



El Instituto de Reeducción 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

Estudiante: María Paz Durán Rifo.

Profesora Guía: Antonia Benavente Aninat.

- Santiago, 31 de marzo, 2021 -

1 Resumen

La presente memoria buscó evaluar la arquitectura del Instituto de Reeducción Mental (IRM) de 1940 en relación al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del S. XX, con el fin de discutir cómo la arquitectura de este edificio habría funcionado como una tecnología que permitiera la reproducción de una relación de poder que buscaba recluir, disciplinar y reeducar a las personas alcohólicas y toxicómanas en dicha época. Partiendo de considerar la arquitectura, según Foucault, como una “tecnología de poder” y desde la base de una Arqueología de la arquitectura, se estudiaron tres planos del IRM de 1940, realizando un análisis formal y perceptivo (análisis gamma). Teniendo en cuenta también la noción de “discurso verdadero” de Foucault, se demostró que la forma, organización espacial y el movimiento a través de los espacios del IRM se relaciona con el discurso psiquiátrico siguiendo cuatro conceptos. Dichos conceptos permitieron proponer que la arquitectura del IRM habría sido un medio efectivo para: recluir, excluir socialmente, controlar, vigilar y clasificar a las personas adictas, a la vez que estaría reproduciendo la visión de que estas personas serían un peligro para la sociedad.

Palabras clave: Arqueología de la Arquitectura, Arqueología Contemporánea, Hospital Psiquiátrico, Locura, Tecnología de Poder.

2 Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar a Antonia Benavente, por darme la oportunidad de trabajar en una investigación que nunca pensé que podría desarrollar como Memoria. A su vez agradecer el cariño entregado, y permitirme participar en distintos espacios laborales que me han dado mucho aprendizaje.

A Lorena Sanhueza y Andrés Troncoso, que en conjunto con el curso de Taller de Memoria I me permitieron formular mi investigación. Agradezco a su vez al profesor Troncoso por confiar desde el principio en el potencial de mi trabajo, y seguir brindándome orientación una vez terminado el curso.

Agradecer a Javiera Letelier, a quien contacté preguntándole por uno de sus trabajos, e inmediatamente me ofreció su apoyo, tanto académico como emocional, siendo una gran ayuda en este proceso.

Agradezco también al arquitecto Claudio Rozas, quien sin su ayuda no habría podido hacer el nexo interdisciplinar que requería para esta Memoria.

Menciono también al doctor Mauricio Gómez Chamorro por su disposición a brindarme información respecto a la historia del Peral, y al subdirector Luis Peime por recibirme en el Hospital, y enseñarme igualmente sobre su historia.

Quiero agradecer también a mis amigas: a las Javis por siempre darme una mirada de apoyo en las salas de clases, desde las primeras presentaciones de mi memoria; a la Dani por hacerme sentir muy orgullosa de mi trabajo; a la Chelito por su infinito cariño y compañía de cuarentena; a la Rayo por entregarme tanta risa siempre; a la Gabi, quien aparte de entregarme su bella amistad fue una importante guía en lo académico. A mi familia del pasaje: el Rubén y el Christian, por el constante apoyo emocional que me entregaron, y a mi tía Vero por hacerme sentir muy realizada por terminar esta etapa.

El más profundo agradecimiento quiero dárselo a mi familia: a mi hermano por su compañía; a mi mamá por ser un pilar de sabiduría emocional y espiritual en mi vida; a mi papá por enseñarme a reír de aquellas cosas en esta vida que pueden darnos miedo; a la Luna por acompañarme tantas horas de trabajo en la madrugada; a la Pegui por recordarme que siempre hay tiempo para dar y recibir cariño; al Tito por ser mi primer gran amigo y compañero de cuatro patas; y al Perri por cuidarme siempre.

Quiero volver a mencionar a mi mamá y mi papá, que quiero que sepan que aquellas palabras de apoyo que me daban en la sobremesa, cuando yo les contaba que estaba estancada en la tesis, eran las que me levantaban para volver a escribir. Les agradezco mucho por siempre recordarme que soy capaz de lograr cualquier meta que me proponga, los quiero mucho.

Migue a ti no te he olvidado, llegaste como un solcito a mi vida, y lo único que has hecho es brillar junto conmigo. Gracias por este resplandor, te amo mucho.

3 Índice de contenido

1	Resumen	2
2	Agradecimientos	3
3	Índice de contenido.....	4
4	Índice de tablas.....	5
5	Índice de figuras	6
6	Índice de fotografías	7
7	Índice de gráficos.....	7
8	Introducción	8
9	Objetivos.....	10
10	Antecedentes	11
10.1	La historia de la salud en Chile en la primera mitad del Siglo XX.....	11
10.2	El Surgimiento de una medicina estatal y la influencia de la Medicina Europea en Chile	13
10.3	La etapa asilar en la psiquiatría	15
10.4	La Casa de Orates de Diseminación (1891-1930)	16
10.5	Locura, alcoholismo y toxicomanía	17
10.6	La internación en el Asilo de bebedores	19
10.7	El Opendoor Nacional y el Instituto de Reeducción Mental.....	24
11	Marco teórico	29
11.1	El “poder” como relaciones de poder	29
11.2	El poder-saber, los discursos verdaderos y la arquitectura como comunicación no verbal	31
11.3	La arquitectura como tecnología de poder	32
11.4	Arqueología de la Arquitectura	33
12	Marco metodológico	34
12.1	Análisis formal	34
12.2	Análisis de percepción.....	36

12.3	Discurso y Arquitectura.....	38
13	Resultados.....	39
13.1	Análisis Formal.....	39
13.1.1	El IRM en el Opendoor Nacional de 1940.....	39
13.1.2	El ámbito exterior del IRM.....	43
13.1.3	Los espacios del IRM.....	45
13.1.4	El tamaño y proporción de las pensiones.....	53
13.1.5	El tamaño y proporción de las salas, pasillos y espacios de tratamiento	56
13.1.6	El patio central y las ventanas.....	59
13.2	Análisis de Percepción.....	60
13.2.1	Gráfico jerárquico y cálculo de índices.....	60
13.2.2	Área de control y acceso.....	66
13.2.3	Pasillos primer piso.....	68
13.2.4	Segundo piso y subterráneo.....	71
14	Discusión.....	74
15	Conclusiones.....	83
16	Referencias.....	88
17	Anexos.....	93
17.1	Anexo N°1.....	93
17.2	Anexo n°2.....	95

4 Índice de tablas

Tabla 1.	Tamaño pensiones.....	54
Tabla 2.	Características pensión tipo 1.....	55
Tabla 3.	Características pensión tipo 2.....	55
Tabla 4.	Características pensión tipo 3.....	55
Tabla 5.	Características pensión tipo 4.....	55
Tabla 6.	Características pensión tipo 5.....	55

Tabla 7. Tamaños salas.....	57
Tabla 8. Tamaño pasillos.....	58
Tabla 9. Tamaño espacios de tratamiento.	58
Tabla 10. Índices de Blanton (1994).	64
Tabla 11. Accesibilidad nodos IRM.	64
Tabla 12. Niveles jerárquicos pasillos IRM.....	66
Tabla 13. Profundidad jerárquica área control.....	66
Tabla 14. Espacios conectados al pasillo principal.	67
Tabla 15. Profundidad jerárquica pasillos primer piso.	69
Tabla 16. Pasillos primer piso.....	70
Tabla 17. Profundidad jerárquica segundo piso y subterráneo.....	72
Tabla 18. Tabla de datos sobre conexiones y accesibilidad. Estructura realizada en base a Zarankin (2001).	96

5 Índice de figuras

Figura 1. Ideas en torno a las personas alcohólicas y toxicómanas.	19
Figura 2. Objetivos del internamiento y medidas tomadas.	23
Figura 3. Plano topográfico Fundo El Peral, 1936.....	25
Figura 4. Situación actual Hospital el Peral. Extraído de Morcillo (2013).....	28
Figura 5. Ejemplo de la "tabla de datos sobre conexiones y accesibilidad" de Zarankin (2001).	38
Figura 6. Plano General Asilo Toxicómanos, Opendoor Nacional, 1940.	40
Figura 7. Levantamiento Open Door, Colonia el Peral, 1950.	41
Figura 8. Sección hospitalaria. Plano topográfico fundo El Peral, 1936.....	42
Figura 9. Fechas de construcción edificios. Plano General Asilo Toxicómanos, Opendoor Nacional, 1940.....	43
Figura 10. Medidas y distancias mínimas entre edificios del Sanatorio Opendoor, 1940.	44
Figura 11. Ejemplo de adición y sustracción de formas (Pabellón Cocina).	45
Figura 12. Ejemplo de simetría a partir de un eje (Pabellón Cocina).	45
Figura 13. Plano primer piso y subterráneo IRM.	46
Figura 14. Plano segundo piso IRM.	47
Figura 15. Espacios lineales primer piso.....	48
Figura 16. Espacios lineales segundo piso.	49

Figura 17. Organización lineal primer piso.	50
Figura 18. Organización lineal segundo piso.	51
Figura 19. Sección Sur. Primer piso IRM.	51
Figura 20. Sección Este IRM, primer piso.	52
Figura 21. Sección Este IRM, segundo piso.	52
Figura 22. Organización de los espacios funcional y espacialmente.	53
Figura 23. Ventanas Patio Central (señaladas con azul).	59
Figura 24. Nodos y conexiones del IRM primer piso y subterráneo.	61
Figura 25. Nodos y conexiones IRM segundo piso.	62
Figura 26. Gráfico jerárquico IRM. (Espacios de color celeste corresponden a escaleras).	63
Figura 27. Gráfico jerárquico Área de control.	66
Figura 28. Gráfico jerárquico pasillos primer piso.	69
Figura 29. Gráfico jerárquico subterráneo y segundo piso.	72
Figura 30. Cuadro de la acción recíproca de los receptores distantes e inmediatos en la percepción proxémica. Parte 1. (Hall, 2003, p.156)	93
Figura 31. Cuadro de la acción recíproca de los receptores distantes e inmediatos en la percepción proxémica. Parte 2. (Hall, 2003, p.157)	94

6 Índice de fotografías

Fotografía 1. Psiquiatría General/IRM, 17 de diciembre, 2015.	28
--	----

7 Índice de gráficos

Gráfico 1. Zonas de distancia interpersonal en la Proxémica. Elaborado en base a Hall (2003).	36
Gráfico 2. Variación grado de accesibilidad de los nodos.	65

8 Introducción

La arqueología del pasado contemporáneo es un campo emergente pero cada vez más consolidado dentro de la disciplina (González-Ruibal, 2019). Si bien la discusión sobre la importancia y validez de este estudio se ha dado desde la década de 1970, es en los últimos diez años que ha ganado fuerza y madurez como campo de investigación (Brandão, 2017).

Una de las temáticas que se han abordado en la arqueología del pasado contemporáneo ha sido el estudio de las instituciones totalizadoras. Estas, de acuerdo con Goffman (2001), constituyen 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” (p.13). El objetivo de las instituciones totales es resguardar el orden social, por medio de mecanismos de control, disciplina y persuasión, los cuales generan complejas relaciones sociales (Goffman, 1974). Ejemplos de estos espacios pueden ser: cárceles, hogares de ancianos, hospitales psiquiátricos, conventos, etc. (Goffman, 2001).

En el estudio arqueológico de las instituciones totalizadoras ha sido relevante el análisis de Foucault del panóptico de Bentham, quien demuestra que la arquitectura puede ser entendida como una tecnología de poder, esto es, como una máquina de crear y de sostener una relación de poder de manera independiente a aquél que lo ejerce (Foucault, 2002). Desde hace algunos años la arqueología trabaja esta problemática desde un campo de estudio denominado “arqueología de la arquitectura”, donde las construcciones son entendidas como elementos activos que interactúan de manera dinámica con las personas (Stedman, 1996). En esta línea de análisis, referida al estudio de las instituciones totales, destaca el trabajo de Markus (1993), que en su libro *Building and Power: Freedom and control in the origin of modern building types*, aborda hospitales, asilos de ancianos, reformatorios, prisiones y hospicios como instrumentos de poder que permean y subvierten las relaciones sociales. En Latinoamérica, Zarankin en su tesis de doctorado (2001) estudia las escuelas de Buenos Aires, donde discute cómo su arquitectura habría funcionado como una tecnología de domesticación y modelación de los/as estudiantes que habitaban dicho espacio. A su vez, en el ámbito de la Arqueología de la Memoria o Arqueología de la Represión, Zarankin y Bianchi el año 2003 estudian un Centro clandestino de detención de la última dictadura de Argentina, conocido como “Club Atlético”, entendiéndolo que este habría operado como un dispositivo del poder para modelar individuos disciplinados y funcionales al sistema de poder (Zarankin, 2003). En esta misma línea, en Chile destaca el trabajo de Fuenzalida (2011), que a partir del análisis de la configuración espacial y arquitectónica del Cuartel Terranova buscó identificar la manera en que el espacio funcionó como herramienta de control político en la Dictadura Militar de 1973-1990.

