las casas de las abuelitas mías, una abuelita mía, recuerdo que tenía patio de

luz y tenían estas como con un vestíbulo y luego un pasillo, distribución de piezas y un patio de luz que siempre tenía esta idea del zócalo y a veces la gente que vivía ahí por supuesto le ponía baldositas a esa parte. Pero era como un estilo del tipo de vivienda así de la época

E: Cuando tu entrabas al teatro ¿estaban ustedes solas?

V: Creo que lo abrían, después llegó más gente ahí. Era como su actuación, que tenía que hacerla

E: Es muy buen dato, porque en el fondo hay poco testimonio sobre el uso del teatro, mas allá de la cosa documental, de que organizaban obras de teatro

V: Claro y posiblemente les daban cosas grupales, pero en el caso de esta persona, ese era como parte de su tratamiento, no tengo idea, o sea, por qué había esta... tal vez porque la influencia del doctor, que se yo y yo tenía mucha suerte de estar... la verdad es que yo cada vez que iba donde la Juanita, estaba como contenta de verla que estaba ahí, no era muy novedosa en lo que me hablara, tal vez, yo no recuerdo mucho, nada, o sea, imagínate hace mil años y yo creo que aprendí mucho sobre el ser humano con ese curso, con el profesor, pero esto yo lo tomaba como la tarea que tenía que hacer y era una tarea que no me disgustaba, me producía como interés la personalidad, porque te digo que estaba con una pata en la filosofía y una pata en la psicología y eso me duró hasta que entré a arqueología. Ahí tomé la decisión de seguir con filosofía y hacer arqueología, pero no hacer licenciatura en filosofía, sino pedagogía.

E: Y no te acuerdas, por ejemplo, de haberlos visto vestidos con ropa militar

V: Si, en el patio. Esas ropas como de militar, pero de militar tal vez de oficialidad, o sea, era con botoncitos dorados, algo así. Si, con unas cosas grandes, que les quedaba muy grandes si, en general. O sea, es como una caricatura lo que te digo, pero es mi recuerdo

E: Pero no era ropa esta como manchada

V: No, era como color oliva, color café, pero entre café y oliva y recuerdo particularmente el brillo de los botoncitos estos y también debe haber habido sin botoncitos dorados, no tengo idea, pero se me quedó eso grabado y grande, como que les quedaba super grande, pero también se notaba que los abrigaba, esto en el patio, nunca vi a la Juanita con ningún traje militar

E: ¿Y tenías que pasar muchos patios para llegar al teatro?

V: Yo sé que pasaba un patio y después algo que no era patio también. Lo que, si recuerdo que el proscenio, me da la impresión que tenía, bueno, era grande y tenía piso de tablas largas, el clásico piso, en el teatro

E: Buenísimo Vicky, mucha información. Si la persona que ibas a visitar no estaba vestida y eso, probablemente era del pensionado

V: Yo creo que sí, porque no tenía relación su aspecto con el aspecto de la gente del patio, nada. Tampoco te voy a decir que era una persona que se vestía de seda, porque no me

acuerdo. Estaba perfecto y bien peinada, con sus cachitos. No era el tema mío, pero fue un bonito estudio y me encantó eso. Además, después mi mamá era enfermera cruz roja y cuando había en la época de Alessandri, tal vez, yo estaba en el internado, así que no se mucho, pero mi hermana decía que cuando la mamá volvía de su trabajo, ella iba a trabajar al open Door a Puente Alto y que cuando volvía mejor no le habláramos, porque llegaba así, parece que allá había gente peor todavía o le tocaban, no sé qué le tocaba, pero fue también época muy dura, como del 57, que hubo unas grandes huelgas. Yo sé porque me tuvieron que sacar del internado un rato para seguir estudiando en un nocturno, porque no había clases, los profes estaban en paro tres meses. Y cuando ella contó, alguna vez que la escuché, porque la mamá murió el 63, justo antes que yo saliera del internado y entrara a la universidad, recuerdo que ella contaba también de que había, por eso cuando usé el termino gatoso, yo no lo escuché en este hospital, sino que se lo escuché a mi mamá, que decía que de repente los gatosos salían del open Door, o sea, los encontrabas en la calle, gente que ya está perdida en el espacio. Pero no recuerdo más que eso, que me revivió cuando vi ese patio.

E: De hecho, en uno de los diagnósticos que aparece, patio de gatosos

V: Ah, mira, entonces se lo leí también al doctor, puede ser

E: No hay tanta claridad, pero tiene que ver con gente que no controlaba esfínter

V: Exacto, por eso te digo que estaban sucios. Es que yo creo que se mezclaba, porque como era gente que estaba como ida total y no necesariamente era toda vieja, esa gente no era vieja, yo creo que no vivía mucho la gente tampoco, era de edad mediana o jóvenes. O sea, daba la sensación de hacinamiento, aunque no estaban, no eran miles que me haya tocado ver, pero era esa sensación, así como de la segunda guerra de los judíos, una cosa así bien terrible. O sea, lo que uno después rememora como imagen y fotografías no hay

E: Bueno, fotografías de los 60 las vi en una tesis de unas asistentes sociales. Hay unas también de la revista Ercilla

V: En la revista Vea, la Vea era como reportes gráficos. Lo otro Javi, es que no se si has buscado tesis en el museo pedagógico, que tiene una muy buena colección de tesis y cosas

E: Tengo hartas fotos, estoy trabajando la arquitectura y la otra materialidad es el vestuario. Ha aparecido en el relato la falta del vestuario, el tipo del vestuario y cosas materiales en función del cuerpo

V: Además, la gente que esta con rasgos esquizoides y no sé si en eso caerá algunas manifestaciones de la paranoia, tu debes saber que la esquizofrenia es como el dolor de guata, involucra mil cosas, entonces hay una cuestión de gestualidad que es bien decidora, como te digo este movimiento del cuerpo en el caso de los paranoicos, es como típico y en el caso de rasgos esquizoides una cosa más como más dura de cuerpo, más robótico, entonces la fotografía también pude entregar muchísimo sobre todo el tema de la corporalidad

E: Muchas gracias Vicky

Transcripción Darío Céspedes

Duración entrevista: 34 minutos
Investigadora: Javiera Letelier (J)
Entrevistado: Dr. Darío Céspedes (D)
Participación durante la conversación: Maritza (M)

J: ¿Cuál es su nombre?

D: Darío Céspedes Garreaud

J: Y usted es médico siquiatra

D: Si

J: ¿Y usted hace cuánto tiempo estudió medicina?

D: Yo soy médico siquiatra desde el año 1975, hace 43 años

J: ¿Y qué le llamó a usted la atención cuando estaba usted en la escuela de medicina para llegar a la siquiatría?

D: Esa es una pregunta muy compleja, porque si me hubiera preguntado hace diez años atrás le habría dicho algunas razones. Hace cinco años le habría dicho otras y ahora a lo mejor le diría otras, pero era el interés porque la siquiatría es un punto de encuentro entre lo social histórico, lo psicológico y lo biológico, entonces este punto de encuentro a mí me interesaba, la parte humanista y la parte de ciencia

J: Perfecto, o sea siempre tuvo el interés que fuese no solo la mirada biológica de la medicina y tiene este interés por lo social ¿dónde hizo su práctica de siquiatría?

D: Bueno, yo estudié medicina en un hospital en la Chile, en el José Joaquín Aguirre, medicina general. Después que uno se recibe, después de los siete años, entonces uno hace una formación para ser especialista de tres años para ser siquiatra. Ahora, antes de recibirme de médico, los últimos dos años de la escuela, yo estuve bastante ligado a la clínica siquiátrica de la Universidad de Chile. Después cuando ya me recibí de médico, empecé a trabajar de inmediato aquí en el hospital siquiátrico y también en la sede sur de la Universidad de Chile, en el Barros Luco, también en siquiatría. Entonces comencé la siquiatría inmediatamente de recibido como médico

J: ¿Cuál fue su primera impresión de cuando entró al hospital siquiátrico?

D: Bueno, hay que diferenciar una cosa. Primero, la parte clínica era interesante porque aquí había muchos pacientes, por lo tanto, había un campo clínico muy grande, pero la situación de ese momento del país era muy difícil en términos de la salud de la siquiatría, el año 75, era plena época de la dictadura empresarial militar. Entonces, cuando yo llegué aquí, había muy pocos siquiatras, porque hasta antes del 11 de septiembre del 73 había más de 70 siquiatras, al 11 de septiembre quedaron menos de 20, entre los que echaron, los que se fueron, los que tomaron presos y los que murieron. Hubo tres mártires que fueron asesinados en el palacio de La Moneda porque eran médicos de la presidencia,

como el doctor Klein, el doctor Ávila o el doctor Enrique París, que era el médico de acá. Entonces, cuando yo llegué aquí el año 75, era una situación muy crítica en el hospital, pero por razones políticas y sociales. De todas maneras, existía un campo clínico muy grande, porque había muchos pacientes, más de mil pacientes en el hospital. Entonces esos primeros años en el hospital, fueron bastante duros y complejos, esa fue mi primera impresión. En segundo lugar, las condiciones físicas no eran tan buenas, porque había mucha construcción antigua, que posteriormente, con el correr de los años, se fueron deteriorando o se derrumbaron con los terremotos. Queda hoy día muy poco de esa época. Lo que si quedan son los sectores de agudos y la dirección, porque esa se construyó alrededor del año 50, por ahí y era lo relativamente moderno, lo demás, era todavía patios de crónicos muy antiguos del siglo XIX y había un hacinamiento muy fuerte de pacientes

J: Perfecto y ahí cuando usted llega al 75 y estaba la situación política tremendamente compleja. Usted llega en un punto de inflexión, porque en Chile cambia el discurso de la siquiatria hacia una siquiatria comunitaria y con la dictadura ocurre como un quiebre

D: Exacto, hubo una siquiatria comunitaria. En el sur estaba el doctor Martín Cordero, estoy hablando antes del 73, entre el 70 y el 73. El hizo un intento de una siquiatria más comunitaria. Después en el Barros Luco, el doctor Marconi también abrió el camino a una siquiatria comunitaria y que con la situación compleja que había, era difícil realizarla, pero fue un intento de eso. De todos modos, antes de esto, en los años 50 y 60, ya había un pensamiento de siquiatria comunitaria con el doctor Luís Custodio Muñoz, que fue muy importante en la salud pública, pero todo eso se vio bastante interrumpido después del 73. Ahora, empezaron unos intentos de siquiatria comunitaria como te digo y repito, con Marconi en el parea sur y con Martín Cordero.

J: Y usted cuando entró acá el 75 ¿era difícil poder tener iniciativas que fuesen distintas a la idea dejar a los enfermos en el hospital o a los pacientes?

D: Exacto. Había servicios de agudos donde los pacientes se hospitalizaban y se iban de alta pronto, pero había muchos patios de crónicos, de pacientes que vivían en el hospital y que iban a seguir viviendo todo el tiempo, porque eran pacientes que se habían deteriorado por la falta de medicamentos antiguos, entonces era una cantidad de población, de pacientes crónicos muy grandes. Ahora, con el transcurso del tiempo y ya después de los años 80, eso empezó a cambiar, se fueron reduciendo cada vez más los pacientes crónicos, pudieron salir muchos, se crearon posteriormente los hogares protegidos, entonces fue reduciéndose cada vez más la cantidad de pacientes que vivían en el hospital, de un modo asilar. Hasta el día de hoy, aquí hay muy pocos. No son más de 35-40 o menos. Entonces, ha habido cambios desde los años 80 para adelante en eso y el hospital se ha ido modernizando siendo un hospital como cualquiera, en que hay un servicio de urgencia, hay sectores de agudos y los la mayoría de los pacientes tiene que irse de alta una vez tratados y seguir controlándolos de forma ambulatoria

J: ¿Y usted cómo ha visto, como ha ido evolucionando el espacio desde que llegó al hospital? porque usted comentó que había como 17 patios de crónicos

D: Si, y, por lo tanto, había eran como mil y tantos pacientes. Hoy día ya no hay eso. Además de eso, estaban los ocho sectores de agudos. Además, estaba el policlínico que atiende pacientes ambulatorios y el servicio de urgencia. El servicio de urgencia cuando yo llegué, tenía cuatro salas de 10 pacientes cada uno, o sea, 40 pacientes, 20 hombres y

20 mujeres, que se quedaba ahí muchos días porque no había cupo en los sectores de agudo, eso también ha cambiado, porque hoy en día el servicio de urgencia tiene 16 camas y el otro servicio que había, era el judicial, donde estaban pacientes que estaban cumpliendo indicaciones judiciales de estar en un hospital psiquiátrico porque eran pacientes que habían cometido delitos, pero en un estado mental, de enfermedad, por lo tanto había que tratarlos. Esos eran los servicios que había. Psiquiatría infantil estaba al otro lado de av. La Paz, pero no correspondía exactamente acá y de hecho hoy día no hay psiquiatría infantil en este hospital, este es un hospital de adultos

J: Y hoy día en el fondo se ha ido achicando el espacio, convirtiéndose más menos en un hospital con una función...

D: El espacio hoy día es menos. Hoy día el espacio del hospital psiquiátrico está en esta manzana, entre av. La Paz, Olivos, un poquito de Santos Dumont, casi nada. Antiguamente, además de eso estaba la mitad de la cuadra del frente, entre Olivos e Independencia, que era un tremendo pensionado. Y cruzando Santos Dumont, para allá, había varios patios de crónicos. Entonces era bastante grande el espacio, pero el hacinamiento era muy grande

J: ¿Y ahí estos pacientes crónicos tenían actividades durante el día?

D: Claro, había terapia ocupacional, pero también pasó que antes del 73 había muchos terapeutas ocupacionales y después quedaron muy poquitos, entonces si bien había terapia ocupacional, pero era insuficiente para la cantidad de pacientes que estaban

J: Y ahí en el fondo, si uno mira históricamente entre el 70, el 80 o hasta el 90, es como un periodo que es por temas políticos, hay poca cantidad de psiquiatras...

D: Fueron aumentando, porque cuando el año 80 cambió la dirección y entraron los doctores Mario Gomberoff y Guccio. Y ahí comenzó de haber una atracción de los psiquiatras de afuera por venir al hospital, porque se fomentó la docencia, la investigación, las reuniones clínicas. Entonces, hubo un momento en que vinieron muchos médicos, entonces se agilizó el tratamiento y sobre todo la parte docente, de formar psiquiatras y mejoraron las condiciones físicas también. Entonces, desde el 80 hasta ahora, han ido mejorando todas esas condiciones. Ya no es un asilo, sino que es un hospital

J: Y ahí me imagino que, en esta idea de asilo, se confundía entre a veces problemas sociales que no tienen que ver con la psiquiatría, todo en un mismo espacio

D: Claro, lo que pasa es que en la mayoría de los pacientes había una combinación entre problemas psiquiátricos y la situación social de ellos, de no tener adonde irse, porque las familias no podían acogerlo, no había una buena red de atención ambulatoria al principio, estoy hablando de los años 70, entonces se eternizaban acá por problemas sociales, no había donde llevarse los, pero eran pacientes

J: Perfecto. ¿Cuál es la percepción que usted ve del resto de la medicina sobre la psiquiatría? en general

D: Bueno, ese es un largo problema, porque desde mucho tiempo, desde siglos antes, la psiquiatría no era exactamente una parte de la medicina, eran los locos y eran los

vagabundos o los deteriorados o gente que no podía adaptarse o ingresar a la vida social o de trabajo o familiar. Y esa es la época del asilo, los manicomios antiguos. En todo el mundo eran asilos. Y el resto de la medicina miraba como en menos a la psiquiatría y también la parte económica. Era más lo que se invertía en las enfermedades propiamente de medicina física que en la psiquiatría, éramos parientes pobres, y eso hasta no hace mucho tiempo. Ahora, cuando se integra la psiquiatría a un problema de salud mental general, entonces sí ya hay planes y financiamiento cada día un poco mejor para esta área. Ahora, la psiquiatría del siglo XVII, XVIII no exactamente médica, era moralista o era de entidades religiosas que acogían a los locos, pero fue en la psiquiatría francesa, después de la Revolución Francesa, con el pensamiento de la Ilustración, en que sobre todo Pinel en Francia, le da a la psiquiatría un contenido propiamente médico y eso va prolongándose y aumentándose hasta el día de hoy. Y hoy día está muy metida con la cosa de la medicina en general.

J: ¿Cuál es la percepción que tienen otras especialidades con respecto a los pacientes psiquiátricos o a los usuarios psiquiátricos?

D: Bueno, hoy en día en general, los médicos de las diferentes especialidades valoran el tratamiento psiquiátrico y derivan a los servicios de psiquiatría a los pacientes que requieren tratamiento para eso. O sea, ya no estamos mirados como "una cosa que no sirve para nada". Todo lo contrario. Incluso, los médicos internistas valoran el cambio fundamental que ha habido en los tratamientos, hoy día, farmacológicos. La psiquiatría ha sido una verdadera revolución, una revolución, diría yo, que tiene unos 25-30 años, no tiene más

J: En el fondo la medicación propiamente tal en los últimos treinta años ha tenido un...

D: Sí, ha habido una verdadera revolución en la psiquiatría desde que se descubrió medicamentos como la clorpromazina, que fue el primer medicamento propiamente antipsicótico, porque antes les daban otras cosas a los pacientes. Les daban opio o les daban morfina o cosas, así como tranquilizantes, pero los medicamentos propiamente psicóticos comienzan en los años 50 con la clorpromazina. Cuando yo llegué a este hospital el año 75, solamente había tres medicamentos antipsicóticos. Era la clorpromazina, el meridil y después llegó el haldol. Llegó como dos años después de que yo había llegado aquí, recién, eran tres. Hoy día hay por lo menos unos 25 medicamentos antipsicóticos. Y ansiolíticos, los tranquilizantes. Claro, cuando yo llegué existía el meprobamato, que era más o menos no más, servía más como tranquilizante y el diazepam. Pero hoy en día tenemos como 30 tipos de ansiolíticos. Estabilizadores del ánimo no se usaban. El litio recién empezó a usarse por allá por los años 40, 50. Pero hoy día hay por lo menos unos 10 estabilizadores del ánimo. Y esto es de la segunda mitad del siglo XX, del año 1950 para adelante. Entonces, eso ha sido claramente una revolución

J: Claro, porque cuando uno ve la historia del Peral, está esta idea de que, manteniendo a la gente ocupada, trabajando...

D: Claro, existían antes muchos tratamientos. Uno era la hidroterapia, que era sumergir a los pacientes en agua. Otros eran los abscesos de fijación, que le ponían en el glúteo unas inyecciones que producían un absceso, pero frío, no infeccioso y que por el dolor que producía, hacía que el paciente se mantuviera más o menos tranquilos. Y aparte estaban las celdas, las camisas de fuerza, las cadenas y todas esas cosas que eran para contener

J: ¿Y hoy día, por ejemplo, el uso de contención?

D: Se usa la contención física, pero en casos muy especiales y una contención que tiene un protocolo bien claro de no lesionar al paciente y que además se usa muy poquito tiempo, porque si hay un paciente que está tremendamente agitado, que hay que contener físicamente, se contiene mientras le haga efecto el medicamento y los medicamentos endovenosos son bien rápidos. No pasa de ser un rato esta contención física, y para casos muy especiales, no es muy común.

J: Cuando entrevisté al Dr. Cordero, él me comentaba que una de sus impresiones cuando él llegó acá, era esta idea de que había muchos pacientes que no tenían... como había muchos crónicos y que quedaban ahí y nadie los cuidaba, no había una preocupación de las familias y tampoco nunca había personal suficiente ¿cómo ha visto usted la evolución de los familiares con respecto a los pacientes? si es que hay más acercamiento de las familias en relación a los pacientes

D: Si, ha habido más acercamiento, pero no el que uno espera plenamente, sobre todo por las condiciones económicas de las familias de los pacientes. Aquí llegan pacientes que en general son de clases sociales bajas, de muy pocos ingresos, entonces tienen muchas dificultades las familias para recibir un paciente así, pero es cierto que ha habido más interés, ha ido de poco a poco integrándose a los sistemas

J: ¿Y cómo ha visto la evolución de las construcciones? porque se han ido construyendo cosas nuevas, qué cuestiones ha visto usted que van cambiando...

D: De lo que queda todavía de los pacientes crónicos, todavía quedan unas construcciones un poco antiguas, antiguas digo yo, deben ser del año 50-60. Ahora, los servicios de agudo, que se construyeron en los años 50, estos son otros servicios y la dirección, si bien esa construcción ya tiene hartos años, pero es de buena construcción y se han ido arreglando, pintando, mejorando algunas cosas, entonces yo diría que los sectores de agudos han mejorado bastante en eso. El servicio de urgencia, de cuando yo llegué era muy antiguo y muy inhóspito, también. El año 90 se hizo de nuevo, se arregló bastante el servicio de urgencia, entonces hoy día es un servicio de urgencia relativamente moderno. Ah, y la parte administrativa del hospital también se arregló, se mejoró, está bastante pasable la dirección, la subdirección o la parte administrativa del segundo piso, donde se hacen varias reuniones, eso está relativamente nueva.

M: Lo que pasa es que este edificio es del año 59, lo que ha cambiado es la distribución, pero no se ha cambiado la estructura

D: La estructura es grande, pero si han arreglado, las pinturas, pisos...

M: Han desaparecido servicios completos, por ejemplo, neurocirugía ocupaba todo el segundo piso, salió como servicio del hospital y ahí ahora se sacaron algunas oficinas del CAE, la atención abierta, dejaron toda el área de sicoterapia arriba, quedó más espacio. Por ejemplo, había un hospital diurno, lo sacaron fuera del hospital, funciona en otra parte. También el médico personal, dentista, también salió

D: Pero eso es muy anterior, los servicios que había de ginecología, de radiología, de

anatomía patológica, esos son de los años 30. Ya no existían cuando yo llegué

J: ¿Y este hospital a qué servicio de salud corresponde?

D: Al servicio de salud Metropolitano Norte. En este hospital se derivan pacientes de la zona norte y central de la RM. Pero también tenemos conexión con el área oriente, con el hospital Salvador, porque si bien tienen servicio de psiquiatría ambulatorio, pero tienen hospitalización de pocas camas, solo para mujeres, entonces cuando un paciente grave sicótico necesita hospitalización, lo mandan acá

J: Y ahí cómo opera la relación de este hospital con los COSAM. ¿Desde cuándo funcionan los COSAM?

D: Los COSAM funcionan desde los años 90. Ahora los COSAM del hospital psiquiátrico son solo del área norte. Además, están los hogares protegidos.

J: En Chile no existe ley de salud mental ¿por qué cree que no existe?

D: No, si existe la salud mental en Chile

J: Pero una legislación más específica

D: Pero claro y además en el Ministerio de Salud, ahí hay personas que fundamentalmente trabajan en salud mental, en la psiquiatría social, de la comunidad, por supuesto que sí. Y ha habido importancia para eso en el área sur, en el área occidente y también en el área central, en Santiago Centro y nosotros como hospital psiquiátrico también tenemos vinculación con salud mental, de hecho, la Dirección de salud mental, está aquí en este hospital. O sea, aquí hay una cosa que tiene que ver con varias vertientes en la psiquiatría, en la cual todos estamos de acuerdo. El que haya una psiquiatría de hospital, de pacientes hospitalizados, que hayan los COSAM, de atención en la comunidad y por lo tanto, estamos de acuerdo en que haya una política de salud mental abierta, pero también defendemos que haya hospitalización en servicios especializados que no solamente sean los de los hospitales generales, porque está la idea salubrista, el que todos los hospitales grandes tengan un servicio de psiquiatría con cama, pero por razones económicas ha sido difícil implementarlo. Yo pienso que por lo menos algún tipo de patología psiquiátrica no debe estar en un hospital general, que debería estar en un servicio muy especializado, en psiquiatría. Pero para casos especiales, graves. Entonces todo es adecuado, porque hay muchos salubristas o de gente de salud mental que son enemigos de los hospitales psiquiátricos

J: De lo que he leído yo, es como que ahora la idea es que toda la parte de psiquiatría este integrada a los hospitales

D: Claro, existe esa idea, que no es mala. Sería bueno que todos los hospitales tuvieran psiquiatría y camas en psiquiatría, pero hay casos que requieren otro ambiente, no exactamente el del hospital general, porque hay muchas cosas que se hace con los pacientes graves que están hospitalizados en un hospital psiquiátrico, que son actividades muy diferentes

J: O sea, me imagino que todas las actividades que tienen que ver con los hospitales de

día y eso

D: Aunque eso del hospital de día puede perfectamente funcionar en hospitales generales, eso sí. Y los cuadros neuróticos de ansiedades, pero cuadros sicóticos muy graves como los estupores catatónicos, por ejemplo, requieren diría yo un ambiente especial. O sea, yo estoy de acuerdo con ambas cosas.

J: Eso, no sé si tiene algo más que contarme. Usted ha trabajado toda su formación en este hospital. ¿Y ha trabajado en otros hospitales psiquiátricos?

D: No en otros hospitales, pero yo antes de comenzar la beca de psiquiatría, estuve de residente en la clínica psiquiátrica universitaria, que está aquí en av. La Paz y estuve en el servicio de psiquiatría del área sur, del Barros Luco. Pero ahí no era hospital psiquiátrico, era el general que tenía un servicio de psiquiatría, sin hospitalización en ese tiempo. Después, en el servicio de urgencia del Barros Luco, se crearon algunas camas psiquiátricas y ellos tenían para derivar a pacientes a hospital psiquiátrico El Peral. Entonces conozco yo la Clínica Psiquiátrica Universitaria, el servicio de psiquiatría del Barros Luco y el Hospital Psiquiátrico

J: Y las formas de operación son similares

D: En términos de tratamiento, si

J: Y en política, por ejemplo, de funcionamiento, más que del tratamiento

D: Yo diría que en la dirección sur se ha incrementado más la salud mental. Han tratado de ir disminuyendo cada vez más las hospitalizaciones en El Peral, pero de todas maneras tiene. Y aquí en el psiquiátrico hemos tratado de ir sacando a los pacientes del hospital, no tenerlos viviendo aquí todo el tiempo. De todas maneras, todavía nos quedan unos pacientes, pero son poquitos, pero por condiciones familiares o por un deterioro muy grave, un defecto fuerte de esquizofrenia en que la persona no puede estar afuera no más, es muy difícil. La mayoría pueden irse a hogares protegidos, pero hay unos pocos que en realidad es muy difícil. Son pacientes antiguos ya, con deterioro importante, porque cuando se enfermaron no había medicamentos que pudieran recuperarlo, entonces se deterioraron. Ahora, cada día son menos, son poquísimos

J: Eso principalmente. Agradecerle.

D: Como arqueóloga te interesaría conocer el Teatro Grez. Segundo, otra cosa interesante puede ser que veas tú, hay muebles muy antiguos aquí, de la época de cuando comenzó este hospital, que lo tienen ahí en la dirección. Hay unos sillones que parecen de jueces de la Corte Suprema y unos escritorios muy antiguos también. Hay ciertos muebles de fines del siglo XIX, comienzos del XX y están las actas de la fundación del hospital, está el original en la dirección y las fotos antiguas que puede que tú las hayas visto.

Transcripción Maritza Loyola

Duración de la entrevista: 1 hora 2 minutos

Entrevistadora: Javiera Letelier (E)

Entrevistada: Maritza Loyola Toledo, Terapeuta Ocupacional (M)

E: Entonces, la idea... yo voy a trabajar con los espacios antiguos, pero también para poder ver la evolución actual del espacio, es importante entrevistar a la gente que trabaja acá o que ha utilizado este espacio cotidianamente. Lo primero que te voy a preguntar es tu nombre completo y la función que cumples acá.

M: Maritza Loyola Toledo. Bueno, soy terapeuta ocupacional y me he desempeñado acá desde el 82.

E: ¿Cuál fue tu primera impresión cuando llegaste a este espacio? o lo conocías antes del 82

M: Si, hice práctica antes acá, una práctica de tres meses. Cuando llegué a hacer práctica, la verdad es que vi un lugar muy lúgubre, frío, oscuro y pensé que no era un lugar para trabajar. Y las vueltas de la vida me trajo para acá nuevamente. En ese minuto, el subdirector de aquella época, le interesó mucho que yo trabajara en larga estadía o en los departamentos de crónicos en ese tiempo, era así como se nombraba y tenían número. Entonces, empecé a trabajar en ese tiempo, ya había como menos pacientes, pero si había muchos departamentos de lo que ahora es larga estadía de crónicos, con muchos pacientes habitando en esos departamentos. Al que me mandaron funcionaba al frente, por Olivos, donde está la facultad y la entrada era por Olivos

E: Por donde hoy día está odontología

M: Exacto. Ahí funcionaba el departamento nueve de varones, que era una construcción antigua con un patio central, que posteriormente se hicieron las construcciones nuevas, que estaban acá donde ahora funciona la (no se entiende [00:03:51-9](#)). Cuando se trasladaron a los pacientes a estas dependencias nuevas, lo primero que hicieron fue quebrar todos los vidrios. De una estructura antigua, se pasó a una nueva, que fue muy brusco el cambio

E: ¿Y quebraron los vidrios de la nueva?

M: De la nueva, los mismos usuarios. Se formó un proyecto en aquel tiempo, que funcionaba con lo que antes era una línea técnica que se usaba antes, sobre todo en larga estadía, que era con economía de fichas, donde era la recompensa por una conducta deseada. Y ese proyecto lo hizo un equipo para hacerlo en el departamento once, pero la dirección de aquel entonces, propuso que se hiciera en el departamento de larga estadía de varones que se había trasladado acá y eso se traspasó al equipo nuestro. Las experiencias anteriores de equipos profesionales en departamentos de larga estadía, el equipo que más había durado, había sido tres meses, porque era una realidad bastante impactante, tantos usuarios, tanta gente que vivía en condiciones, yo diría de hacinamiento un poco ¿no?

E: En una pieza ¿cuántas camas había?

M: En una pieza puede haber ocho camas. En los anteriores no lo tengo claro, eran más tipo barraca, eran como unas piezas enormes donde había muchas camas y donde las piezas terminaban en un baño

E: ¿Y en qué año fue ese cambio?

M: Eso debe haber sido como el 83, algo así, más o menos. Bueno, y ahí, como te decía, la experiencia decía que había como permanecido lo que estaba registrado, eran tres meses, luego los equipos no resistían esa realidad y fue bastante difícil, porque además se construyó una planta nueva como en el 84. Porque para allá había muchas construcciones de departamentos de larga estadía, esa plaza donde está el teatro, había departamentos de larga estadía, no estaba esa plaza. Se construyó este departamento nuevo y se construyó sobre lo que había sido edificaciones antiguas, por lo tanto, cuando llegó el invierno, los patios se anegaron, porque el agua no drenaba. Por lo tanto, tu entrabas y con ciento cincuenta pacientes adentro y muchos de ellos en pleno invierno cuando llovía en los patios con los pies en el agua. Era como difícil, era una realidad tremenda, o sea, era bastante complejo todo. Había que ser fuerte y mucho trabajo en equipo para enfrentar una realidad que era bastante primitiva, diría yo. Eso es los inicios

E: Voy a hacer una pregunta como bien puntual, que tiene que ver con algo que me ha dicho harta gente en las entrevistas, que aparece, que tiene que ver con el vestuario ¿qué tipo de ropa utilizaban? porque una de las cosas que me aparecieron en las entrevistas, por ejemplo, es que la gente regalaba ropa y usaban ropas que les quedaba mal o por ejemplo, ya más después compraban puros jeans iguales y no era ni uno de...

M: Mira, yo conversaba mucho con las auxiliares que eran más antiguas. Entonces, hubo una época en que los vestían de milicos, que los regimientos donaban la ropa que daban de baja y se vestían así. También me contaban que los colchones para aquellos que llamaban en ese tiempo *gatosos*, que eran los que no controlaban esfínteres, los colchones eran de paja. Eso yo menos mal que no lo vi. Pero sí, hubo un tiempo en que se hacían compras de ropa para los que vivían acá, los crónicos y esa ropa no duraba nada, porque o los mismos pacientes salían y la vendían o había fuga de ropa, se sospechaba de funcionarios. A mí me consta de algunos pacientes. Incluso, sorprendí. Entonces, una de las alternativas de solución que se vio para ese fin, fue marcarla. Entonces le ponían "departamento 9", entonces un jean que en una pierna decía "departamento 9", era horrible

E: Y cuando tu llegaste ¿cómo se distribuía este espacio? porque estos de concreto ya estaban

M: Este estaba y esto eran departamentos de larga estadía, tanto segundo y primer piso. En el segundo mujeres, en el primero varones

E: Y, por ejemplo, los del frente. Los del frente cuando se trasladaron en el 83 ¿se dejó de utilizar?

M: Ahí se hicieron las construcciones nuevas. Tengo entendido que esos espacios, el Servicio Metropolitano Norte dispuso de ellos, no el hospital

E: Y de la parte que se cayó para el 85

M: Que era toda la parte de la plaza y la parte del departamento 11, que está acá, que era muy grande y que después del 9 se construyó el 11, se hizo el mismo tipo de construcción

E: Y esos eran construcciones como patio central... ¿cómo eran las antiguas?

M: Eran construcciones con piso de tabla me acuerdo, lo que yo alcancé a ver, con patios centrales. Donde de un departamento caminabas para pasar al otro que estaba al fondo. Primero uno de varones, atravesabas ese y después estaba otra reja y había un departamento de damas, enorme

E: Y era esta misma lógica de estas como salas enormes con baños atrás...

M: Si

E: Y en qué minuto piensas tú que hay como un cambio con respecto al trato de los usuarios, pacientes, porque tú dices que desde los ochenta hasta ahora ha cambiado un montón ¿cuáles son los hitos que piensas que son como los que marcaron estos cambios? o a lo mejor no hay hitos

M: Yo creo que es una evolución, un continuo. Se formó la comisión de... no me acuerdo como se llamaba, pero la sigla era POLER, que era un equipo que tomábamos todos los temas de los departamentos de crónicos, desde definir como las políticas a seguir. Ese equipo en el que yo participaba, trabajábamos muchísimo antes de la ley de derechos y deberes, por la dignidad de las personas, por externalizar también a través de los, empieza a surgir esta figura de los hogares protegidos, un trabajo de hormiga de ver y de ubicar a familiares y ver quienes podían ser dados de alta con los familiares y quienes a vivir en dispositivos de hogares protegidos. Desde ahí empieza un trabajo arduo, pero antes que eso, uno de los temas que nosotros empezamos a trabajar, era el tema de las pensiones de los pacientes, porque pasaba mucho cuando recién empezamos a trabajar en los departamentos de larga estadía, que, si había familiares, los familiares venían a cobrar la pensión. El hospital retiraba las pensiones y venían familiares que juntaban dos, tres meses, que podían venir fuera de Santiago, se llevaban la plata y con suerte le llevaban un par de cajetillas de cigarrillos a sus familiares, con suerte, y eso se daba mucho. Entonces, se empezó a implementar, bueno, una de las primeras cosas fue parar eso, que las platas debían ser para ellos, pero había personas con tantos años internados, que apenas conocían el dinero. Por lo tanto, empezamos a trabajar con ellos un programa de recreación y manejo de dinero y empezamos a sacarlos. Empezamos por un paseo a la piscina, a ir a comer en ese tiempo al Burger, para rematar plata y que ellos aprovecharan y empezaran a conocer el medio externo. Para mí fue sorprendente que no sabían atravesar las calles, porque les daba mucho miedo y corrían, porque no estaban familiarizados con los temas. Trabajar hábitos también

E: Claro, si estaban todo el día acá...

