

El zapato de Cenicienta: otra versión de los inicios de la psiquiatría en Chile

Jimena Carrasco Madariaga

Universidad Austral de Chile

INFORMACIÓN ART.

Recibido 5 febrero 2018
Aceptado 23 febrero 2018

Palabras clave
Foucault,
Psiquiatría,
Historia,
Chile

Key words
Foucault,
Psychiatry,
History,
Chile

RESUMEN

Se utiliza un marco analítico crítico, inspirado en las herramientas conceptuales de Michel Foucault, con el propósito de elaborar una historia crítica de la Casa de Orates de Santiago y de los inicios de la psiquiatría chilena, entre la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX. Se revisan antecedentes históricos respecto del asilo en la sociedad colonial, la prisión y el surgimiento de la mirada médica, contrastando lo propuesto por Foucault con la realidad chilena. Luego, se analizan textos que narran la historia de la Casa de Orates de Santiago. Como principal resultado se propone que el desarrollo de la psiquiatría en Chile, no se puede comprender sólo a partir de las prácticas que se dieron en el encierro de los locos. Se concluye que se deben considerar procesos que van más allá de la historia de la Casa de Orates, tales como el nacimiento del proyecto biopolítico y el acenso del discurso médico, los que, a su vez, se deben comprender bajo el marco de Colonialidad/Modernidad propuesto por Aníbal Quijano e Immanuel Wallerstein.

Cinderella's Shoe: Another Version of The Beginnings of Psychiatry in Chile

ABSTRACT

We will use a critical analytic approach inspired in Foucault's conceptual tools in order to develop a critical history of the Casa de Orates in Santiago and the inception of Chilean psychiatry, between the second half of the 19th century and the beginning of the 20th century. We will review the historical background of the asylum, the prison and the rise of the medical viewpoint in colonial society, contrasting Foucault's proposals with Chilean reality. Following this, we will analyse texts which narrate the history of the Casa de Orates in Santiago. As the main conclusion we propose that the development of psychiatry in Chile cannot be understood only through the practices of confining the mad. We conclude that we should consider processes that go beyond the history of the Casa de Orates, such as the birth of the biopolitical project and the rise of medical discourse, which in turn should be understood as bearing the mark of Colonialism/Modernity as was proposed by Aníbal Quijano and Immanuel Wallerstein.

Introducción

(...) en 1852, al fundarse el Manicomio Nacional, establecimiento alrededor del cual se nutre, desarrolla y expande la psiquiatría a lo largo de un siglo. Prácticamente la historia de este establecimiento es la historia de nuestra especialidad (...) (Garafulic, 1957, p.60).

En 1939 se publica un artículo en la Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas, donde se da cuenta de la historia de la Psiquiatría en Chile, utilizando la metáfora de "cenicienta" de la medicina. Al igual que en publicaciones anteriores, se insiste en las deplorables condiciones en que ha desarrollado la especialidad en el país y la indiferencia de las autoridades del naciente estado chileno, pero se agrega un nuevo actor que contribuye a esta historia de miserias:

Correspondencia:

ISSN: 2445-0928 DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2018a4>

© 2018 Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)

las otras ramas de la medicina. Según los autores, “muchos médicos somáticos juzgan que la psiquiatría se mueve en el campo puramente especulativo, casi metafísico, desvinculado de toda realidad corporal” (Vivado, Larson, y Arrollo, 1939, p.158).

Mi interés por esta historia (tipo cenicienta) de la Institución Psiquiátrica en Chile surge como resultado de una preocupación por comprender el presente. En tal sentido, se alimenta fuertemente de la arqueología y la genealogía propuesta por Michel Foucault. Busca desentrañar la historia a partir del análisis de los discursos, entendiendo que la posibilidad de decir algo y decirlo de una manera determinada está dada por ciertas condiciones de posibilidad, y, en definitiva, por ciertos entramados de relaciones de poder.

¿Cómo es que la Cenicienta de la medicina, que nació y creció bajo deplorables condiciones y la indiferencia de los poderosos y que luego fue víctima del desdén de sus hermanas (las otras ramas de la medicina) pudo llegar a ponerse como la protagonista de la historia? Ésta es la pregunta que guía el presente trabajo. En tal sentido, intentaré articular una versión de la historia que dé cuenta de los cambios en las condiciones de posibilidad de los discursos, y por tanto de los entramados de relaciones de poder en torno al surgimiento de la psiquiatría chilena. Así, la comprensión histórica de la psiquiatría cobra relevancia en la medida en que contienen la posibilidad de cambiar cómo se ha contar la historia.

Para esto me sirvo de las herramientas conceptuales de Michel Foucault, quien examinó las formas que adoptó la locura por medio de un análisis minucioso de las instituciones que se hicieron cargo de los locos (Foucault, 1976).

Así, la arqueología propuesta por Foucault nos invita a volcar la mirada a la casa de Orates de Santiago y luego a sus versiones renovadas, el Hospital Psiquiátrico, el Manicomio Nacional, el Open Door, el Asilo de Temperancia, entre otros, buscando desentrañar una comprensión histórica de “la locura” y su reformulación bajo la noción de “enfermedad mental” prestando atención a las acciones combinadas que se dieron en el encierro de los “locos”.

Recordemos que para Foucault el encierro, que inicialmente tenía por objeto garantizar el orden y la seguridad de los que estaban afuera, poco a poco terminó constituyendo un saber acerca de los que estaban adentro.