El enfoque de la arqueología de la arquitectura en hospitales psiquiátricos ha sido implementado solamente por Juliana Brandão, quien estudió el Hospital de Neuropsiquiatría infantil (1947-1990) de Belo Horizonte (Brasil) (Brandão, 2015) y actualmente se encuentra estudiando el Hospital Colonia de Barbacena (Brandão, 2019). En el HNPI buscó comprender a partir de la lectura de su espacialidad, las estrategias de disciplinamiento,

control y cura ejercida sobre los/as niños/as ahí internados, a partir del enfoque de la arqueología de la arquitectura, arqueología de la niñez y arqueología de las instituciones.

Respecto al estudio de los Hospitales psiquiátricos desde la arqueología, este ha sido un campo poco desarrollado. Los primeros estudios arqueológicos realizados en Hospitales psiquiátricos y/o asilos (Piddock, 2007; Longhurst, 2011) fueron realizados en Gran Bretaña, Australia y Tasmania, y se centraron metodológicamente en contrastar la información que brinda la historia (información documental) con la información arqueológica (fuentes materiales). En Chile, no existen trabajos publicados que aborden el estudio de los hospitales psiquiátricos. Actualmente, existe un trabajo pronto a ser publicado que es el de Javiera Letelier y Lucas Gutiérrez (2021), quienes en su investigación realizan una reflexión sobre las prácticas sociales, uso del espacio y sus implicancias materiales en la Casa de Orates de Santiago, desde mediados del siglo XIX hasta inicios del siglo XX sobre la base de la introducción del discurso higienista.

La institución que será abordada en la presente investigación corresponde al Instituto de Reeducción Mental (IRM), inaugurado en 1946 en las dependencias del Hospital El Peral (Seminario de investigaciones sociales del Instituto de Servicio Social, 1966). Dicho hospital habría dependido desde su inauguración en 1928 hasta 1945 de la Casa de Orates (Ahumada, 2002). El IRM estaba destinado a la atención de personas adictas a alcohol y otras drogas, siendo su objetivo “promover la reeducación y readaptación de los enfermos que sufren una toxicomanía y especialmente los alcohólicos crónicos” (Ahumada, 2002, p.59).

El IRM se formuló en una época donde el cuerpo médico buscaba hacer frente a la cuestión social mediante la apropiación del cuerpo del pueblo, con el fin de reestablecer su salud y asegurar su reproducción biológica. De esta forma, buscaba reestablecer el roto equilibrio entre la fuerza de trabajo y la producción capitalista (Illanes, 2010). En este escenario, el alcoholismo y las toxicomanías fueron asociados con la locura, y se consideró que formaban parte de los problemas de la cuestión social. El saber psiquiátrico de la época, influenciado por la anatomo patología, higiene mental y eugenesia, concibió a las personas alcohólicas y toxicómanas como portadoras de una Enfermedad de transmisión social, que tendrían una predisposición biológica a intoxicarse y serían por tanto un peligro para la sociedad.

Parte importante de la lucha contra estas enfermedades fue la de concebir el IRM, que debía ser el espacio donde se pudiera alejar a las personas alcohólicas y toxicómanas de la sociedad, y reeducarlas mediante terapias farmacológicas y la formación de hábitos de trabajo. El internamiento a su vez buscaba producir la toxicomanía como enfermedad, al colocar el cuerpo de las personas declaradas adictas a la mirada de la medicina. Para lograr estos objetivos, el IRM se planteó como un espacio de control de la persona enferma y de su tratamiento, mediante la observación constante y la modelación de su vida.

En términos de Foucault (1979a) el IRM habría sido el producto de un determinado “discurso verdadero” que correspondería al discurso psiquiátrico de la época, producido por el saber médico. Los discursos verdaderos son producidos por determinadas relaciones de saber-poder, y conllevan en sí mismos efectos de poder (Foucault, 1979a). En el caso de la

arquitectura, esos discursos tienen una sintaxis particular, que hacen que su decodificación para las personas tenga su propia dinámica – comunicación no verbal- (Zarankin, 2001).

En el entendido de que la arquitectura del IRM es un tipo de comunicación no verbal, y que por tanto, puede ser “leída” (Zarankin, 2001), la presente memoria tendrá por objetivo descifrar los principios que la estructuraban. A partir de la metodología de investigación que propone la arqueología de la arquitectura, se analizará particularmente la forma (análisis formal) y el movimiento a través de los espacios (análisis de percepción).

Dicha lectura de la arquitectura se relacionará con el discurso psiquiátrico de la época. En el entendido que tanto la arquitectura como los discursos verdaderos son producidos por determinadas relaciones de poder y conllevan efectos de poder (Foucault, 2002, 1979a), la evaluación de la arquitectura del IRM en relación al discurso psiquiátrico permitirá discutir cómo dicha arquitectura habría funcionado como una tecnología de poder, que permitiera la reproducción de una relación de poder que buscaba recluir, disciplinar, reeducar a las personas alcohólicas y toxicómanas, mediante la observación constante y modelación de sus vidas.

De esta forma la pregunta de la presente memoria es:

¿Cómo la arquitectura del IRM de 1940 se relaciona al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del siglo XX?

9 Objetivos

Objetivo General: Evaluar la arquitectura del Instituto de Reeducción Mental de 1940 en relación al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del S. XX.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar *formalmente* el IRM de 1940.
2. Caracterizar *perceptivamente* el IRM de 1940.

10 Antecedentes

10.1 La historia de la salud en Chile en la primera mitad del Siglo XX

Hacia fines del siglo XIX, en Chile surgirá un nuevo modelo de Industrialización o modelo de Crecimiento Hacia Adentro, que incorporará las economías regionales a través del ferrocarril, en una sola economía nacional. Las materias primas las entregarán las zonas de provincia mientras que las zonas como Santiago, Valparaíso y Concepción se industrializarán. Esto va a acelerar el crecimiento de las zonas urbanas entre la década 1880-1890, que lograrán un crecimiento poblacional de gran envergadura (Leyton, 2005).

En el espacio urbano de la capital, “el ansiado progreso se cristalizó en un proyecto de ortopedia urbana; es decir, en una propuesta de segregación e higienización de la población pobre en torno a un cordón sanitario, que generaba dos ciudades: la del interior, afrancesada y en vías de modernización, y la otra, el rancherío, el estanco de los recién llegados del mundo rural, que representaban un peligro sanitario y social” (Leyton, Palacios y Sánchez, 2015, p.8). Esta crisis se enfrentará mediante la rentabilización de la propiedad a través del conventillo, lo que producirá una nueva problemática: el hacinamiento (Leyton, et al., 2015). Esta última situación, en conjunto con la falta de agua potable, viviendas sin alcantarillado, tendrá como consecuencias, una gran cantidad de enfermedades como: tifus, cólera, tuberculosis, viruela, entre otras (Leyton, 2005; Leyton, et al., 2015).

Estas problemáticas sociales formarán parte de lo que se denominará “cuestión social”, que según James O. Morris (como se citó en Leyton, 2005, p.32) se relaciona con:

(...) consecuencias sociales, laborales, e ideológicas de la industrialización y de la urbanización nacientes: una nueva fuerza de trabajo dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva “clase trabajadora”; huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores y la policía o los militares, y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los trabajadores.

María Angélica Illanes (2010) explica que entre 1920-1938 la envergadura del problema social fue “un llamado de alerta a los sectores más lúcidos de la clase patronal chilena, de los partidos políticos abiertos a la reforma, de la Iglesia, de los sectores medios y profesionales, de los militares y especialmente de una intelectualidad médica, la que fue quien supo finalmente abrir una salida a la crisis” (p.143). En efecto, la intelectualidad médica apoyó y condujo dos proyectos institucionales que buscaban la “salvación nacional”: A nivel privado fue el Patronato de la Infancia y a nivel público el Estado Asistencial (Illanes, 2010).

Dichos proyectos se fundaban sobre el concepto de “asistencia social”, heredero del concepto de caridad, que buscaba “ayudar a salir” de la pobreza, enfermedad y del círculo vicioso de la miseria. Se transita a su vez de la idea caritativa de “cuerpo-escoria” a la idea asistencial de “cuerpo-recurso” (recurso económico, militar y político). “Recurso (el cuerpo

del pueblo) económico, militar y político, la asistencia, se planteó, mejoraría las condiciones de salud y vida del pueblo y éste se alejaría de la subversión” (Illanes, 2010, p.143).

El objetivo político del proyecto asistencial es “integracionista”: busca restablecer los lazos del pueblo con la clase dominante e incorporar al pueblo al ámbito estatal. Esto a través de la apropiación del cuerpo del pueblo para el restablecimiento de su salud y aseguramiento de su reproducción biológica. De acuerdo con Illanes (2010), “el proyecto ‘integracionista’ del pueblo se realiza aquí justamente por el lado que va a ir dejando de lado la vanguardia obrera militante: por el lado del cuerpo y la enfermedad del pueblo, sin tocar las condiciones productivas de la misma: la economía capitalista” (p.143).

Los agentes claves de esta transformación del Estado fueron la intelectualidad médica y los militares, en abierta ruptura con el estamento político. Los médicos buscaban reestablecer, desde la ciencia, el roto equilibrio entre la fuerza de trabajo y la producción capitalista (Illanes, 2010).

El cuerpo médico levantó el problema de la salud pública a una doctrina de seguridad nacional “desde la doble perspectiva de la seguridad externa: regeneración de la raza como fuerza militar de guerra: y de la seguridad interna: restauración del desintegrado orden productivo nacional, a raíz de la mortalidad obrera, del deterioro de la capacidad física de la fuerza de trabajo y de la fuerte presión de la protesta social” (Illanes, 2010, p.144). El problema de la salud pública se constituyó en el concepto a partir del cual se construyó la vía del Estado de Asistencia, encarnado en la fundación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo en 1925, a cuya cabeza se instaló el cuerpo médico, amparado por los golpes de fuerza de los gobiernos militares de los años 20 (Illanes, 2010).

El modelo de Estado Asistencial buscaba crear un aparato, una suerte de “satélite”, adjunto al Estado liberal, que cumpliría la función asistencial del mismo. Este estaría comandado por el cuerpo médico, pero controlado y legitimado desde el aparato central del Estado (Illanes, 2010). Este satélite tendría su propio satélite: la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, que recibía el fondo del ahorro social “y en torno a la cual la clase médica se instaló para el ejercicio de su poder y puesta en práctica de su proyecto sanitario” (Illanes, 2010, p.144).

Avanzado el siglo, hacia 1939, Illanes (2010) explica que en contraste con la “Cuestión social” se extiende un período de la historia de la salud de Chile denominado de “Conciencia de lo Social”. Este destaca por percibir lo “social” como el fundamento real de “lo histórico” por excelencia, atravesando y configurando el ser del individuo, del Estado, de la Nación y de la sociedad. Es una conciencia que se levantará desde la realidad del sufrimiento de los desposeídos y desde la necesidad de visualizar un proyecto que comprometiese a toda la sociedad en la solución de la miseria del pueblo. Cuestión que la clase trabajadora ya no está dispuesta a aceptar (Illanes, 2010).

Se busca replantear la relación Estado-Pueblo, a través de un nuevo proyecto, denominado “Estado de Bienestar” (Illanes, 2010), el que intentará:

1) avanzar cualitativamente hacia un proceso de bienestar social integral a través de la protección del Cuerpo del pueblo en su conjunto (no sólo de los obreros directamente asegurados), y en todas las etapas de su desarrollo vital; y 2) buscar el cambio social a través de la construcción de una economía-social paralela al capitalismo privado, sobre la base de la acumulación previsional y el protagonismo económico estatal (Illanes, 2010, p.288).

10.2 El Surgimiento de una medicina estatal y la influencia de la Medicina Europea en Chile

El surgimiento de una medicina estatal en Chile a fines del siglo XIX fue un proceso estimulado por la elite medica que buscaba ampliar su influencia en lo social. Su objeto de intervención iría más allá de la enfermedad, asumiendo también una función positiva respecto al “cuerpo de la nación”. De esta forma, la medicina no se centrará solamente en la cura de enfermedades, sino en modelar la vida, salud de las personas y la comunidad (Becerra, 2018).