M: También me sorprendió una vez que fuimos a un Burger, que la mitad de la pared eran espejos y uno de ellos se paró y se empezó a mirar como reconociéndose, como tocándose la cara si era él. Porque acá los espejos eran como una especie de latones que desfiguraban la imagen para que ellos se afeitaran, porque tenían mucho temor que los quebraran y se

hicieran daño. Ahora, eso también, aparte del trabajo que nosotros empezamos a hacer, empieza a cambiar mucho con la entrada de la clozapina, que en esos primeros tiempos se empezó a usar en larga estadía con algunos resultados sorprendentes

E: ¿Y eso como en qué época?

M: También tiene que ver con la farmacología. Eso debe haber sido más cerca de los noventa

E: Y, por ejemplo, pensando como en el contexto político del país en periodo de dictadura y posterior ¿ha habido también cambios?

M: Por supuesto. Si, yo creo que los recursos eran bastante precarios, tanto para los pacientes como para nosotros. Los grados eran más malos, los sueldos más bajos

E: Y ustedes como trabajadores de acá ¿tenían acceso a cosas básicas como papel higiénico?

M: Era todo muy acotado

E: Entonces había que traer cosas de la casa...

M: Si, por supuesto, hay un gran cambio

E: Y ahí tiene que ver como con la implementación de estos planes de salud mental, han sido más bien como una... porque sigue siendo muy deficiente

M: A propósito de lo que me decías, me acordé de que estas primeras salidas que nosotros hacíamos con nuestros chiquillos, usábamos un camión (se ríe) el camión del hospital que se usaba para todo. Entonces, tirábamos frazadas y nos sentábamos y en la parte de atrás con los chiquillos ahí, era divertido

E: Y ahí, por ejemplo, estos planes de salud mental han sido más bien consecuencia de... obviamente han generado cambios, pero...

M: Para larga estadía, uno de los cambios bastante importante fue la creación de dispositivos de hogares protegidos

E: ¿Y cómo ha sido la experiencia?

M: Es una excelente medida, o sea, ha sido una buena medida que ha descansado encuentro yo, todos estos años, muchos años, solo en el Ministerio de Salud y yo creo que debería haber otros ministerios que se repartieran la plata, porque es un tema caro, pero le devuelve la dignidad a las personas y la calidad de vida, porque las instituciones no son para vivir. Un hospital es para ir por un tiempo, recobrar salud y volver a la comunidad. Entonces, vivir en una institución es agregar más enfermedades

E: ¿Y ahí el tipo de paciente ha ido cambiando? Pensando en que quizás antes había más crónicos y hoy día hay menos crónicos

M: Bueno, es que eso igual tiene que ver con las políticas de salud mental. Antes existían los manicomios o las casas de orates, donde las personas se desahían de su paciente y se declaraba crónico de oficio, esa era la nomenclatura. Yo me acuerdo haber visto fichas donde existía eso "se declara paciente esquizofrénico crónico de oficio" y eso significaba que quedaba recluido en la institución

E: Claro, sin ninguna posibilidad de salir. Y cuando tu comenzaste a trabajar los crónicos no tenían acceso a poder salir solos, hoy día también...

M: No

E: Bueno, igual si son crónicos, bueno, como uno no es del área, pero ¿hoy día hay más posibilidades de que salgan?

M: Es que hay una cosa, la patología psiquiátrica es crónica, como la diabetes, pero si tú la mantienes tratada, con controles al día, no hay mayor problema. Quizás antes los tratamientos eran más precarios y entonces era necesario que existieran estos espacios para estas personas para que no dañaran a terceros ni a sí mismos, pero igual se dañaba, institucionalizaba. En cambio, ahora todos los esfuerzos están para que una persona pueda vivir en la comunidad como vive cualquier otro

E: Me han contado que este edificio era de crónicos y cambio el 96, por ahí ¿qué otros espacios has visto tú que han cambiado y que sea importante? porque en el fondo uno ve la cáscara de este edificio, es la misma, pero si uno ve el interior, el uso del espacio es nada que ver, hoy día hay talleres...

M: Mira, en general el hospital ha asistido varios cambios. Si bien es cierto, la infraestructura más o menos sigue siendo la misma, a excepción de los departamentos que echó abajo el terremoto, porque eso fue. Pero se han remodelado, se han adecuado más, al fin, todavía falta mucho, pero ahí donde está movilización ahora, en ese espacio donde tu pasas hacia urgencia, estaba la capilla del hospital

E: Que se cayó para el terremoto

M: O sea, no se cayó, pero quedó en malas condiciones y ahí fue que se llevaron un fresco de Lira a la iglesia castrense. Probablemente con lucas eso se habría podido restaurar y era parte del patrimonio, como lo es el teatro Grez. El teatro Grez por muchos años se ocupó como bodega

E: Cuando tu llegaste acá el teatro se usaba como bodega

M: Si, lo conocí después

E: Y nadie sabía que había un teatro o se sabía

M: Si, se sabía que era el teatro, pero ahí tú lo veías por fuera

E: ¿Y cuándo deja de ser bodega?

M: Yo creo que fue bajo la dirección del doctor Montlass, me da la impresión que ahí fue,

pero no lo tengo tan claro

E: En esta historia, en esta evolución ¿cómo has visto tú que se ha ido modificando el trato hacia los usuarios? incluso de parte de los mismos trabajadores hacia los usuarios, porque una de las cosas que uno ve como en el discurso de todos los planes de salud mental, de todas las leyes de salud mental y como de los 60 en adelante, como que hay que mejorar el trato hacia los usuarios de los espacios de salud mental y cómo has visto tú, a lo mejor con algunos ejemplos, como eso ha ido cambiando

M: Yo encuentro que es una pregunta compleja y difícil. Siento yo que... a ver, desde la mirada de rehabilitación nosotros hemos hecho hartos esfuerzos. De hecho, yo creo que en este espacio el trato es mejor y todavía nos falta. Yo siento que de repente se nos olvida que son sujetos de derecho, que las opiniones que tienen son importantes y eso hay que estar haciendo el ejercicio permanentemente. Pero todavía veo que hay personas que trabajan acá y que hace poco, no sé, el año pasado tal vez, el año ante pasado, yo que estoy a cargo de hogares protegidos, nosotros hacemos dos compras de ropa, una de invierno y otra de verano. Entonces, en esta compra de ropa que vamos a tiendas... en los últimos años, por seguridad, los llevo mejor a los malls, pero recorreremos las tiendas típicas. Entonces, una de las auxiliares que va iba a hacer turno, me enteré, dijo que cómo era posible que le compráramos ropa tan buena a los pacientes y qué iba a comprar ella. Y yo lo encuentro terrible, terrible, hoy, donde hay política, donde lo repiten, donde hay cursos de trato, en fin, hoy. Por eso te decía que es complejo. O sea, si yo creo que todos y cada uno de los que trabajamos acá, tendríamos que tener conciencia que estoy frente a otra persona que merece todo mi respeto y que tengo que escucharlo y que tengo que saber que si dice alguna barbaridad va a ser producto de la patología y no por eso dejar de respetarlo. Y yo veo que de repente hay mofas por el delirio de otro, creo que no es fantástico.

E: Y en ese caso, el uso de la fuerza, de la contención, que es algo que se usa en psiquiatría...

M: Ah, no, porque si vamos al uso del...

E: O sea, porque yo creo que la violencia psicológica es la peor, pero como sumado a eso ¿ha habido cambios en el uso de la fuerza?

M: Por supuesto, está protocolarizado todo, lo que antes no estaba

E: Y eso cuando cambia, por ejemplo, cuando se empieza a protocolarizar, aunque uno sabe que hay gente que no lo respeta

M: Yo creo que empieza a generarse un cambio desde el 2000 para adelante, en términos de protocolarizar todo y que las cosas no sean al azar y que, porque a ti se te ocurrió que alguien requiere contención, le pongas, sino que tiene que ser con un médico, tiene que estar supervisado cada cierto tiempo, no se puede dejar sola a la persona. O sea, todo normado

E: Y ahí, por ejemplo, una de las cosas que uno ve como en la construcción...

M: Perdón, pero en el tiempo de los departamentos de crónicos, antes que nosotros

empezáramos a hacernos cargo, hay un cambio gigante. Como equipos de profesionales de hacernos cargo, eso estaba en manos de auxiliares. Por lo tanto, no se discernía tratamiento de castigo y se usaba lo que describe la literatura antes, el baño y ahogados, el coma insulínico y el electro como castigo, porque no se discernía. Estaba descompensado, pum. Por ejemplo, si un paciente no hacía tal o cual cosa, está mal y si se enojaba por algo, está mal. Claro, eso ya cambió muchísimo. Ahora no, todo tiene que ser de acuerdo a la evaluación del equipo, del médico

E: Y ahí entonces, ha habido en toda esta historia un enriquecimiento de los equipos que trabajan. ¿Quiénes son los auxiliares?

M: Lo que pasa es que antes había mucho auxiliar de servicio, ahora los equipos tienen que tener TENS y auxiliares de servicios que se preocupan del aseo prácticamente. Pero antes, como te digo, los departamentos de larga estadía, como nadie quería estar, era tierra de auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio y un médico que de repente era de llamada por si requería alguna paciente que lo viera

E: Y ahí tú me comentaste que implementaron un sistema de fichas ¿cómo era ese sistema cuando tu llegaste?

M: La economía de fichas era un programa donde la persona, por ejemplo, trabajar como habito, desde hacer su cama, tenía tal puntaje, si hacía algunas labores como de apoyo en los aseos, tenía otro puntaje y si había un huerto y se preocupaba del huerto, tenía un puntaje. La idea era que las personas empezaran a adquirir roles y funciones dentro del departamento. Y con esos puntajes, una vez a la semana, se abría lo que se llamaba "la tienda" y ellos podían canjearlos por productos

E: ¿Y qué tipo de productos tenían?

M: De todo, desde cosas para comer, el té, el preciado azúcar, el café, juguitos, en fin, botones...

E: ¿Y cuáles son los productos más usados en general a lo largo de ese minuto y hoy en día?

M: Los cigarrillos, era el más apetecido. Nosotros sufrimos el boicot del personal auxiliar, porque, por ejemplo, también "oye, anda a comprarme el diario y yo te pongo unos puntos" o simplemente pongo que todos cumplen, pero yo no me doy el trabajo de ir y ver si realmente hicieron su cama, si realmente limpiaron su espacio

E: Y hoy día, por ejemplo, los TENS y eso, tienen formación, tienen cursos. En esa época me imagino que no tenían nada

M: No, si el auxiliar de enfermería tenía formación. Pero en psiquiatría se formaban en servicio no más. Yo creo que me tocó mucho aclarar muchos conceptos que ellos tenían erróneos. A mí me encantaba llegar, sentarme con ellos, conversar. Un poco porque me contaban historias y otro poco porque me servía para aclararles conceptos. Por ejemplo, los pacientes más enfermos se portan mejor que los que están en mejores condiciones de salud y portarse mejor era un paciente autista que no hacía nada, porque el que estaba mejor, te da más trabajo, te demanda más, te pide más cosas. Entonces, era como esa

confusión. Pero bueno, ahora hay cursos durante el año. Generalmente son temas atingentes a nuestro que hacer, por lo tanto, todo el mundo tiene que ir a cursos, tiene que capacitarse

E: Y ahí, por ejemplo, una de las cosas que también uno ve como en la... he hecho como un trabajo de archivo y uno ve cómo funciona la lógica dentro de los trabajadores de los espacios de salud mental, que yo creo que tiene que ver cómo funciona en Chile, que hay como una jerarquía muy alta del médico con respecto a los otros trabajadores ¿eso se vive acá? porque uno lo ve en otros espacios de salud mental, en donde hay una relación más igualitaria entre todos los trabajadores ¿esa relación ha ido cambiando? hoy día es más simétrica...

M: Si bien es cierto, el peso de un médico es distinto a los otros profesionales, pero yo siento que en el hospital no es tan marcado como en otros hospitales de otras áreas. Creo que se integra mejor

E: Y esa relación ha ido cambiando igual a través del tiempo, o sea cuando tu llegaste en el 82, la relación entre los trabajadores ¿cómo era? o entre los trabajadores en general

M: No sé si tuve suerte, trabajé con equipos bastante integrados, con siquiátras bien democráticos. Cuando jubiló el jefe que teníamos antes que Cristian, muchos me preguntaron si yo me iba a hacer cargo del CR o creían que podía hacerlo y yo siempre dije que no, que van a poner un médico y es mejor, porque tienen mucho más peso, lo que dice un médico y lo que dice un profesional no médico, en términos de la gestión del CR, pesa más, eso sí, pero en la relación diaria, en el trabajo en equipo... en lo estructural sí

E: Y, por ejemplo, en temas de relaciones de género ¿hay alguna distinción? entre los mismos trabajadores o en los pacientes en temas de género

M: Yo no lo sentí, no, de hecho, fíjate, es más, no sé si es por mi manera de ser o qué, pero yo como que este peso que llevamos las mujeres como de tanta violencia hacia nosotras, no tengo clara, no sé, el último tiempo, pero yo no la había sentido

E: Tú partiste trabajando en un patio de hombres...

M: Espera, claro, primero fue en un sector de agudo. Después, como tenía este interés, me pasa al departamento 9. Después nuevamente volví a unidad de agudo

E: Y agudo son...

M: Atención cerrada, pero de corta estadía. Corta estadía son las personas que se hospitalizan y están dos meses, tres, se recuperan y vuelven a sus casas

E: Perfecto y entonces pasaste por corta estadía ¿y hoy día estás en?

M: No, después me dieron media jornada para hacerme cargo de lo que entonces era talleres centrales, que era espacio de terapia ocupacional y yo quedé como jefa del taller central. Posterior a eso, se crea la unidad de rehabilitación y yo llego como una terapeuta más a la unidad de rehabilitación, haciéndome cargo de un taller. Y como soy inquieta y

empecé a ver que había que darle cuerpo a esto y administrarlo y gestionarlo y, en fin, la doctora que era la jefa en ese minuto, me pide que me haga cargo de toda la gestión administrativa de la unidad. Me hago cargo y posterior ella se va, ella vuelve a Canadá, queda el doctor Cid, que me pide que quede como jefa de la unidad, hasta el día de hoy

E: Y ahí hay algún cambio, por ejemplo, que tu percibas en la libertad del uso del espacio o de esto, por ejemplo, en el periodo de la dictadura a ahora, pensando que en esa época había menos recursos y todo, pero además como por una cosa como de censura o no necesariamente censura intencional, pero...

M: Yo creo que en los tiempos que yo entré a trabajar, era peligroso hablar, entonces yo no sabía, no me enteré. Después, posteriormente conversando con algunas personas funcionarias que eran antiguas, habían llegado muy chicas a trabajar, incluso de quince años, me contaron, me hicieron relato de lo que pasó para la dictadura. Por lo tanto, yo lo puedo percibir por los recursos más que por las libertades, yo creo que la gente no... de hecho una de las cosas donde yo vi un cambio importante, es en la alimentación de los chicos

E: Ah, eso es bien interesante. Y en la alimentación, hoy día, por ejemplo, como se asegura la alimentación... al principio ¿cómo era la alimentación? tenían una ración diaria...

M: No, o sea, era el desayuno, almuerzo, onces y cena, pero la calidad de la alimentación es la que ha mejorado. O sea, mejoró hace mucho tiempo atrás ya y ese es un cambio importante. Yo de repente miro lo que les llega a los chicos acá y me doy cuenta, yo creo que es mejor que la del casino como funciona (se ríe)

E: Y ahí, viendo una cosa como de los objetos, porque en el fondo una de las cosas que yo voy a hacer, es que voy a hacer unos pequeños sondeos, yo estoy trabajando con entrevistas, voy a trabajar de muestra con dos espacios importantes, uno es este, que es importante porque cambió de un espacio de crónicas a un espacio con talleres, etc. y el otro es la parte más antigua. Y de la parte más antigua, estoy recogiendo en el fondo también los relatos que hablan de lo más antiguo, pero como hasta hoy día lo más antiguo, pero vamos a hacer unas pequeñas excavaciones, entonces una de las cosas con las que más trabajamos los arqueólogos es con la basura, porque la basura es lo que más da información de la gente. Entonces, de los objetos que tú dices, por ejemplo, cuando hicieron esta economía de fichas, aparte de los cigarrillos ¿qué otras cosas eran y hoy día siguen siendo muy relevantes? algo como que a la gente le de uso

M: El té. Tener la posibilidad de tomarse un tecito y sigue siendo. De hecho, en los talleres se maneja o cafecito o té y ahí en medio de la mañana todos piden "¿y el tecito?" es importante

E: Y de las cosas, por ejemplo, de aseo ¿qué cosas son importantes?

M: El jabón, siempre

E: Hoy día ha cambiado un montón el tema de salud mental, pero si uno ve en la infraestructura ¿cómo ves tú que ha cambiado la infraestructura en función de cómo ha ido cambiando el trato? si es que la infraestructura da cuenta de estos cambios o la

infraestructura todavía tiene una deuda muy grande con respecto a todo lo que se dice que quiere hacerse en salud mental y no se hace

M: Por ejemplo, las unidades de corta estadía, deberían tener todos acceso a un patio y un espacio importante, porque es muy importante para todos. Pero para la salud mental de todos, el ambiente tiene que ser terapéutico. Nosotros, por ejemplo, tratamos en lo posible, de lo que tenemos, de dar ambiente terapéutico. Sin embargo, uno de los grandes problemas que tenemos son las ventanas, que no permiten una ventilación adecuada, porque eran ventanas en tener pacientes, que no se ocupara y nosotros ahora tenemos talleres, necesitamos ventilación, necesitamos luz, porque el ambiente terapéutico, que lo hacemos todos, lo hace la infra, el espacio físico, los muebles, nosotros. Es súper importante. Volvemos al trato. Y si yo los trato bien, ellos se van a sentir en un ambiente terapéutico cómodo, confortable, donde están contenidos, donde son abrazados, son queridos, donde son escuchados, es super importante. Y yo creo que a todos los espacios les falta como esa mirada, esa inversión, pero las lucas son pocas. O sea, de salud mental, es el porcentaje mínimo que llega a salud mental, de toda la repartija de platas para la salud. Entonces, eso es complejo. Ahora si ha habido un cambio importante, el hospital está más bonito, más áreas verdes, más flores. Al entrar al hospital mucha gente se sorprende, porque a lo mejor o tenía una idea o lo había conocido antes y entonces más iluminado, más verde.

E: Y eso cuando tu llegaste había menos vegetación

M: Si, menos iluminación...

E: Hay un trabajo que hace como diez años, hubo un espacio que era un psiquiátrico en EEUU, lo estaban limpiando y encontraron las maletas de la gente que iba a hospitalizarse como con sus pertenencias. Hicieron un trabajo más de fotografía. Y acá en el fondo la gente cuando viene y se hospitalizada ¿dónde quedan sus pertenencias? ¿acá en el hospital o se las lleva la familia? los que eran crónicos antes y hoy día sería larga estadía

M: Pero ellos ya no tienen sus cosas, porque la gran mayoría de esa población, llevan años acá. A mí me tocó ver en una bodega que quedaba al frente, las pertenencias de una paciente que pasó a larga estadía, que la acompañé porque ella quería ver donde estaban sus cosas y la acompañé. Y era penosísimo. A mí me llamó mucho la atención, yo no los conocía, que eran unos baúles de viaje, que adentro eran como mini closet, quizás que se hicieron esas cosas, no tengo la menor idea, pero ahí estaba en una bodega que existía al frente. Puede haber salido todo a remate, porque acá las cosas se rematan, lo que está en bodega. Pero ahora no, ahora hay personas que han pasado, porque no ha habido otras opciones para ellas, que son poquísimas, a larga estadía, pero los familiares tienen sus pertenencias

E: Y hoy día la mayoría está en hogares protegidos

M: Exacto

E: Y, por ejemplo, de usos, porque una de las cosas que yo hice, porque yo vivo en Puerto Montt, o sea, soy originaria de Santiago, pero vivo en Puerto Montt hace tres años y ahí trabajé con un hospital abandonado o parcialmente abandonado y trabajé con la unidad de siquiatria en la parte de pacientes hospitalizados. Y una de las cosas bien interesantes

de lo que trabajamos ahí, trabajé con estudiantes de la universidad, porque yo trabajo en una universidad en Puerto Montt, con los grafitis ¿acá hay canales de expresión no oficial? una de las cosas que nos llamó la atención, es que la mayoría de los grafitis eran no hechos por usuarios, sino por trabajadores. De hecho, eran espacios de trabajadores, no sé, la parte de la farmacia estaba lleno de grafitis, entonces ¿qué canales como no oficiales de expresión tienen? porque hoy día si alguien está enojado puede ir a la OIRS ¿qué canales no oficiales de expresión ves de los usuarios, de los trabajadores? nosotros veíamos que los grafitis era una forma de.... en el fondo, más que grafiti producido era "Juanito estuvo acá"

M: Aquí adentro, no sé, lo que ha estado pasando este último año es que hay muchas denuncias de cosas que tienen que ver con, no sé, desde mi punto de vista tienen que ver con ciertas envidias, ciertos enojos y tienen más que nada que ver con los recursos. Los funcionarios que tienen menos grado, miran con mucha envidia a los que tienen... o sea, aquí se da esta cosa media sociológica, que es como el resentimiento y eso ha sido siempre. Antes se veía más

E: Y ahí el canal de expresión del resentimiento, generalmente puede ser acusaciones, cotilleo

M: Acusaciones, por ejemplo, que alguien se está enriqueciendo con horas extraordinarias y no cumple las funciones que debe realizar. Y como contraloría permite el anonimato, entonces facilita mucho y yo siento que es bien cobarde. Si me parece algo mal, yo lo puedo decir o lo puedo aclarar o si alguien... porque hubo un tiempo en que yo estaba a cargo del depósito de pensión. Es el lugar donde se administra o se lleva la cuenta personal de las pensiones de los pacientes. Cuando están en larga estadía, a ellos se les paga un porcentaje y lo otro queda adentro para la compra de ropa, para la compra de útiles de aseo, etc. pero si bien eso es una cantidad de plata equis, pero se lleva la cuenta individual de cada uno. Entonces, en ese tiempo dependía de nuestro servicio el depósito de pensiones. Jubiló la persona que estaba a cargo y el jefe de ese minuto me pidió que yo me hiciera cargo sin saber leer ni escribir, porque tu comprenderás que no es de mi competencia esa área que tiene que ver más contabilidad. Por lo tanto, yo fui a aprender mucho de las personas que estaban trabajando ahí. Bueno, y por ahí había como hartas fantasías en relación a esa plata. Entonces, en algún momento yo pido algo para acá y un funcionario me dice "pero compren, si ustedes tienen harta plata en depósito de pensión". Entonces, después de que se me pasó la molestia, porque yo espero que se me pase la molestia, o si no puedo ser muy pesada. Yo creo que es bueno que la gente entienda, que no era un arca donde estaba toda la plata y yo puedo llegar y sacar. Eso necesita firmas, autorizaciones, etc. Cuentas claras si es plata de terceros. Bueno, entonces no pasa eso. No pasa que la gente primero pregunta "oye ¿qué pasa con esto?", sino que se forma un prejuicio y van y cursan acusaciones

E: Y los usuarios, por ejemplo, generan prejuicios con respecto a eso o eso es más de los funcionarios

M: Bueno, están los que reclaman su plata. Están los que pueden ser víctimas de abuso en ese sentido, con las platas de ellos. Todos somos distintos

E: Y ahí la plata es como pensión de invalidez

M: Claro, es la pensión básica solidaria que tiene casi la mayoría de ellos, la pensión de vejez, que es mínima, pero que si sumas uno más uno y la plata es de él

E: Muchas gracias

M: Sabes lo que se me pudo haber pasado en relación al trato, es que ahora es más sancionado el maltrato. O sea, se hacen sumarios. Quizás antes era más grosero en términos del trato, pero esta cosa como de la ropa es como una mirada de maltrato, porque alguien tiene una enfermedad mental no tiene derecho a vestirse bien

E: Pero ellos tienen la opción de poder elegir su ropa

M: En los hogares si

E: ¿Y acá los de larga estadía no?

M: Larga estadía no

E: ¿Y cuántos larga estadía hay?

M: Ahora quedan poquitos

E: Me imagino que debe ser gente más mayor ¿no?

M: Si, pero ahí hay alguien más joven. Pero claro, de los originales son poquitos, viejitos o viejitas

E: Muchas gracias

Transcripción Marisol Orellana

Duración de la entrevista: 52 minutos

Entrevistadora (E)

Entrevistada: Marisol Orellana, terapeuta ocupacional (M)

E: Bueno, primero que todo, si puedes decir tu nombre completo, cuándo entraste a trabajar en el hospital psiquiátrico

M: Ya, mi nombre es Marisol Orellana Ramírez, yo soy terapeuta ocupacional y mi segundo trabajo después de egresada fue en el hospital psiquiátrico que en ese tiempo se llamaba Hospital Psiquiátrico. Mira, fue el año 83, 84, creo más bien que en 1983 y ahí estuve un poco más de un año y medio antes de cambiarme a otro lugar

E: Y, por ejemplo, en la universidad cuando estabas estudiando ¿habías pasado antes por el hospital psiquiátrico?

M: Sí, de hecho, hoy día me estaba acordando. Cuando era alumna, habíamos hecho unos pasos prácticos, precisamente en el departamento de mujeres, no me acuerdo el número, si era el uno, el once, pero me acuerdo que era el departamento de mujeres que estaba al otro lado de la calle, había que cruzar, la calle que está entre el hospital y el resto de la Universidad de Chile. Era una casa grande, como de adobe, que ahí estaba lleno de pacientes y era muy antiguo. Era como le decían antes, la casa de orates, muy antiguo. Yo me acuerdo que cuando iba caminando con mi grupo, a mí me llamaba mucho la atención que había pelelas enlozadas tiradas en el patio, cubiertos, pero las pelelas enlozadas a mí me llamaban mucho la atención, tiradas ahí como nada, otras utilizadas como maceteros. Era como una casa de campo, de adobe y todas las pacientes se ubicaban en fila, mirando todas hacia un mismo costado y algunas dando vueltas en unos sillones de mimbre, me acuerdo, que me impresionó mucho como alumna ir la primera vez ahí, conocer. Y después cuando yo entré al hospital, esa instancia ya no existía

E: En el 83 ya no existía esa parte ¿qué año habrá sido más o menos cuando estuviste de alumna en práctica?

M: 79, 80 por ahí, porque fue una pasantía

E: Perfecto. Y ¿cuál fue la primera vez que tu entraste al hospital psiquiátrico? ¿cuál fue tu impresión? como tu sensación

M: ¿Como alumna o ya trabajando?

E: Tu primera impresión como alumna y después ya trabajando, pero la primera impresión, como cuando uno entra a un lugar por primera vez

M: Miedo, miedo, si, da como miedo, como temor, pero un miedo a más que nada ser agredida, por todos esos mitos que existían, por las películas, los libros, todo eso, era ese temor, a ser agredida por algún paciente. Pero igual me pasó después cuando entré a trabajar ya al hospital, que ahí me destinaron a mí el departamento 11, que ya estaba recién construido y que trabajábamos en conjunto con el departamento de hombres, también recién construido, que era muy lindo, era un edificio nuevo, una parte, porque se

conservaba una parte antigua, pero también en un principio, si, cierto temor, pero ya no tanto, porque el lugar no era tan sombrío, tan oscuro, tan misterioso, era como un edificio así moderno, entonces ese miedo fíjate que en gran parte se fue, no estaba. Incluso el departamento 1 de hombres, eran muchos más severos que en el de mujeres y cuando yo tenía que entrar ahí te corrían mano, te pedían cosas, había que mirar las espaldas y todo, pero no era el mismo temor a cuando yo había pasado en la parte antigua. Pero si en la parte antigua, en la parte actual del hospital, que son los sectores, que igual me ha tocado ir a reuniones durante estos años y todo, eso está exactamente igual, los sectores, como oscuros, feos, sin color, igual me pasa esa cosa como que es más deprimente

E: Y ahí la parte recién construida, físicamente ¿dónde es? qué edificios corresponden a los actuales, esa parte donde tu entraste a trabajar

M: Yo entré a trabajar al departamento 11, que queda al fondo del hospital, entrando por la puerta principal, caminando derecho, derecho, derecho, hasta el fondo, antes estaba el casino al lado, no sé si estará todavía, pero era al final, ahí estaba el edificio, creo que 3 pisos, recién construido

E: Ya, y eso estaba recién construido, a inicios de los 80 en el fondo

M: Exacto y eran las mismas pacientes crónicas, era solamente pacientes crónicas, con una permanencia de estadía que te morí, de 16 años de hospitalización

E: Y ahí trabajaste con mujeres y con hombres o principalmente con mujeres

M: No, mira, la historia es, llego yo nueva y me suman dos siquiabras. Entonces, eran dos siquiabras, un hombre, una mujer y yo y nos dijo el jefe, el doctor Gomberoff, de la época "hagan algo ahí, porque ahí no hay rehabilitación hace muchos años, controles médicos de vez en cuando se controlaban las pacientes crónicas, hagan algo". Y ahí nosotros dijimos "bueno, hagamos algo" pero había mucho trabajo, porque si bien era nuevo, todo era muy árido, los patios eran áridos, había mucha paciente catatónica en un rincón, algunas semi desnudas meciéndose todo el rato, entonces era como bien tétrica esa parte, porque el lugar era muy lindo, pero ellas seguían con su patología crónica no tratada desde durante muchos años. Entonces, ahí nosotros nos juntamos los tres y dijimos "bueno, tenemos que hacer algo" y ahí empezó un proyecto nuestro muy bonito, que fue otra cosa. O sea, nosotros igual presentamos en simposio y todo, lo publicamos en una revista del psiquiátrico el trabajo que ahí realizamos y fue un trabajo muy lindo de rehabilitación. Bueno, formamos este equipo chiquito y lo primero que nos propusimos, fue hacer activación de las pacientes. Hicimos un estudio primero, 16 años de promedio de estadía, imagínate e hicimos todo un estudio y nos quedó claro que había una población más joven, pero había una población de las pacientes muy añosas, que eran muy dueñas del lugar, muy territoriales, en que iba a costar mucho entrar, porque ellas estaban acostumbradas a que solamente el médico recetaba y nada más, todo lo demás no era importante, lo único importante era el doctor. Así que, a eso súmale que la parte de adelante era la cocina y el comedor antiguo, esa parte era como de adobe, la entrada al departamento 11. Entonces, casi todas siempre estaban ahí, permanecían ahí, porque además se tocaba el timbre y al tiro querían ver quien llegaba. Entonces, esa parte era antigua y era oscura, pero era como el antro ahí (se ríe) todas, todas, centralizadas, focalizadas ahí. Así que hicimos un trabajo, nos propusimos un primer objetivo de activación y yo me acuerdo que lo primero fue una gimnasia todos los días. Yo llegaba

en la mañana, música y me ayudaban estos siquiátras cuando iban y empezamos a hacer ejercicios aeróbicos, todo el invento que se nos ocurriera para activarlas

E: Esto fue el año 83, 84

M: Si, empezábamos con dos o tres participantes y terminamos con la sala repleta, que nos tuvimos que cambiar al patio, pero lo más lindo de ese trabajo, aparte de la activación, fue que las pacientes catatónicas y la más grave, que estaba semi desnuda en un rincón todo el día, ella se integró, logró pararse y logró integrarse. Así que fue un trabajo muy lindo y eso fue con lo que empezamos. Después, de ahí en adelante, mira, hicimos taller de cocina, hacíamos pan amasado, empanadas, vendíamos, comían ellas. Después hicimos taller de presentación personal, les enseñamos a maquillarse, a peinarse. Empezamos a hacer salidas, salidas una vez a la semana. Yo salía con un grupo de 6 a 8 pacientes y un auxiliar, íbamos a La Vega a comprar maquillaje, íbamos saliendo y les encantaba. Pasamos hartas cosas ahí en esa salida, porque caminábamos hasta La Vega

E: ¿Y en qué año pudieron salir?

M: Empezamos las salidas unos 5 meses después de estar ahí

E: Ya, o sea, fue relativamente rápido pensando todos los años que llevaba

M: Si, porque yo era terapeuta

E: No habían tenido ni una terapia en el fondo, antes de la llegada de ustedes

M: No. Solamente lo que hacían las auxiliares de enfermería, que se llamaban en ese tiempo. Las auxiliares de enfermería, también costó entrar ahí, porque ellas eran señoras añosas y también con mucha pertenencia, que poco menos que las pacientes les pertenecían a ellas. Tenían pacientes que hacían aseo, que lavaban, que planchaban, pacientes que las tenía de ayudante de ellas. Y las auxiliares eran las que mandaban el sistema, así que también fue muy difícil ahí irnos metiendo nosotros. Fue mucha reunión, mucha asamblea, mucha ayuda de enfermería también, que permitieran ellas darnos el paso y confiar en nosotros. Porque también ellas siempre decían "aquí pasan alumnos en práctica, pasa gente y se van" entonces, el apoyo de ellas fue fundamental y ellas se fueron encantando con esto, de ir canalizando las habilidades de las pacientes en diferentes cosas, en cocina, en toda la cosa sin perder que ellas también ayudaron en la mantención del departamento. Después que terminamos y fuimos pasando, después hicimos una última etapa que fue, mira, en ese tiempo estaba de moda el condicionamiento, del sistema de fichas, estaba de moda, que es muy cuestionado ahora, pero nosotros lo tratábamos de hacer más por el lado cognitivo conductual e instalamos un taller de costura que al principio agarramos tijeras, hilos y agujas y nuestro primer trabajo fue que íbamos a coser ropa de los pacientes crónicos de otros departamentos, pero el hospital iba a pagarles y cómo les pagaba, según lo que ellos hacían, yo entregaba fichas, según la producción. Entonces, esas fichas, el día viernes se cobraban, no era con la plata del pago, era con tangibles, que teníamos un almacén, atrás, lleno de cosas, cigarrillos, pinturas, shampoo, entonces ellas esas fichas las cambiaban por cosas y ahí todas querían participar

E: Y eso era centralizado para todos los patios que estaban utilizando el sistema de fichas ¿o cada patio tenía? porque en el fondo, en varios patios se aplicó este sistema de fichas

¿o no?

M: Para la rehabilitación que hacíamos nosotros, que era más por el lado pre laboral, solamente en el departamento 11 y el departamento de hombres lo ocupaban para, por ejemplo, control de esfínter, era para una cosa mucho más básica

E: Perfecto, y ahí en el fondo la idea era como que adquirieran competencias básicas para la vida fuera del hospital ¿o no?

M: Ese era el objetivo, sí, porque ahí llegaba un proyecto desde la dirección de ir desarmando el patio de crónicos, que trataran a estas pacientes de hacerlas volver a sus familias, porque la gran mayoría ya estaba compensada y tenían sus familias inubicables. Entonces, había un trabajo por atrás, de las trabajadoras sociales, que ellas estaban buscando las redes de esa paciente, porque a largo plazo era eliminar eso, que al día de hoy ya se logró, pero ese era el objetivo, prepararlas para la vida y por eso también a la calle

E: Y ahí tu trabajaste hasta que año en el psiquiátrico

M: Hasta como octubre del 85

E: ¿Y el terremoto en qué fecha fue?

M: En marzo

E: ¿Qué pasó con el terremoto en el espacio?

M: No pasó nada, no hubo nada. Físicamente no se destruyó nada, fue motivo hartoo tiempo de hablarlo, pero no sucedió nada en lo físico, que yo me acuerde

E: Y, por ejemplo, una de las cosas que han aparecido en hartas entrevistas, tiene que ver con el tema de la vestimenta. Cuando tu llegaste a este espacio ¿cuál era el tipo de vestimenta que utilizaban las pacientes?

M: Las mayores, casi todas usaban un delantal a cuadrillos típico, que le llamaban "la pintora" antiguamente, esa pintora con bolsillos a cuadrillos, casi todas usaban eso durante todo el día. Y el resto de las pacientes era harta ropa de donación también, porque ellas perdían la ropa con mucha facilidad, entonces era muy diverso. Desde ropas, así como burda de repente, unos tremendos vestidos ajustados, apretados, con muchas flores, hasta tenías tipo pijama, era muy heterogéneo, muy acorde también al cuadro clínico que ellas presentaban

E: Y ahí, por ejemplo, el sistema de alimentación ¿cómo operaba en el patio en el que tu estabas trabajando?