El manicomio sería entonces producto de un orden institucional que permite una mirada perfeccionada sobre los sujetos a través de la clasificación, la vigilancia, el registro y la supervisión de los registros de los internos. Se construye así un objeto y un saber sobre ese objeto. Luego, la emergencia de la enfermedad mental será producto de una reconfiguración de la locura en el espacio de la salud y la enfermedad y como tal, se sitúa en la experiencia clínica (Foucault, 1991).

En Chile, la Colonia, la Independencia y el surgimiento del Estado republicano, implicaron procesos particulares que son relevantes a la hora de comprender las prácticas del encierro que se dieron en el manicomio.

Al igual que en la mayoría de los recién nacidos estados de Latinoamérica, el encierro, la vigilancia, la clínica, la psiquiatría, entre otras, no se pueden comprender sólo a partir de los procesos que analizó Foucault en Europa. Por lo anterior, considero necesario incorporar la noción de *colonialidad* (Quijano, 2000), entendida como el patrón de relaciones de poder que resultó de la dominación de los países europeos sobre sus colonias en el nuevo mundo. Este concepto, articula un marco analítico que no se restringe al colonialismo, es decir, a la relación formal de poder entre dos pueblos, sino que se interesa por las formas de conocer y de ser, que permiten y mantienen el patrón de relaciones de poder y de dominación de unos sobre otros.

Este concepto cobra relevancia al analizar antecedentes históricos: en las diferentes formas que han adoptado las estrategias de control sobre determinados sujetos en Chile (vagos, locos, criminales, enfermos), se aparece insistentemente la hegemonía del conocimiento del hombre blanco europeo por sobre otras. Esta hegemonía se

traduce en una legitimidad incuestionable de ciertas prácticas, lo que a su vez resulta en un imperativo de transformación de la sociedad -y de los entramados de relaciones de poder- hacia la modernidad, es decir, hacia formas más parecidas a las de Europa. Así, la idea de modernidad legitima determinados conocimientos, los que a su vez producen racionalidades políticas y diferentes objetos durables por inscripciones institucionales, tales como nuevas clasificaciones de la enfermedad mental, nuevas normas y nuevas formas de organización de las entidades avocadas a la intervención de ciertos sujetos (Carrasco, 2013).

En tal sentido, la llamada modernidad/colonialidad (Quijano y Wallerstein, 1992) nos propone un cambio interesante en las interpretaciones que habitualmente se dan a la colonización de América y la ilustración: ambos no serían fenómenos aislados, sino que uno habría sido central en el surgimiento del otro. La ilustración, no habría más que transformado en discurso una idea que se origina en la experiencia colonizadora.

Por lo tanto, en el caso de Chile, las racionalidades políticas, las instituciones y las formas de organización de las entidades avocadas primero al loco, y después al enfermo mental, se pueden leer también como parte del patrón de relaciones de poder que emergió a partir de la Colonia, aun cuando fueron procesos que se dieron cuando Chile ya era un país independiente.

De este modo, el presente trabajo se nutre fuertemente de las propuestas de Michel Foucault para analizar la historia de las instituciones que se avocaron a los locos, pero intenta incorporar otros elementos, en especial el marco de colonialidad/modernidad (Quijano y Wallerstein, 1992).

A fin de poder concluir una posible respuesta a la pregunta esbozada más arriba, comenzaré introduciendo algunos elementos que establecerán el marco para el nacimiento de la Casa de Orates de Santiago: la organización de los asilos y hospitales, el surgimiento de la prisión moderna y de la mirada médica a inicios de la República. Luego me centraré en la historia de la Casa de Orates de Santiago.

Poder y gobierno en la casa señorial

La encomienda, como forma de orden social colonial, configuró una lógica basada en la territorialidad y en el señorío (Millar y Duhart, 2005), que se mantendrá durante los primeros años de la República. Los siervos eran responsabilidad de un señor, pero para que el señor pudiese velar por ellos era necesario que éstos estuviesen fijos en el territorio encomendado al señor. De ahí el problema de la vagancia: quienes no pertenecían a un lugar, y por tanto a un señor, no podían ser disciplinados por nadie.

El problema de la disciplina y de la moralización de estos sujetos, los vagos, es tratado con similares estrategias de control espacial y social, es decir, por medio de la asignación de un espacio que supla la función de una casa señorial, que más que una morada es donde se fundan las jerarquías durante la colonia:

Tanto las jerarquías como las prácticas y ritos de vinculación personal tenían su punto de partida y llegada en la casa y la familia. Las jerarquías establecidas entre los miembros de la familia tenían un espacio de dominio que era un símbolo público: la casa (Araya, 2005, p.164).

La noción de *casas de objeto público* se utilizaba durante la Colonia para designar a aquellas casas que no son “de familia”, pero en donde habita gente. Más explícito, en el censo de 1813 esta categoría se utilizaba para designar a parroquias, iglesias, conventos, monasterios, cárceles, casas de corrección, hospitales, hospicios, casas de educación y fábricas. Es decir, a esta categoría corresponden aquellas viviendas que suplen la función social de la casa señorial: brindar protección a cambio de sumisión y obediencia y, por tanto, es donde se funden la asistencia y la penalidad (Neira, 1998).

Con la Independencia, este orden no desaparece, pero se reconfigura bajo las coordenadas del discurso ilustrado, propio de la

modernidad europea. El censo de 1813 reconoce y contabiliza asilos como “casas de objeto público” con lo cual, por un lado, se mantiene a estos establecimientos bajo una categoría propia del orden Colonial, y por otro, se los incorpora a la lógica del registro y control propia del Estado Moderno.