Desde fines del siglo XIX, la medicina basará su actuar en la metáfora de la lucha contra las enfermedades, entendiendo por epidemias no sólo las enfermedades biológicas, sino que también las conductas sociales como la prostitución y el alcoholismo. La medicina a su vez concebirá a las enfermedades ya no sólo como fenómenos biológicos, sino que incluirá las conductas que alteren el orden social. Esta conceptualización conllevará que quienes sufren la enfermedad sean vistos como víctimas o responsables. Así sus cuerpos pasarán a ser objeto de intervención terapéutica (Becerra, 2018).

La medicina chilena desde fines del siglo XIX recibirá influencia de diferentes disciplinas médicas europeas (Leyton, 2005). Una de estas ramas será la Higiene pública, que de acuerdo con De María (como se citó en Leyton, 2005) se entendía como la ciencia que: “tiende a velar por la salud del individuo desde antes de su nacimiento y, en ciertos casos, a sanear las localidades antes que constituyan centros de población” (p.21). Esta se fundará en Chile en 1889 en lo que se va a llamar el Consejo Superior de Higiene Pública, posteriormente el en 1892, se dictará la primera Ley Orgánica de Higiene Pública y se creará el Instituto de Higiene. En 1924 esta disciplina se consolidará como poder público, cuando se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, que consolidará a su vez la relación salud-trabajo (Leyton, 2005).

En Chile, aunque la Higiene Pública fue considerada como disciplina médica, esta fue una política de control social público para frenar las enfermedades sociales. Esta fue precursora de la Medicina Social y dejó un formato de cómo proceder en los tratamientos de las denominadas “enfermedades sociales” (Leyton, 2005). Las Enfermedades de Trascendencia Social (ETS) de acuerdo a los discursos médicos y jurídicos de las primeras décadas del siglo XX, se entenderán como aquellas que afectan no sólo el cuerpo de los individuos, sino que el conjunto social. Esta noción tendrá su origen en las discusiones que se dieron en la segunda mitad del siglo XIX respecto a las medidas a implementar en las epidemias de colera (Becerra, 2013).

Otra rama de la medicina europea que influyó en la medicina chilena será la eugenesia, que funcionará a través de la Higiene Mental y Sexual. La Higiene Mental tenía como

objetivo: “defender a la sociedad de todos los individuos que por sus alteraciones neuro-psicopáticas constituyan un factor de desequilibrio social para el medio que está inmerso” (Leyton, 2005, p.27). Esta en conjunto con la Higiene Pública, influirán en el saber psiquiátrico de Chile de fines del siglo XIX (Leyton, 2005).

La Eugenesia buscaba modificar las condiciones físicas de las personas para promover una raza o grupo social desarrollado. Esta recibe influencia de las teorías degeneracionistas de B. A. Morel, que planteaba que: “los trastornos mentales y todas las anomalías del comportamiento humano son expresión de la constitución anormal del organismo de los individuos que las poseen” (Leyton, 2005, p.25); y de Magnam, que añade el factor hereditario como determinante en la degeneración. (Leyton, 2005). Resulta relevante mencionar estas teorías, dado que por su influencia a fines del siglo XIX en Chile comenzó a circular la idea de la existencia de una raza de los pobres. Se pensaba que ésta era una subespecie de la humanidad degradada por sus formas de vida, por el alcohol y por defectos que se estimaban parte del proceso hereditario (Leyton, et al., 2015).

Será la *eugenesia*, una rama de la medicina, la encargada de observar la degeneración racial y procurará la correcta transmisión de rasgos hereditarios, con el fin de crear sujetos física, intelectual y moralmente estratificados, superando el determinismo biológico especulativo, asumiendo esta repartición como natural, aportando con tecnología médica para el mejoramiento de la raza, evitando la reproducción de factores morbosos (Cárcamo, 2015, pp.194-195).

Desde los años 1920, especialmente entre 1936-1941, se registran la mayoría de las ideas eugenésicas en Chile, ya que durante esos años aparecieron la mayoría de los proyectos, artículos, congresos y propuestas. El objetivo de los eugenistas era combatir las patologías que se consideraba que causaban la degeneración racial: las enfermedades mentales, los males venéreos, la tuberculosis y el alcoholismo. Estas cuatro enfermedades se consideraban las que tenían más consecuencias sobre la procreación (Letelier-Carvajal, 2009). Con este diagnóstico, desde principios del siglo XX hasta 1940, se recurrió a la Eugenesia para mejorar las condiciones de vida, de salud e higiene, con el fin de mejorar la calidad racial del país (Ortiz, 2006).

Otra rama de la medicina europea que tendrá influencia en la medicina en Chile será la anatomo-patología, cuya influencia se dará especialmente en la psiquiatría. “Esta corriente busca las diferencias físicas, como patrón de normalidad y de anormalidad de los individuos” (Leyton, 2005, p.29).

Lo interesante de la anatomo-patología que estos modelos inician las llamadas analogías políticas orgánicas, donde la sociedad comienza a ser descrita con términos médicos, específicamente anatómicos. Las representaciones culturales colectivas e individuales negativas para los grupos dominantes son consideradas enfermedades y, por lo tanto, son intervenidas; lo social pasa a ser un gran cuerpo, un cuerpo perfectamente descrito, pero ahora de una forma macro-biológica o macro-política. Un cuerpo social con flujos benignos y malignos, que hay que intervenir, que hay que sanear, que hay que transformar (Leyton, 2005, p.29).

10.3 La etapa asilar en la psiquiatría

La psiquiatría en Chile en esta época se encontrará en un período denominado etapa del Asilo (1852-1952), marcada en sus inicios por la creación de la Casa de Orates. En este periodo se desarrolla una institución de reclusión y exclusión social del paciente demente, destinado a evitar escándalos o conductas inaceptables social o normativamente (Fuentealba, 2013). Esta forma de tratar la locura tendrá su referente en el tratamiento que se le brindaba a pacientes con lepra y sífilis, donde el eje del tratamiento es el aislamiento (Leyton, 2005). De acuerdo con Medina (como se citó en Fuentealba, 2013) la formación médica, por otra parte, no contemplaba la locura, siendo los dementes tratados por médicos generales que posteriormente, dada su experiencia práctica, se especializaron en el área de la psiquiatría. Recién a partir del año 1930 y hasta 1950, surgirán en Chile tratamientos terapéuticos más relacionados a la medicina (tratamientos con insulina y los choques eléctricos) lo que se considera la transición hacia la segunda fase de la psiquiatría en Chile: la del Hospital Psiquiátrico (Fuentealba, 2013).

De acuerdo con el Código Sanitario de 1925 (Decreto Ley 602) estas instituciones de reclusión se denominarán manicomios, y dependerán de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, que le correspondía “la observación, reclusión, permanencia y salida del manicomio de los alienados y toxicómanos o presuntos alienados y toxicómanos” (Código Sanitario, 1931, p.37). Esta Dirección dependía a su vez del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, llamado así desde 1936 por la ley n° 5802.

El Reglamento para los servicios de salubridad mental (Decreto Ley 68, 1927) señalaba que los manicomios podían ser públicos o privados. A su vez, se señala que los manicomios serían de dos tipos: Hospitales Psiquiátricos y Asilos Colonias:

Art. 4.o Los Hospitales Psiquiátricos serán instalados en las ciudades cabeceras de Zonas Hospitalarias y se destinarán a la Hospitalización temporal de los enfermos, la que no podrá durar más de cuatro meses. Los enfermos que no hayan sanado serán enviados a los Asilos Colonias.

Art. 5.o Los Asilos Colonias se distribuirán en zonas formadas por varias provincias y se instalarán en adecuadas extensiones de terrenos, cerca de una ciudad importante que se encuentre en la vecindad de la vía férrea. Se destinarán especialmente a la Hospitalización de los enfermos declarados crónicos (p.1).

De acuerdo con este Reglamento, en las construcciones o habilitaciones de Manicomios se buscaban los siguientes objetivos:

a) La seguridad personal de los enfermos; b) La facilidad de vigilarlos y dirigirlos con el menor personal posible de enfermeros; c) El máximo de condiciones de higiene y salubridad; d) La habilitación de pabellones distintos aislados y en lo posible, ocultos entre sí, para cada servicio administrativo o técnico y para agrupar a los enfermos como en familias separadas unas de otras; e) La habilitación de locales y establecimiento de medios para proporcionar a los enfermos un trabajo metódico y adecuado a sus aptitudes físico psíquicas (p.1-2).

A su vez, el Artículo 9 del Reglamento, señala la superficie que deben tener los manicomios:

La superficie de los Hospitales Psiquiátricos se entenderá en la proporción de 200 metros cuadrados por enfermo, como mínimo, 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 (p.2).

Los dementes, también llamados psicópatas, podían ser asistidos y cuidados en los establecimientos indicados en el Reglamento para los servicios de salubridad mental, pero también en casas particulares¹. En el caso de los primeros, la hospitalización podía ser voluntaria o de oficio (Reglamento para los servicios de salubridad mental, 1927).

Respecto a los psicópatas o dementes, estos se dividían en enfermos alienados y enfermos psicópatas simples. Alienados eran los enfermos que "debían" ser hospitalizados por mandato de autoridad a causa de ser antisociales o peligrosos para sí mismos, o para terceros. Los psicópatas simples, por otra parte, eran los enfermos que "podían" hospitalizarse voluntariamente, sin intervención previa de autoridad, por ser presuntos dementes o dementes cuyo estado mental permitía considerarlos relativamente sociales o inofensivos (Reglamento para los servicios de salubridad mental, 1927).

De acuerdo con el Artículo 18 de dicho Reglamento, los dementes o psicópatas debían repartirse en estos grupos:

- 1.o Enfermos conscientes de su estado, que piden ellos mismos la asistencia médica;
- 2.o Enfermos, unos conscientes otros parcialmente conscientes o inconscientes de su perturbación mental, que no piden ellos mismos la asistencia médica conveniente, pero que se someten a ella sin protestar o protestando accidentalmente, de un modo transitorio y poco coherente;
- 3.o Enfermos inconscientes de su estado que protestan de un modo habitual y coherente contra la asistencia médica y la reclusión que necesitan, o que están predispuestos a cometer actos delictuosos o contrarios al orden público, a la moral y buenas costumbres, a la seguridad de las personas;
- 4.o Enfermos que a causa de la perturbación mental que padecen, han cometido actos delictuosos o contrarios al orden público, a la moral, buenas costumbres o a la seguridad de las personas (p.3).

10.4 La Casa de Orates de Diseminación (1891-1930)

De acuerdo con Aroca (2006) los periodos de la historia de la Casa de Orates se confunden con los de la locura en Chile, probablemente porque fue prácticamente un establecimiento único en el país durante casi toda la segunda mitad del siglo XIX. Esta se creó para la "atención, asistencia y reclusión de los enfermos mentales" (Ahumada, 2002, p. 58). Cabe

¹ En efecto, de acuerdo con Fuentealba (2013), los pacientes que poblaban los asilos eran principalmente de sectores empobrecidos de la sociedad, siendo los pacientes dementes de mayores ingresos tratados en sus hogares.

destacar que esta cambia su nombre entre 1928 a 1955 por Manicomio nacional (Medina, Escobar y Quijada, 2002).

La Casa de Orates de Santiago operará durante 1891 a 1930 bajo un tipo de hospicio denominado de “diseminación”, que se caracteriza por “los cambios en la conducción de la institución, en los tratamientos médicos y la especialización del cuerpo médico a lo que se suma una nueva propuesta de transformación arquitectónica que afecta al edificio” (Leyton, 2005, p.51). El edificio de diseminación será “un sistema de asilos”, es decir un conjunto de edificios que permiten diversificar las actividades que realizarán los enfermos para su recuperación (Leyton, 2005, p.51). De acuerdo con Leyton (2005), un hospicio de diseminación cuenta con una casa central, servicios administrativos, un asilo para alcohólicos o asilo de temperancia y un “Open Door” de modelo escocés; además, hay una Colonia Agrícola de modelo alemán y una colonia para epilépticos.

Los asilos basarán su organización en la producción económica de talleres de trabajo, los que funcionarán al interior del edificio, bajo el nombre de *Ergoterapia*. Este tipo de terapia fue propuesta por Guillermo Benham, quien plantea la necesidad de un “tratamiento moral” y una “terapia ocupacional” a los enfermos. El sistema gobernará por casi todo el siglo XX, debido a los excelentes resultados obtenidos en la productividad económica del establecimiento y la mejoría de los enfermos (Leyton, 2005).