M: Si bien había una comida, la comida que el hospital se encargaba de darle a las pacientes, ellas tenían su propia cocina y generalmente había como un menú diario que ellas junto con las auxiliares cocinaban, era una sola cosa. Se hacía cazuela para este grupo que estaba siempre adelante, yo cacho que también ponían plata las pacientes, de su pensión, había toda una organización con las auxiliares. Entonces había comidas ricas,

como una cocina aparte

E: Y de las edades de las pacientes, en general eran mujeres más añosas ¿o había igual un par de mujeres más jóvenes?

M: No, si había mujeres jóvenes. Y los pacientes jóvenes siempre estaban entrando y saliendo de la unidad y había pacientes jóvenes. Yo me acuerdo de dos chiquillas muy grave, muy agresivas, que varias veces tuve que arrancar por agresiones. Había siempre un grupito, debe haber habido en promedio siempre 8 pacientes jóvenes que entraban y salían

E: Y el total más o menos de las que había en este patio ¿cuántas mujeres había más o menos?

M: 68 me acuerdo, cuando yo entré

E: Y ahí cada una tenía su propia cama, su propio espacio ¿las piezas eran compartidas?

M: Si, en los pisos eran piezas grandes y una cama al lado de la otra, con el espacio para velador, etc. no había piezas individuales, todos eran dormitorios compartidos, grandes, unas cinco camas por cada costado

E: Y camas como tipo estos catres antiguos, así como metálicos

M: Si, blancos me acuerdo, metálicos blancos

E: Y ahí, por ejemplo, cuál era tu impresión de cómo era el trato o como eran las jerarquías que habían dentro de este espacio. Algo me comentabas tú, que en el fondo había como algo con las auxiliares, que tenían como su propia dinámica, cómo eran las jerarquías que operaban también con los médicos o cuando ustedes entraron como terapeutas ocupacionales

M: La jerarquía mayor ahí eran los médicos, o sea, cuando entraba el médico en el departamento, todos volaban, todos corrían. Las auxiliares que venían del doctor y las salas que tenían que estar impecables, esa es la máxima jerarquía. Después era la enfermera o el enfermero, también, o sea ahí hay pleitesía también. Después venía la trabajadora social que iba de vez en cuando para ver donde las iban a ir a dejar, que veían las redes de las pacientes y la terapeuta ocupacional, era la última, yo, porque no me conocían, no sabían el quehacer que iba a realizar, de verdad costó, pero cuando vieron que, si era una ayuda para ellas y no una carga, ahí fui 100% aliada, pero así toda la vida muy agradecida

E: Y había alguna diferencia, por ejemplo, entre cuando las pacientes o las usuarias estaban en las actividades después cuando volvían y estaban fuera de las actividades, como que se sentía como este cambio, que se veían como menos patologizadas, no sé cómo explicarlo o como más como interactuando, cuando estaban dentro de las actividades y cuando dejaban de hacer las actividades como que volvían a su situación de antes o había cambios después

M: No... hubo cambios porque nos preocupamos de que en todas las actividades se

incluyera a las auxiliares, explicarles y que ellas participaran. Cuando entré al taller de costura, la auxiliar que le gustaba el tema, que estuviera ahí también trabajando con nosotras, entonces ellas se sintieron participes de todo este programa y aprendieron a conocer también a las pacientes por otro lado y también entre todos, te fijas. Entonces, y también nosotros permanentemente haciendo psicoeducación con ellas. Entonces, se daba que entrar al taller, antes con un megáfono empezar a buscar, a lacerar las pacientes hasta que logramos el tema de la puntualidad, la permanencia y la asistencia con la ayuda de las auxiliares y después todo fluía no más, porque se pasaba bien, todo el mundo lo pasaba bien, era una cosa que no había sucedido antes. Entonces, de verdad era muy lindo, fue un trabajo cooperativo y se dio una interacción por las pacientes también distinta, ya no era tan jerárquica ni que ellas las gritoneaban, algunas las gritoneaban mucho. Eso se fue diluyendo ya después en el tiempo

E: Y ahí, por ejemplo, el tema del sistema de fichas ¿hasta qué año operó más o menos?

M: Mira, yo cuando me fui el 85, quedó primero una compañera mía de curso, antes de la Alejandra, la Elisabeth, que duró poquitos meses, pero que yo sé que ella lo continuó y después yo sé que lo asumió la Alejandra y ya me perdí ahí, ya no supe yo como continuó eso

E: Y ahí cuales eran los médicos con los que trabajaste cuando llegaste al hospital ¿quiénes eran?

M: Eran el doctor Ian Rojas y la Consuelo Maquiavelo

E: ¿Y eran médicos jóvenes o antiguos?

M: De treinta y tantos años

E: ¿Y había una buena aceptación de esos médicos en relación a la terapia ocupacional?

M: Si, bueno, nosotros nos hicimos amigos en ese tiempo, nos hicimos super amigos y no, muy bien, era un apoyo constante. Si bien era yo la que estaba ahí los 5 días de la semana, las 8 horas adentro, ellos iban por horas no más, pero siempre estuvieron dispuestos

E: Y ahí tu tenías más contactos con otras terapeutas ocupacionales de otros lugares del... o era un trabajo bien sola digamos

M: Si, existía

E: ¿Había como directrices generales del hospital? porque lo que he visto en general yo en las entrevistas, es que había mucha buena voluntad, pero no sé si había tanta como directriz general del hospital sobre qué es lo que tenían que hacer, como que era mucho de motivación personal, pienso yo

M: Lo que había en ese tiempo era la Unidad de Terapia Ocupacional, que operaba abajo en un espacio grande, abajo y ahí estaban los talleres, había hartos talleres, pero ahí era un espacio para los pacientes agudos, los de sector agudo. Entonces, había terapeutas ocupacionales en ese tiempo para cada sector y la terapeuta ocupacional de ese sector

tomaba a esos pacientes y los llevaba al taller de ahí del subterráneo y ahí trabajaba con esos pacientes, pero cuando yo ingresé, yo quedé solamente para los pacientes crónicos. Era la terapeuta ocupacional del departamento 11 de crónicos. Entonces, eso provocó que yo no me relacionara mucho con ellas. Ellas no estaban muy de acuerdo con esta nueva modalidad, de que hubiesen destinado una terapeuta solo para allá. Eso, claro, generó problemas, igual, bueno, tuve problemas, porque yo hice otra forma de trabajo a lo que ellos hacían y porque trabajé muy en conjunto con los médicos, así que ahí hubo ciertos problemas. Pero como yo era joven y todo, ya chao no más po, era nuevita

E: Y ahí entonces, claro, como que lo de la terapia ocupacional en un principio estaba muy reservado para los agudos en el fondo y lo crónico se entendía muy como que estaban institucionalizados y que tenían pocas opciones de salir de ahí

M: Tal cual, tal cual

E: Y ahí, por ejemplo, cuál dirías tú las situaciones más difíciles que tu tuviste que manejar trabajando en el patio que trabajabas

M: Lo más difícil fueron las agresiones físicas. Yo me acuerdo que había una paciente que tenía una epilepsia muy agresiva y me acuerdo que un día yo estaba con uno de los médicos becados, frente a mí, conversando en una oficina y veo a la paciente por la ventana, así con el peñasco de piedra, que lo tira y veo la piedra venir y yo lo único que hice con este doctor, nos tiramos al suelo y la piedra entró y después ella nos perseguía, siempre nos quería apedrear y en el taller de costura pasé varios sustos, o sea, una jovencita que me amenazaba con la tijera. Una vez, tú te morí, yo corriendo por los pasillos del departamento 11, con la paciente con la tijera atrás y todos los auxiliares atrás, eso me pasó como tres veces. Yo creo que eso fue lo más difícil, lo que más me estresaba, porque mira, toda la otra parte que también era complicada, era la de recursos económicos, había un ingeniero comercial en esa época en el hospital, entonces por cansancio, logré que soltara las lucas, entonces eso iba parejito e iba bien y el trabajo con los auxiliares igual, todo, pero la parte de la agresión física, me hacía también siempre andar cuidándome la espalda. Eso fue difícil, sí. Yo creo que fue una de las razones del por qué me salí también

E: Y después cuando saliste ¿trabajaste en otro ámbito? no con salud mental o...

M: No, me agarró la grúa de la clínica psiquiátrica universitaria, que está al lado, que es la clínica que pertenece al hospital clínico de la Chile. Me llevaron para un proyecto de psiquiatría infantil, que era lo que siempre me gustaba, niños. Así que ahí me fui y estuve varios años ahí

E: Cuando tu llegaste ¿sabías si en el psiquiátrico había pacientes niños?

M: Si po, mi practica de infantil fue en... al frente del hospital psiquiátrico, estaba la Unidad de Psiquiatría Infantil y yo ahí hice práctica

E: Donde sería como donde está odontología de la universidad de Chile o como hacia el norte, donde estaba el patio, el primero al que llegaste cuando eras estudiante

M: Yo no sé si estará forense todavía al frente, psiquiatría forense

E: No, porque ahora la Unidad Forense esta... en el fondo lo que pasa que ahora quedó solo como lo central y todo lo que estaba fuera de las calles, todo eso lo entregaron o lo vendieron, no hay nada. En el fondo ¿esto estaba por la calle Santos Dumont?

M: No, no, estaba por avenida La Paz, cruzando el hospital

E: Perfecto, donde hoy día está odontología

M: Te morí, era horrible, era una casa vieja, de barro, crujía el piso cuando uno caminaba, feo, imagínate ahí con niños

E: ¿Y ahí qué tipo de niños llegaban? Porque una de las cosas que llama la atención, porque yo he hecho un trabajo bien extenso de búsqueda de documentación y lo que menos sale nombrado son los niños

M: Ahí se hospitalizaban los niños. Había una unidad de hospitalizados y desde yo te diría 6 años para arriba, hasta los 17 años, había camas de hospitalización y atención ambulatoria, tipo policlínico

E: Y los niños que llegaban ahí, pensando en los niños más grandes ¿después pasaban al otro lado? los que quedaban eternamente ahí o tenían visitas de las familias

M: No, esa era una unidad de estadía corta. O sea, yo te diré, así máximo dos meses casos muy graves, pero generalmente un mes y algo. Eran niños con problemas más que nada conductuales y sicosis, estudios de esquizofrenia o sicosis más que nada, pero era muy corta la estadía

E: ¿Y en qué año hiciste tu practica con los niños ahí?

M: Como el 81, por ahí

E: Y después entonces trabajaste con niños en la clínica psiquiátrica

M: Después del hospital, si

E: ¿Y ahí la experiencia era muy distinta de la clínica al hospital?

M: Si, porque era como irse a un lugar privado. Era como clínica privada, en infraestructura, comodidades, en todo, lo físico, el tipo de gente que trabajaba, ahí hay relación permanente con alumnos, totalmente distinto

E: Y ahí el tipo de pacientes que llegaba, eran como del ámbito privado, porque cual es la diferencia que a uno lo hospitalizaran en la clínica, a que lo hospitalizaran en el hospital

M: Si bien en ese tiempo el hospital clínico ya había pasado a privado. El hospital clínico, el José Joaquín Aguirre de antes, fue público cuando yo estudiaba, era un recinto público, pero después en el ochenta y tanto, 81, 82, pasó a recinto privado de la universidad. Entonces, es mucho más costoso una hospitalización ahí, mucho más caro, menos que un privado particular, pero si más caro que lo público, entonces era otro perfil de pacientes

E: Perfecto y entonces uno como que se veía estructura de clase dentro de la clínica y el hospital, obviamente eran distintos tipos de pacientes. Y en el hospital, porque uno lo que ve como en el hospital, igual había una zona de pensionados ¿o no? o eso fue desapareciendo

M: Mira, en crónicos eso no existía. Yo no recuerdo que en agudos hubiera, no tengo recuerdos de eso

E: Ya, o sea, de lo que tu recuerdas, todo era relativamente igual. Y ahí, por ejemplo, con respecto como a las condiciones materiales, una de las cosas que me ha salido en las entrevistas, es que muchas veces los y las pacientes tendían a acumular ciertos objetos que les parecían relevantes, como qué cosas de objetos son cosas que aparecen, todo esto porque eventualmente yo voy a excavar en algunas partes y la idea es como ir dándole sentido a esos objetos, yo voy a trabajar con la arquitectura, pero también aparecen objetos, esto mismo que tú me decías de las pelelas que aparecen, que pudieron operar como pelelas, pero después funcionaban como maceteros y ahí como esta idea de que muchas veces la gente le gusta acumular cosas ¿qué cosas les gustaba acumular a los pacientes que tu veías? por ejemplo

M: En mujeres era bien variable, se robaban entre ellas lo del maquillaje, acumulaban espejos, labiales, cosas así. Ropa también, también se quitaban ropa entre ellas, también la acumulaban y la usaban, pero la juntaban, la metían debajo del colchón. Mas recuerdos no tengo, si la obsesión por el cigarro, también po, se robaban hartos los cigarros entre ellas, pero no tengo más recuerdos de eso

E: ¿Y había alguna prohibición con respecto al cigarro o se podía fumar en todas partes?

M: No, había que fumar afuera, fumaban afuera. También hicimos un trabajo ahí, de reducir el tabaco, entonces tenían una dosificación de cigarros diarios. No me acuerdo bien, pero ponte tú, 10 cigarros diarios máximo o 5, 6, no sé. Entonces, trabajábamos con las auxiliares en dosificarlos en tantas veces al día, en distintos horarios. Algunas se los querían fumar todos al tiro, pero también ahí les fuimos enseñando que era responsabilidad de ellas. Aprender también la autonomía en ese sentido

E: Y ahí en el tiempo que tu estuviste ahí, hubo pacientes que fueran dadas de alta, de cuando trabajaste en la parte de crónicos

M: No, pero después yo fui, un par de años después, creo que la Alejandra me invitó, yo fui y ya habían varias que no estaban, que ya se habían ido, que estaban ubicadas en hogares, en estos centros que hay en las distintas comunas, y fue bien bonito eso, porque las auxiliares y las pacientes me contaron, las que se habían ido ya, las que estaban reubicadas en familias también, pero hartas, porque fui un par de años después, no sé cuántos, habrán sido 3, 4 años después y se habían ido varias, muchas

E: O sea, hubo como una continuidad en el trabajo de la terapia ocupacional

M: Si, la Alejandra lo siguió, primero mi amiga Elisabeth y después la Alejandra, eso lo siguió, no, siguieron a concho con ese trabajo después

E: Y ahí, por ejemplo, tu tuviste vínculos con las familias de las pacientes ¿venían a ver las familias a las pacientes? o en general eso era poco

M: No, no, casi nada. Yo te diría el día de visitas, unas 5 pacientes tendrían visitas. No, todas las demás totalmente abandonadas, no, nadie. Y con esas pocas pacientes que tenían visitas, si, los médicos más que nada tomaban contacto con ellas

E: Y ahí, una de las cosas también que salió, tenía que ver, por ejemplo, que las auxiliares aplicaban muchas veces, antes digamos como utilizaban cosas que eran más bien, o sea terapias como castigos, como el electroshock ¿tu pudiste ver eso alguna vez?

M: No, no me tocó a mí verlo, ahí ya electro, mientras yo trabajé ahí, solamente se la llevaban a la paciente cuando estaba muy psicótica, cuando no la podían sacar después del tratamiento, pero a mí nunca me tocó verlo como medida de castigo, no, nunca

E: Y ahí, por ejemplo, otra cosa que aparecía, era que había como pocos recursos y había pocos remedios, que en el fondo había, no me acuerdo el nombre, pero se utilizaba un solo antipsicótico y había más cuando tu estabas o siempre era esa la que primaba

M: Primaba la carbamazepina, el ácido valproico y los tratamientos de neuro eléctricos de depósito, las inyecciones mensuales del modcate. Ahí no había mucho más, la clorpromazina

E: Ya, y cuando fuiste a la clínica psiquiátrica ¿había más disponibilidad de antipsicóticos o de medicación?

M: Mucho más, porque ahí era un centro también de docencia y de investigación, entonces mucho más

E: Y se veía en general también poco desarrollo de investigación en el hospital psiquiátrico

M: Si, estaba más por las iniciativas personales. A mí me tocó que como trabajaba con estos dos médicos, ellos si tenían inquietud, entonces nosotros plasmábamos en escrito, lo publicábamos, lo disertábamos, pero pasaba más por la inquietud personal del grupo de trabajo

E: No me quiero alargar mucho más, pero de las cosas materiales, como de los espacios ¿cómo era el patio? tenía o no árboles, tu decías que era un poco como ver un edificio relativamente nuevo, que tenía esta parte antigua de la entrada y que tenía pocas cosas, como que las pacientes trataban de arreglar ese espacio ¿o había poca motivación por arreglar estos espacios?

M: Era muy árido, porque era un patio que antes era nada, entonces era muy árido y había unos árboles muy chicos todavía y las auxiliares estaban tratando de hacer una huerta, no había lugar para protegerse del sol durante los días de calor que salían las pacientes a caminar, deambulaban, pero no había lugar donde estar a la sombra. Pero ahí después a las auxiliares se les entregó a ellas eso de la huerta y que ellas vieran como lo plasmaban y se entusiasmaron mucho. Entonces, con un grupo de pacientes, ellas se dedicaron a eso, empezaron a plantar flores, cardenales, huertas y ahí nació otra actividad, que fue el

cuidado de las plantas

E: Y en el invierno que usaban para calentarse, eran edificios sin calefacción ¿o no?

M: No me acuerdo, de verdad que no me acuerdo

E: Pero hacia frío...

M: Tengo la impresión de que eso era una calefacción central, porque yo estuve en la oficina y nunca llevé una estufa, cuando yo estaba trabajando en oficina, debe haber tenido paneles seguramente

E: Perfecto y esos son los edificios que todavía existen

M: Si

E: Ya, para ubicarme en el mapa, entonces sería, al fondo, al fondo, en el fondo cuando uno entra al hospital, al fondo, al fondo, casi ya topando

M: Donde topa

E: Ya, perfecto. Y como hacía el norte en el fondo, como mirando hacia el cementerio, como hacia ese lado

M: Claro

E: Claro, que es lo que queda, porque después toda la otra parte que es estacionamiento ahora, que es parte de lo que se demolió como posterior al 85, que eso queda como re poco

M: Si, esto fue después del teatro

E: Claro, como al final, al final. De hecho, todavía si uno va, hay unos patios que están de hecho super bonitos, como que están todos plantados, de hecho, diría yo como que es la parte más bonita ahora. Y otra pregunta ¿ustedes utilizaban el teatro? o el teatro era un espacio que estaba como cerrado

M: Estaba cerrado en ese tiempo, porque había que restaurar las pinturas. Y algo pasó en el terremoto ahí, no me acuerdo bien, pero algo pasó que estuvo cerrado mucho tiempo

E: O sea, siempre las actividades eran en los mismos patios ¿las enfermas podían salir a otros patios? o en el fondo si estaban en su patio, siempre tenían que quedarse ahí

M: Algunas tenían permiso, se les iba dando permiso para circular dentro del hospital, en base al comportamiento, etc. Entonces, varias salían durante el día, dentro del hospital, a dar vueltas

E: Eso en verdad, no sé si alguna cosa que quisieras acotar. Un poco para ir cerrando ¿cuál crees tú que es la relevancia de la ocupación de las pacientes en estos espacios? como a nivel general, no solo en el hospital psiquiátrico

M: Yo creo que un patio de crónicos no debió haber existido nunca, porque la institucionalización de los pacientes, eso tan antiguo, no debió haber existido, hay miles de razones por la cual fue. Entonces, siento que un paciente no puede vivir en un hospital, que hay que activar las redes para que pueda insertarse en la comunidad y eso es lo más importante ahora. Yo encuentro, de la terapia ocupacional, ya sea hospitalizados o pacientes que, yo trabajo en un COSAM, que vienen a tratamiento. La idea no es institucionalizarlos ni que estén eternamente en sus terapias, sino que se inserten en la sociedad. Lo más bonito es trabajar con las redes y la comunidad, insertándolos ahí donde ellos viven, con todo lo que puedan abarcar

E: Bueno, tu trabajaste después en la clínica psiquiátrica y después pasaste a un COSAM

M: De la clínica psiquiátrica, después me fui a criar a mis hijos un rato, tuve otros trabajos que no fue la terapia ocupacional y después me fui al COSAM de Huechuraba y después me vine al de aquí de Recoleta, que ya llevo 17 años aquí

E: Y eso en el contexto, entonces, como de una mirada de salud mental comunitaria

M: Si

E: Y eso en el fondo tiene, como la comparación de los resultados, obviamente son distintos tipos de pacientes, pero cual es como la diferencia principal que tú ves entre lo que tu viviste en el patio de crónicos o como de larga estadía a como lo que tú ves en el COSAM ¿cuál es la principal diferencia?

M: O sea, el paciente crónico igual existe aquí, son pacientes que se quedan *forever* acá. La esquizofrenia, por ejemplo, crónica, están siempre en un COSAM, porque siempre se están controlando farmacológicamente, aunque ya desde el punto de vista de la terapia ocupacional, nosotros los tengamos insertados, ya sea laboral o por último en su misma casa, según la edad, etc.

E: En el fondo en el COSAM igual hay gente crónica

M: Si, pero ellos están insertados en sus familias, en la comunidad y tenemos muchos dispositivos a qué recurrir, a distintos centros, trabajos protegidos, trabajamos con fundaciones o insertarlos nosotros mismos. Yo tengo pacientes que trabajan en el Jumbo, entonces, es otra cosa, porque además tu trabajas con la familia. Entonces, es un trabajo de inclusión todo el rato

E: Y tú ves que ese cambio ¿cuándo se genera la mayor inclusión?

M: Si, fue en los 90, porque todo el periodo de los 80 estaba de moda la desinstitucionalización, estaba muy de moda eso. Y la cosa psiquiátrica empezó a ir por ese lado y después de eso empezó el modelo comunitario, se empezó a trasponer ahí y se empezó a poner de moda lo comunitario y ahora es con lo que se trabaja

E: Y ya para cerrar, porque en Chile todavía no hay ley de salud mental ¿cómo podría aportar en el ámbito de las condiciones de vida, materiales, sociales, que existiera una ley de salud mental en Chile? Tú que llevas tanto tiempo trabajando ¿por qué es tan

importante?

M: Uh, por tantas cosas. Primero, por los usuarios, yo creo que tengan su derecho y protección a su tratamiento médico, farmacológico, de inclusión también en general. En los casos de hospitalización también, que tengan el derecho a la hospitalización, al tratamiento, a los fármacos. Y el personal también, los funcionarios. O sea, yo te digo, los funcionarios de los COSAM, somos atención secundaria pero no pertenecemos a ningún lado, ni a la terciaria, ni a la primaria y se hace un invento que pertenecemos a la primaria. No existe un encasillamiento del funcionario de atención secundaria en alguna ley

E: Y ahí, como que da la sensación de que en Chile también la salud mental, se ve, digamos, que, en Chile dentro del ámbito de la salud, la salud mental siempre es algo que es secundario, como lo último en la preocupación, tanto para los funcionarios, para los pacientes en general. Pareciera ser que es como la última preocupación, pareciera ser lo más abandonado de lo abandonado. No solo los pacientes, sino también los funcionarios

M: Sabes tú, que yo siempre digo que eso es porque la salud mental no es tangible. Si tú te enfermas mentalmente, no es lo mismo que si te da una neumonía, te saca una radiografía y se ve el foco de la infección. Si te tienen que operar, te abren, se ven, hay un algo concreto donde tú puedes visualizar la enfermedad, pero en salud mental, cómo visualizas una depresión, un trastorno ansioso, una fobia. Esta todo el mito de que "es maña, se le pasa trabajando" "le está poniendo" porque culturalmente todavía estamos muchos estancados en eso. Entonces, no es algo tangible, entonces yo creo que esa es una de las cosas que también se deja de lado

E: Si, bueno, de hecho, cuando uno mira las condiciones materiales de los espacios de salud mental, uno no pensaría que no se, cuando hacen una cirugía, nadie pensaría que puede hacer una cirugía en una mediagua, pero uno si cuando ve los espacios de salud mental, hay lugares que son como mediaguas, y que se inundan y que en el fondo mantienen estas cosas que uno pensaría que no existen, pero existen en salud mental

M: Por lo tanto, no te dan recursos económicos, por lo mismo

E: Si, es bien impresionante ver el tema de las condiciones materiales que todo el mundo sabe que es algo que existe, pero como reflejarlo en la realidad, es algo que por lo menos genere como testimonio de que eso existe y que hay gente que a veces se habla tanto de los seres humanos, sobre todo en la gente que es más difícil que alegue, que son los pacientes psiquiátricos

M: Exacto

E: Agradecerte, no te quiero quitar más tiempo

M: Lo pasé muy bien, porque tengo muy lindos recuerdos de allá, asique lo pasé muy bien, de ese trabajo. Y todo lo que sea aportar, yo feliz, si te queda alguna duda, si quieres conversar cualquier cosa, contáctame no más, toda la disposición. Asique que te vaya muy bien

E: Muchas gracias.

Transcripción Yolanda Roquer

Duración de la entrevista: 1 hora

Entrevistadora: Javiera Letelier (E)

Entrevistada: Yolanda Roquer Casanova, terapeuta ocupacional (Y)

E: Su nombre completo y su cargo

Y: Bueno, yo me llamo Yolanda Roquer Casanova, soy terapeuta ocupacional, ese es mi cargo

E: ¿Y cuántos años lleva trabajando acá?

Y: Yo llevo 42 años

E: Y eso fue desde que usted salió de la universidad...

Y: Claro, yo salí de la universidad e hice un reemplazo dentro del mismo servicio y después me contraté acá y aquí me he mantenido hasta ahora

E: ¿Cuál fue su primera impresión cuando llegó a este espacio?

Y: Era bastante diferente. O sea, la construcción en la cual en este momento aun funcionan los pacientes que ingresan porque tienen algún tipo de compensación, en ese tiempo se llamaban sectores de agudo, todavía se siguen ocupando con esa finalidad y ahora tienen el nombre de corta estadía, porque igual ha ido cambiando la mirada de psiquiatría, en términos de que las permanencias por largo tiempo que eran en esas fechas, o sea, los pacientes permanecían seis meses, un año, más de un año, se comprobó que no los beneficiaba desde el punto de vista de su recuperación y de su próxima reinserción, por el contrario. Entonces, en términos de la estructura física, estaba este espacio que sigue siendo destinado para eso, pero estaban aun las construcciones de adobe en aquella época, que eran de hace dos siglos atrás, por lo menos desde inicio, que eran como unas casonas antiguas en que los equipos médicos no teníamos mucho acceso, era lo que estaba destinado para que estuvieran hospedados, por decirlo así, los pacientes crónicos, como se llamaba en aquella época y que ahora se dice de larga estadía. La verdad, es que en ese tiempo estaban, que aun, de alguna manera, se mantiene en el recuerdo y en el lenguaje de los funcionarios más antiguos, los números. Entonces, estaba el departamento 1, el 2, el 3, etc. y entre esos departamentos se destacaban dos. El departamento 1, que era de damas, en que había una funcionaria que se destacaba por su labor y ella, de alguna manera, desde su iniciativa, sin tener una formación académica, por decirlo así, les brindaba a esas usuarias la posibilidad de realizar algún tipo de actividad, por el solo hecho de que el hacer algo es beneficioso para la salud mental. Y estaba por otro lado, el departamento 6 de varones, que también estaba, en términos de género, un varón, un funcionario que era técnico de las mismas características de la señora anterior y que el también realizaba algún tipo de taller, recordando igual que en ese momento las terapeutas ocupacionales no accedíamos a esos espacios todavía. Nosotros como profesión, somos una profesión relativamente nueva, por decirlo así. Esa era como una mirada, una parte más bonita, más amable. Pero estaban los otros departamentos en que realmente las condiciones eran subhumanas, si, muy mal

E: Y eran subhumanas en el sentido de que había muchos pacientes en una sola pieza...

Y: Claro, había muchos, muchos pacientes que estaban en muy malas condiciones. Hay que recordar que la psiquiatría afortunadamente ha evolucionado desde el punto de vista farmacológico, los fármacos de última generación surgieron mucho después. En aquella época, digamos que la clorpromazina, por decirlo así, el meleril después, eran los antipsicóticos que se ocupaban, pero en general las posibilidades y las opciones terapéuticas no eran muchas. Entonces, estas personas eran reclusas en estos espacios, porque de alguna manera significaban, y eso era verdad, un riesgo para ellos, en términos de la autoagresión y de la hetero agresión. Entonces, había, por ejemplo, algunos efectos secundarios de la clorpromazina, que es un medicamento antipsicótico, como te decía denante, que bueno, como todo medicamento produce efectos secundarios y entre ellos está el problema de cirrosis hepática, un daño al hígado. Y entonces estas personas, en ese momento fue como bien fuerte...

E: Si, de hecho, uno de las cosas que busca a partir de este trabajo es poder también poder rescatar eso, esa sensación

Y: De cómo ha ido evolucionando afortunadamente. Y bueno, ellos estaban siempre separados por género, mujeres, hombres, yo creo que por un tema de resguardar también su integridad y algunas desnudas, que se yo, vagando, en muy malas condiciones, o sea, muy fuerte

E: Bueno, unas de las cosas que me ha salido como en varias entrevistas, tiene que ver con el tema del vestuario. Porque, por ejemplo, me salió en una entrevista de un psiquiatra como bien antiguo, del doctor Cordero, pero que estuvo acá hace...

Y: Él estuvo mucho antes que yo, porque yo soy un poquito más joven que él (se ríe)

E: No, él tiene como noventa y tantos años y debe haber estado ahí en los sesenta. Y él me contaba, por ejemplo, que la gente, los militares le donaban ropa y después salió ayer, conversando con la Maritza, que a ella le habían contado también ese tipo de cosas, también esto de que andaban desnudos a veces

Y: Eso está en la herencia de la información que uno iba recibiendo boca a boca con los funcionarios más antiguos, porque lo otro que hay que recordar, es que este espacio, o sea, cuando tú me hablas del espacio, de la infraestructura, era ese. O sea, las habitaciones estaban... o sea, tu cruzabas... nosotros estamos ubicados acá en avenida La Paz, tenemos la calle Olivos que ahora se llama Sergio Livingstone, en el otro lado está Santos Dumont. Uno cruzaba Santos Dumont, que ahora eso está ocupado por marmolería y ahí continuaban las edificaciones de adobe y es en ese espacio donde estaban más alejados y menos a la vista, por decirlo así, de este lugar que era el principal

E: Claro y era como el... porque eso originalmente, como en las construcciones, se llamaba asilo de intemperancia

Y: Lo que pasa que la intemperancia tenía que ver más con alcoholismo

E: Pero yo creo que eso se fue transformando, porque eso fue en 1920 y eso al final eran patios de crónicos

Y: Eran patios de crónicos que estaban en muy malas condiciones. Eran como una especie de casas de adobe antiguas, con unos pasillos largos y entonces tenían como unas rejas de gallinero y estaban estas personas en el patio, en muy malas condiciones, desde todo punto de vista y muy tomados, muy sicóticos, muy tomados por su enfermedad. Y también al otro lado había como unas especies de dormitorio, pero que en realidad eran unas grandes piezas de adobe, que tu veías el adobe a la vista, en ladrillo. Y entonces ellas sacaban los ladrillos para construir unas especies de ventanitas por donde entraba un poco de luz. Entonces, a mí me pasó ver, yo te digo, incluso cuando hice mi práctica, antes de eso, yo llegué en el 78, que estaban mezcladas también. Había usuarias, que le decimos nosotros ahora, pacientes igual, que no estaban tan mal y estaba como mezclado

E: Tu primer acercamiento fue cuando hiciste tu práctica, pero cuál fue tu primera impresión cuando llegaste, entraste a este espacio

Y: Bueno, cuando yo entré a este espacio, primero que nada, vi, porque lo que pasa que uno, como en términos de la práctica, yo no puedo dejar de mencionar, es eso lo que te ubica en los espacios. Yo hice acá una práctica en lo que era la posta anti alcohólica y que ahora se conoce como el servicio de adicciones y otra práctica la hice en un sector de agudo o de corta estadía ahora. Los espacios en sí, ocupaban esta parte nueva y que se sigue ocupando para tratar, pero aún permanecían estos otros lugares. Entonces, tu como una consecuencia de visitar el espacio, conocías otros lugares. Y fue fuerte, porque me acuerdo que era invierno, hacía mucho, mucho frío y entonces yo estaba en la parte de alcoholismo y salimos como a conocer lo que eran los talleres de terapia ocupacional en esa época, que estaban al fondo de la institución y eran unos galpones y entonces uno para calentarse, había estas estufas, que en realidad no eran estufas, eran de estas latas de combustible, tarro, cortado con aserrín para que se calentaran. Y ahí obviamente que accedían más los pacientes de alcoholismo, que eran pacientes que no estaban sicóticos, la mayoría, o sea, no estaban locos y, por lo tanto, no había que tener tanta precaución en términos del cuidado y riesgo de fuga. Y el otro espacio, fue en este sector de agudos que fue un sector de mujeres, en que quedaba en un segundo piso, por lo tanto, no tenía un patio, el espacio con más de cuarenta pacientes, sicóticas la mayoría, era tremendo. El trabajo y el abordaje era un desafío permanente en todo sentido, en términos de poder lograr algún tipo de intervención con ellas y también de evitar el riesgo que te significaba en términos de las agresiones

E: Y ahí hay algunos hitos... porque también me han dicho que es muy difícil ver hitos, pero ¿cómo ha sido la evolución? por ejemplo, desde el minuto, no sé, en los ochenta, en los noventa... ¿cuáles serían los momentos más relevantes?

Y: La verdad es que yo soy re mala para las fechas, pero yo creo que la naturaleza y yo creo que ahí, en eso a lo mejor te puedo orientar. Cuando fue el terremoto del 85, la mano de la naturaleza obró, yo diría que, en favor de alguna manera, porque todos estos espacios se vinieron abajo. Lo que se mantuvo fue lo que se tiene ahora como un patrimonio, que es el teatro, la lavandería, etc. pero estas construcciones donde estaban hacinadas, porque es verdad, esa era la palabra, se vinieron abajo. Entonces, hubo que hacer una redistribución de los lugares donde ellas y ellos estaban. Hay que recordar que en esa época en estos espacios también funcionaba el departamento judicial, que era donde estaban reclusos aquellos pacientes que habían cometido algún delito

E: Lo que ahora sería...

Y: Ahora tienen otras instancias y que depende directamente de la parte judicial y que los recursos obviamente y afortunadamente han cambiado, pero en ese tiempo estaban todos juntos. Y ahí bajo la custodia de gendarmes. Y bueno, y en esa época los médicos no visitaban... no había mucha participación, pero los equipos profesionales no participábamos mucho. A partir de ese momento, entonces se hace la construcción de los departamentos atrás. Mejora la calidad de vida en términos de la infraestructura, pero no así en términos de contar con un equipo multiprofesional que favoreciera. Y además empiezan a aparecer nuevos medicamentos. Cuando yo llegué en los años 70, setenta y tanto, aun las terapias de choque, eran los baños de ahogados y los comas insulínicos se habían terminado un poquito antes. Y el electrochoque, que fue una de las cosas que a mí me impactó... yo tenía 18 años... era que se hacía no en las condiciones terapéuticas que se hacen ahora, en un espacio común en que las personas que iban a ser sometidas al tratamiento, veían lo que sucedía con la persona anterior... ahora no, ahora eso se hace con una anestesia preparada, con una enfermera universitaria...