Por tanto, la independencia no se debe entender como un acto automático de institución de normas y estructuras de un aparato burocrático de gobierno. El orden social mantendrá el predominio de la élite tradicional (colonial), y el Estado servirá como instrumento para mantener la estructura social oligárquica (Jocelyn-Holt, 1997).

Lo que se ha conocido como “régimen portaliano” se puede entender como un refuerzo del orden social tradicional, pero sometido a una lógica republicana y racional. Para Portales, la guerra de independencia y las ideas liberales habían traído como consecuencia el desorden social. En la medida en que los preceptos republicanos fuesen ineficientes para la mantención del orden, debían ser reemplazados por las formas de orden tradicional (oligárquicas) pero ahora normalizados -y legitimados- por la lógica republicana.

En esta línea, a partir de 1832 los hospitales y asilos (ahora sí diferenciados de otras casas de objeto público) fueron entregadas a un jefe con la denominación de administrador⁷² y se estableció un tesorero y una junta directora para todos los establecimientos. Esta última era responsable de la administración financiera. Con esta medida se establece una supervisión estatal sobre hospitales y asilos, puesto que el rol de secretario de la junta directora recaerá en un funcionario técnico y especializado de gobierno. Sin embargo, al mismo tiempo, se establece que la dirección financiera seguirá en manos de particulares, aunque no de cualquiera. Los indicados para dicha tarea serán ciudadanos filantrópicos, que corresponden a los miembros de la élite tradicional y mercantil, que históricamente, desde la Colonia, habían realizado obras piadosas, como expresión de su elevada moral cívica y religiosa. (Castillo en Franulic, 2007)³.

Así, al entrar en un orden republicano, el hospital se constituye en algo paradójico. La moral que dio origen a las obras piadosas en la sociedad colonial (propia de la élite mercantil) será la fuente de una normativa, ahora instituida por reglamento. La legitimidad de éste no reposa en la autoridad republicana, sino en la moral de una élite, que, por su condición, ahora bajo la lógica republicana, pretende obligar.

Así por fin triunfó la justicia [...] en este hospital el orden, la moral, la economía, el respeto, la subordinación y finalmente la caritativa asistencia a las enfermas, que si por desgracia no es ejercida allí con todo el celo que inspiran los principios religiosos, lo es al menos por las obligaciones que impone el reglamento. (Reyes en Laval, 1949, p.186)⁴.

El reglamento de hospitales de 1837 recreó y reforzó el orden de la casa señorial por medio de instrumentos racionales propios de los poderes modernos. Además de establecer el encierro moralizador como estrategia racional de sanación, estableció las prácticas en el ámbito doméstico, de manera que mantenía un pacto entre la élite al administrador y la junta directiva) y la plebe (enfermos y empleados):

protección a cambio de respeto, fidelidad, obediencia, sumisión y agradecimiento.

Art. 15º. 9º. Últimamente las atribuciones del administrador se extienden á cuanto tenga por objeto la economía y conservación del orden del establecimiento de su cargo, con facultad de imponer penas á los empleados ó sirvientes, pecuniarias, de arresto en el mismo Hospital, ó al presidio, ó casa de corrección, hasta por el termino de un mes, por las fallas que cometiere en el desempeño de sus obligaciones, y principalmente por insubordinación, reincidencia, embriaguez ó actos lubrigos que cometan. (Reyes, 1837, p.9)

Art. 16º 11ª Respetar y obedecer [los empleados y sirvientes] ciegamente al administrados en todo lo que mandare. (Reyes, 1837 en Laval, 1949, p.13)

Esta forma de organización será también la que regirá a la Casa de Orates de Santiago, fundada el 8 de agosto de 1852, a la cual el gobierno concedió el 25 de septiembre del mismo año “las mismas leyes, excepciones y privilegios de los que gozan los demás establecimientos de Beneficencia” (Garafulic, 1957).

Dicho establecimiento habría sido inspirado en la Casa de Locos de San Andrés de Lima fundado en 1552, lugar a donde enviaban a sus parientes las familias más pudientes de Santiago desde la Colonia (Malbrán, 1938; Vivado et al., 1939)⁵.

Antecedentes del encierro y la mirada médica en el Chile Republicano

Recordemos que para Foucault (1979) el panóptico de Bentham es la materialización de un nuevo dispositivo de poder, que tiene como fin vigilar, y así modificar a los sujetos. Esta estructura arquitectónica garantiza el ejercicio automático y no individualizado del poder, porque los sujetos son dispuestos de manera tal, que siempre están de frente a un vigilante, sin poder verificar quién los vigila, ni en qué momento están siendo vigilados. Es automático, porque ya no se requiere de las ceremonias, los ritos ni las marcas del poder para ser efectivo, y no es individualizado, porque no hay alguien visible (reconocible) sobre quien recaiga el ejercicio del poder.

Pues bien, en 1820 se funda la Casa Correccional de Santiago, una “casa de objeto público” inspirada en las modernas ideas del castigo y el control social, y más específicamente en las ideas ilustradas de Jeremy Bentham, sobre los medios más adecuados para la corrección moralizadora: el panóptico (Neira, 1998). Sin embargo, la espacialidad propia del panóptico sólo se materializó en la Casa Correccional de Santiago a fines de la década de 1840. Es decir, el modelo de Bentham no trajo consigo el ejercicio automático y no individualizado del poder del que habló Foucault, aun cuando sirvió para legitimar un modelo en el cual los administradores privados debían enseñar un oficio y hacer productivos a los reclusos a fin de sustentar económicamente a la institución y dejar ganancias para el administrador. Para entonces, la corrección moralizadora en el Chile Republicano comenzó por medio de la adopción del hábito del trabajo y no por la espacialidad de la que habló Foucault.