La ergoterapia permitió una nueva visión de la psiquiatría, donde se reconocerá al sujeto-paciente desde una perspectiva económica, la de una industria-asilo (Leyton, 2005).

En conjunto con la ergoterapia, se realizarán terapias eléctricas, de libertad, terapias de distracción y la vigilancia continua en espacios abiertos. De acuerdo con Leyton (2005) estas nuevas terapias “responden a un cambio de poder donde el cuerpo es el centro disciplinario (castigo físico), a otro que apunta a una nueva forma de disciplina, una menos visible y brutal, casi espiritual: el trabajo” (p.56).

En esta etapa de la Casa de Orates también destacará la mayor injerencia que tendrá el estamento médico en la conducción de los asilos, mientras que la Junta de Beneficencia irá perdiendo poder dentro de esta institución. Se mantendrán, sin embargo, una importante cantidad de funcionarios eclesiásticos, que ocuparán puestos secundarios pero no menos relevantes (Leyton, 2005).

La psiquiatría durante estos años se producirá sólidamente en el establecimiento, impartiendo cátedras y cursos para formar funcionarios para la institución (Leyton, 2005).

10.5 *Locura, alcoholismo y toxicomanía*

De acuerdo con Leyton (2005) la locura se relacionará con el alcoholismo, cuya relación formará parte de la Cuestión Social. La locura alcohólica, que provoca suicidios, muertes accidentales y que satura las casas de orates, se asociará al proceso de industrialización económica y no sólo tendrá que ver con el “vicio” y malas costumbres, sino con los cambios producidos en la elaboración de la bebida, particularmente con la emergencia de las técnicas de destilación de bebidas alcohólicas. Así el consumo de alcohol industrial en las fiestas públicas y en los espacios privados provocará enfermedades como: cirrosis hepática

hasta locura alcohólica (Leyton, 2005). Esta relación entre locura y alcoholismo se verá reflejada en el Reglamento para los servicios de salubridad mental (1927) antes mencionado, donde plantea: “En los Hospitales Psiquiátricos y Asilos Colonias, se habilitarán pabellones especiales y adecuados para el funcionamiento de los Asilos de Temperancia [destinado para pacientes alcohólicos] y para enfermos que se hallaren sometidos a la acción de la justicia” (p.1). Y así, plantea que “mientras no se dicten reglas especiales, y sin perjuicio de las vigentes, las hospitalizaciones en los Asilos de Temperancia u otros especiales que se establezcan dentro de los manicomios, se sujetarán a las disposiciones de los párrafos anteriores” (p.7).

Desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, ocurrirá una individualización de la experiencia ebria. Entendida como locura o psicosis tóxica a principios del siglo XX, la ebriedad pasará a entenderse como una predisposición mórbida. En base a los discursos de herencia y eugenesia, se retira la causa de la sustancia en la ebriedad para colocarla en un sujeto predispuesto a intoxicarse. De esta forma, se pasa a la descripción de un sujeto, que a fines de 1930 ya estará individualizado (Becerra, 2013). Zelada (como se citó en Becerra, 2013,) plantea que:

Hay individuos especialmente predispuestos a llegar a toxicómanos, individuos que podríamos calificar de predispuestos. Son los que sufren de una especie de déficit psíquico que los hace inaptos para conseguir ciertos estados sensoriales o emotivos que sólo presienten en toda su plenitud y que recurren al tóxico para lograrlos (p.151).

Cousiño (como se citó en Becerra, 2013) por otra parte, en un manual de Medicina Legal de 1941 dirá que los toxicómanos están comprendidos entre los psicópatas.

En la primera mitad del siglo XX los discursos médicos y jurídicos describirán el uso de embriagantes como una conducta peligrosa para la sociedad, de la misma forma que describieron al alcoholismo desde fines del siglo XIX. Esta nueva concepción de la ebriedad será heredera de las tesis eugenésicas y del modelo de Higiene Mental antes descrito (Becerra, 2009). A su vez se basará en la frenología lombrosiana (Becerra, 2009) de Cesare Lombroso, que fundamenta médicamente la criminalidad en el siglo XIX, planteando que existe un individuo “enfermo” por naturaleza (Leyton, 2005).

A la toxicomanía se le atribuirá los mismos efectos que el alcoholismo, se pensará que esta produce la ruina económica del país, y que afecta, mediante el efecto que produce en la decendencia, su proyección futura. Hacia 1920, la toxicomanía figurará como Enfermedad de Trascendencia Social, y en la segunda mitad de la década de 1930 se integrará también como ETS el uso de embriagantes (Becerra, 2013).

A la figura del adicto se agregará la noción de contagio, basada en la noción de “contagio mental” de A. Vigouroux (solidaria con las tesis eugénicas) que plantea que los estados orgánicos favorables al contagio son preponderantemente congénitos (Becerra, 2013).

Otros peligros que se asocian al actuar de los toxicómanos serán “la mentira, perversiones sexuales, estafas y robos, pérdida de sentido moral, peleas, incesto y homicidio” (Becerra,

2013, p.157). Esta anormalidad del toxicómano se explicará desde la década de 1940 a partir de la herencia, en base al concepto eugénico de “individuo peligroso” del criminólogo Jiménez de Asúa (Becerra, 2013).

Los discursos de las ciencias jurídicas cerrarán el imaginario creado en torno a los consumidores de drogas declaradas ilícitas. Enríquez (como se citó en Zelada, 1939) dirá que la noción del ‘estado peligroso’ “comprende la posibilidad de que un individuo determinado cometa un delito, o que, cometido pueda seguir infringiendo normas penales” (p.130). A su vez justificará la intervención en el cuerpo de los toxicómanos diciendo que “son seres incapacitados para actuar normalmente dentro de la sociedad (...) sería hasta injusto exigirles que sus actos se encuadren dentro de las normas generales que rigen la vida común, por los profundos trastornos de que son víctimas” (p.8).

Desde este momento la conciencia del uso no médico de drogas cobrará importancia en los reglamentos sociales. Así en 1939 Pedro Aguirre Cerda envía al Congreso un Proyecto de Ley sobre Estupefacientes, dando así cumplimiento a la Convención de Ginebra para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes (1931) y la Convención de Ginebra para la represión del tráfico ilícito de estupefacientes (1936) (Becerra, 2013). Este proyecto legal definía al toxicómano como “todo individuo que se administre o aplique uno o más estupefacientes sin estar enfermo de un mal que requiera el empleo de tales sustancias” (como se citó en Becerra, 2013, p.158) y establecía su internación obligatoria, considerando al toxicómano como un enfermo social afecto a la Ley 6.174 que creó los Servicios de Medicina Preventiva (Becerra, 2013).

En la Figura 1 se sintetizan los principales conceptos que describirán a las personas alcohólicas y toxicómanas en la primera mitad del Siglo XX.

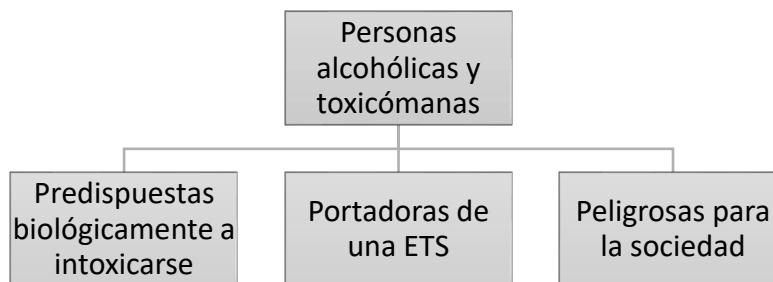


Figura 1. Ideas en torno a las personas alcohólicas y toxicómanas.

10.6 La internación en el Asilo de bebedores

De acuerdo con Becerra (2018): “el espacio táctico de la lucha antialcohólica será el asilo de bebedores. Estas instituciones son herederas de la tradición del encierro del manicomio y permitirán el ejercicio de un poder directo y horizontal por parte del estamento médico” (pp. 131-132).

El concepto de “abuso de drogas” será el que permitirá la intervención terapéutica de la ebriedad. Por abuso los médicos entenderán “cualquier uso no médico de sustancias con efectos sobre la conciencia, lo que se instala como principio explicatorio de la toxicomanía y fundamento que autoriza sancionar el uso de embriagantes de manera lúdica o como

contemplación extática”. (Becerra, 2018, p.132). Las medidas de esta intervención serán la denuncia obligatoria y la reclusión forzosa en los sanatorios (Becerra, 2018). A su vez, de acuerdo con Becerra (2018):

La captura y reclusión de morfinómanos o cocainómanos por los médicos permitirá a dicho estamento producir la toxicomanía como enfermedad. Colocados los cuerpos de los usuarios bajo la atenta mirada médica, la patologización del toxicómano requiere de una precisión en la definición de causas etiológicas, síntomas y pronósticos de la dolencia” (p.136).

Este internamiento operará en dos niveles, tanto a nivel individual como en el cuerpo social, “ya que permite un control absoluto del cuerpo del adicto y su tratamiento, además del alejamiento de los usuarios de drogas de la sociedad” (Becerra, 2018, p.137).

La primera Ley de Alcoholes publicada en 1902, ordenaba crear un “Asilo de Temperancia” que operaría anexo a la Casa de Orates. Sin embargo, Enríquez en 1938 (como se citó en Fernández, 2013) señala la inexistencia de Asilos de Temperancia y su hipotético reemplazo, por la ley de Alcoholes de 1933, por Institutos de Reeducción Mental. En la ley de alcoholes de 1933 (Ley 5231) se señalaba que:

Art. 96. Los individuos que en el espacio de un año hubieren sido castigados más de cuatro veces por ebriedad, deberán ser condenados a reclusión en el Instituto de Reeducción Mental, donde permanecerán por el tiempo que determine la Dirección del establecimiento (p.17).

A su vez, en el Título II, Art. 105 señala, respecto a los Institutos de Reeducción Mental:

Con el nombre de "Instituto de Reeducción Mental", se mantendrá en Santiago, anexo a la Casa de Orates, un establecimiento público destinado a la curación de los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos, que se regirá en conformidad a las disposiciones de este Título y a las del Reglamento respectivo. La administración de este instituto estará a cargo del subdirector de la Casa de Orates.

Iguales establecimientos se fundarán en Concepción, Antofagasta y demás ciudades que fije el Presidente de la República y en los locales que éste determine, previo informe del administrador del Instituto de Santiago, y siempre que lo permita el monto de los ingresos a que se refiere el artículo 112.

La planta y los sueldos del personal de estos institutos serán determinados por el Reglamento. No podrá destinarse más del veinte por ciento de las entradas para el pago de los sueldos.

Las disposiciones de este Título relativas a los ebrios, serán también aplicables en las mismas condiciones a los demás toxicómanos (p.18).

Por otra parte, de acuerdo con el Art. 111 de la misma ley:

El mantenimiento de los Institutos de Reeducción Mental se hará con el setenta por ciento (70%) de las multas ingresadas en arcas fiscales, con motivo de la

aplicación del Libro II de la Ley, una vez deducidos los sueldos y la remuneración a que se refiere el inciso 2.º del artículo 136, más las entradas provenientes de los servicios de pensionado que se mantendrán anexos a dichos institutos (p.19).

La ley de alcoholes de 1938 (Ley 6179, 1938) por su parte señalaba que las internaciones se realizarían por orden judicial y con fines de rehabilitación y cumplimiento de condenas. Respecto a Santiago en particular planteaba que:

Los fondos acumulados hasta la fecha de la promulgación de la presente Ley, para la creación y mantenimiento de los Institutos de Reeducción Mental, deberán ser invertidos por la Beneficencia Pública en la construcción e instalación de un Instituto de Reeducción Mental en la ciudad de Santiago, dentro del plazo de 18 meses (p.11).

En la práctica, sin embargo, en 1938 los toxicómanos que delinquían terminaban en el manicomio, en donde no “(...) se les reeduca ni prepara para una vida normal dentro de la sociedad” (Enríquez, como se citó en Fernández, 2013, p.87). Hacia 1940 Macuada (1940) planteaba que la cantidad de toxicómanos internados eran muy pocos, siendo la mayoría morfinómanos. En esta misma fecha este médico planteaba:

(...) casi oficialmente puedo decir que pronto se construirá el ‘Instituto de Reeducción Mental’, exclusivamente para toxicómanos. Este establecimiento se financiará con las multas que produzca la Ley de Alcoholes, y servirá tanto a la clientela del Pensionado como a los indigentes, con lo cual se solucionará uno de los problemas sociales más importantes, y a que he hecho mención al hablar del cocainómano y del morfinómano proletarios, atendidos hasta hoy en las salas comunes de los manicomios (p.97).