E: Una de las cosas que surgió en una de las entrevistas, es que no había tanta diferencia entre castigo y lo terapéutico

Y: Lo que pasa es que el modelo médico era el que predominaba y entonces estaba esto de que las terapeutas llegábamos, pero en realidad era como llegar a entretener en esta cosa del hacer por hacer, no había digamos una mirada como más macro y más informada de lo que era la rehabilitación. Entonces, era bastante complejo, porque tu tenías que conciliar las demandas del equipo médico y la formación desde la mirada que tu tenías como profesional de la salud especialista en rehabilitación. Entonces, todo eso también fue marcando diferencias. El modelo de alguna manera fue cambiando, se fue abriendo a la rehabilitación. Nosotras fuimos validando nuestro que hacer y a mí me tocó precisamente en esos años, ser... después viene un hito que no es menor, estábamos en la dictadura, en que aún bajo ese sistema, todo el que hacer era tremendamente controlado y nosotros teníamos que dar información permanente de nuestro que hacer para que no fuera mal interpretada. Este lugar, eso fue antes que yo llegara, el golpe fue en el 73. Hubo profesionales de equipos médicos que murieron, que fueron detenidos desaparecidos, entonces este lugar carga con mucha historia y se torturó y todo eso. Y eso también de alguna manera fue teniendo una consecuencia en términos de las personas, de la población, que después a mí me tocó atender en los años posteriores, 78, que eran muchos de ellos, gente dañada por el golpe y que frente a una fragilidad se gatilló una sicosis, etc., etc. consumos y todo lo demás

E: Y ahí por ejemplo, en tiempos de dictadura, qué es como... además de esta realidad de tener que mantener informados, de inseguridad y de además también de tener que tratar a gente que en el fondo es víctima de tortura o de persecución o de lo que sea relacionado con ese momento específico ¿qué otras cosas ocurrieron en dictadura? porque por ejemplo, ahí surgía en algunas de las otras entrevistas, que en el fondo no era solo el tema relacionado con la tortura, sino que también, por ejemplo, la cantidad de recursos que se les daba a esta institución, era mínimo

Y: Siempre la salud mental ha sido como el patio chico de la salud en general y uno no puede dejar de mencionar que la población que nosotros atendemos es una población tremendamente vulnerable en todos los aspectos, incluyendo lo sociocultural y lo

económico, porque cuando aparecen los cuadros graves, que generalmente es la esquizofrenia y que se repite a nivel mundial, está la esquizofrenia y los trastornos afectivos, aparece en edades tempranas de la vida, en que el individuo no ha logrado armar todo lo que tiene que ver con una formación académica o técnica o educacional y con algo laboral. Entonces, 17, 18 años. La mirada también era una mirada muy general, entonces de estratos pobres, socioeconómicos pobres, con esta enfermedad que estigmatiza a todos, con un tratamiento farmacológico que todavía no estaba evolucionado y adelantado como ahora. Entonces, claro, los recursos eran mínimos. Yo creo que mis colegas te mencionaron. Yo por años fui coordinadora y jefa, al igual que mis otras colegas en algún momento, pero en ese tiempo específico, nosotros estábamos distribuidas por los sectores, que era la prioridad. La prioridad eran los sectores de agudo o de corta estadía, que son estas personas que se descompensan o se diagnostican, se vienen, se atienden y se van. Ahí estaba puesto el recurso. Y que no ha cambiado mucho, pero larga estadía o crónico estaba abandonado, no había mucho. Había dos colegas que empezaron de pronto a intervenir, porque ya ahí se empezó a pensar que la reinserción era posible, pero no estaban los recursos, entonces nosotros íbamos a La Vega y nos conseguíamos las tablitas de los cajones de tomates. O sea, vivíamos con donación. Esto que tú ves ahora es maravilloso, no estaba. Bueno, y de hecho surge no precisamente del área de la salud propiamente tal, sino que este es un proyecto que ganamos con una colega que no está, ya jubiló y que fue financiado por el Banco Mundial, una vez que llega la democracia

E: Y entonces en dictadura está todo el tema de los recursos y además esa inseguridad que ustedes como trabajadores sentían ¿los usuarios también tenían esa inseguridad?

Y: Es que mira, llegó un momento en ese tiempo en que uno hablaba mucho y después tu no hablabas nada, no hablabas porque tenías miedo, no sabías a quien tenías al lado, tenías que mandar las actas de las reuniones. Si tu hablabas mucho, te denunciaban, te acusaban. O sea, era tremendamente complejo. Yo creo que como en todas las situaciones críticas, aparece lo mejor y lo peor de las personas, entonces era difícil. Ahora, yo con eso no estoy diciendo que todos los cuadros psiquiátricos de las personas de la época, fueron... no, sino que muchos de ellos venían y tenían cuadros de una enfermedad de salud mental más grave y que fueron gatillados por hechos traumáticos, pero en términos del recurso, estamos muy restringidos, los espacios... Y después de ahí nosotros empezamos a tener una mirada más macro. Los pacientes fueron egresados muchos de ellos a clínicas de extensión, no en las mejores condiciones, porque la idea era reubicar rápidamente

E: Y eso ocurrió cuando en el fondo se cae...

Y: Claro, con el terremoto y queda toda la gente ahí

E: Y para el terremoto los edificios quedan en malas condiciones, pero los usuarios no tuvieron...

Y: No, a los que pudieron los dieron de alta y los otros, como te digo, los mandaron a clínicas de extensión o hacia El Peral, este hospital que queda en Puente Alto. Porque hay que recordar que el Instituto Psiquiátrico, en ese tiempo manicomio, casa de orates, era de una expansión en términos de territorio, bastante amplia. Entonces, lo que tenía que ver con El Peral, también pertenecía... o conocido como el Open Door, pertenecía a esta institución y también estaba esta mirada de que, si se le entregaba un espacio más de

campo y abierto, agrícola, tal vez eso podría ayudar en términos de la recuperación, pero no había una fundamentación como muy científica, guiado por un modelo conceptual determinado. Estaba esta idea de que el hacer por hacer en si es terapéutico

E: Y, por ejemplo, una de las cosas que contaban también es sobre el teatro. Usted cuando llegó ¿cuál era el uso del teatro?

Y: La verdad es que yo no me acuerdo muy bien, pero yo me acuerdo que por ejemplo en este lugar había una capilla. Esta era una especie como de ciudad, en que tenías todo. Antes de que yo llegara tenían una bomba de bencina, están los restos por ahí. Había una parte donde hacían autopsias, se hacía anatomía patológica. Que es una de las cosas que más resienten o resentían, porque ya yo en estos momentos soy la más antigua, otros se han ido. Resentían porque decían que habíamos perdido mucho. Pero, por otro lado, yo pienso que eso de alguna manera, si bien fue bueno, significó el estar como en un mundo y como muy encapsulado y como muy desvinculado con lo que pasaba en términos de la comunidad. Entonces, cuando empieza a mejorar el tratamiento farmacológico, cuando el modelo médico se empieza a abrir a la rehabilitación y nuestros pacientes empiezan entonces a no ser el paciente que estaba sentado y no daba problema o en el otro extremo el paciente que daba problema y estaba contenido y amarrado todo el rato, sino que empieza a surgir la persona con las demandas propias de cualquier individuo. Entonces, eso empieza también, de alguna manera, a desestabilizar y afectar esta cultura entre comillas del concepto, del buen funcionamiento y de lo bueno que eran los pacientes antes y de lo respetuosos que eran, porque no había derecho al pataleo. Y porque además no podían acceder al médico, sino que dependían... la verdad que es que yo encuentro que, lo digo de verdad, con hartito respeto, el personal técnico, TENS ahora o auxiliar de enfermería, conocido antes, tuvo un trabajo salvaje, porque también no había una contención, ni había una instrucción. Como este espacio era un espacio muy tremendo, también muchas de las personas que llegaban a trabajar a ese lugar, llegaban castigados, entonces de ahí tú puedes sacar las conclusiones en términos de la calidad... entonces eso era muy complejo

E: Y ahí, por ejemplo, con respecto a la violencia, como se ve como ha ido evolucionando el tema de la violencia, tanto física como psicológica de los trabajadores hacia los usuarios e incluso dentro de los mismos trabajadores o dentro de los mismos usuarios

Y: Yo creo que la violencia parte desde el sistema imperante, que estamos hablando. Yo llegué en dictadura, así que no puedo dejar de hablar de eso. Desde el sistema imperante, desde la desconfianza, que era lo que te decía en delante, de que las autoridades que regían y dirigían, que eso de alguna manera se mantiene, las instituciones estas eran personas que como pasa que esta el gobierno de turno y está el *poteo* político. En ese tiempo, eran un mismo grupo, eran los mismos, la idea era la misma, entonces, en ese sentido, ahí había una violencia en términos también del pago, del honorario, que eso es violento también, porque a ti te lleva, sobre todo en los estamentos técnicos, a tener que realizar turno tras turno para poder tener un ingreso que te permita mantener la familia. Por otro lado, lo que tenía que ver con... eso se une y se relaciona con el trato del paciente, porque eso implica un cansancio y un desgaste salvaje. Y, por otro lado, las pocas posibilidades, porque como no había dinero, menos existía la posibilidad de pensar en que hubiera formación a todos los estamentos. Pero la diferencia era salvaje, si la ves ahora, porque había una diferencia muy grande entre el estamento médico, los profesionales que no éramos médicos y el estamento técnico y los funcionarios del

servicio. Entonces, yo creo que ahí influía eso, desde lo sociológico, pero obviamente que también había un factor fundamental y determinante que era el modo de ser el carácter y la personalidad de estos individuos que llegaban a este trabajo en calidad de haber sido castigados. Y eso significaba que si los castigaron era porque algo había pasado y ese algo iba de todo, desde actos más delictivos... bueno, depende, abusos, golpes, problemas de consumo, todo. Entonces, llegaban sobre todo a este espacio que estaba abandonado y que no tenía nada que ver. Entonces, ahí surge esto. De que ciertos estamentos accedían a terapias de choque, como el electro, como el baño ahogado, como el coma insulínico, pero no había un criterio terapéutico, sino que estaba esto que te decía del castigo. Entonces, te portabas mal y te castigaban

E: Y ahí, por ejemplo, el tema de la contención, que hoy día es algo que está como bien protocolizado

Y: Bueno, en ese tiempo no había registros. El médico se llamaba cuando había algo grave, grave en términos de agresión o algún deceso y todo se resolvía acá, porque la derivación... tenemos que pensar que todo el sistema de salud estaba peor de lo que está ahora y ahora está re malo (risas). Entonces, obviamente no había derivaciones ni atenciones ni nada. Y, por otro lado, los sectores de agudo, que se suponía que había una intervención más multi profesional, la cosa iba mejorando, pero las hospitalizaciones eran muy largas y no existía esto de los derechos ni los deberes y no había nada

E: Y ahí, por ejemplo, la llegada a la democracia genera... hay un cambio importante que uno...

Y: Si, yo diría que sí, es que todo empieza a cambiar. La salud mental empieza a evolucionar incluso a finales ya de la dictadura o entre la dictadura, ya funcionaba este lugar que era la posta anti alcohólica... es que lamentablemente pasa que todos los grandes y buenos procesos, dependen de personas, entonces las directrices no eran claras, porque no siempre las personas que estaban en la parte directiva, digamos cumplían... no sé, yo me lo voy a permitir, como la formación o las características que debiera tener una dirección y jefatura, que ahí tu no solamente tienes que tener un conocimiento técnico, sino que tienes que tener aspectos que tienen que ver con el liderazgo. Entonces, por un lado, tienes que ser bien gerencial, pero por otro lado tienes que ser como bien motivador de tu gente. Después eso se cambió, se creó el servicio de adicciones que no estaba y que fue independiente a Z, yo no me acuerdo muy bien de los años, pero yo creo que ahí te lo pueden entregar acá y empezaron a llegar más terapeutas ocupacionales y ya yo la verdad, va a sonar medio como autorreferente, pero yo sentía que... siempre pensé que teníamos que sacar a la gente de los sectores, me refiero a los pacientes, porque el ambiente en el sector, es un ambiente que está muy contaminado por las enfermedades. Entonces, nos la jugamos y logramos tener lo que se conoció después como el taller central, porque como no había recursos, cada una peleaba por sus recursos. Entonces, yo dije "bueno, unifiquemos, pongamos todos los recursos" un poco como es la unidad de rehabilitación y ahí cada una se hacía cargo de su sector y traía y participaba. Pero siempre vinculada a los equipos médicos y de ahí entonces logramos... yo dije "bueno, nosotras, si en verdad manejamos la parte de la manualidad". Yo no le pego mucho, pero eso es nuestro fuerte, que era la confusión. Los demás profesionales y aun así pensaban que nosotras estábamos para hacer cositas con los pacientes

E: Claro, de ahí viene otra pregunta, pero en el fondo ahí uno ve como hay una estructura

que uno ve en Chile, como de jerarquía del estamento médico que es tremendamente fuerte y que se ve en temas de violencia a través de los sueldos, un médico gana mil veces más...

Y: Mira, te voy a dar un ejemplo. En esa época, estábamos en los noventa y tanto. Yo pertenecía a un servicio, porque acá se dividía en servicio. Servicio A, Servicio B. Cada servicio tenía cuatro sectores de agudo a cargo y una cantidad de departamentos de crónicos también. Y aparte estaban el CAE. A mí en ese tiempo me tocaba atender dos sectores, con cuarenta y tantos pacientes, un sector de hombres y un sector de mujeres. Cuando se hacían las reuniones clínicas, presentaban los médicos y nosotras asistíamos, pero había reuniones clínicas que nosotros no podíamos entrar. Nosotros llegábamos, yo era coordinadora de servicio también y el jefe de esa época decía "esta es una reunión de médicos, así que los profesionales se pueden retirar". O sea, había un maltrato espantoso y nosotros no éramos escuchados, porque no existía la posibilidad de organizarnos sindicalmente, ni a través de alguna federación, los colegios profesionales ya no existían. Aquí la gente acusaba, tú le caías mal y te acusaban. A mí me llevaron a la dirección, acusada de ser agitadora en ese tiempo, por unas colegas que simplemente yo no les era simpáticas y si el director de la época no me llama y me da... que es el doctor Gomberoff, no me llama y no hubiese conocido mi trabajo, yo creo que a lo mejor yo podría haber desaparecido. O sea, la cosa era así de tremenda. Entonces, si nosotros que estábamos en este estamento profesional nos tratábamos y nos mal tratábamos de esa manera, en los otros estamentos técnicos era peor y qué podíamos esperar para los pacientes. Entonces, fueron épocas muy complejas, pero en términos del recurso, nosotros todavía se pelea por salas en los sectores, que me parece que las han dado y bueno, se centralizo todo el recurso y yo dije con las colegas "oye, pero podríamos tener monitores" porque lo nuestro es una intervención sicosocial, las terapias de grupo y nos quedamos en hacer la manualidad. Entonces, ahí el director de la época... ya íbamos avanzando, se empiezan a contratar monitores, que es un poco el sistema, es muy parecido al sistema de rehabilitación que quedan a cargo de enseñar la manualidad bajo la supervisión e instrucción terapéutica nuestra

E: Tiene sentido

Y: Claro, entonces así el brazo nuestro se extiende y entonces mientras está funcionando, ponte tu yo tengo a cargo en estos momentos dos programas que es mueblería y literatura y mientras está el monitor acá y yo le he dado una instrucción y los pacientes están en condiciones, yo puedo ir a larga estadía, que es el lugar que yo atiendo o puedo evaluar o atender un paciente en consejería individual, sin tener que ya estar yo martillando o no se po...

E: Y eso es como en los noventa

Y: Claro, pasado los noventa

E: Porque el edificio este, el que era de crónicos, que es este de acá, el 96, de lo que me ha salido en las entrevistas, el 96 lo cambiaron...

Y: Ahí se arma. Antes del 96, nosotros estábamos en el taller central

E: ¿Y ese taller dónde estaba?

Y: Este taller está... uno sale de acá de la unidad de rehabilitación, te encuentras con un edificio donde hay una especie de patio, donde está la caldera, está abajo. Y en ese tiempo, la caldera se ocupaba a carbón. Entonces, nosotros, que era como una historia repetida, pedíamos recursos. Entonces decía "nosotros, taller central, ubicado frente a la caldera y la escoria se está metiendo por las puertas" la contaminación, estábamos llenos de guarenes. Pero el recurso ya había crecido y ya había mejorado. Mientras tanto, en esa época, estos pacientes, más terremoto y toda la cuestión, a los crónicos los ubicaron acá donde está la unidad de rehabilitación y yo me integro, en esa fecha yo solamente trabajaba con agudos, llego a este lugar, porque ya se empezó a considerar que la intervención en crónicos era bueno, porque estas personas tenían la posibilidad de egresar, ya se estaban creando los hogares protegidos, había que prepararlos, pero este era un sub mundo igual. O sea, si tu hubieses entrado... Anecdótico, llegué de taco y con falda y era horrible, los pacientes andaban absolutamente desnudos, defecados. Había, desde el techo donde está ahora la cafetería, se filtraban los baños, la orina, el excremento y había unas especies de galactitas que eran solamente formadas por las sales de la orina. Eso era. Los pacientes eran bañados por funcionarios, no todos, por eso te digo, porque no había control, con escobillones en el patio, en el invierno, manguereados. Y ya estamos hablando de los noventa

E: Claro, entre en el fondo del 85 hasta el 96. Y ahí, por ejemplo, cuál de los pacientes, los usuarios ¿cuáles eran los objetos más preciados? porque una de las cosas con las que trabajamos los arqueólogos, es con la basura, la basura da mucha información. Entonces, uno, no sé, por ejemplo, una de las cosas que... yo trabajé en otro proyecto de arqueología contemporáneo también como en espacios de exclusión y una de las cosas más relevantes eran los cigarros, que acá parece que también es así. No sé si hay otras cosas u otros elementos que hayan sido como muy importantes

Y: Mira, de los pacientes muy crónicos, yo lo que vi fue cajetillas de cigarros, en ellos hay un tabaquismo crónico instalado en la mayoría de las personas con problemas de salud mental, con mayor razón, porque lo que pasa es que el cigarro produce un efecto entre comillas terapéutico, porque ahí hay una descarga de neurotransmisores y entonces por eso es que se produce estas patologías dual, que se llaman, en que hay una enfermedad mental de base y además hay una adicción al alcohol, al cigarro o a las sustancias. Había en esa época un paciente, que era él el ejemplo, yo creo que todavía podría haber hecho mucho estudio con él. Él andaba desnudo, pero andaba con una polera que la usaba de bolsa y ahí echaba todo, pero yo me di cuenta también que había cosas también muy valoradas por él. El cigarro, que eran puras colillas, papeles, cajitas como de jugo o de leche, que tenían que siempre en relación como con la alimentación. Y en el caso de las mujeres, collares, carteras, pañuelos, como que el género definía de alguna manera como cuál era la preferencia. Y en otros derechamente... y comida. Esta cosa como de guardar la comida y que tú lo puedes ver incluso hasta ahora. Es como la necesidad de poder atesorar aquello que tú no sabes si vas a poder volver a tenerlo y yo creo que eso tiene que ver con las privaciones y deprivaciones en su vida personal dentro de la institución. Porque no pueden acceder muchas veces por su condición a un supermercado, etc. entonces, viene a la cafetería y compran todo. Entonces, si tú ves, te encuentras con *sanguchitos* que están verdes, que se yo, pero la comida tiene un protagonismo, que yo creo que está muy relacionado con las carencias. Y yo creo que no solamente con la carencia en términos de la alimentación, sino que, en términos de la significancia, que es el alimento desde lo psicológico

E: Claro, lo emocional que tiene que ver con la comida, que genera placer comer, un montón de cosas

Y: Claro

E: Y, por ejemplo, con el tema del aseo ¿cómo ha ido evolucionando el tema del aseo de los usuarios? porque comentabas que los bañaban así con mangueras y escobillón

Y: Es que lo que pasa es que dentro de lo que es la institución hay ajustes secundarios. Los pacientes que estaban mejor y menos dañados, incluso en las primeras épocas, se posicionaban en relación al personal, de una manera tal, que ellos prestaban un servicio y entonces eso significaba tener también ciertos privilegios, en todo sentido, en la comida, en el aseo, en el acceso. El agua caliente en aquellas épocas de los 80, de los 90, era atesorada. O sea, tener agua caliente para hacerte el tecito era, pero super. El resto de las personas que no estaba en condiciones, era asistido por el personal, pero la infraestructura no siempre favorecía el aseo y la prolijidad en esto. En la medida en que fueron llegando los equipos y fueron llegando los enfermeros universitarios también, que podían, cuyo personal dependiente de ellos, son precisamente el personal, los TENS y el personal de servicio, se pudo hacer una tutoría y una supervisión y una instrucción mayor y eso fue mejorando. Uno tiene que tener presente que las personas que tienen algún problema de salud mental, muchos de ellos, no hay una preocupación por su aseo personal. Y eso no tiene que ver... es algo sintomático, no tiene que ver con que sean sucios. Evidentemente que la cultura influye, tenemos que pensar que, en ese tiempo, en los hogares más deprivados, no había calefón. Bueno, ahora no hay plata para comprar gas. O sea, las personas se lavan la cabeza, en la cosa cultural, una vez a la semana y se bañaban una vez a la semana. Entonces, tampoco la institución... sobre todo en estos espacios de crónicos, no contaba con los recursos. En los sectores era distintos, porque había una permanencia tanto del personal técnico como médico, mayor. Y eso fue mejorando con el tiempo, pero igual hay falencias en relación a eso

E: Y ahí, por ejemplo, una cosa con respecto al personal ¿ha habido cambios en la vestimenta del personal? o sea, hoy día... cuando uno entra a este espacio, hoy día uno igual puede identificar quien es trabajador y quien es usuario generalmente. Pero hoy día, por ejemplo, las diferencias de los vestuarios no son tan impresionantes como podría haber sido antes, que es algo que marca mucho también el tema de la jerarquía dentro de las instituciones

Y: Claro, o sea, el delantal blanco siempre ha sido un símbolo de la salud. Y yo creo que en ese sentido ha ido cambiando, pero mucho, como tú ves, yo no uso delantal. Antes si lo usaba, porque yo creo que los espacios también determinan la forma en que tú te relacionas con el resto de las personas y como te reconocen también. Nosotros usábamos delantal blanco, los médicos usaban delantal blanco, pero por escuela, nosotros teníamos que tener un uniforme verde o con una rayita verde. En ese tiempo, nosotros nos comprábamos el nuestro, porque no había recursos para poder comprarlo, pero los enfermeros siempre tuvieron la cosa azul marino, que es el enfermero universitario. Y también el personal técnico tenían sus uniformes, que eran celestes, me parece, en esa época. Había como una mayor preocupación, pero me da la impresión, la verdad es que ahí no... no se si la institución se los facilitaba, por lo menos a nosotros no. Después, en la medida que fue la cosa avanzando, nos fueron proporcionando y entonces también,

como la intervención y la mirada, tuvo una mirada mucho mas de rehabilitación, entonces, dentro de la institución se crea lo que es el hospital diurno, que esto ya derechamente tiene una mirada mucho más innovadora que una intervención terapéutica más horizontal con los pacientes, que es algo más comunitario. Y ahí la gente que trabajaba, los profesionales, no usaban uniforme

E: ¿Y eso es antes de los noventa?

Y: Antes de los noventa, eso empieza a surgir de esa manera y nosotros que teníamos que estar, porque los pacientes que llegaban muy agudos, te sacaban la mugre, entonces el hecho de alguna manera de que te vieran con el delantal, te identificaban. A veces era bueno, a veces era malo. Después tú te vas dando cuenta en el tiempo y como ha ido evolucionando, como pasa con las alumnas, por ejemplo, en que a uno los años, de alguna manera te protegen. Y también la experticia, si uno tiene que reconocerlo. Entonces, yo puedo desde mi formación, manejar las distancias con los usuarios y ellos me identifican y no tengo problema. Pero si viene alguien, por ejemplo, de tu edad, vestida como andas tú, entonces las distancias se pierden y tiene que haber un reconocimiento del paciente en relación al terapeuta, independiente del estamento al que pertenezca, entonces es bueno. Y en eso el delantal ayuda

E: Y con respecto a los vestuarios de los pacientes...

Y: Como en principio dijimos, ellos siempre tenían carencias. Después se empezó a tener un sistema en el cual como no tenía, que eso se instauró en Putaendo. Putaendo marca un ícono también en la salud mental en el país, en que llegaban a Putaendo pacientes muy devastados, incluso derivados desde Santiago. Entonces, el equipo que se forma ahí, que es un equipo muy pro, también había terapeuta ocupacional, una colega que es muy destacada, empiezan a pensar donde operan los recursos y se empieza a trabajar y actualizar la situación social de los pacientes y tienen derecho a pensión. No todos podían manejarla, que es lo que pasa acá, porque no eran independientes, porque además había una mezcla, al igual que en Putaendo, de pacientes que tenían patologías psiquiátricas, patologías neurológicas, déficit intelectual, todo junto, todo mezclado. Entonces ahí, en el gobierno de la época, no me acuerdo, no sé cómo lo logran, pero ellos empiezan en beneficio del usuario, del paciente, dicen "ya, si él no lo puede invertir, entonces nosotros vamos a tomar estas platas y las vamos a invertir en recursos humanos, materiales, entre ellos las ropas, útiles de aseo, para estas personas" y se instaura en esa época allá, un modelo conceptual que era el cognitivo conductual, que también se instauró en el Open Door, en El Peral y empiezan a trabajar con un sistema de fichas y que también funcionó durante unos años acá

E: Ah, que eso fue como en los 80

Y: Claro, y ahí entonces empieza a funcionar y se empieza a instaurar y a modelar conductas y todo lo demás. Eso entonces hizo que la calidad de la vestimenta y los jabones y todas las cosas pudieran seguir y nosotros como terapeutas fuimos protagonistas, porque teníamos que ir a comprar y ver y de alguna manera cautelar, lo que fue bastante complejo, sin comentarios. Y ahí empezó a mejorar, pero después eso también significó que llegaran más recursos materiales para trabajar de larga estadía en el lugar que todavía funciona, ya estaba el edificio, los talleres estuvieran más implementados, se comprara material para entrenar a las pacientes en el uso del servicio para que salieran las

comunidades que son parte de ella, muchas de las que han salido de hogares protegidos dependientes de la institución y otros que tienen como su contraparte. Entonces, eso mejoró. Pero después, desde la contraloría sale un dictamen que no se puede porque es plata de ellos, entonces no puede ser tocado y ahí por lo menos se cortó lo que tenía que ver con la contratación, porque teníamos fotógrafos, profesores de música, pintores, que estaban en los talleres de arte y que potenciaban nuestra labor con terapeutas ocupacionales. Entonces, se dejó solamente lo que tiene que ver con las ropas y con las cosas más personales

E: Y eso en qué minuto sale, ese dictamen de la contraloría

Y: Hace mucho tiempo ya, no me acuerdo. En los 2000. La que maneja mucho las fechas es la Maritza. Y eso cambió. Entonces, ahora qué es lo que hacemos nosotros, que eso ha tenido resistencia. Por ejemplo, yo que estoy en larga estadía, porque los pacientes que vienen a corta estadía traen sus propios recursos, ellos administran sus pensiones y todo lo demás. En larga estadía y en hogares, los pacientes, ya se está modificando y algunos ya tienen su tarjeta y su cuenta rut y ellos administran su plata con la supervisión del profesional a cargo, que puede ser un terapeuta, un enfermero, un asistente social, pero las personas que están acá y que están más devastadas, se les compraba a granel. Entonces, dependía mucho del criterio y yo te digo hace poco, de una profesional que estaba ahí, tremenda, maligna y entonces era como una especie de campo de concentración la cuestión. Entonces, todo en invierno, todo es con buzos de polar, la misma talla. Entonces, tu veías a una persona con cien kilos con el buzo y la otra de treinta y cinco kilos, ahí con los zapatos chancleteando. Y hubo muchos intentos, hubo mucha participación nuestra en larga estadía que facilitó el egreso. Hubo equipos que trabajaron a concho, con buenos y resultados medianos y finalmente nos quedamos con esta población pequeña, que son alrededor de 26 mujeres y 26 hombres. A mí me toca estar con las mujeres. Y una vez que egresan... por eso te digo que eso no debiera pasar, no debiera depender de las personas, tiene que ser de las directrices de la institución y que haya supervisión de lo que está pasando. Entonces, nosotros más o menos de hace dos años, tres años más o menos, estamos participando el equipo multidisciplinario y entonces se han tomado las tallas de nuevo y les preguntamos a ellas lo que quieren y el color que les gustaría.

E: Claro, y que tiene que ver con la identidad. Y tus propios objetos, tu propio shampoo, no sé, tu tipo de pelo

Y: Exacto, claro

E: Y bueno, y yendo un poco a la parte de las estructuras, cuando llegó a trabajar, el frente y el lado de Santos Dumont también era parte del...

Y: Lo que pasa que al frente era psiquiatría infantil con una construcción antigua, de adobe. Eso también hace su parte el terremoto y ahí entonces psiquiatría infantil, que era absolutamente independiente de nosotros, ellos funcionaban...

E: Y eso quién lo manejaba ¿de quién dependía?

Y: Mira, yo no me acuerdo muy bien si dependía de acá, pero ahí había un jefe de servicio, un psiquiatra infantil. De lo administrativo no me acuerdo

E: No hay tanto, porque yo creo que a lo mejor administrativamente no estaba tan asociado acá

Y: Yo creo que sí y además que era distinto. Además, tenían ellos hospitalizados, era un lugar bien complejo en términos de la patología de los pacientes, o sea era pacientes bien graves. No había, me parece, psiquiatría infantil en otras áreas. Y bueno, después se produce un cambio y siquiatria infantil se anexa como dependencia al Roberto del Río, en el hospital de niños del área norte. Y eso se demuele, se viene abajo y entonces se construye muy al fondo, está este edificio y que ahí se trasladan estos pacientes que vivían en esta construcción de adobe, que se derrumba, son trasladados ahí. Y ahí estaban todos juntos, no había diferencia en términos de pacientes más jóvenes...

E: Pero de género siempre hubo distinción

Y: Ahí había solamente hombres. Siempre hubo en términos de hospitalización solamente hombres, nunca hubo mujeres. Y siempre con la custodia, evidentemente, de gendarmería. Y las mujeres en esa época, hasta hace poco, yo no sé si todavía, se hospitalizaban en sectores de agudo, lo que era bastante complejo, porque llegaban con la custodia del gendarme, salían encadenadas y las demás, imagínate una persona con problemas paranoide, o sea, era muy, muy complejo. Y, por otro lado, la formación del personal de gendarmería, digamos no se compadecían mucho con la conducta que debieran tener en un espacio de salud mental, entonces era muy complejo. Y entonces después, la parte judicial empieza a crecer y se empiezan a crear estos otros departamentos y no es que se cree el espacio, la construcción, sino que ese espacio que ocupan ahora, era ocupado por departamentos de crónicos de hombres, que fueron egresados, que murieron muchos, que fueron dados de alta, etc.

E: Y en ese contexto, hoy día la población usuaria, en general es más joven que lo que era cuando usted trabajaba

Y: Claro, ha ido cambiando el perfil, absolutamente. En larga estadía quedan las usuarias que yo conocí hace cuarenta y tantos años, entonces era una unidad y todavía tiene algunas características de sicogeriatría, pero las pacientes que tienen entre setenta, ochenta y tantos años son las menos. Ahora la media está como en los cincuenta. Y evidentemente que el perfil ha cambiado, absolutamente

E: Y hay usuarias que usted conoce desde que usted llegó y que siguen acá

Y: Desde que yo llegué

E: Impresionante, toda la vida

Y: Si... toda la vida. Y hay una que me dice, me da tanta risa, nos conocemos y me dice ella... que ella es una paciente que tiene un diagnóstico que le permite ser más cercana, que es una persona que tiene esquizofrenia. Entonces, yo me la encuentro y me dice "¡Hola!" pasa una cuestión bien divertida, porque para mí es fundamental, que es lo que yo quería toda mi vida acá, la relación que el terapeuta establece con el paciente, que era como cuestionado, pero es lo fundamental y que ahora se ha validado mucho. Así que cuando ella me ve, me dice "¡Hola mamita! ¿cómo está? la eché tanto de menos" - "¿De

cuándo que nos conocemos? usted tenía quince ¿se acuerda?" somos como de la edad. Pero claro, a ella la hospitalizaron aquí a los catorce años y tiene sesenta y cinco. Y fue como de castigo, ah. Entonces, claro, y eso ha ido cambiando. Si, definitivamente ha ido cambiando. Entonces, tú también desde tu intervención como profesional, tienes que ir cambiando también la mirada

E: Y bueno, me imagino también que esas usuarias, además hoy día tampoco podría ser gente que pudiese vivir fuera

Y: Esa gente tiene que tener, mira, uno siempre parte de la premisa, siempre hubo una mirada desde los equipos anteriores, una mirada más institucionalizadora. Entonces, yo creo que ninguna persona merece vivir y morir en el hospital, a no ser que tu necesidad en términos sicopatológico requiera de un personal especializado. Me explico. Que tenga, en el caso de los epilépticos, crisis muy grave, que necesites atención y apoyo en enfermería, porque no los van a recibir en un hospital general... siempre va a haber un grupo que va a quedar, pero yo me atrevería a decir que por lo menos en la unidad donde yo estoy y de las veinte y tantos, por lo menos debieran salir ahí veinte. Y que en eso estamos, digamos. En eso estamos, porque como yo presto servicio, yo soy del servicio de rehabilitación y que tiene a cargo hogares y que está en esa gestión. Nuestro jefe que es Cristián Mena, somos de la misma mirada, independiente de la edad que tengamos cada uno. No se van a poder ir a vivir solos, pero si tienen cabida en hogares protegidos con una supervisión y una atención dentro de lo que es la comunidad, es lo menos que se merece si hablamos de derecho. Muchas de ellas no se quieren ir, porque están institucionalizadas y este es el espacio que conocen, entonces se asustan y a las pocas que les quedan familiares, los familiares les dicen que no se vayan, porque tienen miedo a que se las vayan a dejar a las casas, porque la gente construye su vida y está bien. Nunca se hicieron cargo, pero por otro lado no quieren, entonces las asustan y ellas se ponen así... pobrecitas, porque... claro, entonces ahí tú tienes que dar un apoyo tanto al familiar para tranquilizarlo y por sobre todo a la usuaria

E: Eso, te agradezco

Transcripción Wally Schalatar

Duración de la entrevista: 43 minutos Entrevistadora: Javiera Letelier (E) Entrevistada: Wally, Terapeuta Ocupacional (W)

W: (...) Entonces todo lo que era más antiguo se cayó y ahí se hicieron construcciones nuevas y yo no sé si lo que está en el estacionamiento atrás, porque yo me acuerdo cuando llegué, todavía había como cascarones de algo y con bigas así de pino Oregón, de roble, que todas esas se rescataron y se llevaron al taller de carpintería. Además, yo amo las maderas, entonces dijeron que eran puros palos y no, era pino Oregón, esta cuestión vale mucho. Es decir, imagínate un mueble con pino Oregón, con esa beta tan bonita y claro, ahí como que empezaron a "bueno, rescatemos, se cepillan" porque había algunas que estaban como medias negras o medias quemadas, pero algo tiene que quedar, es decir, quizás no toda la biga, lo que está bueno se puede usar, pero si... no, si este hospital... además que yo diría que, no sé de otros hospitales, pero este fue construido para siquiatria. Si tú te fijas, solamente el edificio de dirección tiene tres pisos y todos los demás son de dos pisos, por los riesgos. Porque años atrás, cuando yo era relacionadora pública, vino un arquitecto y quería hacer como una gran torre, esa era su idea. Entonces, yo le dije "no, porque tendrías que tener todo con rejas, sería una torre de fierro y cemento" y me dijo "pero por qué, tiene que llegar mucha luz" y yo le dije "estamos de acuerdo, por eso esto parece un potrero, un fundo, efectivamente necesita mucha luz, pero no puedes poner mucho en altura, porque cuando hay riesgo suicida, es decir, a más altura, más peligro" es decir, ya dos pisos es complejo, porque igual se han lanzado a veces pacientes, pero no se han llegado a matar. Ha habido fracturas, unos han quedado con problemas de parálisis, pero no se han matado

E: ¿Y en qué año llegaste acá?