Quizá por este motivo una de las primeras acciones que se reconocen como provechosas en la Casa de Orates de Santiago sea la instalación de múltiples talleres productivos, incluyendo a una colonia agrícola (Ahumada, 2002; Malbrán, 1938; Rojas Troncoso, 2002; Sazie, 1881; Vivado et al., 1939; Zilleruelo, 1896). El médico residente de la Casa de Orates, Ramón Elguero refiere en 1862:

(...) pues el trabajo es el medio más eficaz para el tratamiento de la locura, siempre que reúna ciertas condiciones que

¹ Designación a la serie de medidas pensadas e implementadas por Diego Portales, quien ocupó, alternadamente cargos de Ministro del Interior, Relaciones Exteriores, Guerra y Marina y Vicepresidente entre los años 1829 y 1837, con gran influencia sobre los presidentes de la república del periodo: José Tomás Ovalle, Francisco Ruiz-Tagle y José Joaquín Prieto.

² Ver Reglamento de la Administración y Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósito, Santiago, 18 de diciembre de 1832, *Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos referentes a los establecimientos de beneficencia de Santiago 1832-1874* (p. 7), Santiago de Chile, Chile: Imprenta de El Independiente.

³ Ver Castillo V., Eduardo (1937). *La beneficencia pública en Chile, memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales*. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.

⁴ Ver Reyes, Ignacio de (1837). *Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital Sal Francisco de Borja*, vol. 73, 28 de diciembre de 1837. Santiago de Chile, Chile: Archivo del Ministerio de Interior.

⁵ Durante la Colonia, Lima era la capital del Virreinato del Perú, del cual dependía la gobernación de Chile, por lo que, en un orden monárquico, era un referente para la oligarquía.

conviene tener presente. De todas las ocupaciones manuales a las que pueden destinarse da la preferencia a las labores de campo porque exige el consumo de una mayor cantidad de fuerzas físicas, por la variedad que presenta i por las muchas distracciones de que se rodea el trabajador. (Elguró en Zilleruelo, 1896)

Por otra parte, en lo referente a la mirada médica, en Chile es claro que ésta se da por importación de los conocimientos médicos desde Europa.

Recordemos que, según Foucault (Foucault, 1991), la clínica es el resultado de procesos sociales e históricos en Europa, tales como la reorganización del campo hospitalario, la redefinición del estado del enfermo en la sociedad y la relación entre la asistencia y el saber.

Según el autor, con el surgimiento de la Anatomía Patológica se da la posibilidad de localizar los signos de la enfermedad por medio de la observación de los cuerpos diseccionados. Así se habría dado paso a la clínica, es decir, a una nueva forma de saber médico que crea una relación entre lo visible y lo enunciable: lo visible se va articulando bajo reglas de observación e interpretación propias del saber médico, configurando así las evidencias de la existencia positiva de la enfermedad, con lo cual las dolencias se van desprendiendo de la metafísica.

Pero en Chile, la formación de médicos durante los primeros años después de la independencia mantendrá las características de la colonia: continuará la Cátedra de Prime de Medicina, iniciada en 1758 en la Real Universidad de San Felipe. Ahí, según los historiadores de la medicina, el discurso médico se mantuvo en torno a re-conceptualizaciones medievales, el cometario de textos y la especulación sobre el cuerpo humano.

En 1813, el médico peruano Gregorio Paredes, en un informe a la Junta de Educación de Chile, expresa la necesidad de una práctica médica donde sea la observación de los cuerpos la que dé pie a “ver” los signos de la enfermedad. Esto a fin de que los juicios médicos se basen en un conocimiento exacto. Como conclusión el informe propone la necesidad de construir un anfiteatro de Anatomía (Paredes, en Salas, 1894).

Sólo en 1833 se estableció un plan de estudios de medicina en el Instituto Nacional y se creó un anfiteatro de anatomía, que imitaba a los del viejo continente. Pero recordemos que desde 1832 los establecimientos estaban en manos de Juntas Benéficas y los médicos eran sólo empleados sin mayor poder de decisión, con lo cual no se contó con la posibilidad de un remordimiento del campo hospitalario y menos aún de una formación clínica como la descrita por Foucault. Así el anfiteatro de anatomía terminó por ser abandonado por la falta de cuerpos para estudio y la formación de los médicos siguió centrada en la cátedra, la que a su vez replicaba el conocimiento que se desarrollaba en Europa (Ferre, 1904).

En el caso de la Casa de Orates de Santiago, desde su fundación y hasta 1931, la dirección estuvo en manos de un administrador, comisionado por la Junta Administradora. En 1859 se aprobó un nuevo reglamento en el cual se normó la función de los médicos, dentro de las cuales estaba asistir a las sesiones de la junta, pero sólo con derecho a voz (Garafulic, 1957).

Esto comenzó a cambiar a partir de la década de 1860, cuando se asignó a médicos en la dirección de algunos establecimientos hospitalarios⁶, y se creó una junta de médicos que participaba en decisiones respecto a los mejores medios curativos⁷, ambas medidas

inspiradas en los avances de la medicina en Europa que, sin embargo, no se aplicaron a la Casa de Orates.

Estos cambios permitieron a los médicos comenzar a asumir responsabilidad técnica y en la organización asistencial, con lo cual fue posible que los hospitales participaran de la formación médica en Chile, beneficio del cual no gozó nuestra Cenicienta.