Los planos del futuro IRM o Asilo de Toxicómanos (nombre que se utiliza en los planos) datan de 1940, que se construirá anexo al Opendoor Nacional. El Instituto de Reeducción Mental (IRM) se inaugurará en 1946 (Seminario de investigaciones sociales del Instituto de Servicio Social, 1966), que será el momento de institucionalización definitiva de un espacio destinado en específico a alcohólicos y toxicómanos (Becerra, 2018).

De acuerdo con Pagador (como se citó en Becerra, 2018) la reclusión en el Sanatorio debía durar de 3 a 4 meses, que sería el tiempo suficiente para aplicar una observación de los individuos, que debía ser permanente. El hospital por su parte debe tener “una arquitectura específica, el recurso a un examen constante y un espacio de control total para el médico. Diseño del paisaje cuyo objetivo es modelar la vida” (Becerra, 2018, p.140).

Tal como planteaban los doctores Vivado, Larson y Arroyo (2002), sobre la arquitectura hospitalaria en Chile: “es hoy en día un principio indiscutible que la arquitectura hospitalaria, en especial de los establecimientos psiquiátricos – como muy bien lo subraya Sicco, del Uruguay – debe ser de carácter funcional, esto es corresponder a los principios terapéuticos” (p.52). Es más, se señalaba que la arquitectura de la Casa de Orates (como unidad fundamental) era inadecuada para curar enfermos, y que en un edificio así era “materialmente imposible mejorar el régimen de vida” (p.52). “El exceso de enfermos, el

contacto de tranquilos y excitados, la imposibilidad de distribuirlos de acuerdo a sus características diagnósticas y evolutivas, paralizan de antemano todo esfuerzo para organizar un ambiente apropiado” (p.52). El edificio, de acuerdo con los doctores, por la suma de estímulos favorables o desfavorables, “es parte decisiva en el resultado terapéutico” (p.53).

De acuerdo con Pagador (como se citó en Becerra, 2018) los sanatorios debían:

(...) estar perfectamente instalados, con habitaciones amplias y ventiladas, con cuartos de baño individuales, con toda clase de distracciones, con publicaciones escogidas en el salón de lectura. Científicamente deben contener los aparatos de investigación clínica y locales para el tratamiento electro-terápicos y kinesiterápicos. (...) Estará situado en el centro de un amplio jardín o parque, en donde el enfermo pueda hacer ejercicios físicos y pueda dar largos paseos (p.137).

El médico se volverá autoridad sobre “el paisaje más próximo a la subjetividad: el cuarto individual” (Becerra, 2018, p.140). Pagador (como se citó en Becerra, 2018) dirá que en la habitación clínica del toxicómano estará el enfermo solo:

(...) la puerta del cuarto cuidadosamente cerrada, la ventana alta, dispuesta de modo que evite todo contacto con el mundo exterior. El mobiliario simple, lo indispensable: un lecho fijado al muro, una mesita de noche, una silla mecedora y sin objeto alguno que pueda ser desplazado o roto, y sirva de arma en los accesos de delirio furioso por la abstinencia (p.140).

La toxicomanía podrá producirse como enfermedad al colocar el cuerpo de las personas declaradas adictas a la mirada de la medicina, “a partir de los estados de abstinencia provocados por la supresión del uso de drogas se definen síntomas, se explican causas, se establecen categorías diagnósticas y modelos de clasificación. Todo bajo la atenta mirada médica” (Becerra, 2018, p.141).

El médico “debe reunir en su quehacer un amplio saber, una bondad pastoral y un celo cuidadoso del control” (Becerra, 2018, p.142), su labor debe ser pedagógica y paternal (Macuada, 1940). La tarea del médico será la de reeducación, donde su primer blanco será la voluntad de los sujetos y después su disciplinamiento social (Becerra, 2018).

Un objetivo será la formación de hábitos de trabajo para el reintegro de los toxicómanos a la sociedad (Becerra, 2018), estos basados en la ergoterapia anteriormente mencionada. La memoria de la Casa de Orates de 1927 (como se citó en Leyton, 2005) por otra parte planteaba:

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 el fruto de su trabajo, también en lo posible, debe alcanzar por la satisfacción de sus necesidades de vida, como individuo o como miembro de una familia. Al mismo tiempo hay que asistirlo como enfermo: sujetarlo a las indicaciones terapéuticas del caso y reeducarlo, readaptarlo a una normal y correcta vida de relación social. Se comprende que el asilo debe

estar dotado de todos los elementos y medios educativos terapéuticos y de trabajo que conduzcan más eficientemente a la consecución de los fines expuestos. Un asilo de temperancia, no debe ser sólo un lugar de reclusión para los enfermos; si no un centro de trabajos y de sano esparcimiento que, al mismo tiempo que devuelvan la salud al individuo, le faciliten sus actividades productoras y lo conviertan en un buen elemento de utilidad social (p.55).

Un elemento central en la reeducación de los usuarios de drogas serán las terapias farmacológicas, para esto se sustituirá unas sustancias provocadoras de dependencia farmacológica por otras, ignorando los efectos secundarios que estas terapias provocan. Las observaciones que se harán de este proceso terapéutico ayudarán además a construir la etiología patológica de la toxicomanía (Becerra, 2018).

Respecto a las las terapias que se implementarán para tratar la toxicomanía, la Revista de psiquiatría de 1953 (como se citó en Becerra, 2018) planteará que estará el “electroshock, electronarcosis, electroestimulación, electrocoma con corriente unidireccional, insulina, pentotal y otros hipnóticos, narcosis continuada, pireto malarario-terapia, disulfiram (antabus), terapia de aversión (reflejos condicionados), cura de engorda, psicocirugía, reserpina y clorprozamina” (p.147).

En la Figura 2 se sintetizan los objetivos del internamiento de personas alcohólicas y toxicómanas recién descritos y las medidas que se tomaron para lograr dichos objetivos.

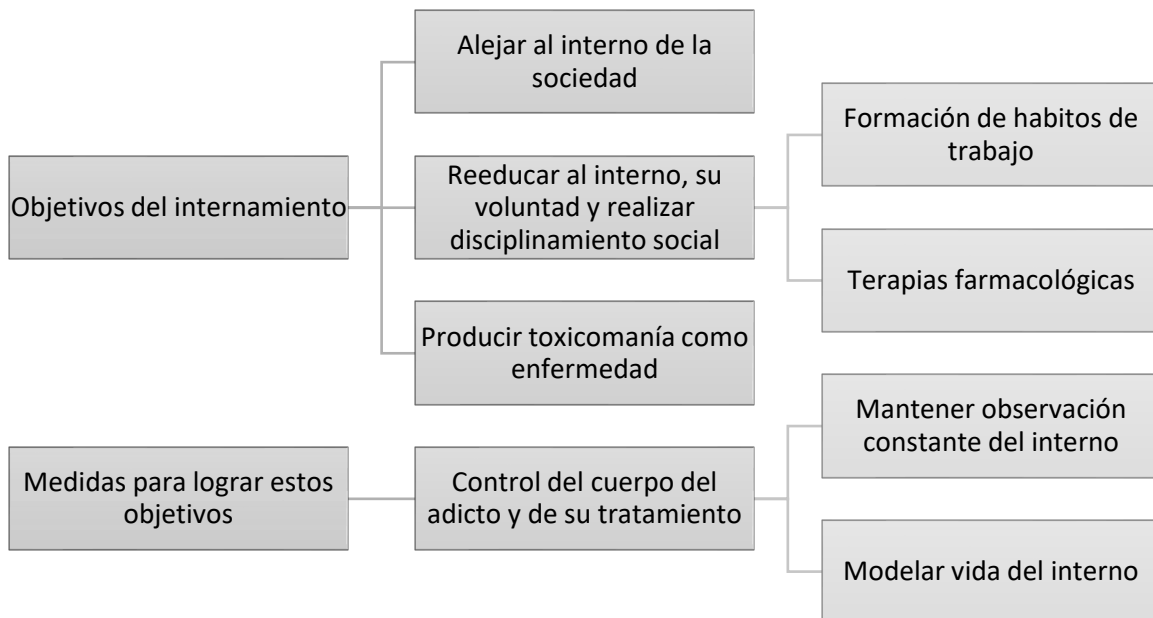


Figura 2. Objetivos del internamiento y medidas tomadas.

10.7 El Opendoor Nacional y el Instituto de Reeducción Mental

El “Opendoor” nacional, o “Asilo el Peral”², se inauguró el 20 de enero de 1928, durante la administración de Francisco Echeñique de la Casa de Orates (Ahumada, 2002). Este establecimiento se construyó con el propósito de poner en práctica el Reglamento para los servicios de salubridad mental antes mencionado (Ministerio de salud [MINSAL], 2009) y con el fin de aplicar a los enfermos crónicos la terapia ocupacional (Ahumada, 2002). Para esto se compra a Don Hernán Enrique Tocornal el fundo “Concepción del Peral” (Figura 3), ubicado entre las estaciones Quillayes y Rosas del ferrocarril a Puente Alto; quedando su administración a cargo de la Casa de Orates, siendo su primer director el Dr. Elías Marbrán, quien nombra como director delegado al Dr. René Carvajal Rodríguez (Gómez y Villanueva, 2011).

² Denominado así por el Dr. Elías Malbrán en 1937 (Malbrán, 2002).

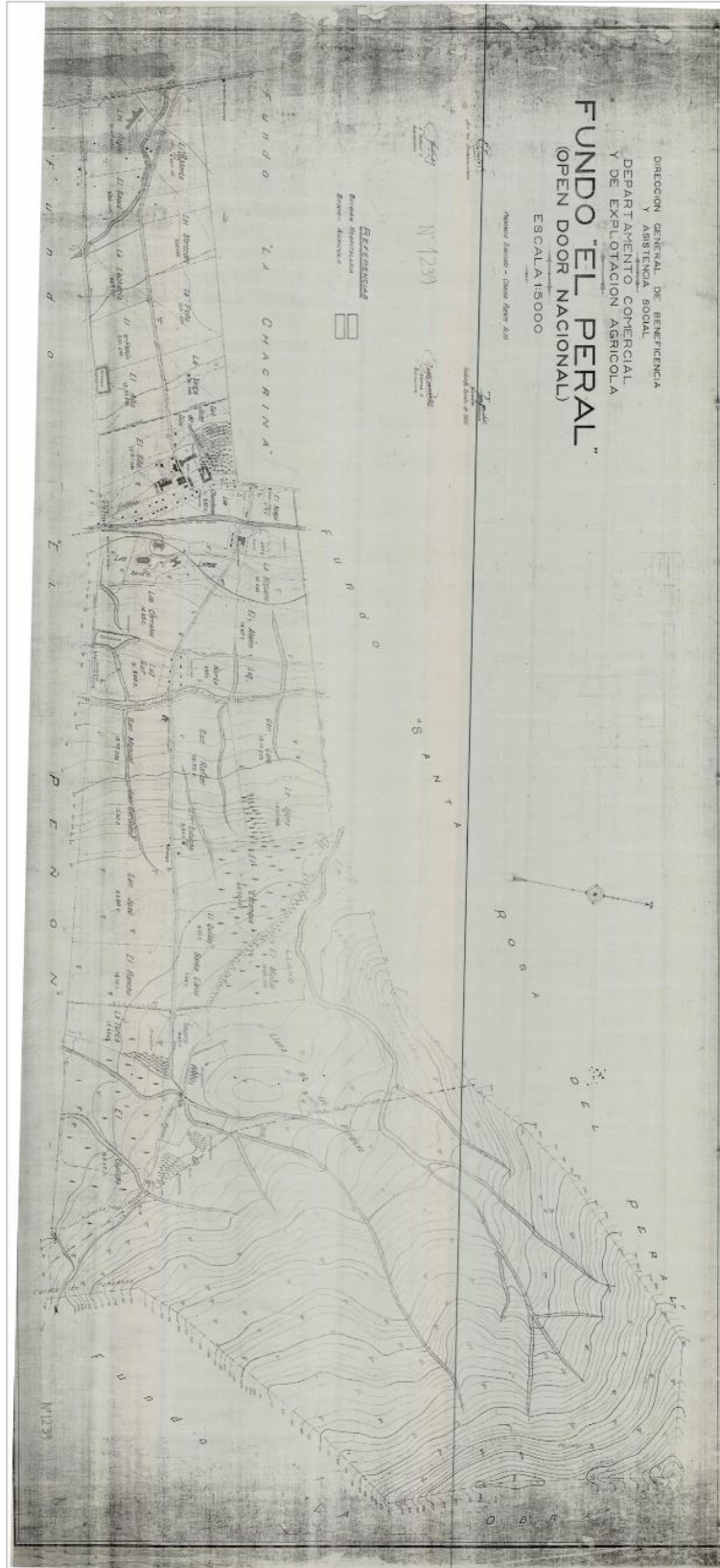


Figura 3. Plano topográfico Fundo El Peral, 1936.