W: Yo hice mi práctica acá en el 87 y después llegué a trabajar en el 94 hasta ahora, ininterrumpidamente

E: ¿Y tú cargo?

W: Yo soy terapeuta ocupacional

E: Una de las cosas que estoy viendo en la tesis es que en el fondo hay edificios que cambian, por ejemplo, este de acá...

W: Este era una sala de pacientes hospitalizados

E: Que en el fondo uno ve que no cambian las estructuras, por eso son super importantes las entrevistas, porque no cambia la cascara, pero si cambia el uso del espacio

W: Claro, este edificio fue usado creo que hasta el año 96, porque aquí funcionaban dos grandes estadias, dos unidades de crónicos, donde me parece que el segundo piso era de mujeres, hay menos riesgo de que las mujeres se lancen. Y si tú te fijas, todo está pensando para que los primeros pisos sean de varones y los segundos de mujeres, hay excepciones. Y esto también creo que era el primer piso de varones y el segundo de mujeres. Y cuando fueron trasladadas me parece a una clínica o se agruparon en larga

estadía, que era el departamento 12, que los dos pisos eran de mujeres. Y ahí nosotros conformamos la unidad de rehabilitación y limpiamos esto, que era asqueroso y lo transformamos. Entonces, todo lo que son los talleres, eran las salas, los dormitorios. Y los otros, los más chicos, eran, por ejemplo, la clínica, las áreas de box médicos, todo eso, ropería, que ahora se transformaron en oficinas, etc. Por ejemplo, la última, lo que es repostería, eso era un dormitorio y hubo que hacer todas las conexiones para instalar un lava platos y se fue como remodelando por dentro. Ahora, si tú te fijas bien, todas las ventanas son de aquella época, son con rejas, con muy mala ventilación, que es lo que hemos estado peleando nosotros, porque, claro, antiguamente eran seis a ocho pacientes por dormitorio, donde solamente estaban de noche, podían salir al patio, pero ahora como se usan de talleres, la cantidad de personas aumentó, entonces la ventilación ya no es suficiente. En un taller puede haber 20 personas, entonces en invierno con estufa, entonces es como complejo, pero si lo adaptamos

E: Y cuál fue, cuando tu llegaste a hacer tu práctica y luego en el 94, tu primera impresión cuando llegaste a este lugar

W: Oh, es que cuando yo llegué a este hospital, era tan terrible, era todo oscuro. Yo me acuerdo que yo llegué a hacer práctica, terapia ocupacional funcionaba abajo, ahí donde están los gremios ahora, todo eso era el taller de terapia ocupacional, entonces había carpintería, había pintura, costura y otras cosas y nosotros subíamos, porque no trabajábamos con pacientes ambulatorios como ahora, sino que eran solamente los hospitalizados que venían en grupos al taller. Entonces, había que ir al sector y los sectores eran lúgubres, porque ya han tenido, no sé si una o dos remodelaciones los sectores, pero en aquellos tiempos eran lúgubres, era feo, "yo no quiero estar aquí", etc. Y después, cuando volví a trabajar, empecé trabajando en el departamento 9, lo que es ahora la UDAC, el segundo piso del edificio que está casi pegado al casino. Eso era larga estadía varones, departamento 9. Y claro, todo funcionaba en el segundo piso y también los baños eran precarios, porque en aquella época, es decir, siempre hemos recibido muy poca plata del ministerio para lo que es salud mental, en aquellos entonces se recibía menos plata, al punto que uno tenía que traer el jabón de su casa, tenía que traer el papel higiénico de su casa, porque nada de eso estaba considerado dentro de las necesidades de las personas que trabajaban acá. Ahora tenemos esas garantías, pero antes no existían

E: Y eso, por ejemplo, ¿está asegurado también para los usuarios?

W: Claro, porque ellos de alguna manera tenían pensiones y con eso se les compraba los útiles de aseo y la ropa. Pero se les compraba a todos jeans, camisas escocesas, calzoncillos, entonces uno después lo único que hacía era marcarles por dentro para tratar de mantener la individualidad, pero se ensuciaba la ropa, se echaba todo en un canasto, iban a la lavandería y después agarraban cualquiera y se lo ponían. Entonces, era como una ropa comunitaria, no estaba esta cosa de la propiedad, de "esto es mío" de uso personal. Y lo mismo pasaba, por ejemplo, con el shampoo, que a todos los bañaban con el mismo shampoo. Entonces, ahí empecé yo a trabajar el "ya, esto es suyo, entonces, cuando usted se vaya a bañar, llévelo, este es su jabón, colonia, úselo usted y este es su confort" y de ahí poco a poco empezamos a trabajar con eso para un poco darles el sentido de persona

E: Y entonces hoy día los usuarios tienen sus propias cosas

W: Tienen sus cosas, a excepción de, que yo hace tiempo que no trabajo en larga estadia, pero me parece que, en larga estadia, los pacientes que están postrados, por ejemplo, ellos funcionan casi como con batas comunitarias, que sería como en un hospital común, pero el resto es más individualizado, se trata por lo menos, se trata. Y muchos de estos pacientes, después fueron derivados a hogares protegidos, después de trabajar todo lo que son las actividades de la vida diaria, es decir, como comer, mantener la limpieza personal, todas esas cosas, fueron derivados y el hospital tiene como 30 hogares protegidos. Entonces, ahí se conforman en grupos más pequeños, de ocho con dos cuidadores. Entonces, es como una familia, una familia distinta, pero donde ellos pueden acceder a ir a comprar su ropa, elegir su ropa, donde uno como terapeuta los guía "sabes que esto no te queda bien, por qué no buscas algo más" pero al final la decisión la toma el usuario y nos entregan la plata y nosotros rendimos con boletas "esto es lo que se compró" "si ustedes quieren ir a ver la ropa, está allá" y eso

E: La terapia ocupacional también está con los usuarios de los hogares protegidos

W: Si, habemos dos terapeutas que tenemos hogares, después hay asistentes sociales que tienen hogares, porque tenemos seis hogares que dependen directamente del hospital, es decir, con encargados desde el hospital. Y los otros están licitados a personas externas. Y la idea es que uno salga con los pacientes, los ayude a comprar, que ellos, por ejemplo, si bien igual reciben los útiles de aseo con plata que se compra masivamente, ellos como reciben parte de la pensión, puedan comprar lo que ellos quieran. Entonces, de repente "no, es que esta colonia no me gusta, yo quiero que me compres esta otra" o yo quiero este jabón específico" o desde que "por qué no pedimos comida hoy día" o se pide a alguien que entregue comida y se les dice "ya, hoy día todos van a poner plata y van a almorzar" y se compra comida afuera, que es como una vida mucho más normalizada, que es lo que uno haría "oh, no estoy con ganas de cocinar, queremos comer algo rico" ya, compramos comida afuera, la traemos para la casa y la hacemos. Mis pacientes ya están tan añosas que cuesta mucho llevarlas, en los taxis me caben solamente tres más la cuidadora, entonces necesitaría como tres taxis para llevarlas a cualquier lado y ya las necesidades son distintas, cada tanto quieren ir al baño, entonces preferimos traer la comida a la casa, que es un lugar que ellas conocen, se movilizan bien, pero, sin embargo, pueden tener estas garantías

E: Y en general son gente mayor

W: En general, tengo tres que son más jóvenes, cincuenta años y las otras ya están bordeando los setenta, ochenta, entonces ya es complejo

E: Y desde cuando tu llegaste ¿cuál es el hito más importante?

W: El 96, cuando se creó la unidad de rehabilitación, porque ahí pasamos de tener esos dos talleres que teníamos abajo a tener este abanico de prestaciones, donde efectivamente las personas pueden elegir de acuerdo a sus intereses y sus habilidades, qué es lo que quieren hacer

E: ¿Y la oferta de talleres es algo que definen con los usuarios?

W: Definimos con los usuarios y un poco con las habilidades de las terapeutas, porque, por ejemplo, no sé, si tú me dices un taller... por ejemplo, hay algo que siempre han

querido los usuarios y que es música. Yo con cueva toco el timbre y salgo desafinada, es decir, canto como el forro, entonces si bien me encantaría que ellos pudieran participar, tenemos instrumentos, porque en algún momento tuvimos profesores que venían y se les pagaba con los fondos de pensiones de los usuarios, pero como ahora vienen otros pacientes de sus casas, que nosotros no tenemos acceso a sus pensiones, tuvimos que cortar eso, porque o si no estaríamos haciendo mal uso de plata de unos pocos para pagarle a otros pocos, porque el hospital no tiene plata para contratar profesores. Entonces, tuvimos que suspenderlo. Tuvimos profesor de fotografía, tuvimos profesor de música, profesor de teatro, de danza. Algunas veces han venido a hacer como ad honorem cosas, por ejemplo, el taller de pilates partió con la mamá de una colega que venía a hacer pilates ad honorem, hasta que se fue y yo era la terapeuta que la acompañaba en el taller y me dijo "no, yo te voy a dejar los ejercicios" y yo me sentía super insegura, hice el curso de instructor de pilates, me lo pagué yo y ahora yo puedo hacer pilates tranquilamente. Entonces, tiene que ver con las habilidades de cada terapeuta. Lorena es artista, entonces ella tiene el taller de arte. Entonces, no sé, hay otras que le pegan más a la cocina, que le pegan al maquillaje. Entonces, de acuerdo a esas manualidades vamos tratando y tratamos que las personas, los monitores que están casi siempre en los talleres, tengan ese perfil cuando se contratan, que sean, por ejemplo, el que está en computación, que cache computación, la que está en multi taller, que tenga estas manos divinas creadoras y lo hace perfectamente y de hecho se ganó un premio hace poco

E: Ya y son todos terapeutas ocupacionales los que están a cargo de los talleres

W: Todos los talleres tienen un terapeuta a cargo y además los que funcionan como todo el día tienen monitores, que cuando no está el terapeuta, el monitor es el que está ahí con los usuarios y uno ya le ha dicho "sabes que tenemos que trabajar esto" y nosotros como tenemos que andar moviéndonos, porque tenemos horas en hospitalizados y horas acá, el monitor es el que se queda ahí y él nos informa de cualquier cosa que pase

E: Y por ejemplo las cosas, no sé, la otra vez vi el taller de mueble, eso lo venden ¿esa plata para qué queda?

W: El taller de mueblería, me parece que eso se redistribuye a los maestros y una parte es para los maestros y otra parte para comprar insumos

E: Y ahí, por ejemplo, hay talleres o parte de la terapia ocupacional tiene que ver con reinserción de...

W: Tratamos, es decir, ahora está siendo más factible, porque tenemos más población joven. Cuando recién empezamos eran los crónicos los que venían y ya las habilidades blandas había como desaparecido, el poder manejarse afuera era mucho más complejo. En cambio, ahora se está haciendo un trabajo, así como super importante. El sector 1, que son los primeros brotes, a través de Cristián Mena, la misma Lorena, los rescatan rápidamente y empiezan con esta cosa de la terapia ocupacional. Acuérdate que poco a poco se ha ido abriendo el campo de la salud mental, pero sigue siendo estigmatizada. Antiguamente era peor, entonces, esta gente se ocultaba y las familias toleraban a estas personas distintas mucho tiempo en las casas y ya cuando uno trataba de integrarlos, ya no... a mí me pasó muchas veces escuchar a madres que decían "es que él no puede trabajar, él es enfermito" y yo le decía "pero tiene las dos manos buenas, puede caminar" - "no, es que él es enfermito, si yo no dejo que haga nada en la casa" - "pero señora, él

puede hacer su cama, puede ir a comprar a la esquina" entonces se tuvo que hacer todo un trabajo con la familia, porque como que todavía sigue siendo como que la siquiatria invalida para siempre a las personas y las familias, lamentablemente, en este afán de cuidarlos, los invalidan mucho más. Entonces la confianza personal desaparece, ya no se creen capaces. Los tiempos, por los mismos fármacos y por esta falta de rutina, esta rutina tan pobre que tienen, son mucho más largos, porque les cuesta mucho más desempeñar una función, que si tú lo haces todos los días. Entonces, ahora nos está yendo mucho mejor con la reinserción escolar, laboral y todas las cosas, porque hay cabros más jóvenes, como te todavía, es decir, no les tocó vivir esa cuestión de "pobrecito, no puede hacer nada". Entonces todavía y nosotros le potenciamos más "no, si tu podí, tu podí" y los lanzamos

E: Y trabajan con gente de qué edad en adelante

W: El hospital trabaja desde los dieciocho hacia arriba, entonces cabros que llegan, tratamos de tomarlos, de guiarlos, de ayudarlos, de apoyarlos. De repente, no sé, me llegan personas con cincuenta y tantos años "que quiero trabajar" le damos, mientras tanto uno les ofrece la posibilidad de acceder a los talleres para que, uno, enriquezcan esa rutina tan pobre que tienen en su casa y dos, para que estén en contacto con otras personas, porque el estar en la casa también hace que... es decir, les falte todas estas habilidades sociales, cómo comportarse con el otro, cómo hablarle, cómo acercarse. Entonces, el poder venir y estar en contacto con otras personas, poder contar distintas cuestiones, favorece mucho el que después puedan encontrar un trabajo y ya sepan desenvolverse más fluidamente

E: Y ahí desde dieciocho años para abajo, dónde se...

W: Mira, el Roberto es hasta catorce con once meses veintinueve días. Entonces, ahí hay un vacío, que siempre ha habido, que es entre los quince y los dieciocho. Eventualmente hemos recibido pacientes jóvenes. Porque a través de los jueces que obligan la hospitalización, etc. pero en rigor, por los riesgos, nosotros somos un hospital de adultos. De hecho, cuando llega... y por eso se creó un poco el sector 1, que es como de jóvenes, porque los riesgos de un chico de dieciocho años con personas adultas, cuarenta y cinco, treinta, cincuenta, sesenta, es muy alto y no podemos estar punto fijo con ellos. Es decir, no están los recursos, no es como una clínica privada que hay un cuidador especial, que poco menos que va al baño con la persona, no, aquí somos un hospital público donde los turnos son de cuatro personas y sería para treinta y tantos pacientes, que también es una cantidad baja para el tipo de pacientes que nosotros vemos. Se ha peleado eternamente con el ministerio, que aumenten las votaciones, porque los riesgos, es decir, uno para el personal y otro entre los mismos usuarios, es muy alto. Porque imagínate, no sé, se arma una pelea, hay cuatro personas que tienen que entrar ahí a tallar y claro, si tú lo miras así, cuatro que cuidan a treinta... y nuestros pacientes no están en cama como en los otros hospitales, que tú vas y están todos en sus camitas. Aquí nuestros pacientes caminan todo el día. Es otro perfil de pacientes. No es el paciente que va al hospital porque realmente se siente como el forro "por favor cuídenme y ojalá me den algo para que no me duela". Aquí para empezar nuestros pacientes no quieren estar hospitalizados porque no hay conciencia de enfermedad. Entonces ya es algo más complejo y más encima se levantan todos los días, caminan y van y "oiga lléveme", "oiga deme", "yo quiero llamar por teléfono" entonces es otra la dinámica que requiere efectivamente mucho más ojo

E: Claro, de hecho, requiere más personal

W: Te das cuenta, porque se movilizan, porque estando todos en cama, ah, están todo ok

E: ¿Y aquí funciona como hospital de día?

W: No, hospital de día no funciona. Tenemos centros diurnos, que ese funciona afuera. Tenemos la unidad de rehabilitación, que es esta. El policlínico, que es donde se atienden todos los pacientes ambulatorios. Está la unidad de sicología, que es como el segundo piso, donde está la dirección, que ahí están los sicólogos, etc. Está esta unidad que te digo yo, de ITP, que se llama intervención temprana en Psico, que toman a todos estos chicos jóvenes con cuadros sicóticos y bueno, además de todo el policlínico que tiene distintos programas de acuerdo como a las patologías. Tenemos toda la parte de hospitalizados, son ocho sectores, donde el 1 es para jóvenes, después tenemos el 2, el 6 y el 8 que son de damas y el 3, 4, 5 y 7 son de varones. Y dos unidades de larga estadía, una de damas, otra de varones. Tenemos la UEPI, que eso ya es como más judicial, que es la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas. La UDAC y ahí si recibimos cabros muy, muy jóvenes, que es la unidad de adolescentes en conflicto con la ley. Generalmente son chicos con poli consumo, robo, etc. Y el SETA, que se está remodelando, que es el servicio de estabilización de trastornos adictivos y la unidad de urgencia, que esa funciona todo el año

E: Comentaste que tu estas a cargo del teatro ¿cómo surgió eso?

W: También te comenté que fui relacionadora publica de este hospital mucho tiempo

E: ¿Y por qué fuiste relacionadora pública?

W: Insisto, habilidades. Es que el circo pobre... claro, porque en algún momento empezó a llegar gente y nunca me dio vergüenza hablar con gente. Entonces trabajaba y me dijeron "ya, tu, atiende a las personas y encárgate de esto" entonces era hacer mi pega de terapeuta, el contrato es por terapeuta, más esto otro que tampoco es todos los días. Después, contrataron un periodista y a mí el teatro desde el día uno que lo vi, yo me enamoré del teatro y dije "pero como, esto es magnífico" y lo amaba, al punto de querer dormir una noche ahí, para ver si efectivamente había fantasmas y no sé qué. Y hace poco, como siempre fui la relacionadora pública y tenía mucho que ver con el teatro, el doctor (no se entiende [00:26:13-6](#)) decidió nombrarme como la administradora del teatro, por todo este cariño que yo creo que le tengo y generar un calendario, porque estaba muy desorganizado, ver parámetros para cuidarlo, que la gente que lo pedía tuviera que llenar como una ficha donde se hacía responsable y así quedé yo a cargo del teatro, entonces no fue porque yo dije que quería ser, sino que "oye, tú que cachai esta cuestión, hazte cargo" es un poco eso, pero no más que eso

E: Desde que tu llegaste ¿cuál ha sido el uso del teatro?

W: Mira, históricamente el teatro se usaba para todo, para fiestas, para juntar plata, se hacía ahí adentro los completos, era así para todo. La historia cuenta que, en la época de la dictadura, incluso fue usado como bodega de excluidos, son los muebles que no se usan, entonces se excluyen del uso y se embodegan, porque como están inventariados, no los puedes dar de baja. Cada mueble viene asociado a un nombre. Es decir, si a mí se me

pierde una silla, yo tengo que pagarla. Si a mí se me pierde un cuchillo con numero de inventario, tengo que pagarlo porque yo soy la responsable de cuidar ese bien público. Entonces, eso fue usado como bodega. Y después yo veía como hacían fiestas, como de repente para el 18 ponían unas cuestiones y tiraban pelotas contra los muros. O sea, ya está deteriorado y tiraban pelotas, jugaban poco menos que pichanga, los cabros entraban con los helados, la gente entraba comiendo. Si se hacía cuenta pública, se servía la torta ahí, te entregaban el vaso, a la gente se le caía la torta al piso. Se prendían los hervidores, humedad adentro del teatro con lo poco y nada de fresco que va quedando. Y yo decía "no, no, esta cuestión se va a morir". Y hace como tres o cuatro años atrás vinieron los encargados del Womad, del festival que se hace aquí en avenida La Paz, vinieron a solicitar el teatro. Entonces, empecé a preguntar que querían hacer y ahí ya fue así como mucho más movido, porque artistas venían y grababan acá adentro del teatro y realmente ahí floreció, porque empezamos a darle como más... porque como no podemos arrendar el teatro, somos una institución pública, yo pido a cambio. Entonces, esa vez vinieron artistas, ponte tú terminó Womad y nos hicieron una presentación para toda la comunidad hospitalaria, pacientes, médicos, estábamos todos metidos allá adentro. Y ya hemos tenido dos veces a Nano Stern y han venido otros grupos. Y ahora lo perfilamos como "no se puede comer adentro" o es para clases o es para congresos, simposios. Hemos invitado bandas de la Fuerza Aérea, Carabineros, que vengan a hacer alguna interpretación, porque efectivamente los usuarios lo disfrutaban mucho

E: Y en el fondo, los usuarios no hacen obras de teatro...

W: Es que no tenemos talleres. En algún momento se hizo una presentación de parte de Jesucristo Superestrella, de una colega que era más de la cosa teatral. Trabajó con ellos y lo presentaron y fue el director, estuvo un señor Santelices que también hizo una muestra con el grupo de la radio, porque hay una radio que no me acuerdo como se llama, generada por los usuarios del hospital, está en internet, creo que se llama Radio Locura. Y ellos son los que hacen las pautas, salen en internet, streaming, y hablan de las cosas que les interesa, etc. entonces ellos presentaron junto con Santelices una muestra, tenemos pintores, tenemos poetas, tenemos de todo acá. Y cada vez que piden el teatro, sobre todo si son usuarios de acá, uno les dice ok. Siempre va a haber un terapeuta que diga "ok, úsenlo, estos son los requisitos" igual que para cualquier, por ejemplo, hay un grupo folclórico en el hospital, que no es de pacientes, sino que es de funcionarios, que ellos también hacen presentaciones en el teatro, entonces hay un calendario que yo llevo todos los registros de todas las cosas que aquí se hacen. De hecho, lo han pedido desde el MINSAL, porque después de que se declaró Monumento Nacional, les sale gratis

E: Esto yo lo estoy haciendo en el marco de mi doctorado, pero estoy pidiendo unos fondos aparte y una de las cosas que va a permitir, es que, si yo puedo sondear cerca de un cimiento, de las construcciones antiguas, uno puede establecer un par de análisis químico físicos que se puede saber el tipo de composición y con eso uno puede tomar medidas de conservación mínima, como que cosas no hay que hacer

W: Bueno, adosado al teatro estaba la lavandería. Esa lavandería, vapores todo el día, murales, tu comprenderás que están hecho bolsas. Ahora, tenemos este patrimonio, pero no tenemos recursos para mantener el patrimonio, porque los recursos llegan del MINSAL para salud. Hemos hecho alianzas estratégicas con esta productora del Womad, que es Arte Medios y como ellos son externos al fisco, ellos han levantado propuestas, han concursado a no sé qué, comprar implementos para el teatro. Tenemos otro convenio

con Santiago a Pata, que para todos los días del patrimonio, hacen un tour y terminan en el teatro y van contando toda la historia del hospital, desde la cosa más histórica hasta que llegan al teatro, que es como la reina de la noche y ahí, claro, la gente entra y para empezar les dicen "este es el único teatro dentro de una institución psiquiátrica en Latinoamérica" porque no hay más antecedentes de eso acá en Latinoamérica y no sé si en Europa algún hospital tenga un teatro

E: Como para ir redondeando. Vemos que este espacio ha ido modificándose, el 96 marca un hito, pero desde el 87 que hiciste tu practica hasta el 96 ¿cómo fue ese periodo?

W: Lo veo favorablemente, porque había muchos usuarios que venían a control y volvían a estar encerrados en sus casas y se empezó a abrir esta posibilidad de que el médico que los ve en policlínico los pudiese derivar a alguna actividad fuera de su casa. Y empezamos con esta cafetería que era un proyecto, que era como "vendamos café, vendamos pie de limón" y ahora los chicos armaron su agrupación. El hospital les entregó ese espacio en comodato, ellos son sus jefes, nosotros los asesoramos cada vez que tienen problemas, pero son usuarios que efectivamente son buenos en lo que hacen, pero no son competitivos afuera. Y los tiempos, si tú te fijas, los tiempos son distintos. Y nosotros si tenemos... como sabemos, estamos acá, yo no me voy a poner a gritar "oye weón..." sino que uno va "oye ¿te acordaste de mi café?" se demoran y uno les recuerda. Porque estamos todos como formateados para permitirles que ellos funcionen con sus tiempos. Cosa que afuera si ellos pusieran una cafetería, probablemente no iría nadie, porque se demoran más o se les olvidan los pedidos, etc. Entonces, si ha habido un cambio, porque hemos sido como... muchos de nuestros usuarios dicen "voy a trabajar" para ellos, si bien no reciben una remuneración, significa salir de su casa, igual que su familia, a hacer un algo afuera y han hecho amigos. Hay un taller de jóvenes, que es el que maneja Lorena, que se juntan jóvenes que ya están estudiando, están trabajando, se juntan acá, hablan de sus temas, hacen cosas, hacen ponte tú, exposiciones, deciden juntar plata para ir no se dónde y hacen completadas y son un grupo, así como que se nutren entre ellos. Entonces, eventualmente no tenían como la confianza para con un otro afuera, pero si a través de ellos han ido agarrando confianza y se hacen amigos y se cuentan cosas, se apoyan, les dicen "tení que tomarte los remedios, no podí estar así". Entonces, cien por cien ha sido como un crecimiento impresionante

E: Y del 96 hasta ahora, por ejemplo

W: Bueno, la última parte era eso, porque antes, como te explicaba, solamente los hospitalizados y los crónicos podían acceder. Y además nosotros teníamos como 44 horas metidos dentro de los sectores. Entonces, tenías como una piececita donde trabajabas como las mismas cosas siempre con los usuarios, pero al abrir este abanico de posibilidades, si bien partimos con uno o dos talleres, de repente vamos modificando. Por ejemplo, el año pasado yo implementé el taller Huerto 3R, que era hacer huertos, pero con material de desecho. Todas las bandejas de las carnes, esas plásticas, para poner ahí las semillitas para la primera germinación, hicimos germinados, con las botellas hicimos maceteros y les vas dando vuelta. Si alguien se pone creativa, probamos y vemos que pasa, evaluemos después si lo seguimos haciendo o no. Entonces, siempre como que hay algo que está cambiando. Una colega hizo vida sana, enseñándoles a hacer como comida más sana con avena, etc. Otra colega hizo expresión corporal. Tenemos un taller de deporte. Entonces, siempre hay como modificaciones que de repente el mismo ambiente lo va pidiendo, los mismos usuarios y vamos tratando de ver como lo podemos hacer para

acercarnos un poco a lo que ellos quieren

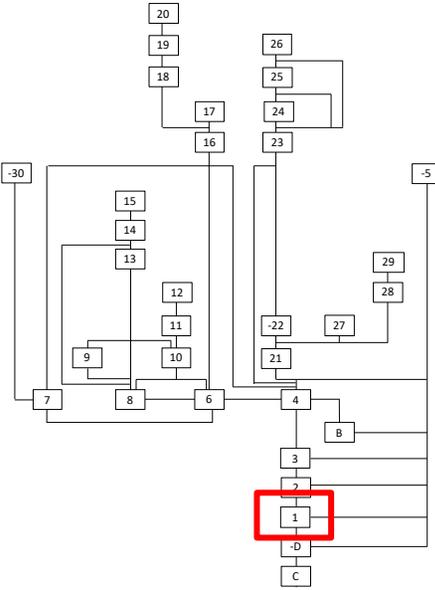
E: Y ahí, por ejemplo, la relación entre usuario, personal administrativo, médico, personal diverso ¿ha ido mejorando a través del tiempo?

W: Pero tú ves aquí, todos vienen. Porque esta cafetería no es solamente para no pacientes, por decirlo así, sino que es una cafetería abierta, entonces, de repente ves los mismos familiares que van al sector y le dan permiso al paciente para que pasee, se vengán a tomar un café, se compren un completo o, por ejemplo, reuniones tenemos acá también cuando vienen visitas de afuera. De repente vienen directores y se sientan aquí con gente y les cuenta... hemos tratado de además crear un espacio como muy verde, un espacio de tranquilidad, un espacio de salud mental, porque efectivamente tu vienes acá, te tomas un café y como que te relajas y puedes seguir dándole todo el día. Entonces, ha mejorado. De hecho, los chicos de la cafetería salen en la tarde a vender pan amasado y los están esperando en todos lados. En tiempos de invierno son las sopaipillas, vienen a las dos a comer sopaipillas. Entonces, se ha generado una dinámica de apoyo mutuo y claro, y los ubican en otros lados, el trato ha mejorado mucho, porque ya... es decir, somos todos esta gran familia, todos lo conformamos, no solamente los que trabajamos, sino que además los que se atienden y tratamos de funcionar como tú ves, sin gritos, sin estridencias, no es lo que la gente afuera cree, te fijas cuando dicen psiquiátrico "los torturan, los maltratan, los tratan como el forro" todos los prejuicios. Yo no te tengo que vender la pomada, camina por el hospital y te vas a dar cuenta

E: Un millón de gracias

ANEXO 4

Fichas Unidades Estratigráficas

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak				Ficha Análisis Estratigráfico ©¹: 02-03-Z1-UE01		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 1					
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana			AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:				
							Revestimiento	Interfaz	Elemento		
								X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Estabilizado piedra para cimientos semi-canteado.											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA				Diagrama:				Localización			
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a	2,3				-5						
Coetáneo a											
Posterior a		-D	B								
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											
DATACIÓN		Periodo: 1		Eta: -		Observaciones: Bajo cota cero					
INTERPRETACIÓN:		UE1 estabilizado piedra para cimientos semi-canteado. Se distinguen dos piedras de tamaño aproximado de 40 cm de largo y 20 cm de grosor, emplazadas a 40 cm de profundidad del piso actual. La piedra podría provenir del Cerro Blanco.									
REFERENCIAS		A Otras Fichas: 02-03-Z1-UE-D 02-03-Z1-UEC 02-03-Z1-UE2 02-03-Z1-UE3 02-03-Z1-UEB 02-03-Z1-UE-5				Dibujos:		Fotos: 9618 a 9621		Muestras:	

¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

Proyecto I+D
ID14 I10187



Fondef
FONDO DE FOMENTO AL DESARROLLO
CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO



Colecciones de Referencia para el Patrimonio Construido - Identificación microestructural de materiales y macroestructural de sistemas constructivos patrimoniales

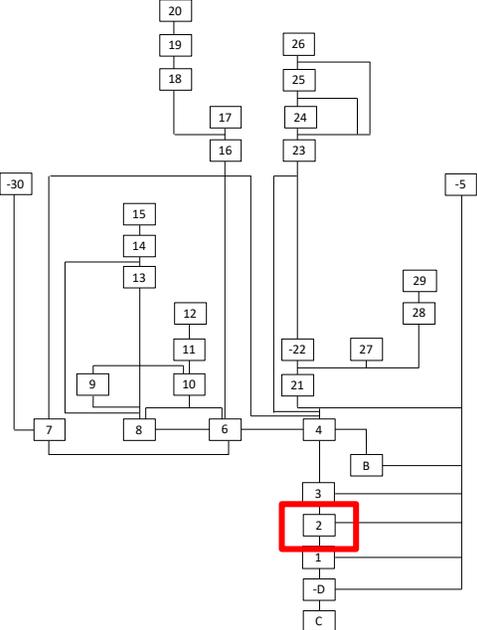
RESPONSABLE: JLC DGL

FECHA: Oct 2021

Revisión:

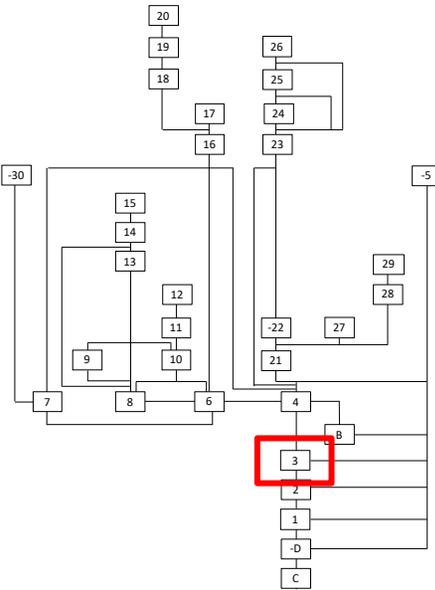
SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©²: 02-02-Z3-UE02		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 2		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:	
							Revestimiento	Interfaz		Elemento	
								X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra.											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a			3		-5						
Coetáneo a											
Posterior a		B	1								
											

²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

FOTO 1	FOTO 2:		
HALLAZGOS:			
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapas:-	Observaciones: UE
INTERPRETACIÓN:	<p>Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra se apoya sobre UE 1 con argamasa de barro. Posible piedras provenientes de Cerro Blanco con tamaños aproximados de 20 a 30 cm. Las cuñas son más pequeñas de los 10 a 15 cm. Esta unidad presenta un grosor aproximada de 15 a 30 cm. Se apoya sobre UE1 y UE3 se apoya sobre UE2, para luego ser alterada por el elemento interfacial UE-5 que cortó las UE 4, 3, 2 y B, dejando expuesto sobre cota cero parte de la UE2, que originalmente estaba cubierta por B (bajo cota cero). Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233).</p>		

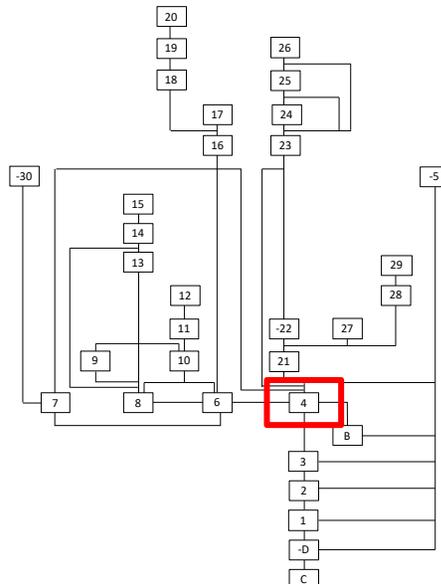


REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE01 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE0B	Dibujos:	Fotos: 9598 a 9621-9566	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak			Ficha Análisis Estratigráfico © ³ : 02-02-Z3-UE03		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 3		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3		TIPO:		
					Revestimiento	Interfaz	Elemento
						X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Sobre cimiento correspondiente a hileras de ladrillos.							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA				Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			4		-5		
Coetáneo a							
Posterior a		B	2				
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							
DATACIÓN	Periodo: 1		Etaqa:-		Observaciones: UE		

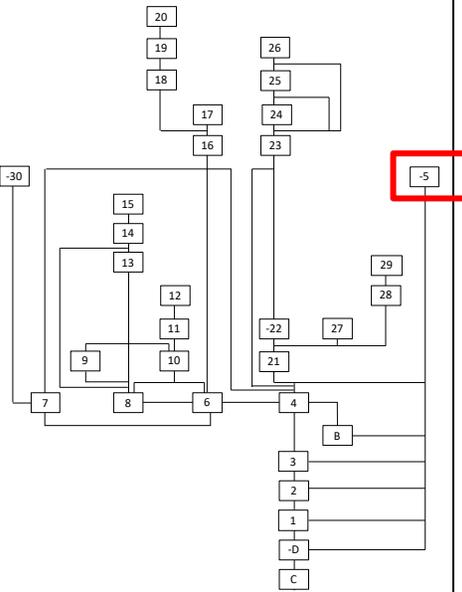
³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

INTERPRETACIÓN:	UE3, corresponde a sobrecimiento ladrillo se apoya sobre UE2, para luego ser alterada por el elemento interfacial UE-5 que cortó las UE 4, 3, 2 y B, dejando expuesto sobre cota cero parte de la UE3, probablemente estaba cubierta por B (bajo cota cero). Los ladrillos son de 40 cm (soga) x 20 cm (tizón) x 10-8 cm (grosso) aproximadamente y su aparejo es uno sobre otro, sobre la tabla de estos. Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplastillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.)			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE02 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE0B	Dibujos:	Fotos: 9531	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ⁴ : 02-02-Z3-UE04		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 4		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:		
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a				21	-5						
Coetáneo a						6					
Posterior a			3								
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											

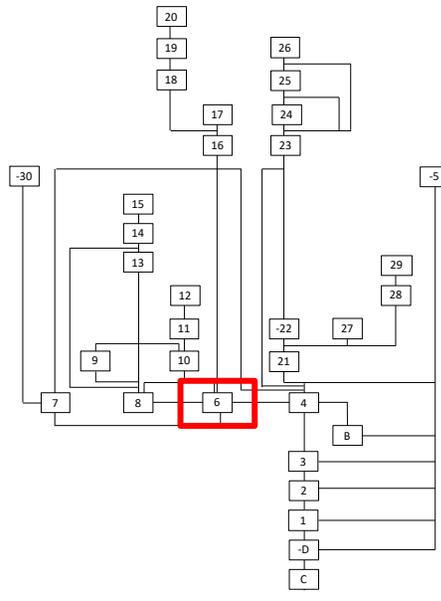
⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones: sobre y bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe se apoya sobre UE3 (sobrecimientos), está unido a UE6 (otro muro de adobe orientación E-O) y está adosado a UE21. Posteriormente UE 4 es cortado por UE5. Posiblemente UE4, 7 y 6 podrían corresponder a una misma estructura arquitectónica, probablemente son contemporáneos. El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de sogá y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de sogá. Se distingue material cultural secundaria al interior de los adobes, por ejemplo una cerámica de tradición "indígena", además de la presencia de alto contenido de material orgánico, especialmente paja. Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.)</p>				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE21	Dibujos:	Fotos: 9574 9542, 9537, 9513 a 9515	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ⁵ : 02-02-Z3-UE0-5		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 5		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
						X
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Elemento interfacial						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a						
Coetáneo a						
Posterior a					4,3,2,B,7	
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						
DATACIÓN	Periodo: 3	Etaqa:-	Observaciones: sobre cota cero.			