La Casa de Orates de Santiago

La creación de la Casa de Orates de Santiago se atribuye a circunstancias fortuitas (Ahumada, 2002; Garafulic, 1957; Medina, 1990; Rojas Troncoso, 2002). El Teniente Coronel del Ejército Francisco Ángel Ramírez, a quien se le había encomendado una misión de observación en la Casa de Locos de Lima en 1848, es nombrado Intendente de Santiago en 1850. Este personaje será quien instruirá la creación del establecimiento, y reunirá donaciones de benefactores. Luego, en 1858, el recinto fue reemplazado por otro construido en un sitio aledaño.

Dos años después de creada, en 1854, la Casa de Orates contrató al primer médico con formación en Francia, Lorenzo Sazié. A él lo siguieron en el cargo en 1860 el médico argentino Ramón Elgueró; luego, en 1875, el médico inglés Guillermo Benham, y en 1879 el médico chileno Carlos Sazié (hijo de Lorenzo Sazié).

Respecto de estos personajes encontramos distintos relatos.

Un caso emblemático en este sentido son las distintas versiones respecto del médico inglés Guillermo Benham, quién fue traído desde Inglaterra por el gobierno chileno para ser residente a jornada completa. En el primer tipo de relato encontramos cosas como que no hablaba español, que no dejó registro de su paso (Malbrán, 1938) y que no logró acostumbrarse:

Mentalidad europea, exigente, no conocía las costumbres de nuestro pueblo ni sus necesidades, no supo adaptarse ni penetrarse de ellas y después de numerosos incidentes, terminado su contrato se retiró (Rojas Troncoso, 2002, p.42).

Por el contrario, otros autores le atribuyen haber iniciado la terapia ocupacional, (Garafulic, 1957), haber propiciado una atmósfera hospitalaria más grata (Roa, 1972) y haber intentado desempeñar una psiquiatría moderna bajo condiciones pésimas (Medina, 1990). Además, se propone que su salida del cargo se debió a problemas con el administrador y la Junta Directiva. 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.

En otro sentido, se resalta la figura de administradores, en especial la de Pedro Nolasco Marcoleta quien estuvo a cargo del establecimiento entre 1864 y 1890, misma época en que se desempeñaron como médicos Elgueró, Benham y Carlos Sazié. En esta otra versión se le atribuye a él, y no a Benham, haber introducido la laborterapia “Él fue quien estableció los primeros talleres de reeducación de los alienados, en realidad el precursor en nuestro país de la laborterapia como tratamiento para la recuperación de esta clase de enfermos” (Ahumada, 2002, p.58). Así también se le atribuye haber creado la enfermería (Malbrán, 1938; Zilleruelo, 1896).

Luego de la salida de Marcoleta del cargo de administrador, asumió por un corto periodo Francisco Gonzalez Errázuriz y luego, en 1894, Pedro Montt, hijo del ex presidente de la república Manuel Montt y pariente del entonces presidente de la república Jorge Montt. Durante su administración se inició la construcción de un nuevo recinto en las afuera de la ciudad con una importante inversión. El nuevo recinto tendría una superficie de 45000 metros cuadrados, además de 8 a 10 hectáreas para la colonia agrícola, con capacidad para 1200 internos. Su diseño habría tenido en consideración las exigencias del hospital moderno respecto de la libre circulación del aire, la ventilación y la iluminación. Además, se asimilaba el modelo de otros manicomios:

⁶ Ver Decreto sobre el Médico en jefe de los Hospitales i Casas de Expósito, Santiago, 26 de octubre de 1861, Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos referentes a los establecimientos de Beneficencia en Santiago 1832-1874, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874.

⁷ Ver Reglamento que organiza una Junta compuesta de los médicos de los establecimientos de beneficencia de Santiago, Santiago, 18 de noviembre de 1870, Colección de ordenanzas..., op. cit., 1874.

se proyectaban 34 pabellones aislados diseminados alrededor de un pabellón central destinada a la administración y separados por jardines. Todo lo anterior hacía de este proyecto un símbolo de modernidad:

(...) en medio de un paisaje encantador, se levantan majestuosos, sobre la llanura que les rodea los pabellones inconclusos aún de nuestro Manicomio Nacional (...).

En condiciones higiénicas inmejorables, sobre un suelo declive y seco, sin nada que pueda impedir el libre acceso del aire i la luz, de estos dos grandes purificadores de nuestras habitaciones (...) creo que nuestro Manicomio Nacional cumple con todas las condiciones exigidas por la ciencia para la instalación de esta clase de establecimientos. (Zilleruelo, 1896, p.83)

Lo majestuoso de este edificio contrasta con las condiciones en las que había funcionado hasta ese momento la Casa de Oretes que, según sus críticos, seguía un modelo de prisión, fúnebre y sombría, con subdivisiones en un sinnúmero de departamentos más pequeños, oscuros, sin ventilación y en condiciones de hacinamiento, producto del explosivo aumento del número de enfermos.

Para formarse una idea del estado de hacinamiento en que se encontraban estos infelices, basta anotar la existencia del 31 de diciembre de 1894, que era de 897 enfermos de ambos sexos, i todos ellos encerrados en un establecimiento construido para contener 272 individuos!! Agréguese a esto las condiciones anti-higiénicas del establecimiento y lo reducido del local i se encontrará en parte justificada la gran mortalidad que ha habido en estos últimos años. (Zilleruelo, 1896, p.79)

¿Cómo fue posible convencer a las autoridades de la época de la necesidad de un cambio tan radical en las formas de tratar a los locos? Según algunos autores, esto se debió, en primer lugar, al trabajo de los médicos residentes, que en sus memorias al Intendente y a la Junta Directiva, hicieron ver, con contundentes evidencias, las malas condiciones de los pacientes. Pero, además, agregan a la prensa de Santiago y las Sociedades Científicas, como actores relevantes que presionaron a las autoridades.