En 1928, junto con usar las dependencias del fundo se inicia la construcción de pabellones, y ya para el 31 de diciembre de ese año tenía 430 enfermos (Gómez y Villanueva, 2011). Uno de los pabellones que se construyeron el año 1928 será el Pabellón 9 junto con su gemelo el pabellón de U.M.E. psicosis. Estos edificios serán de una estructura hospitalaria de grandes pabellones, donde se alberga una gran cantidad de pacientes articulados por dos nodos centrales. Aquí se concentraba la administración y el control de los pacientes, para la eficacia del funcionamiento (Morcillo, 2013). El Pabellón 9 en particular tenía bajo su resguardo a los pacientes autovalentes los cuales dormían en estos grandes pabellones y realizaban tareas al interior de algunas salas. Dentro del programa principal, se encontraba la clínica donde todos los pacientes acudían cuando eran ingresados o se enfermaban, o por mero chequeo médico (Ala central) (Morcillo, 2013).

De acuerdo con Gómez y Villanueva (2011) en sus inicios el fundo tenía un administrador quien dirigía a los campesinos y enfermos en las tareas de explotación del predio. En su origen se construyó un establo moderno para 100 vacas, otro para toros y terneros, un matadero y además se contrató un gran galpón para guardar maquinaria, vehículos, útiles y enceres (Gómez y Villanueva, 2011). De esta forma, la producción agrícola permitió satisfacer ya en 1929, las necesidades de leche, carne, trigo, harina y pan, leña y otros productos de chacarería tanto propias, así como para los 3200 enfermos y 500 empleados de la Casa de Orates (Gómez y Villanueva, 2011). Sin embargo, hacia 1937 el Dr. Elías Malbrán (Malbrán, 2002) comentará que los terrenos agrícolas no eran suficientes para la terapia ocupacional dentro del Peral, donde a la fecha se contaba con 530 enfermos y 65 empleados incluyendo el personal nocturno.

Hacia 1940 se nombra subdirector delegado al Dr. Carlos Larson quién lo dirige hasta 1952 e impulsa la organización de talleres (zapatería, escobas, cordeles, baldosas, muebles de mimbre, ladrillos y adobes, carpintería, gasfitería, corte y confección, etc.), mejora el trabajo agrícola y establece remuneraciones a los enfermos trabajadores (Gómez y Villanueva, 2011).

En el año 1945 se le entrega autonomía al establecimiento y pasa a llamarse "Hospital Colonia El Peral" siendo su primer director el ya señalado Dr. Larson (Gómez y Villanueva, 2011). Durante estos cambios, en 1946, se inaugura anexo al Hospital el Instituto de Reeducción Mental, IRM (Ahumada, 2002; Seminario de investigaciones sociales del Instituto de Servicio Social, 1966), cuya planimetría fue diseñada en 1940, donde se denomina como "Asilo de Toxicómanos"³. De esta fecha datan las fichas clínicas más antiguas, cuyo estudio histórico da cuenta de las diversas terapias aplicadas a los enfermos, desde bromuros, schock, insulínicos, estricnina, electroschock, hasta los sicofármacos y las intervenciones psicosociales de hoy (Gómez y Villanueva, 2011). El IRM estaba destinado

³ Esta información se obtuvo cuando se visitaron las instalaciones el año 2015 (17 de diciembre). El subdirector Luis Peime en esa fecha indicó en una fotografía digital de Google Maps cuál era el nombre de todas las estructuras del Hospital el Peral. A partir de esto, se comparó dicha fotografía con el Plano General de 1940, donde se constató que la estructura señalada por Peime en la fotografía como "IRM" coincidiría en forma y ubicación a la estructura denominada "Asilo de Toxicómanos" del plano de 1940.

a la atención de personas adictas a alcohol y otras drogas, paralelamente se creó un Consultorio Externo para atender la demanda de enfermos psiquiátricos de Puente Alto, con lo cual rápidamente ambos abocan su atención a otras patologías psiquiátricas agudas y el Instituto extiende su radio de atención incluso al resto del país (Gómez y Villanueva, 2011). Paralelamente los pacientes de los pabellones de crónicos no tenían la misma dedicación que los pacientes agudos y fueron quedando en el abandono (Gómez y Villanueva, 2011).

El IRM al momento de ser inaugurado tenía una capacidad para 100 enfermos, siendo su objetivo “promover la reeducación y readaptación de los enfermos que sufren una toxicomanía y especialmente los alcohólicos crónicos” (Ahumada, 2002: 59). El Art. 124 de la Ley de Alcoholes de 1946 destinaba al IRM para “recibir y dar atención médica a los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos, cuya reclusión fuese indicada por las autoridades penales” (Jordán, como se citó en Becerra, 2018, p.139).

De acuerdo con Becerra (2018) “la lógica de exclusión propia de las instituciones psiquiátricas será reproducida en este nuevo espacio terapéutico (...) extrañamiento y lejanía son las condiciones para instalar el IRM en el fundo El Peral” (p.139). Con estas condiciones se buscaba evitar el contagio y una posible recaída por cercanía de lugares donde adquirir embriagantes.

Hacia 1939 los psiquiatras Vivado, Larson y Arroyo (2002) mencionan que las toxicomanías eran menos frecuentes que el alcoholismo, y que su reclusión corría más por cuenta de policías que de pacientes deseosos de curarse.

Respecto a la arquitectura del IRM, Jordán (como se citó en Becerra, 2018) menciona que “su estructura arquitectónica recuerda la letra H, con sus ramas paralelas siguiendo la dirección de la cordillera. Cuenta con servicios de Estadística, Dietética, Laboratorio y Clínica Dental independientes” (p.139). A su vez menciona que el establecimiento funciona con 150 camas: 116 para hombres, 14 mujeres y 20 pensionado; y contaba con 5 psiquiatras de medio tiempo. Hasta la fecha del artículo mencionaba que 2545 personas se habían hospitalizado.

En el periodo de 1946-1953 la mayoría de los pacientes internos en el IRM era por alcoholismo, constituyendo el 91,8%. De este grupo 2168 eran hombres y 169 mujeres. Entre los pacientes internos por toxicomanía se registraron 53 hombres y 40 mujeres, siendo la mayoría internos por morfinomanía (Jordán, como se citó en Becerra, 2018).

Actualmente, el edificio donde habría operado el IRM continúa siendo utilizado, por el área de Psiquiatría general⁴ del Hospital el Peral (Morcillo, 2013) (Figura 4, Fotografía 1).

⁴ Cuando se visitó las instalaciones el año 2015, el subdirector Luis Peime señaló que el área de Psiquiatría General aún se conocía como “IRM” (conversación personal, 17 de diciembre de 2015). Esta información fue planteada igualmente por el Doctor y ex Director del Hospital Mauricio Gómez Chamorro (conversación telefónica, 30 de enero de 2020).

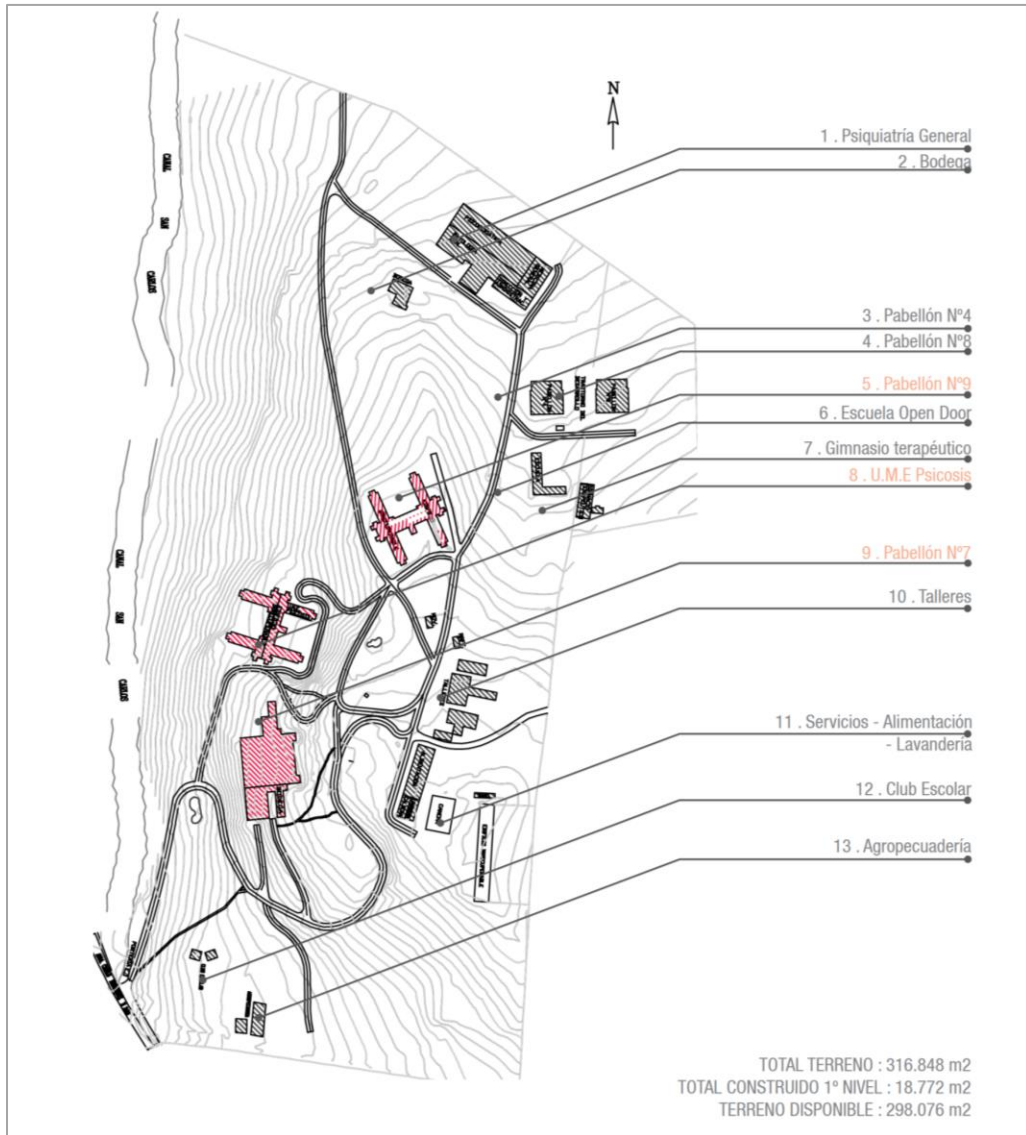


Figura 4. Situación actual Hospital el Peral. Extraído de Morcillo (2013).



Fotografía 1. Psiquiatría General/IRM, 17 de diciembre, 2015.

11 Marco teórico

11.1 *El “poder” como relaciones de poder*

Foucault (como se citó en Rojas, 2016) explica que al referirse a las sociedades humanas no hay que hablar del "poder" como si este fuera uno y centralizado. Más bien, en cualquier sociedad humana se da una red de poderes, de niveles distintos de poder, con fuerza desigual y con diferente eficacia. En este sentido, entiende que el poder corresponde a un conjunto de mecanismos que buscan asegurar el propio poder; lo que desplaza el foco de análisis a las relaciones de poder (Foucault, 2006).

Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales (Foucault, 1977, pp.112-113).

La condición de posibilidad del poder, es decir, el punto de vista que permite volver inteligible su ejercicio, son los pedestales móviles de las relaciones de fuerzas, los que inducen, por su desigualdad, estados de poder —pero siempre locales e inestables (Foucault, 1977). Se da una “omnipresencia del poder”, ya que se produce a cada instante, en todos los puntos, o más bien en toda relación de un punto con otro (Foucault, 1977).

Y "el" poder, en lo que tiene de permanente, de repetitivo, de inerte, de autorreproductor, no es más que el efecto de conjunto que se dibuja a partir de todas esas movi­dades, el encadenamiento que se apoya en cada una de ellas y trata de fijarlas. Hay que ser nominalista, sin duda: el poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada (Foucault, 1977, p.113).