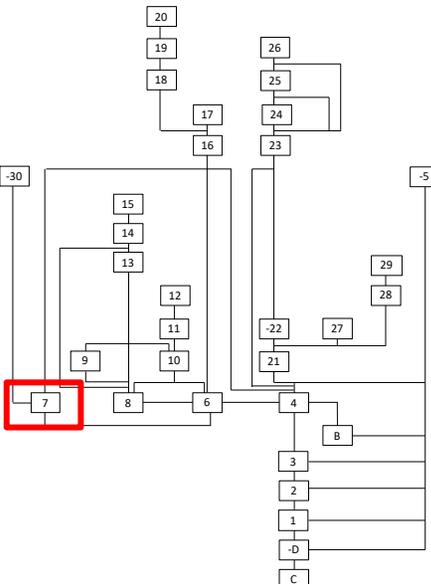
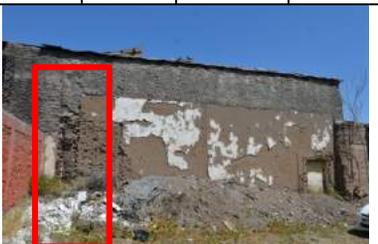
⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que cortó UE 4 (muro de adobe), UE3 (sobrecimiento), UE 2 (piedra canteada cimiento) y UE B (matriz de relleno), posiblemente asociada al evento de demolición posterior al terremoto de 1985 y que dejó habilitado el actual estacionamiento donde anteriormente se encontraba el sector 1 masculino. Posiblemente corresponde al mismo evento interfacial de UE-30.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UEOB	Dibujos:	Fotos: 9619 a 9631 , 9513 a 9515	Muestras: S/l
RESPONSABLE: JLC DGL	FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©⁶: 02-02-Z3-UE06		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 6		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:	
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a			16								
Coetáneo a						8,7,4					
Posterior a											
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											

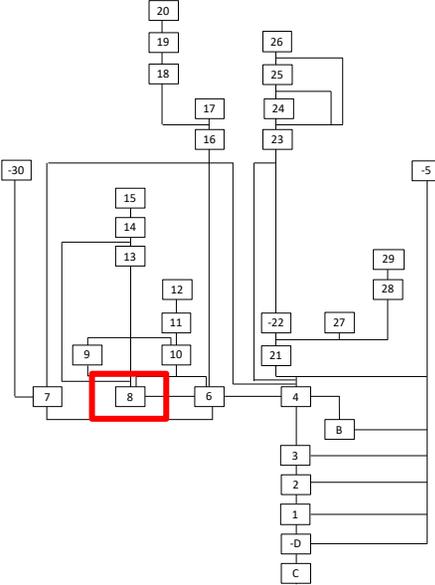
⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe unido UE 4 y 7, probablemente son contemporáneos y fueron parte de una misma estructura arquitectónica. A su vez, se encuentra unido UE 8 (Acceso adintelado). UE 6 es cubierta por UE10 (estuco de barro); además sobre UE6 se apoya UE 16(muro de albañilería) y UE6 se adosa a UE21 (muro albañilería).</p> <p>El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de sogá y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de sogá y tizón. Se distingue material orgánico al interior de los adobes, especialmente paja.</p>				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE08 02-02-Z3-UE07 02-02-Z3-UE16	Dibujos:	Fotos: 9500 a 9514, 9519,9527 a 9529	Muestras: S/l	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ⁷ : 02-02-Z3-UE07		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 7		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:		
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe unido a UE 6											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a											
Coetáneo a						6					
Posterior a			16		-30						
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											

⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

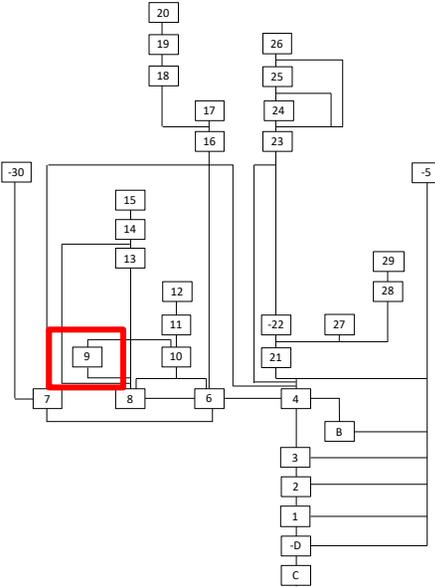
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapa:-	Observaciones: es cortado por -30, posiblemente corresponde al mismo evento de -5		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe unido UE 6, probablemente son contemporáneos y fueron parte de una misma estructura arquitectónica y fue cortado por -30 asociado al evento de demolición vinculada al terremoto de 1985, posiblemente es el mismo evento -5. Sobre el muro se apoya UE16.</p> <p>El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de soga y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de soga. Se distingue material orgánico al interior de los adobes, especialmente paja.</p>				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE-30 02-02-Z3-UE-16	Dibujos:	Fotos: 9538 - 9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak			Ficha Análisis Estratigráfico © ⁸ : 02-02-Z3-UE08		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 8		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3		TIPO:		
					Revestimiento	Interfaz	Elemento
						X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Acceso adintelado							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA				Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a	10,13,14	9					
Coetáneo a						6	
Posterior a							
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							
DATACIÓN	Periodo: 1		Eta: -		Observaciones:		

⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



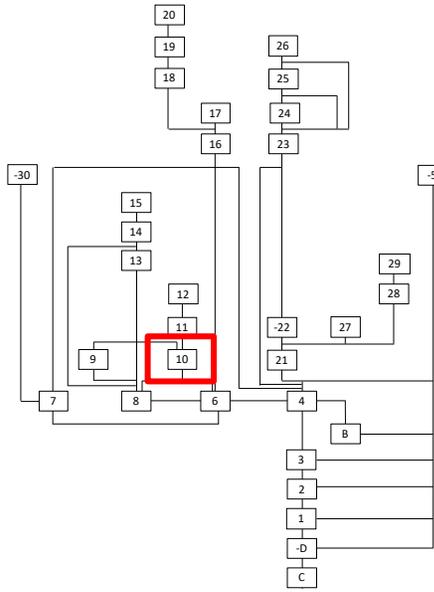
INTERPRETACIÓN:	Acceso adintelado unido a UE 6, se encuentra relleno por UE9 (no se identifica materialidad) y está cubierto por diversos estucos (UE10,13,14). El acceso presenta en su parte superior una pieza de madera que cuenta con una extensión aproximada de 120 cm y un alto que fluctúa entre 15 a 20 cm, la que presenta en el exterior gradado de rombos dispuestos de forma dispereja. El acceso general presenta un ancho de 100 cm aproximadamente y su altura no se puede medir debido a la presencia de la escombrera (UEA).			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE09 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE10 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE14	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ⁹ : 02-02-Z3-UE09		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 9						
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:						
				Revestimiento	Interfaz	Elemento				
					X					
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:										
Relleno acceso adintelado (no hay visibilidad materialidad)										
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización						
	cubrir	rellenar					apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	13, 14									
Coetáneo a										
Posterior a		8								
										
FOTO 1		FOTO 2:								
HALLAZGOS:										
DATACIÓN	Periodo: 2		Etaqa:-	Observaciones: No presenta accesibilidad						

⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



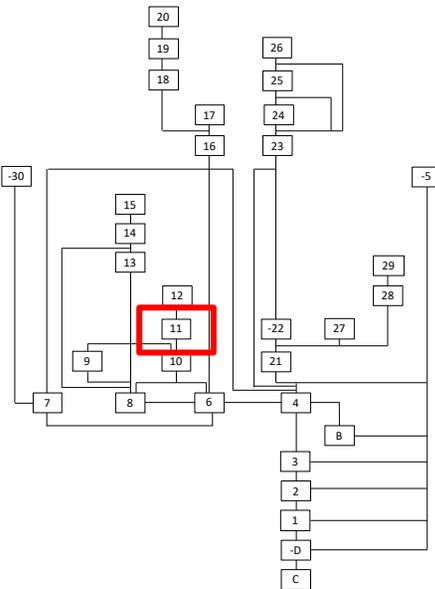
INTERPRETACIÓN:	Relleno de acceso adintelado (no se identifica materialidad), está cubierto por estuco de cemento (UE 13) y estuco de yeso (UE14)			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL	FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁰ : 02-02-Z3-UE010		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 10			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Estuco de barro y componente orgánico							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a	11,13						
Coetáneo a							
Posterior a	8,6						
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

¹⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



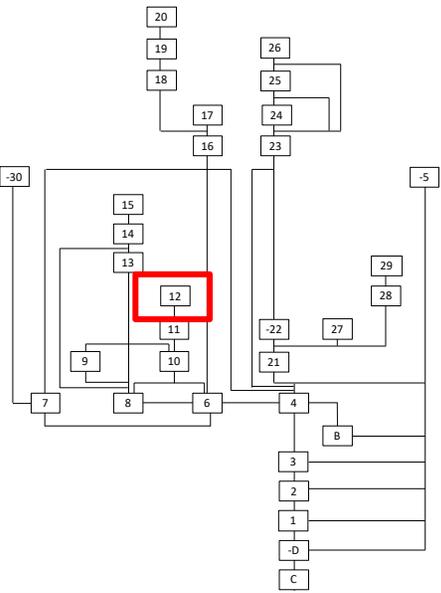
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de barro y componente orgánico, que cubre UE6 (muro de adobe) y UE8 (acceso adintelado). Además UE10 está revestida por UE11 (Estuco de barro y arena).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE11 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©11: 02-02-Z3-UE11		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 11		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Estuco de limo y arena que cubre a UE 10						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	12					
Coetáneo a						
Posterior a	10					
						
FOTO 1	FOTO 2:					
						
HALLAZGOS:						

¹¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



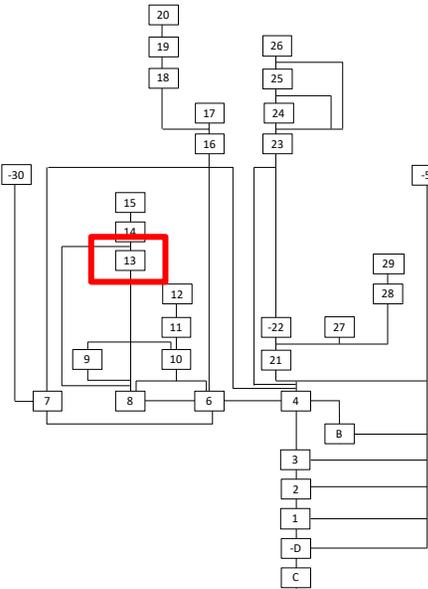
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de limo y arena que cubre a UE 10. A su vez este se encuentra en parte cubierto por UE12 (pintura blanca).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE12 02-02-Z3-UE10	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹² : 02-02-Z3-UE12		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 12		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Pintura blanca						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	11					
Coetáneo a						
Posterior a						
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

¹²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



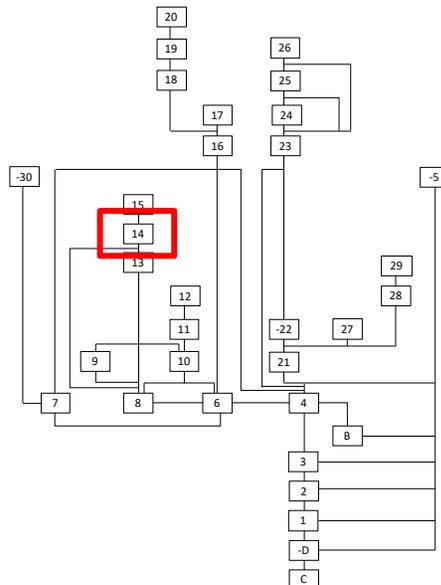
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Pintura blanca que cubre a UE 11 (estuco de limo y arena).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE11	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©13: 02-02-Z3-UE13		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 13		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Estuco de cemento						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			14			
Coetáneo a						
Posterior a	8,9,10					
						
FOTO 1	FOTO 2:					

¹³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



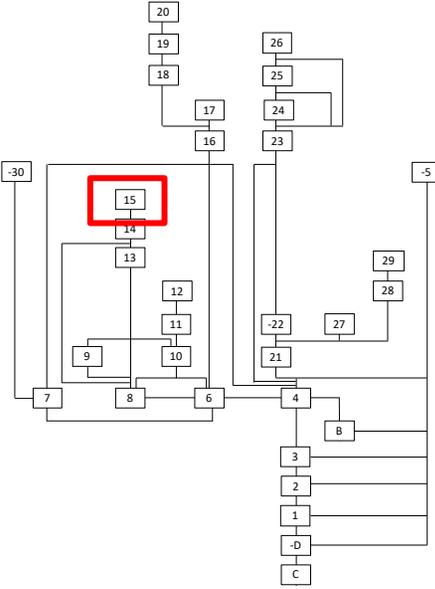
HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:	
INTERPRETACIÓN:	Estuco de cemento que cubre UE 08 (acceso adintelado), UE 09 (relleno de acceso adintelado) y UE 010 (estuco de limo y arena).			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14 02-02-Z3-UE10 02-02-Z3-UE09 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©14: 02-02-Z3-UE14			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 14		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
							Revestimiento	Interfaz	Elemento			
							X					
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Estuco de yeso												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a	15											
Coetáneo a												
Posterior a	13,8											
												
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

¹⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



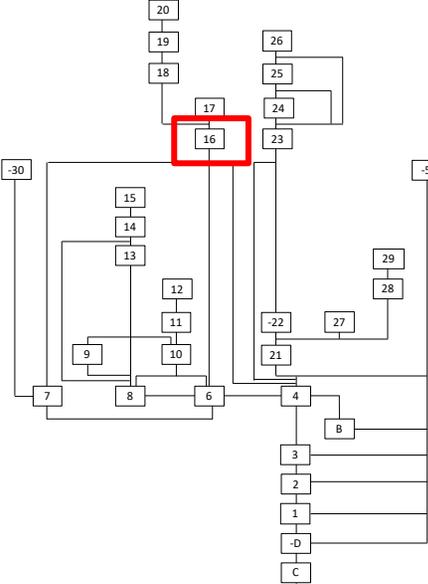
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa: -	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de yeso que cubre a UE 013 (estuco de cemento) y a UE 08 (acceso adintelado). A su vez, esta se encuentra cubierta por UE15 (pintura amarilla)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE15 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©15: 02-02-Z3-UE15		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 15		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Pintura amarilla						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	15					
Coetáneo a						
Posterior a						
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

¹⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



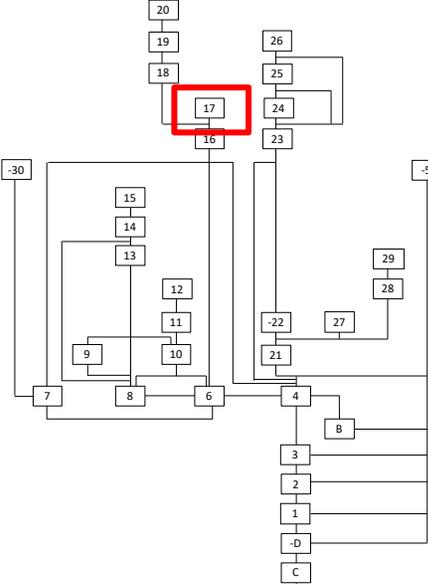
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Pintura amarilla que cubre a UE 014				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14	Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁶ : 02-02-Z3-UE16		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 16		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Muro de albañilería (Baja visibilidad)						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	17					
Coetáneo a						
Posterior a			6,7,4			
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

¹⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



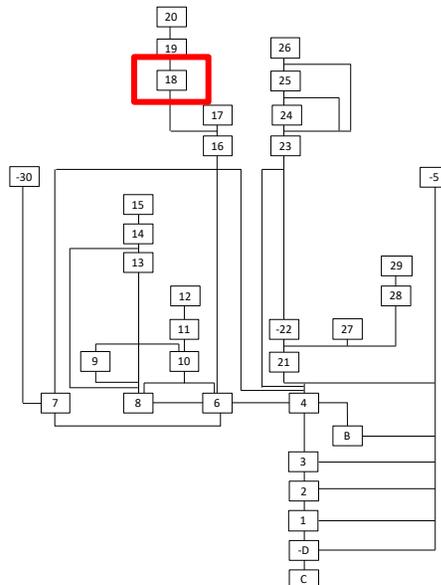
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones: escasa visibilidad y baja accesibilidad		
INTERPRETACIÓN :	Muro de albañilería de baja visibilidad que se apoya en UE 06, UE 07 y UE 04, correspondientes a muros de adobe y se encuentra cubierto por UE17 (estuco de cemento). Presenta baja visibilidad y dificultad para acceder a él debido a que se encuentra a cuatro metros sobre el nivel de suelo actual.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE07 02-02-Z3-UE17	Dibujos:	Fotos: 9527 a 9528,9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©17: 02-02-Z3-UE17		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 17			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Estuco de cemento							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a							
Coetáneo a							
Posterior a	16						
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

¹⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



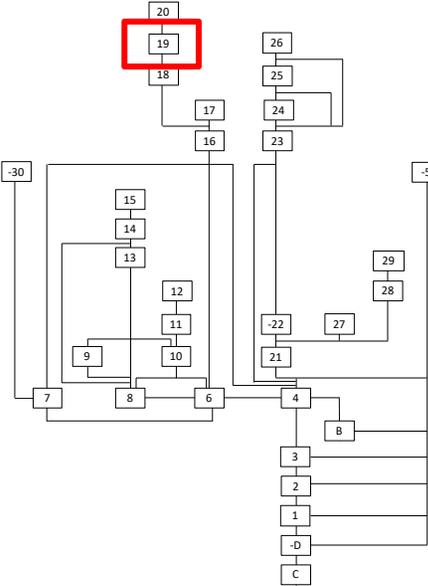
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de cemento que cubre UE 016				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE16	Dibujos:	Fotos: 9527 a 9528,9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©18: 02-02-Z3-UE18		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 18		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Coronación de ladrillos para instalación de techumbre						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			16			
Coetáneo a						
Posterior a			19			
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

¹⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



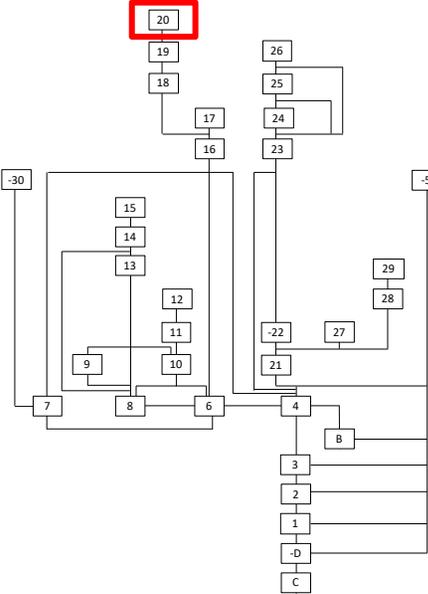
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Coronación de ladrillos para instalación de techumbre de zinc que se apoya en UE 16 (Muro de albañilería), debido a la altura no se puede acceder a medir los ladrillos. Sobre esta se dispone UE19 (vigas de madera). Corresponde a una construcción sin argamasa y de tipo expeditivo.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE16 02-02-Z3-UE19	Dibujos:	Fotos: 9534 a 9536	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁹ : 02-02-Z3-UE19		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 19		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Vigas de madera						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			20			
Coetáneo a						
Posterior a			18			
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

¹⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



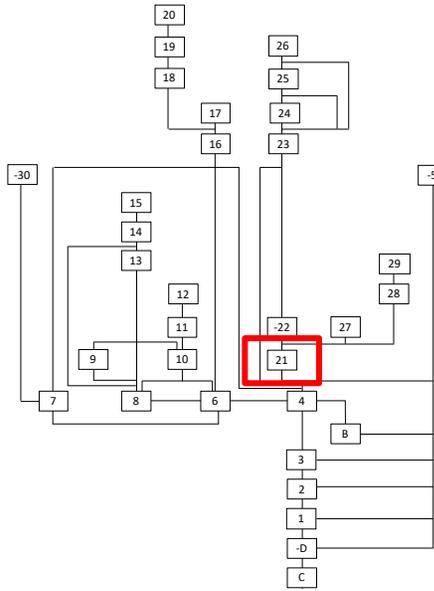
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones: baja accesibilidad y visibilidad.		
INTERPRETACIÓN:	Vigas de madera dispuestas sobre UE18 (Coronación de ladrillos para instalación de techumbre), sobre esta se dispone UE 20 (placas de techo de zinc). Difícil accesibilidad.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE18 02-02-Z3-UE20	Dibujos:	Fotos: 9534 a 9536	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁰ : 02-02-Z3-UE20		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 20			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:				
			Revestimiento	Interfaz	Elemento		
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Techumbre de Zinc							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización			
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			19				
Coetáneo a							
Posterior a							
							
FOTO 1		FOTO 2:					

²⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

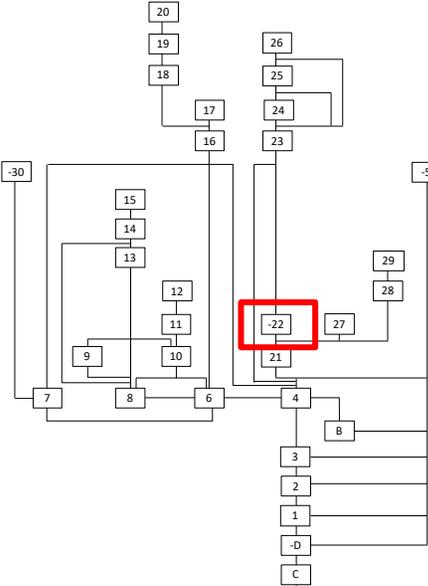


HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones: difícil visibilidad y accesibilidad.	
INTERPRETACIÓN:	Techumbre de Zinc se apoya sobre UE18 (vigas de madera), difícil visibilidad y accesibilidad.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE19	Dibujos:	Fotos	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²¹ : 02-02-Z3-UE21		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 21			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:				
			Revestimiento	Interfaz	Elemento		
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Muro de albañilería							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización			
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a	27				-22		
Coetáneo a							
Posterior a			4				
							
FOTO 1	FOTO 2:						
HALLAZGOS:							

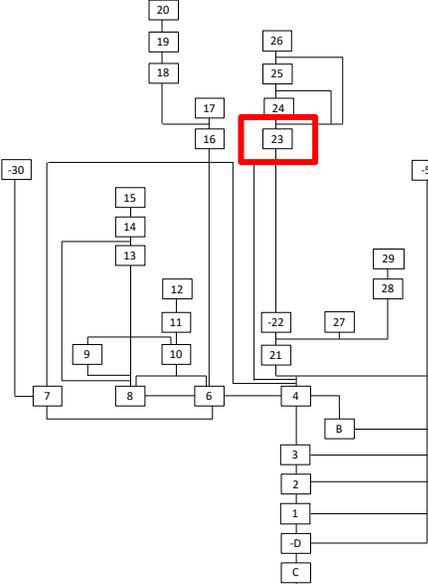
²¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Muro de albañilería posiblemente adosado de forma original a UE04 (muro de adobe), que posteriormente fue cortado por UE-22 (elemento interfacial). Se observa únicamente un lado de los ladrillo posiblemente el lateral, de 20 x 8 cm aproximadamente. Sobre UE21 se observan dos recubrimientos correspondientes a UE27 (estuco de barro) y UE28 (mortero de cemento).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE4 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE 27	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²² : 02-02-Z3-UE-22		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 22		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
						X
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Elemento interfacial						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a				23		
Coetáneo a						
Posterior a					21	
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

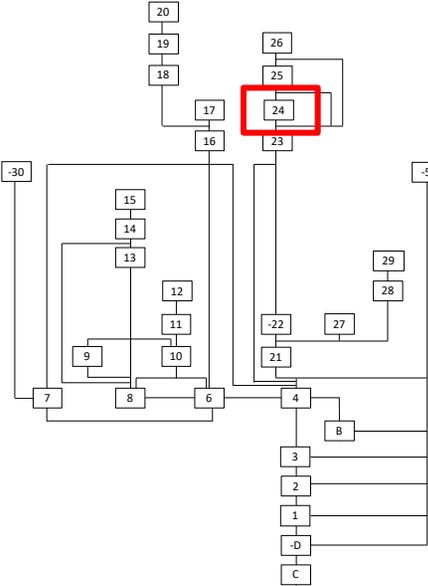
²²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que corta UE 21 (muro de albañilería), posiblemente también cortó UE27(estuco de barro, no obstante este estuco no se presenta completo. Este a su vez es rellenado por UE23 (Relleno de estuco en UE-22) en donde se adosa UE24,25 y 26 (muro de albañilería y cemento).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE21 02-02-Z3-UE23	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²³ : 02-02-Z3-UE23		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 23		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Relleno de estuco de cemento						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a				24,25,26		
Coetáneo a						
Posterior a		-22				
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

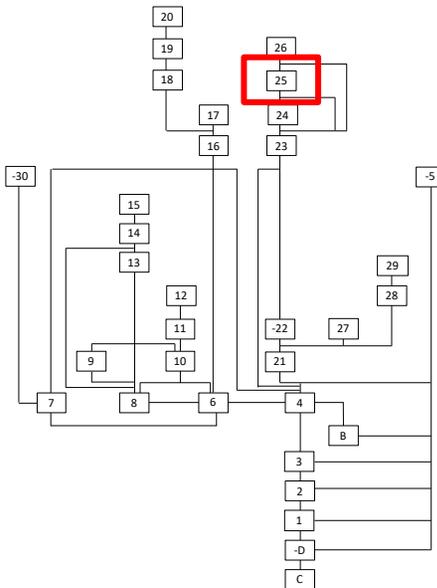
²³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Relleno de estuco en UE-22 (Elemento interfacial que corta UE21). Adosado a éste se encuentra UE 24 (Relleno de albañilería en UE -22 y también se adosa al estuco UE23), UE25(Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22) y UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE24 02-02-Z3-UE26	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545.	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:		

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁴ : 02-02-Z3-UE24		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 24		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Muro de albañilería						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			25,26			
Coetáneo a						
Posterior a		-22		23		
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

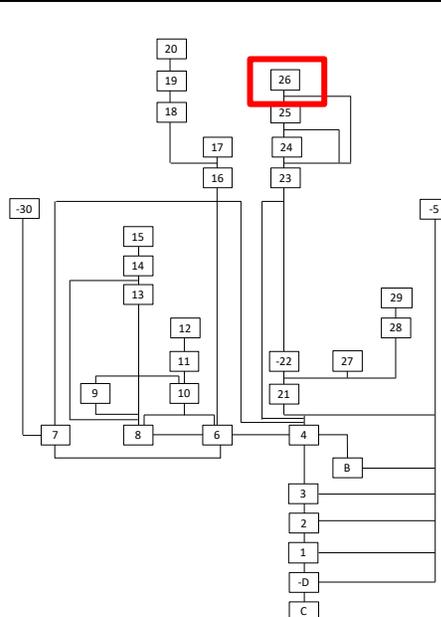
²⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	<p>Relleno de albañilería en UE -22, se adosa al estuco UE23. Sobre este se apoya, UE25 (Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22) y UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22). A su vez, UE24, 25 y 26 rellenan UE-22 y se adosan a UE4 (Muro de adobe) y UE21 (Muro de albañilería).</p> <p>Los ladrillo se disponen por el lado más largo, es decir, la soga hacia el exterior, presentado aproximadamente 40 cm de largo por 7 de grosor.</p>				
REFERENCIAS	<p>A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE26</p>	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁵ : 02-02-Z3-UE25		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 25			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:				
			Revestimiento	Interfaz	Elemento		
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Coronación de cemento que se apoya en UE 024							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			26				
Coetáneo a							
Posterior a		-22	24	23,4			
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

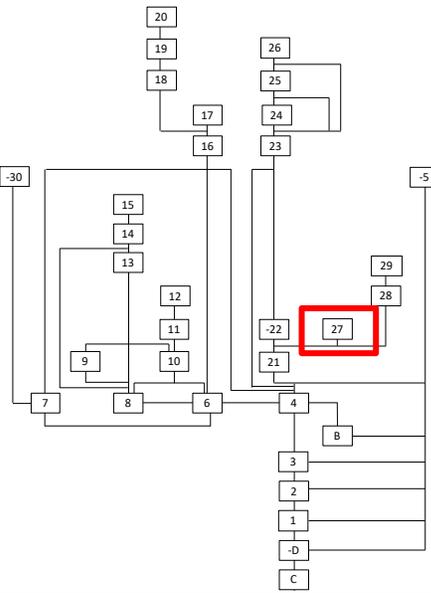
²⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE -22, se adosa al estuco UE23. Sobre este se apoya UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22). A su vez, UE24,25 y 26 rellenan UE-22 y se adosan a UE23 que a su vez se adosa a UE4 (Muro de adobe).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE24 02-02-Z3-UE26 02-02-Z3-UE04	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁶ : 02-02-Z3-UE26			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 26		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
										X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Muro de albañilería												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a												
Coetáneo a												
Posterior a		-22	25	4,23								
												
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

²⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

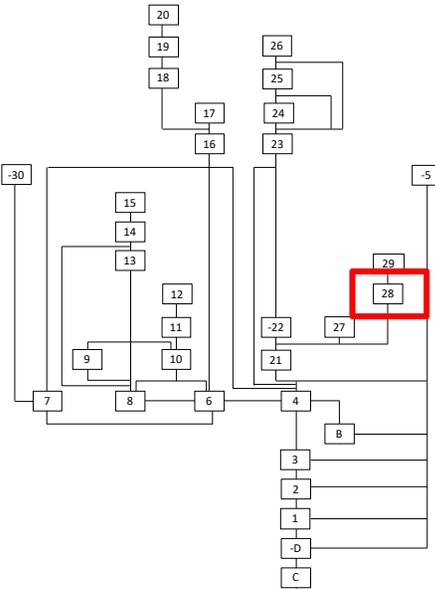
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Muro de albañilería que se apoya en UE 25 (coronación de cemento sobre UE24) y rellena a UE-22 (mala accesibilidad). A su vez, UE 24,25 y 26 rellena UE-22 y se adosan a UE4(Muro de adobe) y UE21(Muro de albañilería).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE4	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁷ : 02-02-Z3-UE27		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 27		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Estuco de barro						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a						
Coetáneo a						
Posterior a			21			
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

²⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



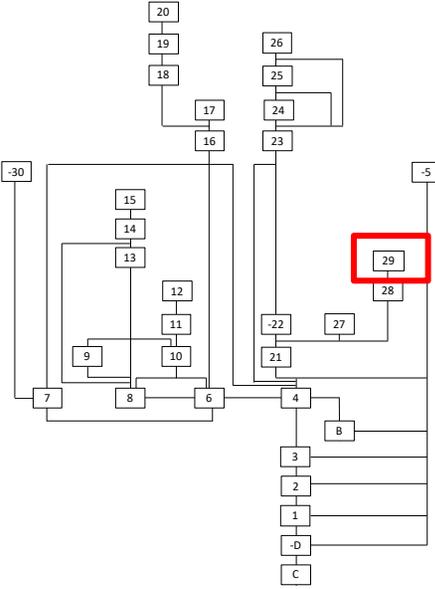
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de barro que cubre a UE 021 (muro de albañilería)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-21	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁸ : 02-02-Z3-UE28		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 28		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Mortero de cemento						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	29					
Coetáneo a						
Posterior a	21					
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

²⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



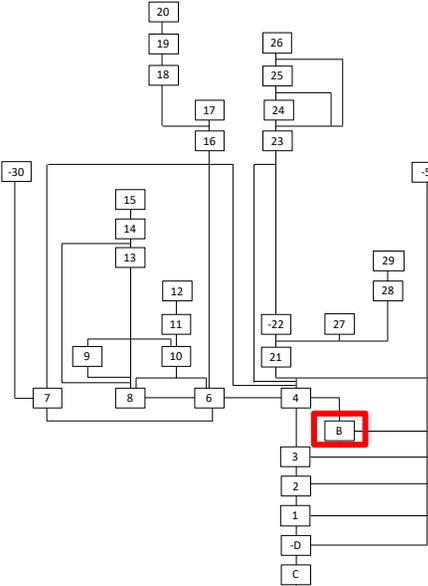
DATACIÓN	Periodo:	Etapas:	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Mortero de cemento que reviste a UE 21, sobre este se dispone UE29 (Baldosas de cemento color blanco)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-21 02-02-Z3-UE-29	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁹ : 02-02-Z3-UE29		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 29			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Baldosa Hidráulica							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a	28						
Coetáneo a							
Posterior a							
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

²⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

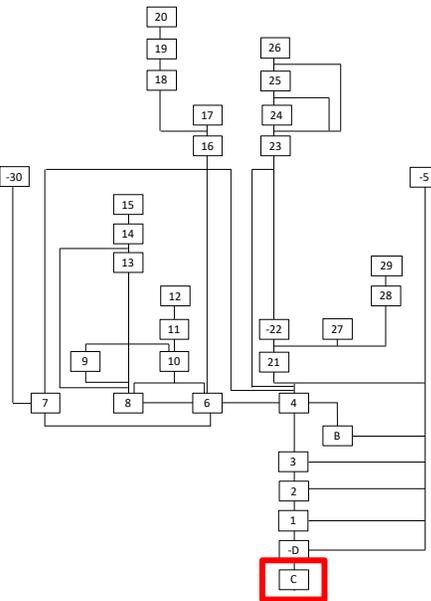


DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Baldosa Hidráulica que reviste a UE 28				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-28	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³⁰ : 02-02-Z3-UE0B		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 30		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Matriz Limoarcillosa (probablemente de A)						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			4		-5	
Coetáneo a						
Posterior a		3				
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

³⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

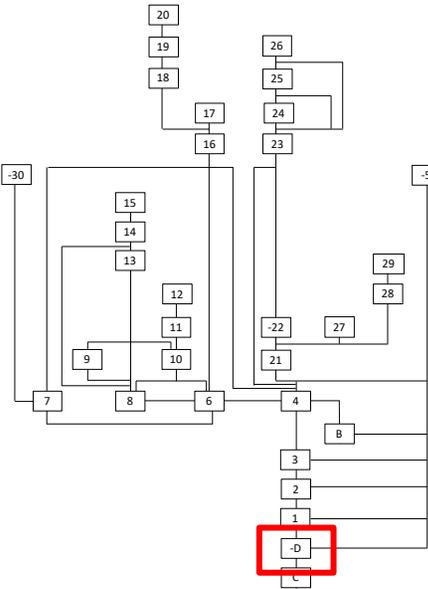
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapas:-	Observaciones: bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN:	Matriz limoarcillosa (probablemente de A) con inclusiones que rellenó UE -D (herido para cimienta), es decir, parte de la zanja que se realizó para hacer el cimienta. Además, cubre a UE3 (Sobrecimiento). Se distingue principalmente al momento de excavación arqueológica y en el perfil Norte de la unidad.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-05 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE04	Dibujos:	Fotos: 9612 a 9613	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³¹ : 02-02-Z3-UEOC		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 31				
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:					
			Revestimiento	Interfaz	Elemento			
				X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:								
Matriz arcillosa compacta previo a la edificación.								
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización				
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir		
Anterior a					-D			
Coetáneo a								
Posterior a								
								

³¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



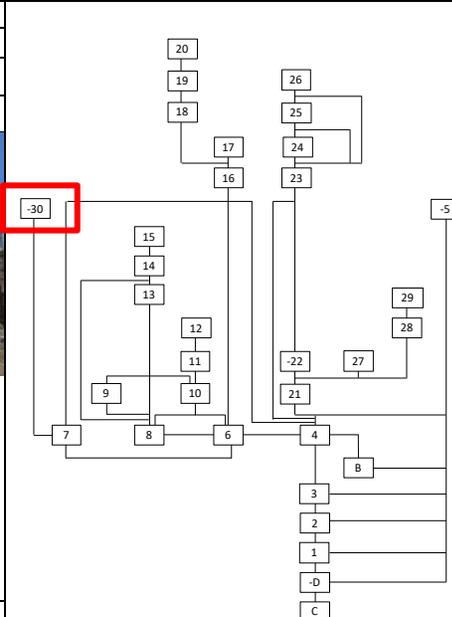
FOTO 1	FOTO 2:		
HALLAZGOS:			
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapa:-	Observaciones: bajo cota cero
INTERPRETACIÓN:	Matriz arcillosa compacta previo a la edificación. Presenta contenido orgánico, no se halló material cultural asociado.		
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-0D	Dibujos:	Fotos: 9628 a 9629 Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³² : 02-03-Z1-UE-D		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 32			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
					X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Elemento interfacial de zanja para instalar cimientos							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			C		-5		
Coetáneo a							
Posterior a		B	1,2,3				
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

³²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



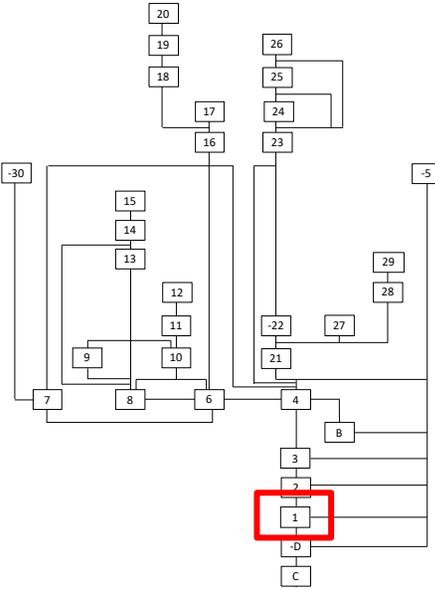
DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones: Bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN :	Elemento interfacial correspondiente a los heridos para disponer UE1 (estabilizado piedra para cimientos semi-canteado), UE2 (Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra se apoya sobre), UE3 (Sobre cimiento ladrillo) y UE B (Matriz arcillosa (probablemente de A).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-03-Z1-UEC 02-03-Z1-UE1 02-03-Z1-UE2 02-03-Z1-UE3 02-03-Z1-UEB 02-03-Z1-UE5	Dibujos:	Fotos: 9618 a 9621	Muestras:	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ³³ : 02-02-Z3-UE-30			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°:33		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
										X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Elemento interfacial que corta UE7												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a												
Coetáneo a												
Posterior a				7								
												
FOTO 1			FOTO 2:									

³³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapa:-	Observaciones: corresponde al mismo evento de UE -5	
INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que cortó UE 7 (muro de adobe), corresponde al mismo evento interfacial de UE-5 relacionado con el evento de demolición posterior al terremoto de 1985.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE07	Dibujos:	Fotos: 9538 - 9540	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak				Ficha Análisis Estratigráfico ©¹: 02-03-Z1-UE01		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 1					
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana			AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:				
							Revestimiento	Interfaz	Elemento		
								X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Estabilizado piedra para cimientos semi-canteado.											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA				Diagrama:				Localización			
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a	2,3				-5						
Coetáneo a											
Posterior a		-D	B								
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											
DATACIÓN		Periodo: 1		Eta: -		Observaciones: Bajo cota cero					
INTERPRETACIÓN:		UE1 estabilizado piedra para cimientos semi-canteado. Se distinguen dos piedra de tamaño aproximado de 40 cm de largo y 20 cm de grosor, emplazadas a 40 cm de profundidad del piso actual. La piedra podría provenir del Cerro Blanco.									
REFERENCIAS		A Otras Fichas: 02-03-Z1-UE-D 02-03-Z1-UEC 02-03-Z1-UE2 02-03-Z1-UE3 02-03-Z1-UEB 02-03-Z1-UE-5				Dibujos:		Fotos: 9618 a 9621	Muestras:		

¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

Proyecto I+D
ID14 I10187



Fondef
FONDO DE FOMENTO AL DESARROLLO
CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO



Colecciones de Referencia para el Patrimonio Construido - Identificación microestructural de materiales y macroestructural de sistemas constructivos patrimoniales

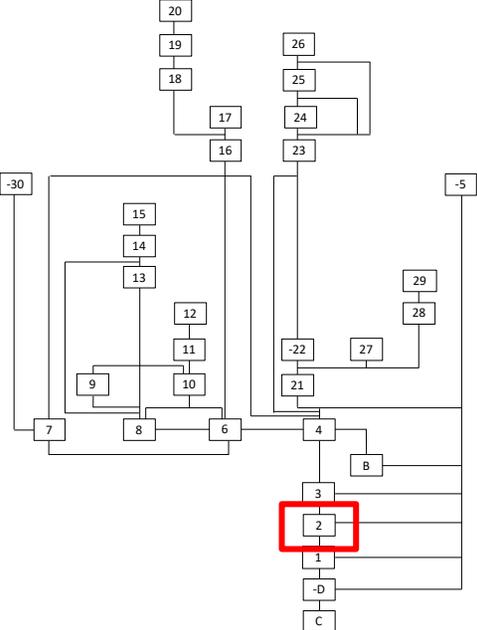
RESPONSABLE: JLC DGL

FECHA: Oct 2021

Revisión:

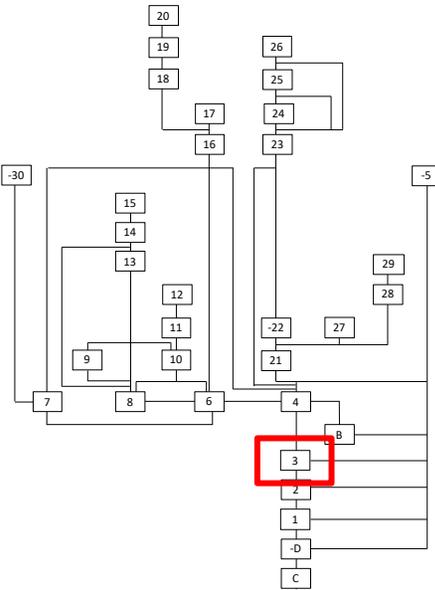
SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©²: 02-02-Z3-UE02		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 2		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:	
							Revestimiento	Interfaz		Elemento	
								X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra.											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a			3		-5						
Coetáneo a											
Posterior a		B	1								
											

²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

FOTO 1	FOTO 2:		
HALLAZGOS:			
DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones: UE
INTERPRETACIÓN:	<p>Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra se apoya sobre UE 1 con argamasa de barro. Posible piedras provenientes de Cerro Blanco con tamaños aproximados de 20 a 30 cm. Las cuñas son más pequeñas de los 10 a 15 cm. Esta unidad presenta un grosor aproximada de 15 a 30 cm. Se apoya sobre UE1 y UE3 se apoya sobre UE2, para luego ser alterada por el elemento interfacial UE-5 que cortó las UE 4, 3, 2 y B, dejando expuesto sobre cota cero parte de la UE2, que originalmente estaba cubierta por B (bajo cota cero). Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233).</p>		



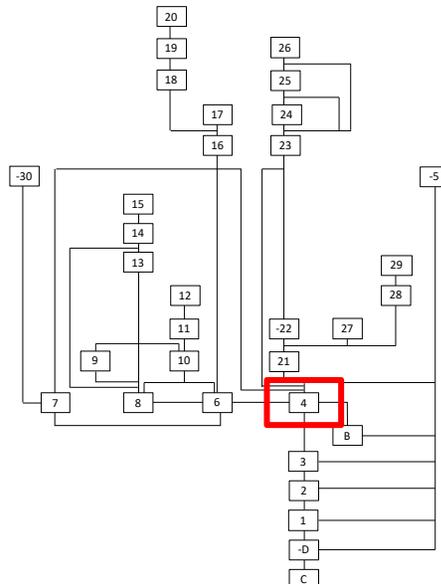
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE01 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE0B	Dibujos:	Fotos: 9598 a 9621-9566	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak			Ficha Análisis Estratigráfico © ³ : 02-02-Z3-UE03		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 3		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3		TIPO:		
					Revestimiento	Interfaz	Elemento
						X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Sobre cimiento correspondiente a hileras de ladrillos.							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA				Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			4		-5		
Coetáneo a							
Posterior a		B	2				
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							
DATACIÓN	Periodo: 1		Etaqa:-		Observaciones: UE		

³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

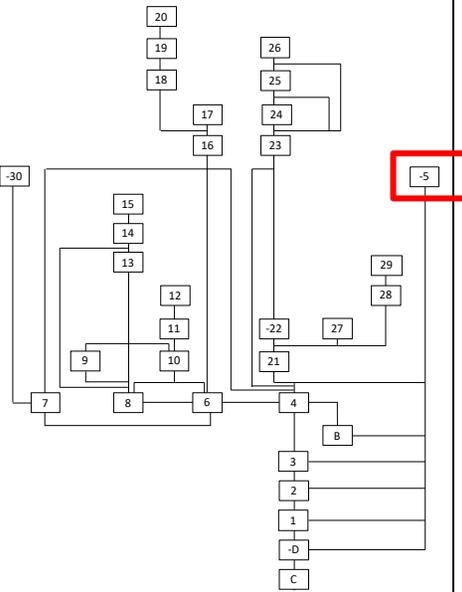


INTERPRETACIÓN:	<p>UE3, corresponde a sobrecimiento ladrillo se apoya sobre UE2, para luego ser alterada por el elemento interfacial UE-5 que cortó las UE 4, 3, 2 y B, dejando expuesto sobre cota cero parte de la UE3, probablemente estaba cubierta por B (bajo cota cero). Los ladrillos son de 40 cm (soga) x 20 cm (tizón) x 10-8 cm (grosso) aproximadamente y su aparejo es uno sobre otro, sobre la tabla de estos. Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplastillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.)</p>			
REFERENCIAS	<p>A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE02 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE0B</p>	Dibujos:	Fotos: 9531	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ⁴ : 02-02-Z3-UE04		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 4		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:		
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellena r	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a				21	-5						
Coetáneo a						6					
Posterior a			3								
											
FOTO 1							FOTO 2:				
HALLAZGOS:											

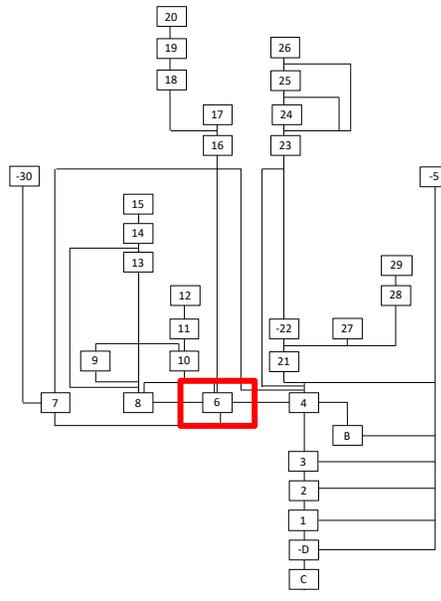
⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones: sobre y bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe se apoya sobre UE3 (sobrecimientos), está unido a UE6 (otro muro de adobe orientación E-O) y está adosado a UE21. Posteriormente UE 4 es cortado por UE5. Posiblemente UE4, 7 y 6 podrían corresponder a una misma estructura arquitectónica, probablemente son contemporáneos. El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de sogá y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de sogá. Se distingue material cultural secundaria al interior de los adobes, por ejemplo una cerámica de tradición "indígena", además de la presencia de alto contenido de material orgánico, especialmente paja. Se aprecia que la tipología de muro observada aparece descrita claramente a partir de 1884 en la que prima el uso del adobe (UE 04), cimientos de piedra canteada (UE 01), sobrecimientos sólidos de piedra de cerro fraguado con barro (UE 02) y dos hileras de emplantillado de ladrillos asentados en la mezcla (UE 03) (Actas de la Junta Directiva 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta. Imp. Valparaíso de Federico T. Lathrop, 1901, p. 233.)</p>				
REFERENCIAS	<p>A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE21</p>	Dibujos:	<p>Fotos: 9574 9542, 9537, 9513 a 9515</p>	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ⁵ : 02-02-Z3-UE0-5		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 5						
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:						
				Revestimiento	Interfaz	Elemento				
						X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:										
Elemento interfacial										
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización						
	cubrir	rellenar					apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a										
Coetáneo a										
Posterior a					4,3,2,B,7					
										
FOTO 1		FOTO 2:								
HALLAZGOS:										
DATACIÓN	Periodo: 3		Etaqa:-		Observaciones: sobre cota cero.					

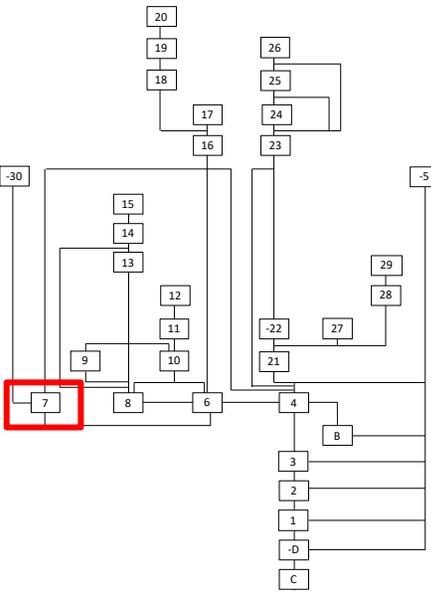
⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que cortó UE 4 (muro de adobe), UE3 (sobrecimiento), UE 2 (piedra canteada cimient) y UE B (matriz de relleno), posiblemente asociada al evento de demolición posterior al terremoto de 1985 y que dejó habilitado el actual estacionamiento donde anteriormente se encontraba el sector 1 masculino. Posiblemente corresponde al mismo evento interfacial de UE-30.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE0-5 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UEOB	Dibujos:	Fotos: 9619 a 9631 , 9513 a 9515	Muestras: S/l
RESPONSABLE: JLC DGL	FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©⁶: 02-02-Z3-UE06		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 6		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:		
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a			16								
Coetáneo a						8,7,4					
Posterior a											
 											
FOTO 1							FOTO 2:				
HALLAZGOS:											

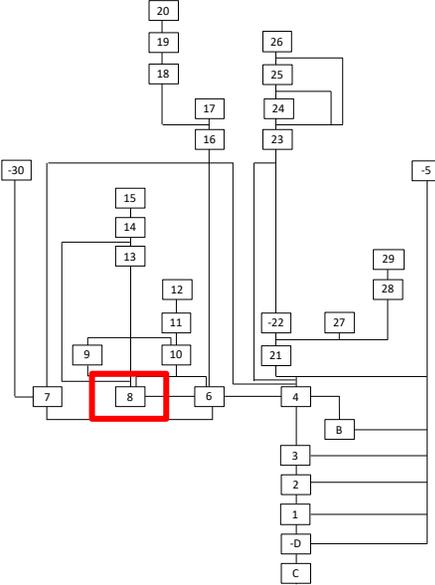
⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe unido UE 4 y 7, probablemente son contemporáneos y fueron parte de una misma estructura arquitectónica. A su vez, se encuentra unido UE 8 (Acceso adintelado). UE 6 es cubierta por UE10 (estuco de barro); además sobre UE6 se apoya UE 16(muro de albañilería) y UE6 se adosa a UE21 (muro albañilería).</p> <p>El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de sogá y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de sogá y tizón. Se distingue material orgánico al interior de los adobes, especialmente paja.</p>				
REFERENCIAS	<p>A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE08 02-02-Z3-UE07 02-02-Z3-UE16</p>	Dibujos:	<p>Fotos: 9500 a 9514, 9519,9527 a 9529</p>	Muestras: S/l	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©⁷: 02-02-Z3-UE07		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 7		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana					AÑO: 2021		ZONA: Zona 3		TIPO:		
									Revestimiento	Interfaz	Elemento
										X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:											
Muro de adobe unido a UE 6											
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir					
Anterior a											
Coetáneo a						6					
Posterior a			16		-30						
											
FOTO 1			FOTO 2:								
HALLAZGOS:											

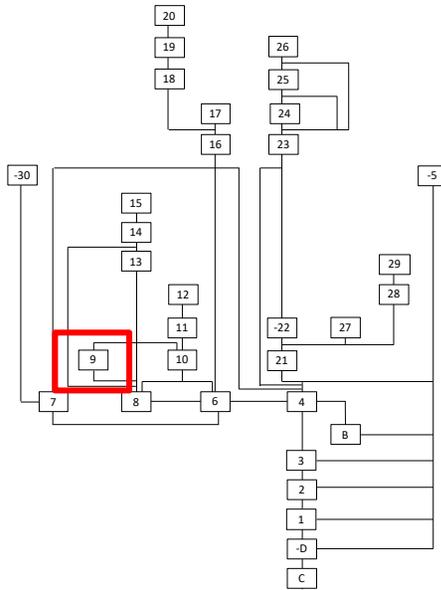
⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etapa:-	Observaciones: es cortado por -30, posiblemente corresponde al mismo evento de -5		
INTERPRETACIÓN:	<p>Muro de adobe unido UE 6, probablemente son contemporáneos y fueron parte de una misma estructura arquitectónica y fue cortado por -30 asociado al evento de demolición vinculada al terremoto de 1985, posiblemente es el mismo evento -5. Sobre el muro se apoya UE16.</p> <p>El tamaño de adobe fluctúa por las condiciones de conservación pero se observan entre 20 a 25 cm de tizón, 30-40 cm de soga y 8-10 cm de alto, dispuesto en aparejo de soga. Se distingue material orgánico al interior de los adobes, especialmente paja.</p>				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE-30 02-02-Z3-UE-16	Dibujos:	Fotos: 9538 - 9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ⁸ : 02-02-Z3-UE08		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 8						
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:						
				Revestimiento	Interfaz	Elemento				
					X					
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:										
Acceso adintelado										
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización						
	cubrir	rellenar					apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	10,13,14	9								6
Coetáneo a										
Posterior a										
										
FOTO 1		FOTO 2:								
HALLAZGOS:										
DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-		Observaciones:						

⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

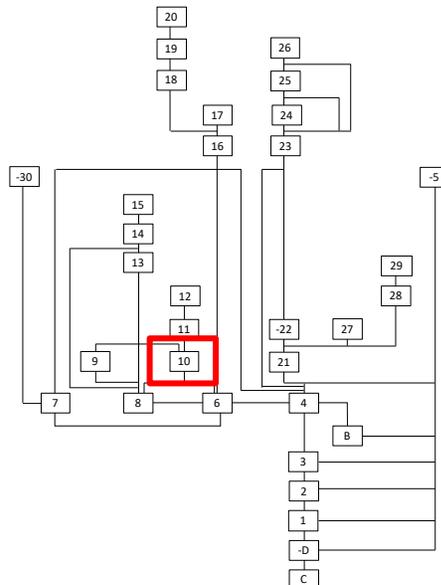
INTERPRETACIÓN:	Acceso adintelado unido a UE 6, se encuentra relleno por UE9 (no se identifica materialidad) y está cubierto por diversos estucos (UE10,13,14). El acceso presenta en su parte superior una pieza de madera que cuenta con una extensión aproximada de 120 cm y un alto que fluctúa entre 15 a 20 cm, la que presenta en el exterior gradado de rombos dispuestos de forma dispereja. El acceso general presenta un ancho de 100 cm aproximadamente y su altura no se puede medir debido a la presencia de la escombrera (UEA).			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE09 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE10 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE14	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL	FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ⁹ : 02-02-Z3-UE09		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 9		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Relleno acceso adintelado (no hay visibilidad materialidad)						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	13, 14					
Coetáneo a						
Posterior a		8				
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						
DATACIÓN	Periodo: 2	Etaqa:-	Observaciones: No presenta accesibilidad			

⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

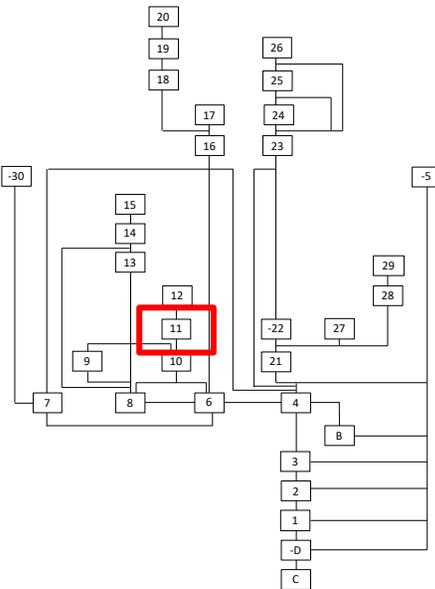


INTERPRETACIÓN:	Relleno de acceso adintelado (no se identifica materialidad), está cubierto por estuco de cemento (UE 13) y estuco de yeso (UE14)			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL	FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁰ : 02-02-Z3-UE010			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 10		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
									X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Estuco de barro y componente orgánico												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a	11,13											
Coetáneo a												
Posterior a	8,6											
												
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

¹⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

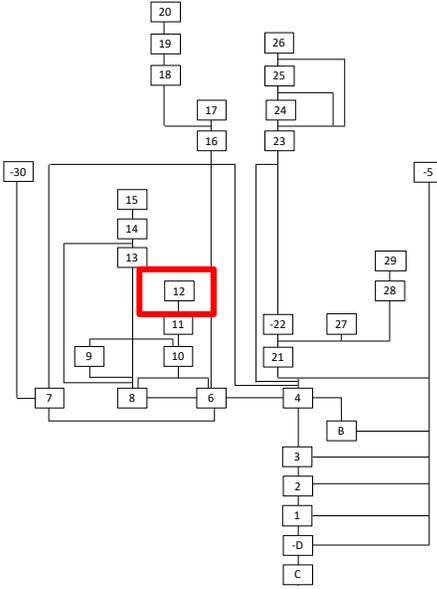
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de barro y componente orgánico, que cubre UE6 (muro de adobe) y UE8 (acceso adintelado). Además UE10 está revestida por UE11 (Estuco de barro y arena).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE11 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©11: 02-02-Z3-UE11		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 11		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Estuco de limo y arena que cubre a UE 10						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	12					
Coetáneo a						
Posterior a	10					
						
FOTO 1	FOTO 2:					
						
HALLAZGOS:						

¹¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



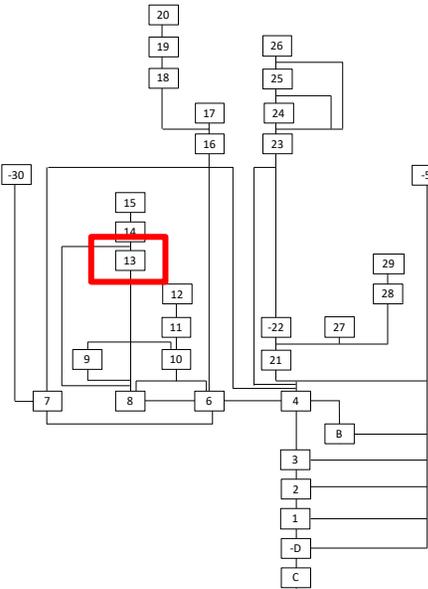
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de limo y arena que cubre a UE 10. A su vez este se encuentra en parte cubierto por UE12 (pintura blanca).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE12 02-02-Z3-UE10	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹² : 02-02-Z3-UE12		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 12			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Pintura blanca							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a	11						
Coetáneo a							
Posterior a							
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

¹²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

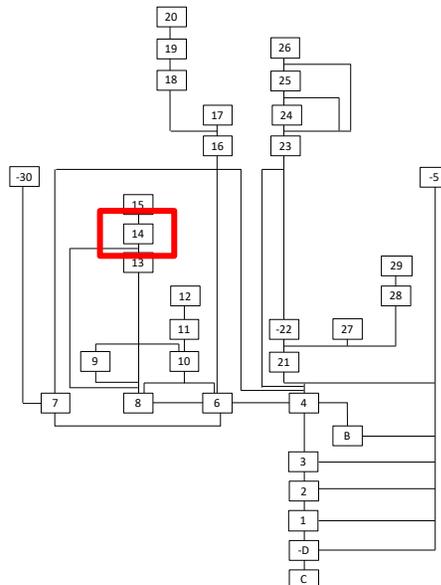


DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Pintura blanca que cubre a UE 11 (estuco de limo y arena).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE11	Dibujos:	Fotos: 9514 a 9529	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©13: 02-02-Z3-UE13		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 13			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Estuco de cemento							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			14				
Coetáneo a							
Posterior a	8,9,10						
							
FOTO 1		FOTO 2:					

¹³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

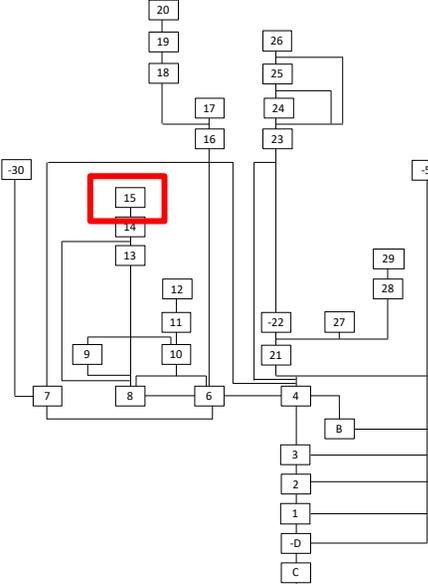
HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:	
INTERPRETACIÓN:	Estuco de cemento que cubre UE 08 (acceso adintelado), UE 09 (relleno de acceso adintelado) y UE 010 (estuco de limo y arena).			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14 02-02-Z3-UE10 02-02-Z3-UE09 02-02-Z3-UE08	Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico ©14: 02-02-Z3-UE14			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 14		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
									X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Estuco de yeso												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a	15											
Coetáneo a												
Posterior a	13,8											
												
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

¹⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



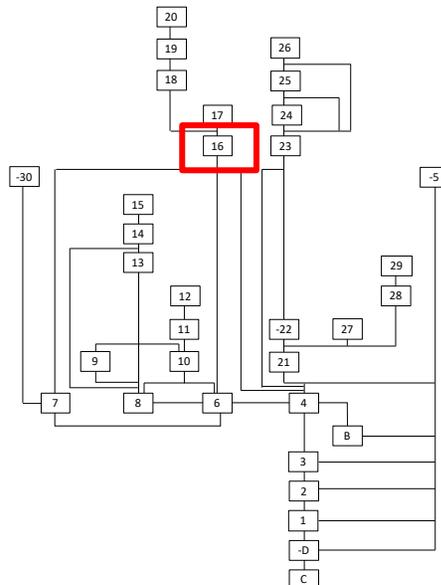
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa: -	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de yeso que cubre a UE 013 (estuco de cemento) y a UE 08 (acceso adintelado). A su vez, esta se encuentra cubierta por UE15 (pintura amarilla)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE15 02-02-Z3-UE13 02-02-Z3-UE08		Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©15: 02-02-Z3-UE15		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 15		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Pintura amarilla						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	15					
Coetáneo a						
Posterior a						
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

¹⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



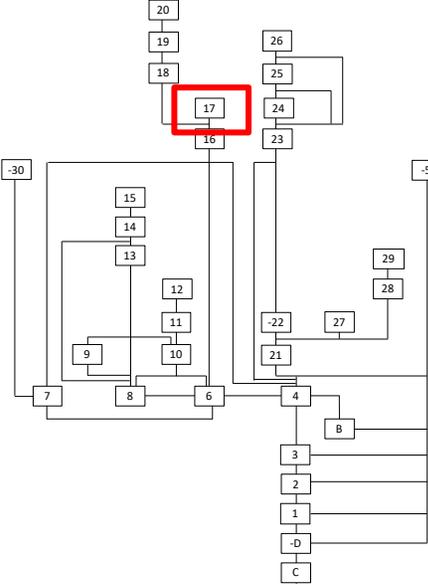
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Pintura amarilla que cubre a UE 014				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE14	Dibujos:	Fotos: 9519 a 9523	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁶ : 02-02-Z3-UE16			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 16		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
										X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Muro de albañilería (Baja visibilidad)												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a	17											
Coetáneo a												
Posterior a			6,7,4									
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

¹⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



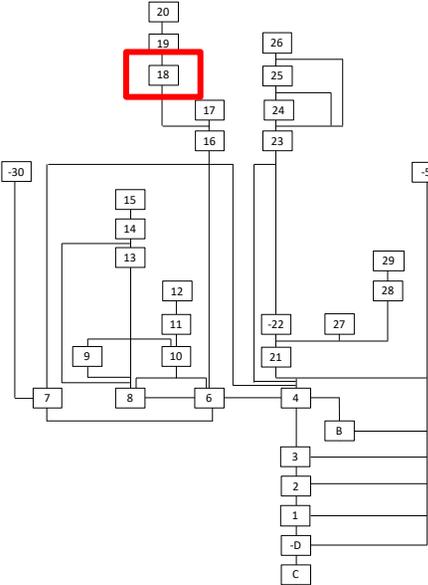
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones: escasa visibilidad y baja accesibilidad		
INTERPRETACIÓN :	Muro de albañilería de baja visibilidad que se apoya en UE 06, UE 07 y UE 04, correspondientes a muros de adobe y se encuentra cubierto por UE17 (estuco de cemento). Presenta baja visibilidad y dificultad para acceder a él debido a que se encuentra a cuatro metros sobre el nivel de suelo actual.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE06 02-02-Z3-UE04 02-02-Z3-UE07 02-02-Z3-UE17	Dibujos:	Fotos: 9527 a 9528,9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©17: 02-02-Z3-UE17		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 17			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
				Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Estuco de cemento							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a							
Coetáneo a							
Posterior a	16						
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

¹⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



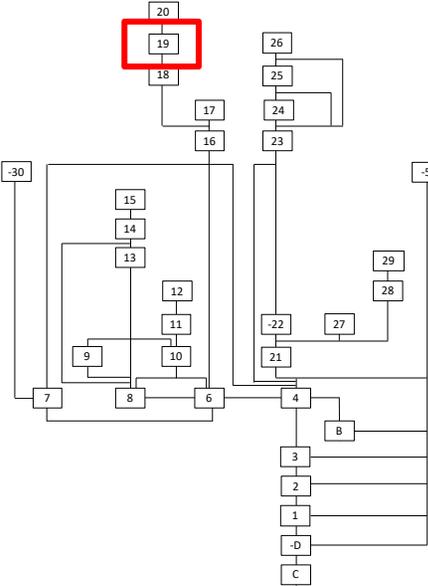
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de cemento que cubre UE 016				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE16	Dibujos:	Fotos: 9527 a 9528,9540	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico ©18: 02-02-Z3-UE18		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 18		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Coronación de ladrillos para instalación de techumbre						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			16			
Coetáneo a						
Posterior a			19			
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

¹⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



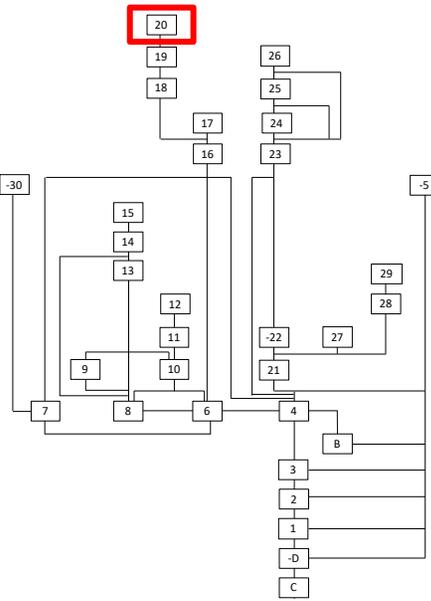
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Coronación de ladrillos para instalación de techumbre de zinc que se apoya en UE 16 (Muro de albañilería), debido a la altura no se puede acceder a medir los ladrillos. Sobre esta se dispone UE19 (vigas de madera). Corresponde a una construcción sin argamasa y de tipo expeditivo.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE16 02-02-Z3-UE19	Dibujos:	Fotos: 9534 a 9536	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ¹⁹ : 02-02-Z3-UE19		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 19		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Vigas de madera						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			20			
Coetáneo a						
Posterior a			18			
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

¹⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



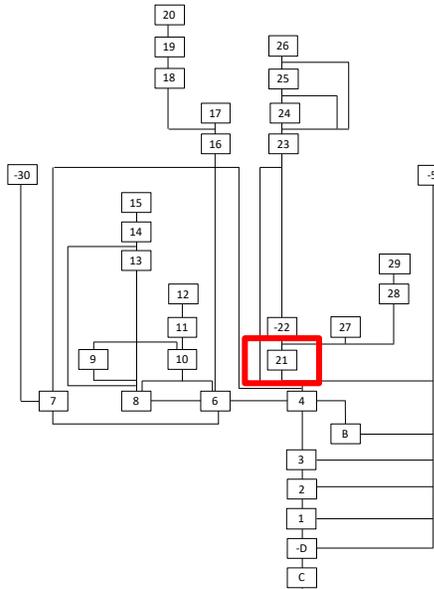
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones: baja accesibilidad y visibilidad.		
INTERPRETACIÓN:	Vigas de madera dispuestas sobre UE18 (Coronación de ladrillos para instalación de techumbre), sobre esta se dispone UE 20 (placas de techo de zinc). Difícil accesibilidad.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE18 02-02-Z3-UE20	Dibujos:	Fotos: 9534 a 9536	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁰ : 02-02-Z3-UE20		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 20		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Techumbre de Zinc						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			19			
Coetáneo a						
Posterior a						
						
FOTO 1		FOTO 2:				

²⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

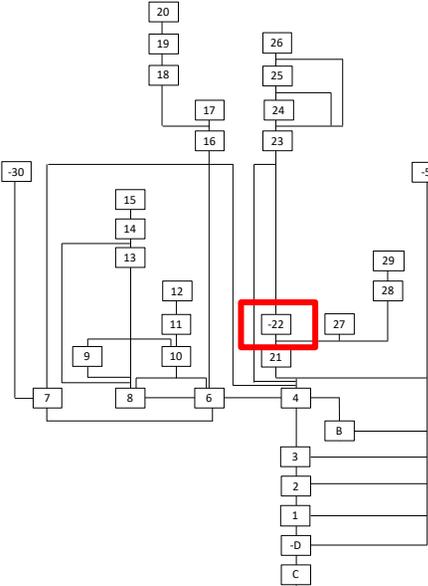


HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones: difícil visibilidad y accesibilidad.	
INTERPRETACIÓN:	Techumbre de Zinc se apoya sobre UE18 (vigas de madera), difícil visibilidad y accesibilidad.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE19	Dibujos:	Fotos	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²¹ : 02-02-Z3-UE21		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 21		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Muro de albañilería						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	27				-22	
Coetáneo a						
Posterior a			4			
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