Si ponemos el proyecto del moderno Manicomio Nacional en contexto, veremos que la prensa escrita, así como las Sociedades Científicas son dos actores claves en la época en Chile.

Luego de la creación en 1833 de la carrera de medicina en la Universidad de Chile, y su modernización por la constante influencia de las nuevas prácticas en la medicina en Europa, la profesión médica se consolidó y fue ganando cada vez mayor prestigio, de la mano de un discurso que articuló la salud de la población con el ideal de progreso y modernidad (Illanes, 2007).

Así, en medio de un incipiente proceso de industrialización, los médicos formados de Chile y agrupados en Sociedades Científicas, poco a poco van a instalar la demanda hacia el Estado de hacerse cargo de la salud de la población, bajo la premisa de que en ésta radica la base del progreso.

Lo que quisiera proponer es que la preocupación de la autoridad por los internos de la Casa de Oretes no se puede comprender como un hecho aislado, sino como parte de un proceso mayor, que se inicia a fines del siglo XIX e inicios del XX, y que se puede leer como la gestación de un primer proyecto biopolítico en Chile (Foucault, 2006). Esto quiere decir que es un proceso por el cual se da un cambio de lógica de gobierno y, desde una absoluta indiferencia, se da paso a una preocupación por la población (Carrasco, 2014). En el caso de Chile, este proceso estará fuertemente liderado por el gremio médico, organizado en Sociedades Científicas, que luego, tendrá eco en la prensa escrita, los movimientos obreros y la iglesia católica.

Finalmente, el moderno edificio nunca llegó a albergar al Manicomio, ya que en 1898 fue ocupado por un regimiento del ejército (Garafulic, 1957; Medina, 1990), según parece porque el

gobierno que sucedió al de Jorge Montt consideró que un edificio tan majestuoso debía tener un mejor uso.

La asistencia de los enfermos mentales continuó realizándose en el mismo establecimiento inaugurado en 1858, pero se realizaron mejoras tendientes a adoptar, de todas formas, las características de un hospital moderno. Así, bajo administración de Pedro Montt, se hicieron varias modificaciones: 70 dormitorios pequeños se convirtieron en 15 grandes salones, se abrieron nuevas puertas y ventanas y se instaló un sistema de ventilación artificial en los dormitorios. En la sección de Hidroterapia se sustituyeron los tabiques por bajas mamparas a fin de permitir mejor ventilación y vigilancia. Se incorporó una sección de Electroterapia, laboratorios de microscopía, microfotografía y fotografía. Además, se creó la Casa de Observación, lugar al que debían ingresar todos los recién llegados a fin de ser examinados y clasificados (Zilleruelo, 1896).

Por último, en 1895 llegaron desde Francia las religiosas de San José de Cluny, quienes, al igual que en otros recintos hospitalarios del país, eran consideradas un signo de progreso por sus modernas nociones de higiene y caridad (Franulic, 2007).

Es así como hoy día la Casa de Orates o Manicomio, a pesar de constituir un conglomerado estrecho y desordenado de construcciones, trata de acercarse, por medio de las nuevas orientaciones de su organización, al desiderátum de lo que debe ser un establecimiento moderno para la atención de enfermos mentales. (Rojas Troncoso, 2002, p.42)

Mientras tanto, en el país continuará creciendo la demanda por acciones de gobierno tendientes a resolver los graves problemas de enfermedad y mortandad de la población. En este sentido, cobrará fuerza la llamada "cuestión social", concepto introducido en "la serie de artículos publicados por Augusto Orrego Luco en La Patria de Valparaíso en 1884 y reimpresos en 1897" (Yáñez Andrade, 2008, p.76).

La "cuestión social" se puede entender como la visibilización progresiva de las condiciones de vida en los asentamientos de población urbana, pero planteadas como algo problemático, primero por razones filantrópica (por la miseria y las malas condiciones de vida), y luego, por razones sanitarias. El movimiento médico, apoyado en los avances de la medicina moderna, va a relacionar las malas condiciones de vida con enfermedades tales como cólera, viruela, tuberculosis, pulmonía, escarlatina, tífus, entre otras, y con la alta mortalidad infantil de esos años.

Desde ahí en adelante, quienes antes habían sido entregados al cuidado de la caridad de filántropos, serán también preocupación de la intelectualidad científica que, desde fuera del Estado va a articular su discurso en torno al nuevo valor de la vida de la población para los procesos de producción y desarrollo de la nación. "El concepto moderno va valorizando la vida humana como factores de progreso y de riqueza pública, en términos que antes se desconocía y se miraba con relativa indiferencia" (Del Rio y Aldunate, 1912, p.147).

Pero volvamos a Augusto Orrego Luco; además de atribuírsele haber acuñado el concepto de la "cuestión social" se le considera uno de los próceres de la psiquiatría chilena (Ahumada, 2002; Roa, 1972). Aquí nuevamente encontramos versiones contradictorias: mientras algunos autores ni siquiera lo mencionan como parte de los médicos que se desempeñaron en la Casa de Oretes (Malbrán, 1938; Rojas Troncoso, 2002; Vivado et al., 1939; Zilleruelo, 1896), otros proponen que trabajó como médico en el recinto entre 1873 y 1879 (Roa, 1972) o incluso que reemplazó a Elguero por un corto periodo, cuando este renunció como médico residente (Garafulic, 1957).