De esta manera, la noción de poder de Foucault supondría que este sólo existe cuando se pone en acción (Permuy, 2015). Las relaciones de poder son un modo de acción indirecta y no inmediata sobre los otros; son la manera en que determinadas acciones modifican las acciones de otros, abriendo un campo de respuestas posibles para ese otro. El poder consiste en una estructura de acciones que actúan sobre otras acciones de manera que las inducen, facilitan o impiden (Foucault, como se citó en Permuy, 2015). En este sentido el poder puede ser entendido como gobierno (Permuy, 2015). Gobernar remite a la dirección de la conducta de los individuos o grupos, estructurando el campo de posibilidades de acción de los otros (Permuy, 2015). De esta manera, para que se dé una relación de poder es imprescindible que el otro sobre el que se ejerce el poder sea reconocido como sujeto activo, es decir, sujetos libres, que pueden elegir sus conductas dentro del campo que el poder les delimita y estructura (Permuy, 2015).

Foucault (1977) en esta línea plantea una serie de proposiciones sobre las relaciones de poder:

(1) que el poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias;

(2) que las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respecto de otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), sino que son inmanentes; constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen, y, recíprocamente, son las condiciones internas de tales diferenciaciones; las relaciones de poder (...) desempeñan, allí en donde actúan, un papel directamente productor;

(3) que el poder viene de abajo; es decir, que no hay, en el principio de las relaciones de poder, y como matriz general, una oposición binaria y global entre dominadores y dominados (...) Más bien hay que suponer que las relaciones de fuerza múltiples que se forman y actúan en los aparatos de producción, las familias, los grupos restringidos y las instituciones, sirven de soporte a amplios efectos de escisión que recorren el conjunto del cuerpo social. Éstos forman entonces una línea de fuerza general que atraviesa los enfrentamientos locales y los vincula; de rechazo, por supuesto, estos últimos proceden sobre aquellos a redistribuciones, alineamientos, homogeneizaciones, arreglos de serie, establecimientos de convergencia. Las grandes dominaciones son los efectos hegemónicos sostenidos continuamente por la intensidad de todos esos enfrentamientos;

(4) que las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas. Si, de hecho, son inteligibles, no se debe a que sean el efecto, en términos de causalidad, de una instancia distinta que las "explicaría", sino a que están atravesadas de parte a parte por un cálculo: no hay poder que se ejerza sin una serie de miras y objetivos. Pero ello no significa que resulte de la opción o decisión de un sujeto individual (...) la racionalidad del poder es la de las tácticas a menudo muy explícitas en el nivel en que se inscriben —cinismo local del poder—, que encadenándose unas con otras, solicitándose mutuamente y propagándose, encontrando en otras partes sus apoyos y su condición, dibujan finalmente dispositivos de conjunto (...);

(5) que donde hay poder hay resistencia, y no obstante (o mejor: por lo mismo), ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder (...) No pueden existir más que en función de una multiplicidad de puntos de resistencia: éstos desempeñan, en las relaciones de poder, el papel de adversario, de blanco, de apoyo, de saliente para una aprehensión. Los puntos de resistencia están presentes en todas partes dentro de la red de poder (...) (pp.114-116).

11.2 El poder-saber, los discursos verdaderos y la arquitectura como comunicación no verbal

Foucault (2002) a su vez dirá que el poder produce saber, que estos se implican directamente uno al otro de tal forma que “no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber” (p.34). De esta forma Lugo (2002) concluye que “no existe modelo de verdad que no remita a un tipo de poder, ni saber, ni siquiera ciencia, que no exprese o implique un acto de poder que se ejerce” (p.22).

No hay ejercicio de poder posible sin una cierta economía de los discursos de verdad que funcionen en, y a partir de esta pareja. Estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder y no podemos ejercitar el poder más que a través de la producción de la verdad (...) Por otro lado, también estamos sometidos a la verdad en el sentido en que la verdad hace ley, elabora el discurso verdadero que, al menos en parte, decide, transmite, empuja efectos de poder. Después de todo somos juzgados, condenados, clasificados, obligados a competir, destinados a vivir de un cierto modo o a morir en función de discursos verdaderos que conllevan efectos específicos de poder (Foucault, 1979a, p.140).

Foucault (1979b) dirá que “cada sociedad tiene su régimen de verdad, su «política general de la verdad»: es decir, los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos (p.187). De acuerdo con las posturas posestructuralistas, los discursos hechos por el poder moldean la realidad cotidiana de las personas, creando sus propias condiciones de dominación (Zarankin, 2001). En el caso de la arquitectura, esos discursos tienen una sintaxis particular, que hacen que su decodificación para las personas tenga su propia dinámica: comunicación no verbal (Zarankin, 2001).

Los edificios son objetos sociales y como tales están cargados de valores y sentidos propios de cada sociedad. Sin embargo, estos no son un reflejo pasivo de esta, son en cambio participantes activos en la formación de las personas. En otras palabras, la arquitectura denota una ideología y posee la posibilidad de transformarla en real (material), para de esta forma transmitir sus valores y significados por medio del discurso material (Zarankin, 2001).

Así, al considerar los edificios como formas de comunicación no verbal, se puede entender que estos pueden ser leídos (Zarankin, 2001). “If architecture is analogous to a text, it follows that the act of writing is analogous to production of an architectural order” (Grahame, 1995, p.60).

Fletcher (como se citó en Zarankin, 2001) dirá que la comunicación no verbal, a diferencia de la verbal, se expresa en términos de frecuencias, intensidades, distancias, etc. Cada ambiente tiene un significado social que se expresa mediante signos, materiales, colores, formas, tamaño decoración o paisajismo, significado que sólo cobra sentido para su propio grupo social (King, como se citó en Zarankin, 2001).

La arquitectura crea límites artificiales donde el cuerpo es confinado y educado. Así los edificios condicionan las posibilidades de relacionamiento entre sus ocupantes (Zarankin, 2001).

11.3 La arquitectura como tecnología de poder

De acuerdo con Zarankin (2001), a lo largo de la historia la mayoría⁵ de la arquitectura ha sido construida por sus propios ocupantes, denominada esta “arquitectura vernácula”. Fue desde el siglo XVIII con la consolidación del capitalismo que la planificación, dirección y construcción de los edificios pasó paulatinamente a especialistas profesionales, que serán los arquitectos, ingenieros, etc. Este último tipo de arquitectura se denominará “académica”.

A fines del siglo XVIII desde el poder se da una concientización de manipular el nuevo mundo urbano (enmarcado por el crecimiento descontrolado de las ciudades) donde el capitalismo se estaba consolidando como medio de producción. De esta forma, la arquitectura comienza a ser un instrumento fundamental para la transmisión y reproducción del sistema capitalista (Zarankin, 2001).

Entre los siglos XVIII y XIX se multiplican los cursos universitarios donde se enseña la arquitectura como conocimiento normatizado. El sistema pasará a ser el responsable de formar y controlar a los nuevos profesionales autorizados para construir el paisaje del capitalismo, por medio de la regulación de la enseñanza, una especialización y reservándoles un lugar de relevancia en la sociedad. De esta forma los arquitectos se convertirán en los encargados de materializar ideas y discursos (que muchas veces representan al poder) en estructuras físicas (Zarankin, 2001).

La intencionalidad de la arquitectura puede ser descubierta al entender que esta antes de ser construida es creada dentro de la mente del constructor. Esta “creación” se vincula a un determinado poder-saber legítimo dentro de la profesión, que limita la cantidad de respuestas que un arquitecto puede tener antes de un encargo (diseñar una casa por ejemplo) (Zarankin, 2001).

De acuerdo con Eco (1972) el diseño arquitectónico connota una ideología global que rige la operación del arquitecto, la que se manifiesta a través de reglas o códigos que actúan sobre la producción arquitectónica. A su vez, plantea que la arquitectura satisface algunas exigencias de los grupos humanos, pero al mismo tiempo los persuade para que “vivan de una manera determinada” (Eco, 1972, p. 286).

Foucault (2002) explica que el sistema utiliza distintas estrategias para formar individuos disciplinados y útiles, siendo una de estas la manipulación de la cultura material. De esta forma la arquitectura puede ser vista como una tecnología de poder, esto es, que puede ser usada como un medio efectivo para controlar y disciplinar al individuo. Ejemplo de esto son los efectos que menciona del panóptico-prisión sobre los detenidos:

De ahí el efecto mayor del panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos incluso si es discontinua en su acción. Que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su

⁵ Exceptuando las estructuras arquitectónicas vinculadas a la religión, gobierno y personas de prestigio y poder (Zarankin, 2001).

ejercicio; que este aparato arquitectónico sea una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquél que lo ejerce (p.204).

La arquitectura, a su vez, de acuerdo con Koenig (como se citó en Eco, 1972), se compone de vehículos sígnicos que promueven comportamientos. De acuerdo con el autor “si obligo a vivir a diez mil personas en un barrio proyectado por mí, no hay duda que influiré en el comportamiento de diez mil personas de una manera más intensa y duradera que cuando pronuncio el imperativo verbal ¡sientate!” (Koenig como se citó en Eco, 1972, p.258).

11.4 Arqueología de la Arquitectura

La arquitectura, de acuerdo con Zarankin (2003) por sus características se presenta “como un elemento central desde donde estudiar el mundo social” (p.27), lo que ha estimulado en los últimos años un nuevo campo de estudio denominado por Stedman (1996) como “arqueología de la arquitectura”, que comprende todas aquellas investigaciones enfocadas al estudio de la arquitectura desde una perspectiva arqueológica.

A pesar del interés en problemas comunes, los trabajos de esta línea de investigación son generalmente heterogéneos implicando bases teóricas diferentes (Zarankin, 2003).

Así por ejemplo los trabajos son encarados tanto desde posiciones funcionalistas, que ven la arquitectura como la respuesta lógica a una serie de necesidades de protección del ambiente, hasta otras de carácter simbólico que enfatizan la presencia de sistemas ideológicos por detrás de las construcciones (Zarankin, 2003, pp.27-28).

Los arqueólogos Parker y Pearson y Richards (1994) plantean que la organización del espacio y de la arquitectura tienen además de una organización práctica, una “ideológica”. Además, la arquitectura tiene y expresa determinados principios de orden y clasificación que son básicos para el funcionamiento de la sociedad. Rapoport por otra parte, en sus investigaciones realiza un trabajo multidisciplinar, donde plantea que existe una relación directa entre cultura y medio ambiente, y la arquitectura refleja ese contrato (Zarankin, 2001). Por otra parte, a partir de Foucault, desde la arqueología se puede entender que “el espacio, pensamiento y sociedad están íntimamente ligados, siendo la construcción del espacio una parte fundamental de la construcción de la realidad de un determinado sistema de saber-poder” (Ayán, Blanco y Mañana, 2002, p.27).

Zarankin (2001) plantea que se han realizado investigaciones arqueológicas sobre la relación entre el cambio social y la arquitectura a lo largo del tiempo. Otros estudios ven el surgimiento de la forma arquitectónica en factores como la cultura o el comportamiento, económicos o demográficos, mientras que otros enfoques la vinculan con cuestiones ideológicas, simbólicas o estrategias de control y poder. También plantea que existe una perspectiva que aborda la arquitectura a partir de modelos hermenéuticos, al tratarla como una forma de comunicación no verbal.

De esta forma, la arquitectura puede ser un camino alternativo para estudiar el mundo social (Samson como se citó en Zarankin, 2001). Por su parte, la arqueología, como disciplina

especializada en estudiar la cultura material, ofrece los instrumentos teórico-metodológicos adecuados para lograr este objetivo (Zarankin, 2001).

12 Marco metodológico

Siguiendo los lineamientos metodológicos utilizados por Zarankin (2001), se buscó, en primer lugar, abordar al IRM como un texto posible de ser leído e interpretado. Al entender la arquitectura, como comunicación no verbal, se buscará estudiar la estructura sintáctica del IRM, de la que forman parte las relaciones entre los espacios, los grados de accesibilidad, etc. (Zarankin, 2001). Para realizar esto se buscó un modelo de análisis que permitiera la discusión entre esas características.

De acuerdo con Zarankin (2001), en la creación del significado de los textos participan el autor (arquitecto en este caso) y el lector (quien analiza). Al igual que en su investigación, esta memoria se inclinará por el segundo abordaje, donde se verán las plantas arquitectónicas como objetos de análisis. Se buscará discutir tres elementos en ellas: forma, función y espacio; buscando a través de ellas interpretar su significado (Markus como se citó en Zarankin, 2001, p.120).

Forma: morfología de la estructura arquitectónica

Función: relacionada con el tipo de actividades que son pensadas y que se realizan dentro de la estructura arquitectónica.