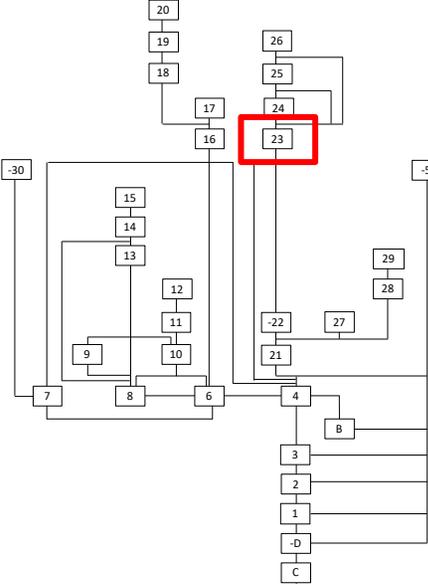
²¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Muro de albañilería posiblemente adosado de forma original a UE04 (muro de adobe), que posteriormente fue cortado por UE-22 (elemento interfacial). Se observa únicamente un lado de los ladrillo posiblemente el lateral, de 20 x 8 cm aproximadamente. Sobre UE21 se observan dos recubrimientos correspondientes a UE27 (estuco de barro) y UE28 (mortero de cemento).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE4 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE 27	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²² : 02-02-Z3-UE-22		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 22		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
						X
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Elemento interfacial						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a				23		
Coetáneo a						
Posterior a					21	
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

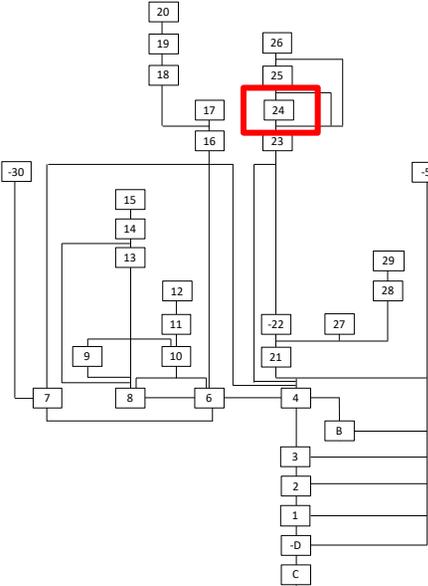
²²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que corta UE 21 (muro de albañilería), posiblemente también cortó UE27(estuco de barro, no obstante este estuco no se presenta completo. Este a su vez es rellenado por UE23 (Relleno de estuco en UE-22) en donde se adosa UE24,25 y 26 (muro de albañilería y cemento).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE21 02-02-Z3-UE23	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²³ : 02-02-Z3-UE23		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 23		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Relleno de estuco de cemento						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a				24,25,26		
Coetáneo a						
Posterior a		-22				
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

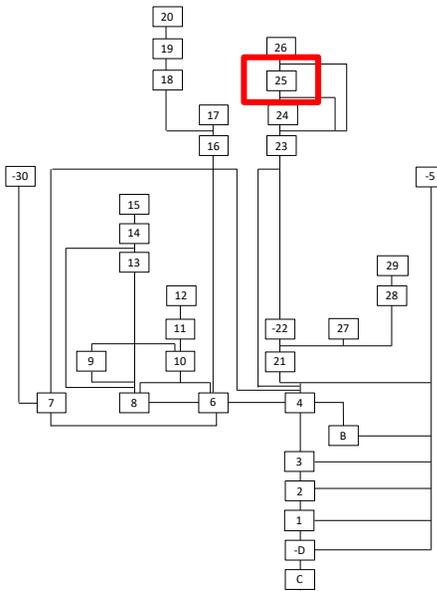
²³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 3	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Relleno de estuco en UE-22 (Elemento interfacial que corta UE21). Adosado a éste se encuentra UE 24 (Relleno de albañilería en UE -22 y también se adosa al estuco UE23), UE25(Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22) y UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE24 02-02-Z3-UE26	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545.	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:		

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁴ : 02-02-Z3-UE24		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 24		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Muro de albañilería						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:	Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			25,26			
Coetáneo a						
Posterior a		-22		23		
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

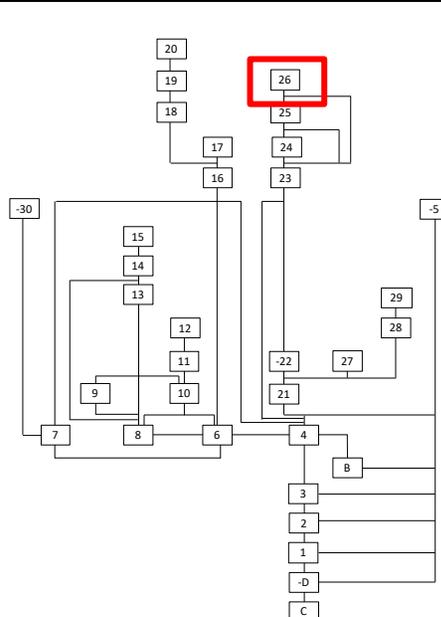
²⁴Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	<p>Relleno de albañilería en UE -22, se adosa al estuco UE23. Sobre este se apoya, UE25(Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22) y UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22). A su vez, UE24,25 y 26 rellenan UE-22 y se adosan a UE4(Muro de adobe) y UE21(Muro de albañilería).</p> <p>Los ladrillo se disponen por el lado más largo, es decir, la soga hacia el exterior, presentado aproximadamente 40 cm de largo por 7 de grosor.</p>				
REFERENCIAS	<p>A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE26</p>	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁵ : 02-02-Z3-UE25		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 25		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
				X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Coronación de cemento que se apoya en UE 024						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:			Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			26			
Coetáneo a						
Posterior a		-22	24	23,4		
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

²⁵Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

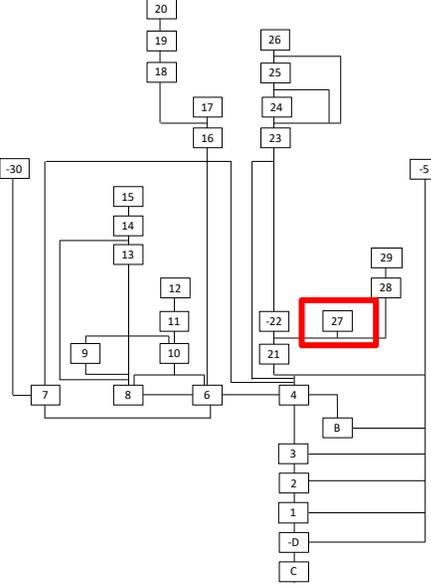
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE -22, se adosa al estuco UE23. Sobre este se apoya UE26 (Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22). A su vez, UE24,25 y 26 rellenan UE-22 y se adosan a UE23 que a su vez se adosa a UE4 (Muro de adobe).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE24 02-02-Z3-UE26 02-02-Z3-UE04	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁶ : 02-02-Z3-UE26			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 26		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
										X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Muro de albañilería												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a												
Coetáneo a												
Posterior a		-22	25	4,23								
												
FOTO 1			FOTO 2:									
HALLAZGOS:												

²⁶Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



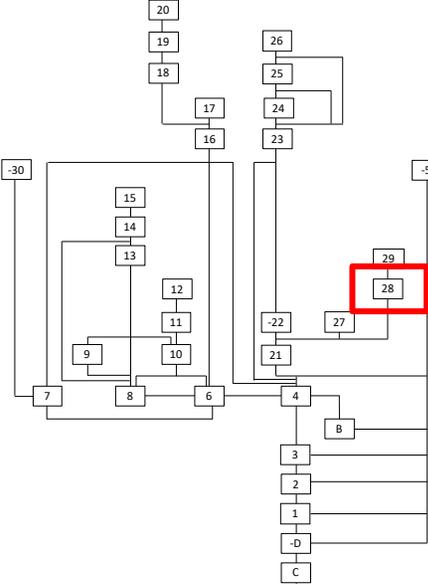
DATACIÓN	Periodo: 3	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Muro de albañilería que se apoya en UE 25 (coronación de cemento sobre UE24) y rellena a UE-22 (mala accesibilidad). A su vez, UE 24,25 y 26 rellena UE-22 y se adosan a UE4(Muro de adobe) y UE21(Muro de albañilería).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE25 02-02-Z3-UE-22 02-02-Z3-UE23 02-02-Z3-UE4	Dibujos:	Fotos: 9542, 9543, 9545	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁷ : 02-02-Z3-UE27		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 27		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Estuco de barro						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a						
Coetáneo a						
Posterior a			21			
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

²⁷Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



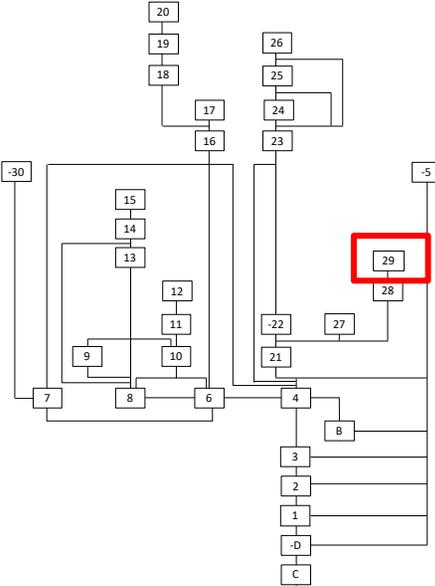
DATACIÓN	Periodo: 2	Etapa:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Estuco de barro que cubre a UE 021 (muro de albañilería)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-21	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁸ : 02-02-Z3-UE28		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 28		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Mortero de cemento						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	29					
Coetáneo a						
Posterior a	21					
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

²⁸Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)



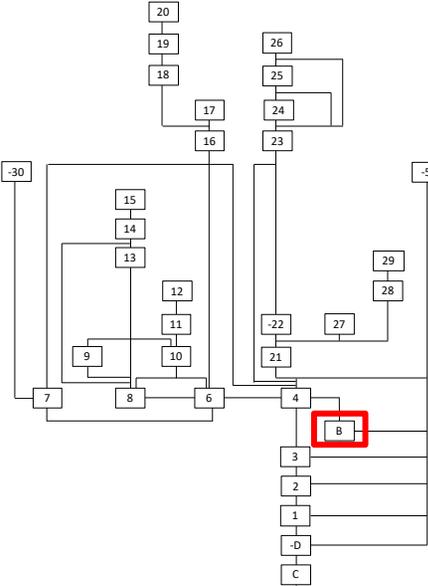
DATACIÓN	Periodo:	Etapas:	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Mortero de cemento que reviste a UE 21, sobre este se dispone UE29 (Baldosas de cemento color blanco)				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-21 02-02-Z3-UE-29	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ²⁹ : 02-02-Z3-UE29		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 29		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:			
			Revestimiento	Interfaz	Elemento	
		X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Baldosa Hidráulica						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a	28					
Coetáneo a						
Posterior a						
						
FOTO 1		FOTO 2:				
HALLAZGOS:						

²⁹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

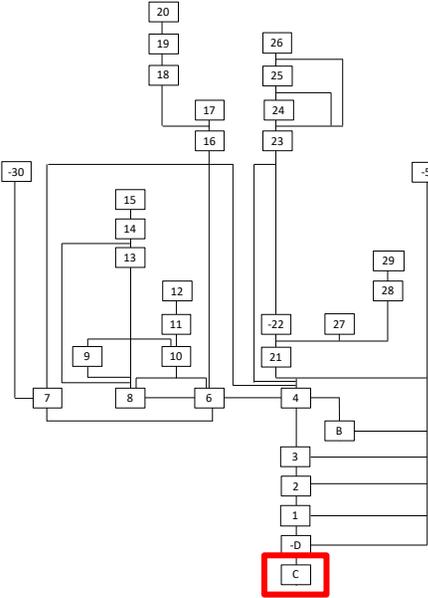


DATACIÓN	Periodo: 2	Etapas:-	Observaciones:		
INTERPRETACIÓN:	Baldosa Hidráulica que reviste a UE 28				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-28	Dibujos:	Fotos: 9285 a 9290	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³⁰ : 02-02-Z3-UE0B		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 30		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana		AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:		
				Revestimiento	Interfaz	Elemento
					X	
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:						
Matriz Limoarcillosa (probablemente de A)						
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización	
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir
Anterior a			4		-5	
Coetáneo a						
Posterior a		3				
						
FOTO 1	FOTO 2:					
HALLAZGOS:						

³⁰Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

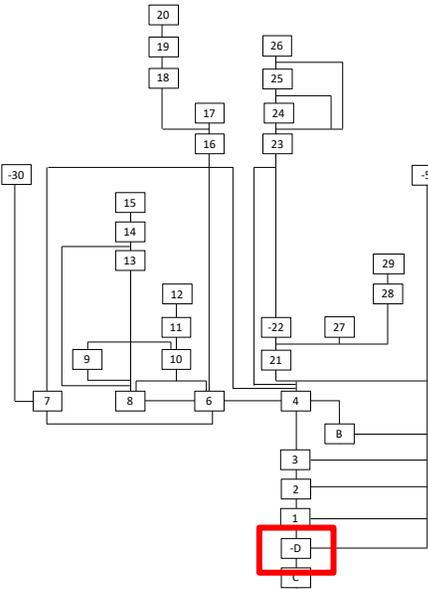
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapas:-	Observaciones: bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN:	Matriz limoarcillosa (probablemente de A) con inclusiones que rellenó UE -D (herido para cimientto), es decir, parte de la zanja que se realizó para hacer el cimientto. Además, cubre a UE3 (Sobrecimiento). Se distingue principalmente al momento de excavación arqueológica y en el perfil Norte de la unidad.				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-05 02-02-Z3-UE03 02-02-Z3-UE04	Dibujos:	Fotos: 9612 a 9613	Muestras: S/I	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:		

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³¹ : 02-02-Z3-UEOC		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 31				
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:					
			Revestimiento	Interfaz	Elemento			
				X				
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:								
Matriz arcillosa compacta previo a la edificación.								
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA		Diagrama:		Localización				
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir		
Anterior a					-D			
Coetáneo a								
Posterior a								
								

³¹Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

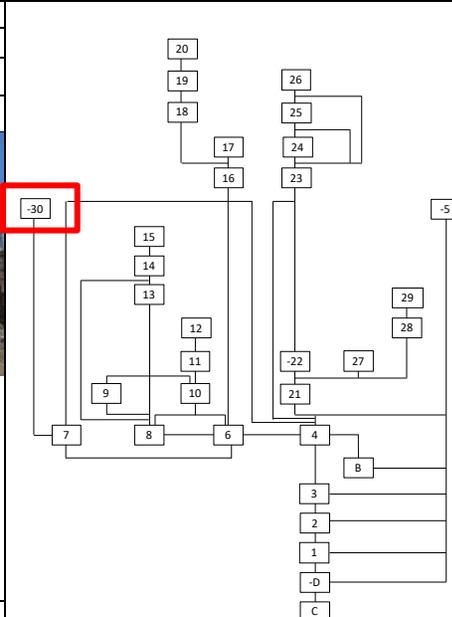


FOTO 1	FOTO 2:		
HALLAZGOS:			
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapas:-	Observaciones: bajo cota cero
INTERPRETACIÓN:	Matriz arcillosa compacta previo a la edificación. Presenta contenido orgánico, no se halló material cultural asociado.		
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE-0D	Dibujos:	Fotos: 9628 a 9629 Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak		Ficha Análisis Estratigráfico © ³² : 02-03-Z1-UE-D		FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°: 32			
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana	AÑO: 2021	ZONA: Zona 3	TIPO:				
			Revestimiento	Interfaz	Elemento		
				X			
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:							
Elemento interfacial de zanja para instalar cimientos							
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA			Diagrama:		Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir	
Anterior a			C		-5		
Coetáneo a							
Posterior a		B	1,2,3				
							
FOTO 1		FOTO 2:					
HALLAZGOS:							

³²Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

DATACIÓN	Periodo: 1	Etaqa:-	Observaciones: Bajo cota cero		
INTERPRETACIÓN :	Elemento interfacial correspondiente a los heridos para disponer UE1 (estabilizado piedra para cimientos semi-canteado), UE2 (Cimiento de piedra semi-canteado con cuñas de piedra se apoya sobre), UE3 (Sobre cimiento ladrillo) y UE B (Matriz arcillosa (probablemente de A).				
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-03-Z1-UEC 02-03-Z1-UE1 02-03-Z1-UE2 02-03-Z1-UE3 02-03-Z1-UEB 02-03-Z1-UE5	Dibujos:	Fotos: 9618 a 9621	Muestras:	
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021		Revisión:	

SITIO Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak							Ficha Análisis Estratigráfico © ³³ : 02-02-Z3-UE-30			FICHA DE UNIDAD ESTRATIGRÁFICA N°:33		
LOCALIDAD: Recoleta Metropolitana				AÑO: 2021		ZONA: Zona 3			TIPO:			
									Revestimiento	Interfaz	Elemento	
										X		
Identificación Técnica y Materialidad Constructiva:												
Elemento interfacial que corta UE7												
SECUENCIA ESTRATIGRÁFICA							Diagrama:			Localización		
	cubrir	rellenar	apoyar	adosar	cortar	unir						
Anterior a												
Coetáneo a												
Posterior a				7								
FOTO 1			FOTO 2:									

³³Ficha desarrollada dentro del proyecto FONDEF ID14I10187, y basada en lo desarrollado por el GPAC (Grupo de Investigación de Patrimonio Construido)

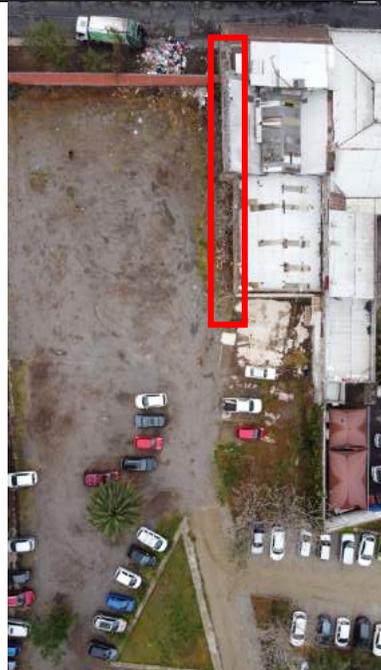


HALLAZGOS:				
DATACIÓN	Periodo: 1	Etapa:-	Observaciones: corresponde al mismo evento de UE -5	
INTERPRETACIÓN:	Elemento interfacial que cortó UE 7 (muro de adobe), corresponde al mismo evento interfacial de UE-5 relacionado con el evento de demolición posterior al terremoto de 1985.			
REFERENCIAS	A Otras Fichas: 02-02-Z3-UE07	Dibujos:	Fotos: 9538 - 9540	Muestras: S/I
RESPONSABLE: JLC DGL		FECHA: Oct 2021	Revisión:	

ANEXO 5

Ficha Matriz de Harris “Muro sector sur este” (o Sector 3)

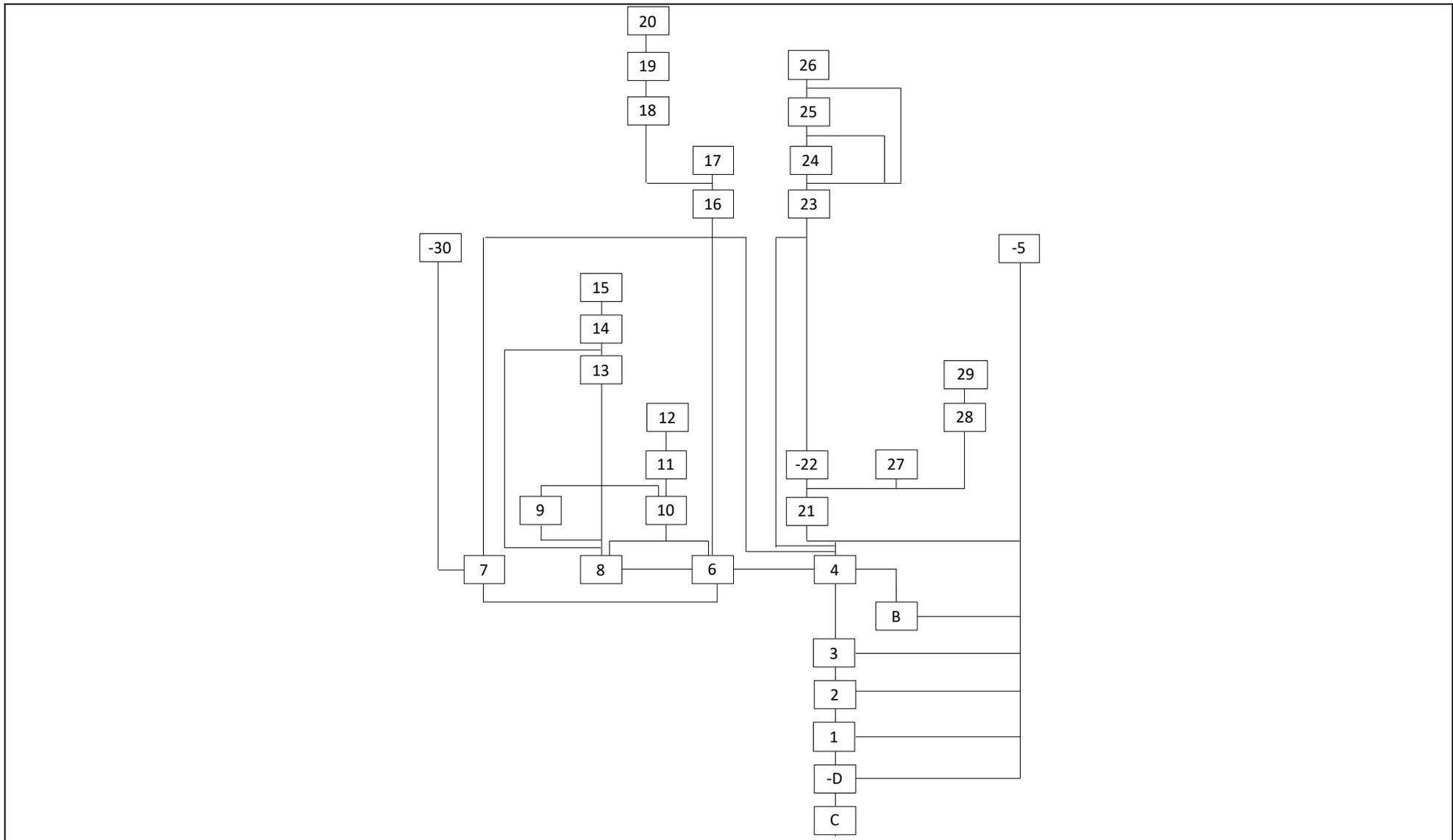
Ficha Matriz de Harris: 02-01-Z3	SITIO: Hospital Psiquiatrico	Localidad: Comuna de Recoleta, Región Metropolitana	
Coordenadas/dirección:		Zona N°: 3 - Muro 1	Fecha de Registro de Información: Octubre de 2021



MURO SUR ESTE SECTOR 3



Ubicación en Planta Sector 3	Fotogrametría Zona 3 (muro norte) con Unidades Estratigráficas (U.E.) identificadas lado exterior e interior muro norte
Matriz de Harris	





U.E	Código ficha U.E	Tipología Constructiva y Relaciones Generales entre UUEE.	Material
B	Z3-02-UEB	Matriz limo arcillosa (probablemente de capa A) con inclusiones que rellenó UE -D.	Sedimento
C	Z3-02-UEC	Matriz arcillosa compacta previa a la edificación	Sedimento
-D	Z3-02-UED	Elemento interfacial de zanja para instalar cimientos	No aplica
1	Z3-02-UE001	Estabilizado de piedra semicanteadas para cimientos.	Piedra
2	Z3-02-UE002	Cimiento de piedra semicanteadas con cuñas de piedra que se apoya sobre UE 1	Piedra y mortero de barro
3	Z3-02-UE03	Sobrecimiento ladrillo que se apoya sobre UE 2 (sobre cota cero)	Ladrillo y mortero de barro
4	Z3-03-UE04	Muro de adobe que se apoya sobre UE 3	Adobe
-5	Z3-03-UE-5	Elemento interfacial que cortó UE 4, UE3, UE 2 y UE B	No aplica
6	Z3-03-UE06	Muro de adobe unido a UE 4	Adobe
7	Z3-03-UE07	Muro de adobe unido a UE 6	Adobe
8	Z3-03-UE08	Acceso adintelado unido a UE 6	Madera y ladrillo de adobe
9	Z3-03-UE09	Relleno de UE 08. Sin visibilidad	indeterminado
10	Z3-03-UE10	Revoque de barro y componente orgánico que cubre UE 08 y UE06	Barro y paja
11	Z3-03-UE11	Estuco de limo y arena que cubre a UE 10	Barro y arena
12	Z3-03-UE12	Pintura blanca que cubre a UE 11	Pintura
13	Z3-03-UE13	Estuco de cemento que cubre UE 08 y UE09 y UE 010	Cemento
14	Z3-03-UE14	Estuco de yeso que cubre a UE 013 y a UE 08	Yeso
15	Z3-03-UE15	Pintura amarilla que cubre a UE 014	Pintura
16	Z3-03-UE16	Muro de albañilería que se apoya en UE 06 (mala accesibilidad)	Ladrillo y mortero indeterminado
17	Z3-03-UE17	Estuco de cemento que cubre UE 016	Cemento
18	Z3-03-UE18	Coronación de ladrillos para instalación de techumbre que se apoya en UE 16	Ladrillos
19	Z3-03-UE19	Vigas de madera que se apoyan en UE 18 para instalación de techumbre	Madera
20	Z3-03-UE20	Techumbre de zinc	Zinc
21	Z3-03-UE21	Muro de albañilería adosado a UE06	Ladrillo y mortero Indeterminado
-22	Z3-03-UE-22	Elemento interfacial en UE 21 para acceso	No aplica
23	Z3-03-UE23	Relleno de estuco en UE-22 para acceso	Cemento
24	Z3-03-UE24	Relleno de albañilería en UE -22 y también se adosa al estuco UE23	Ladrillo y mortero de cemento
25	Z3-03-UE25	Coronación de cemento que se apoya en UE 024 y rellena a UE 22	Cemento /hormigón (?)
26	Z3-03-UE26	Muro de albañilería que se apoya en UE 25 y rellena a UE-22 (mala accesibilidad)	Ladrillo y mortero indeterminado



27	Z3-03-UE27	Estuco de barro que cubre a UE 021	Barro
28	Z3-03-UE28	Mortero de cemento que reviste a UE 21	Cemento
29	Z3-03-UE29	Baldosa de cemento que reviste a UE 28	Cemento
30	Z3-03-UE-30	Elemento interfacial que corta UE7	No aplica
Observaciones: Se deja fuera UE A correspondiente a escombrera en uso emplazada adelante y apoyando al muro.			
RESPONSABLE: Javiera Letelier/Dafna Goldschmidt			FECHA: Octubre de 2021
			Revisión:

ANEXO 6

Informe de Análisis Arqueofaunístico sitio IPDJHB,
región Metropolitana.

Informe de Análisis Arqueofaunístico sitio IPDJHB, región Metropolitana.

Elisa Calás Persico

Marzo 2022

INTRODUCCIÓN

El presente informe entrega los resultados del análisis zooarqueológico y tafonómico efectuado al conjunto faunístico recuperado en las excavaciones realizadas en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, ubicado en la comuna de Recoleta, región Metropolitana, en el marco de la investigación doctoral de la arqueóloga Javiera Letelier Cosmelli.

Puesto que se trata de una muestra muy reducida, se trazaron sólo objetivos muy generales. Éstos apuntan principalmente hacia la identificación taxonómica y anatómica, es decir, dilucidar cuáles especies y elementos anatómicos se encuentran presentes en el registro analizado y cuáles son las implicancias arqueológicas de su presencia.

METODOLOGÍA

La muestra se compone de solo seis restos óseos, por lo que la metodología aplicada es bastante acotada y sencilla. En primer lugar, los materiales óseos fueron segmentados en especímenes identificables (es decir aquellas unidades óseas que presentaran porciones articulares, agujeros nutricios u otro accidente anatómico que permitiese su adscripción a una unidad anatómica en particular y por tanto a un grupo taxonómico definido), de aquellos restos no identificables (Mengoni-Goñalons 1999).

Para la identificación anatómica y taxonómica de los restos definidos como identificables, se utilizaron criterios osteomorfológicos a partir de esqueletos de referencia conformados por la autora. Dependiendo del grado de diagnosis se utilizaron distintas categorías taxonómicas, más o menos inclusivas. Al respecto, en general un espécimen se consideró como identificado cuando fue adscrito al menos a nivel de orden. Para efectos comparativos se contó con diversos esqueletos de referencia de propiedad de la autora, entre los que se incluyen *Sus scrofa* (Artiodactyla, Suidae), *Bos taurus* (Artiodactyla, Bovidae), *Equus caballus* (Perissodactyla, Equidae), *Capra hircus* (Artiodactyla, Caprinae), *Ovis aries* (Artiodactyla, Caprinae), *Canis lupus familiaris* (Carnivora, Canidae), *Felis silvestris catus* (Carnivora, Felidae) y *Oryctolagus cuniculus* (Lagomorpha, Leporidae), entre otros.

Para controlar la incidencia de distintos agentes naturales en la preservación del conjunto, se consideraron los siguientes atributos tafonómicos: meteorización, analizada utilizando

la escala propuesta por Behrensmeyer (1978); marcas de abrasión producidas por partículas; marcas por pisoteo y arrastre (Lyman 1994); marcas producidas por raicillas (Lyman 1994); marcas producidas por carnívoros durante el consumo de restos óseos (Binford 1981; Haynes 1983), ácidos digestivos (Andrews 1990) y acción de roedores (Lyman 1994).

En relación a las modificaciones de carácter antrópico presentes en la muestra, se distinguieron solo dos tipos: marcas de corte y corte con sierra. Estas se diferencian porque el objetivo de las últimas es “cortar” el hueso, es decir generar unidades de faenamiento o consumo, a diferencia de las huellas de corte tradicionales las que tienen por objeto “cortar” tejidos blandos (Binford 1981; Mengoni 1988, 1999; Lyman 1994).

RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, solo se registraron seis fragmentos óseos, los que se describirán a continuación.

Unidad 1, Capa A

Nivel 2 (10-20 cm)

Solo se registró un espécimen el cual corresponde a una escápula izquierda de gato (*Felis catus*), con huellas de raicillas (Figura 1).



Figura 1. Escápula izquierda de *F. catus*.

Nivel 3 (20-30 cm)

Se recuperaron 5 especímenes. Estos corresponden a:

- Un metacarpo izquierdo de Caprinae completo, con su extremo distal sin fusionar, por lo que se trataría de un individuo juvenil. La porción proximal y distal presenta fracturas y en proximal abundantes huellas de roedor. También se observan huellas de raicillas (Figura 2).

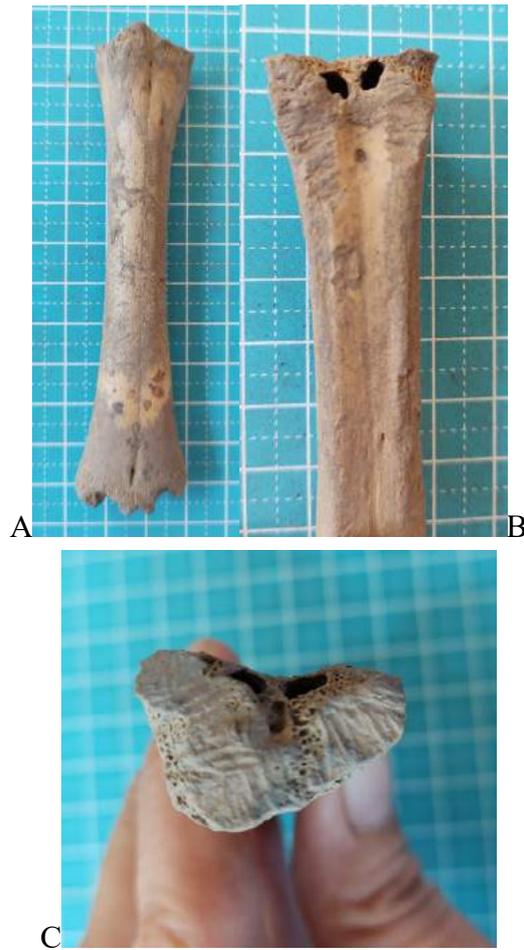


Figura 2. Metacarpo izquierdo completo de Caprinae (A. Vista anterior, B. Vista posterior porción proximal con huellas de roedor, C. Vista proximal de epífisis con huellas de roedor).

- Fragmento de proceso transversal izquierdo de vértebra lumbar de vacuno (*Bos taurus*), con huella de sierra hacia lateral, y una huella de corte en el cuerpo. Fractura fresca y fractura reciente (Figura 3).



Figura 3. Fragmento de proceso transverso de vértebra lumbar de *Bos taurus*. Las flechas indican la huella de corte y la huella de sierra.

- Fragmento de cuerpo vertebral de mamífero grande sin fusionar, probablemente de vértebra torácica de *Bos taurus*. Fractura no fresca (Figura 4).



Figura 4. Fragmento de cuerpo vertebral de mamífero grande.

- Fragmento de diáfisis de hueso largo de mamífero grande con huella de sierra y fractura reciente (Figura 5).



Figura 5. Fragmento de diáfisis de hueso largo. La flecha indica la huella de sierra.

- Fragmento de tejido esponjoso indeterminado (Figura 6).



Figura 6. Fragmento de tejido esponjoso indeterminado.

CONCLUSIONES

La muestra analizada es mínima, por lo que no es posible sacar mayores conclusiones sobre ella. Las especies identificadas corresponden exclusivamente a especies introducidas en tiempos históricos, y el hecho de que algunas de estas presenten huellas de corte y/o sierra, nos habla probablemente de desechos alimenticios. Por otro lado, la presencia de un espécimen de *F. catus* podría estar evidenciando la tenencia de mascotas.

REFERENCIAS

Andrews, P. 1990. *Owls, Caves and Fossils: Predation, Preservation and Accumulation of Small Mammal Bones in Caves, with an Analysis of the Pleistocene Cave Faunas From Westbury-Sub-Mendip, Somerset, U.K.* University of Chicago Press.

Behrensmeyer, A.K. 1978. Taphonomic and ecologic information from bone weathering. *Paleobiology* 4(2):150-162.

Binford, L. R. 1981. *Bones: ancient men and modern myths*. Academic Press, New York.

Haynes, G. 1983. A guide for differentiating mammalian carnivores taxa responsible for gnaw damage to herbivore limb bones. *Paleobiology* 9(2):164-172.

Lyman, R.L. 1994. *Vertebrate taphonomy*. Cambridge Manuals in Archaeology. University Press, Cambridge.

Mengoni Goñalons, G.L. 1988 El estudio de huellas en arqueofaunas: una vía para reconstruir situaciones interactivas en contextos arqueológicos: aspectos teórico-metodológicos y técnicas de análisis. En *De procesos, Contextos y otros Huesos*. Editado por N. Ratto y A. F. Haber, pp. 17-28. Instituto de Ciencias Antropológicas.

Mengoni Goñalons, G.L. 1999. Cazadores de guanacos de la estepa patagónica. Sociedad Argentina de Antropología: colección tesis doctorales, Buenos Aires.