Entre los datos biográficos más consensuados, encontramos que Orrego Luco, fue director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile entre 1871 y 1872, donde además impartió la cátedra de Enfermedades Mentales hasta 1907. Internista y psiquiatra, formado en Francia en la clínica del profesor Charcot, activo miembro de la Sociedad Médica de Santiago, colaborador de la Revista Médica de

Chile y miembro del Consejo de Instrucción Pública entre 1885 y 1888. Podríamos decir, que fue un representante de la élite médica y de las modernas nociones de higiene y salubridad pública, provenientes desde Europa.

Habiendo impartido la cátedra de Enfermedades Mentales, sería lógico asumir su relación con la institución donde se desarrollaba la asistencia de los enfermos mentales en el país. Sin embargo, esto no es así. Previamente a Orrego Luco, el médico Carlos Sazié se había hecho cargo, entre 1882 y 1884, de un ramo opcional de enfermedades nerviosas, impartido en la Casa de Orates. Sin embargo, ésta acabó luego de su alejamiento del establecimiento por graves discrepancias con la junta directiva. Luego, en 1889, un decreto de la Universidad de Chile ordenó que la enseñanza de enfermedades mentales se impartiera en la Casa de Orates, “pero la junta directiva, amparándose en la falta de condiciones interiores apropiadas para la docencia universitaria, desechó tal indicación” (Medina, 1990). De este modo, es muy poco probable que Orrego Luco haya impartido docencia en la Casa de Orates, y no existe evidencia de que así haya sido.

Luego, a partir de 1920, con el triunfo del movimiento social de reivindicación de derechos, en el que participó el gremio médico, la figura de este personaje será elevada a la de un adelantado de su época junto a otros, como Ramón Elguero, a quien se le reconoce por haber publicado en 1863 un primer intento de registro y clasificación de los internos, y Carlos Sazié, por su enseñanza de las enfermedades nerviosas (Roa, 1972; Rojas Troncoso, 2002).

En el caso de Orrego Luco se dice que “adhiera al pensar anatómico-clínico y fisiopatológico de su tiempo y muestra un sorprendente conocimiento de lo abarcado por las ciencias biológicas; ello, sumado a una cultura humanística casi comparable a la de Bello y Lastarreas” (Roa, 1972, p.1270)^{8,9}.

De este modo, el médico chileno encarna a la figura capaz de rescatar a la psiquiatría del estatus de Cenicienta de la medicina, ya que no se le puede atribuir un conocimiento puramente especulativo, casi metafísico, o desvinculado de toda realidad corporal. Por el contrario, a sus conocimientos de anatomía, clínica y biología, se le deben sumar sus conocimientos en humanidades, los cuales, en vez de hacerlo menos merecedor de mérito lo llevan a una posición privilegiada, desde la cual se puede anticipar a su época:

La gravedad de esta situación, la explotación desvergonzada del pueblo, y las serias consecuencias de eso en una posible degeneración de los chilenos la había señalado por lo demás el año 1884 en páginas sobrias y regias Augusto Orrego Luco. (Roa, 1972, p.1270)

Aun cuando, al parecer, no tuvo mayor relación con el desarrollo de la institución que supuestamente nutrió el desarrollo y expansión de la psiquiatría como especialidad médica, este personaje calzó perfectamente en el pie de la Cenicienta y la hizo partícipe del espacio que ya habían conquistado otras especialidades.

La Casa de Oretes se irá reconfigurando de acuerdo a los criterios de clasificación de la psiquiatría. Así, en 1920 se dividirá en tres secciones: 1) Hospital Psiquiátrico, para quienes requieren de una hospitalización temporal, 2) Manicomio, para peligrosos y crónicos y 3) Asilo de Temperancia para alcohólicos. Posteriormente, en 1928 se inaugura el Open Door en un fundo distante de Santiago, donde se instala una nueva colonia agrícola para crónicos, y el Asilo de Temperancia (Medina, 1990). Finalmente, en 1931 la Casa de Orates dejará de depender de la Beneficencia y pasará a tener una dirección médica, al igual que los demás hospitales.

A modo de conclusión

He intentado mostrar que las acciones que se dieron en el encierro de los locos en Chile están fuertemente relacionadas con los procesos sociales del país, en especial con el tránsito desde una forma de organización propia de la colonia hacia otra, más propia de una naciente república. En dicho proceso, poco a poco se va dando una tensión entre élites de la oligarquía colonial y una nueva élite intelectual encarnada por los médicos, quienes van a ir ganando terreno en gran medida por la adquisición de un discurso moderno y/o ilustrado. En este proceso, sin embargo, vemos que no desaparece la colonialidad: los ideales respecto del ser y del conocer seguirán intentando replicar, para validarse, el modelo del sujeto europeo.

En medio de este proceso, la psiquiatría no se puede comprender sólo por el desarrollo de las prácticas que se dieron en el encierro de los locos, en este caso en la Casa de Orates de Santiago, como propone el párrafo con el cual se da inicio a este trabajo.

Los discursos de la modernidad y de la civilización, que en principio se dictaron desde Europa comienzan a configurar una lógica local. En Chile ciertos sujetos adoptarán el discurso de la modernidad y con él la atribución de hablar en nombre de la verdad. Entre éstos, los médicos tendrán un lugar de importancia.

Los dispositivos sociales y políticos que definirán en adelante en Chile cómo asegurar el bien estar del pueblo y el progreso del país adquirirán las formas de conocer propias de la modernidad/colonialidad (Quijano y Wallerstein, 1992).

En este sentido, el marco analítico propuesto por Foucault debe incorporar otras herramientas conceptuales y críticas más afines con la realidad de las ex-colonias.

Como hemos visto, en el caso de Chile no se dieron los mismos procesos que en Europa hicieron posible la vigilancia, el registro y la clasificación de los enfermos o la mirada clínica. Pese a ello, la psiquiatría logró alcanzar el estatus de otras ramas de la medicina, las que a su vez alcanzaron gran relevancia gracias a la adopción de las coordenadas de la modernidad/colonialidad. En éstas, economía política y ciencia biológica coinciden en sus fines: rescatar la vida humana de las condiciones que la dañan como fuerza laboral. Así, las condiciones de vida se constituyen en una preocupación de Estado, por imitación de las modernas formas que se van adoptando en Europa, con lo cual, considero, se puede pensar en aquello a lo que Foucault denominó biopolítica como una categoría útil para comprender el proyecto de modernización iniciado por intelectuales, en su mayoría médicos.

Finalmente, propongo pensar la historia de la psiquiatría en Chile como efecto de otro hecho fortuito, en vez de como el resultado del avance por el mérito de los psiquiatras: quien acuñó el término “cuestión social”, concepto clave en el ascenso político de los médicos, logró articular su formación en psiquiatría con el proyecto biopolítico. Solo entonces, nuestra Cenicienta pudo ser reconocida como una protagonista de la historia.

Referencias

- Ahumada, H. (2002). Condiciones de la asistencia psiquiátrica en Chile. En E. Medina, E. Escobar y M. Quijada (eds.), *De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología del 150 años* (pp. 58-60). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Araya, A. (2005). Sirvientes contra amos: las heridas en lo íntimo propio. En Gazmuri y Sagredo (dir.), *Historia Privada en Chile*, vol. I (pp. 161-197), Santiago de Chile: Taurus.
- Carrasco, J. (2013). Interventores en salud mental y psiquiatría como interfase en un orden colonial. *Sociedad Hoy*, 25(2), 79-95.
- Carrasco, J. (2014). Salud mental y psiquiatría comunitaria en Chile: El proceso de configuración de un objeto de gobierno. En T. Yuing y R. Karmy (eds.),

⁸ Andrés Bello es considerado como uno de los humanistas más importantes de América. A su influencia se le atribuye la creación de la Universidad de Chile en 1842.

⁹ José Victorino Lastarria fue discípulo de Andrés Bello. Posteriormente, en 1843, fue uno de los profesores fundadores de la Universidad de Chile.

- Biopolíticas, Gobierno y Salud Pública. Miradas para un diagnóstico diferencial* (pp. 127–153). Santiago de Chile: Ocho Libros Editores.
- Del Río, R. y Aldunate, E. (1912). Enseñanza y perfeccionamiento de los médicos en la higiene y patología de la infancia en la primera edad. *Primer Congreso de protección a la infancia*. Santiago de Chile.
- Ferre, P. L. (1904). *Historia general de la medicina en Chile*. Talca, Chile: Imprenta de Talca.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI.
- Franulic, F. J. (2007). *Deber entrar a medicarse...* Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Garafulic, J. (1957). Evolución de la Psiquiatría en Chile. *Revista de Neuropsiquiatría*, XX(1), 60–75.
- Illanes, M. A. (2007). *Cuerpo y sangre de la política*. Santiago de Chile: LOM.
- Jocelyn-Holt, A. (1997). *Estado, cultura y nación en el Chile decimonónico. El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*. Santiago de Chile: Planeta-Ariel.
- Laval, E. (1949). *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*. Santiago de Chile: Asociación Chilena de Asistencia Social.
- Malbrán, E. (1938). Atención de los alienados en Chile. *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile: Prensa de la Universidad de Chile.
- Medina, E. (1990). Programa institucional de la Psiquiatría chilena. *Revista de Psiquiatría*, VII, 343–370.
- Millar, R., y Duhart, C. (2005). La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones. En R. Sagredo, y C. Gazmuri (eds.) *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la conquista a 1840*. Santiago de Chile: Taurus.
- Neira, M. (1998). “...palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*. (Magíster). Valparaíso, Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201–246). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Quijano, A., y Wallerstein, I. (1992). Americanity as a Concept or the Americas in the Modern World-System. *International Social Science Journal*, 134, 23–40.
- Reyes, I. (1837). *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*. Santiago de Chile: Imprenta de la Independencia.
- Roa, A. (1972). Consideraciones sobre la evolución de la Psiquiatría Chilena. *Revista Médica Chile*, 100, 1262–1972.
- Rojas Troncoso, H. (2002). La Asistencia de los Alienados en Chile. In E. Medina, E. Escobar y M. Quijada (eds.), *De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología del 150 años* (pp. 42–45). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Salas O. E. (1894). *Historia de la medicina en Chile*. Santiago de Chile: Vicuña Mackenna.
- Sazie, C. (1881). De las distracciones en el tratamiento de la enajenación mental. *Revista de Chile, Tomo Prime*, 178–188.
- Vivado, A., Larson, C., y Arrollo, V. (1939). La asistencia psiquiátrica en Chile. *Revista de Psiquiatría Y Disciplinas Conexas*, IV(3), 155–174.
- Yáñez Andrade, J. C. (2008). *La intervención social en Chile y el nacimiento de la sociedad salarial: 1907-1932*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Zilleruelo, J. C. (1896). Estudio Sobre la Hospitalización de la Locura. *Revista Chilena de Higiene*, III(10), 77–114.