Organización espacial: la organización espacial tiene que ver con la manera según la cual los espacios se vinculan y se relacionan entre sí dentro de una estructura arquitectónica.

Al trabajar con estas categorías de análisis es necesario diferenciar una escala macro y micro a partir de las cuales se pueden estudiar. Un análisis macro considera el edificio como unidad, mientras que el micro aborda un análisis de las partes de la estructura (una habitación, un corredor, etc.) (Zarankin, 2001). En el caso de la presente memoria, se buscará estudiar la forma y organización espacial del IRM en una escala macro (siendo la “función” el ser una institución de reeducación mental de alcoholismo y toxicomanías), mientras que en una escala micro se estudiará la forma, función y organización espacial. El análisis de la función estará limitado a la información que otorguen los planos sobre las partes del IRM. Estos planos corresponden al: “primer piso y subterráneo” y “segundo piso” del IRM, junto con el “plano general” del IRM donde se muestra su ubicación en el Opendoor. Todos los planos son originales de 1940.

12.1 Análisis formal

La forma del IRM, tanto en su escala macro y micro, será analizada bajo los lineamientos metodológicos que Ayán, Blanco y Mañana (2002) agrupan dentro de la categoría de “Análisis formal”. Uno de los modelos fundamentales dentro del análisis formal es el “análisis geométrico” de Ching (2000), que busca entender el elemento arquitectónico en su percepción estática. Resulta esencial estudiarlo dado que este es el fundamento bajo el cual está ordenada toda estructura (Ayán et al., 2002). Este tipo de análisis busca acceder a la “forma genérica” del elemento arquitectónico, que corresponde al estado original de la

forma, la “idea” de la que se parte (Baker, 1994). De esta forma, con este análisis se podría acceder a la “ideología global que rigió la operación del arquitecto” (Eco, 1972).

Ching (2000) entiende que la “forma sugiere la referencia a la estructura interna, al contorno exterior y al principio que confiere unidad al todo” (p.34). Esta se conforma de elementos primarios: el punto, la línea, el plano y el volumen; que sólo se hacen visibles en el papel o en el espacio tridimensional. De acuerdo con Ching (2000) la arquitectura surge “cuando un espacio comienza a ser aprehendido, encerrado, conformado y estructurado por los elementos de la forma” (p.92).

De acuerdo con lo planteado, se buscará acceder a la “forma genérica” del IRM en base al análisis geométrico. Para esto se revisarán los 3 planos de 1940 anteriormente mencionados. Para la presente investigación se realizarán copias manuales calcadas de estos, debido a que el tamaño y estado de conservación de los planos originales no permite que se puedan copiar mediante escáner. Una vez obtenidas las copias, se describirán en ellas las formas arquitectónicas en base al modelo propuesto por Ching (2000), quien entiende que las formas se definen visualmente según su contorno, tamaño, color y textura, y por sus cualidades de posición, orientación e inercia visual. En el caso del presente análisis, las formas se definirán en base al contorno, tamaño, posición y orientación (dado que es la información que pueden brindar los planos). A su vez se identificará el perfil de la forma, entendiendo que los perfiles básicos son la circunferencia, el triángulo y el cuadrado (Ching, 2000).

La técnica que se utilizará para implementar el análisis formal corresponde al análisis espacial, que consiste en “la descripción formal de los distintos niveles espaciales que influyen en la configuración concreta de su espacio arquitectónico” (Ayán et al., 2002, p.33). Para esto se aplicará un mecanismo de “zoom” (Ayán et al., 2002), donde primero se analizará en el plano general del IRM el ámbito del elemento arquitectónico (IRM) hacia el exterior, evaluando su emplazamiento y relación con otros espacios construidos. Posteriormente, se analizará, en los planos de subterráneo, primer y segundo piso del IRM, la forma y relaciones formales del elemento arquitectónico en sí mismo.

El análisis formal de los planos del IRM abordará los factores organizativos que actuaron en la construcción (Ching, 2000), que se clasifican en tres: modos de relaciones espaciales, modos de organización espacial y principios organizadores adicionales. Entre los modos de relaciones espaciales están: espacio interior a otro, espacios conexos, espacios contiguos y espacios vinculados por otro común. Mientras que los distintos modos de organización espacial (Baker, 1994; Ching, 2000) se encuentran: organización centralizada, organizaciones lineales, organizaciones axiales, organizaciones radiales, organizaciones agrupadas, organizaciones en trama. Finalmente se identificarán los sistemas de organización o principios adicionales de ordenación (Ching, 2000), donde los más habituales son: eje, simetría y jerarquía. Con esta descripción se buscará caracterizar la forma genérica o la idea que se plasmó inicialmente en la construcción del IRM.

Para complementar el análisis formal, se realizará un análisis específico del tamaño de las formas, estableciendo variables de longitud, anchura y superficie. Los resultados se interpretarán de acuerdo con Ching (2000) y los sistemas de proporcionalidad que propone:

la sección aurea, las ordenes, las teorías renacentistas, el modulador, el ken, las proporciones antropomórficas y la escala. A su vez, las variables serán interpretadas según Hall (2003) y el concepto que propone de proxémica en 1963, este “hace referencia a las observaciones y teorías interrelacionadas del empleo que el hombre hace del espacio” (Becerra, 2017). Para graficar este concepto propone cuatro zonas de distancia personal (Gráfico 1, Anexo N°1, Figura 30 y Figura 31), donde a cada zona le corresponde un tipo de relación entre las personas interactuantes.

Distancia íntima	Distancia personal	Distancia social	Distancia pública
<ul style="list-style-type: none"> • Fase cercana: 0 a 15 cm. • Fase lejana: 15 a 45 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase cercana: 45 a 75 cm. • Fase lejana: 75 a 120 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase cercana: 120 cm a 2 m. • Fase lejana: 2 a 3,5 m. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase cercana: 3,5 m a 7,5 m. • Fase lejana: 7,5 a 9 m.

Gráfico 1. Zonas de distancia interpersonal en la Proxémica. Elaborado en base a Hall (2003).

12.2 Análisis de percepción

Las técnicas que se utilizan en el *análisis de la percepción* se vertebran en torno a dos acciones relacionadas con la percepción de las construcciones y espacios construidos: el movimiento y la percepción visual de los espacios y estructuras (Ayán et al., 2002).

Para analizar la arquitectura del IRM, la presente tesis se basará en el análisis del movimiento, que se abordará mediante el *análisis Gamma* de Hiller y Hanson (1984). De acuerdo con Zarankin (2001) este análisis permite una visión de las partes de la estructura arquitectónica en conjunto, y permite que se establezca una base para discutir la representación, cuantificación e interpretación de la configuración espacial de edificios y estructuras arquitectónicas. De esta forma, a partir de variables como forma, función y organización espacial es posible obtener un panorama básico sobre el modo en que los mecanismos de control y poder se encuentran presentes en una determinada estructura (Zarankin, 2001).

El modelo de Hiller y Hanson se basa en el movimiento a través de los espacios, cuantificando las profundidades y permeabilidades (la facilidad de acceso), valorando el grado de dependencia de unos espacios respecto a otros (Ayán et al., 2002). Para concretarlo se elaboran “diagramas de permeabilidad”, que en el caso de la presente tesis se realizarán en base a los dos planos del IRM mencionados. En estos se medirá la comunicación y el tipo de acceso entre espacios, dándole valores a cada espacio según la permeabilidad de cada uno de ellos respecto a la entrada. El primer paso consiste en descomponer las plantas (en este caso, la del subterráneo, primer y segundo piso) en “nodos” que corresponden a los espacios circunscritos delimitados dentro de la estructura arquitectónica, siendo el exterior también considerado como nodo (Blanton, 1994). El

resultado es un esquema, denominado “gráfico jerárquico” (Blanton, 1994), que permite realizar cuantificaciones sobre las características del edificio, y que a su vez permite conocer las posibilidades de circulación dentro del edificio, logrando de esta forma entender la organización del espacio que este propone (Zarankin, 2001).

A su vez en estos esquemas se identificarán las relaciones sintácticas del espacio: el grado de dependencia de unos espacios respecto a otros y el control que sobre ellos se ejerce (simetría/asimetría) y la cantidad y disposición de los accesos (distribuida/no distribuida) (Hiller y Hanson, 1984).

Para complementar la interpretación del esquema de Hiller y Hanson (1984) se utilizarán los índices de Richard Blanton (1994), que buscan simplificar a la vez que maximizar la información obtenida del esquema:

- Índice de escala: consiste en contar el número de nodos en el gráfico. Si es posible debe ser incluida la superficie y la cantidad de habitantes, obteniendo de esta forma una medida en metros cuadrados por persona.
- Índice de integración: este se vincula a la circulación dentro de la estructura y muestra el grado de restricción del área. Se obtiene dividiendo la cantidad de nodos por la cantidad de puertas o pasajes en una estructura.
- Índice de complejidad: la complejidad refiere a la variación en el uso de los espacios, o el grado en que las actividades están arquitectónicamente particionadas (Blanton, 1994). En caso de contar con la información suficiente, Blanton (1994) propone calcular la complejidad a partir del “índice de especificidad”, que corresponde al número de nodos en la estructura que son descritos en términos funcionales específicos. Este índice sin embargo resulta problemático, dado que contar los espacios especializados suele ser subjetivo "because descriptions of space use are rarely given in great detail, and spaces that are devoted largely to one use may at times see alternate uses" (Blanton, 1994, p.60). De esta forma, en los casos donde no se cuenta con la información respecto a la funcionalidad de los espacios, Blanton (1994) propone el cálculo del “grado de accesibilidad”, que será el índice que se utilizará en la presente memoria. Este corresponde a la cantidad de conexiones entre nodos, y de la “profundidad jerárquica” que se calcula a partir de los niveles jerárquicos⁶ de cada nodo. Zarankin (2001) para calcular estos dos últimos índices elabora una tabla de datos (Figura 5), donde enumera la cantidad de conexiones e indica la distancia de cada nodo con el exterior (es decir, el nivel jerárquico). Para calcular el “grado de accesibilidad”, suma la columna “cantidad de conexiones”, y para calcular la profundidad jerárquica, suma la columna “distancia al exterior” y la divide en la cantidad de nodos.

⁶ Los niveles jerárquicos de cada nodo se indican en el gráfico jerárquico, que corresponde a la accesibilidad de cada nodo con el exterior.

N° do espaço	quantidade de conexões	Distância ao exterior	N° do espaço	quantidade de conexões	Distância ao exterior
1	2	1	35	3	8
2	3	2	36	1	9
3	3	2	37	1	9
4	3	2	38	3	6
5	5	3	39	4	7
6	6	3	40i	2	8
7	1	4	40ii	2	9
8	1	4	41i	2	8

Figura 5. Ejemplo de la "tabla de datos sobre conexiones y accesibilidad" de Zarankin (2001).

12.3 Discurso y Arquitectura

Los resultados obtenidos en cada análisis de la arquitectura serán evaluados en relación con el discurso médico-psiquiátrico de las toxicomanías de la primera mitad del Siglo XX. Los conceptos de este discurso que serán tomados en cuenta para la evaluación corresponden a los expuestos en la Figura 1 y Figura 2, que corresponden a las ideas que existían en torno a las personas alcohólicas y toxicómanas, y a los objetivos que se perseguían en el internamiento junto con las medidas que se tomaron a cabo para ello.

A su vez, en base a dicha evaluación se realizará una discusión en torno a cómo la arquitectura del IRM pudo ser utilizada como un medio efectivo para controlar y disciplinar a las personas, garantizando el funcionamiento del sistema de saber-poder médico psiquiátrico de la época.

13 Resultados

A continuación, se presentará los resultados de los análisis aplicados. Se partirá por exponer la descripción formal del IRM, tanto en su ámbito exterior como interior. Posteriormente se mostrarán los resultados del análisis de percepción, que tuvo como fin caracterizar la organización espacial interna del IRM.

13.1 *Análisis Formal*

13.1.1 *El IRM en el Opendoor Nacional de 1940*

En el Plano General de 1940 (Figura 6) se identifican 5 estructuras, que se denominan: Cocina, Pabellón 6, Pabellón 5, Asilo de toxicómanos y una estructura dibujada a la mitad (con forma de cruz) que corresponde al Pabellón 7⁷. El IRM corresponde a la estructura denominada “Asilo de Toxicómanos”; resulta interesante mencionar que continuará figurando con este nombre en la planimetría del Opendoor incluso después de ser inaugurado (Figura 7).

⁷ Según se observa en el Plano General del Open Door de 1950 (Figura 7).

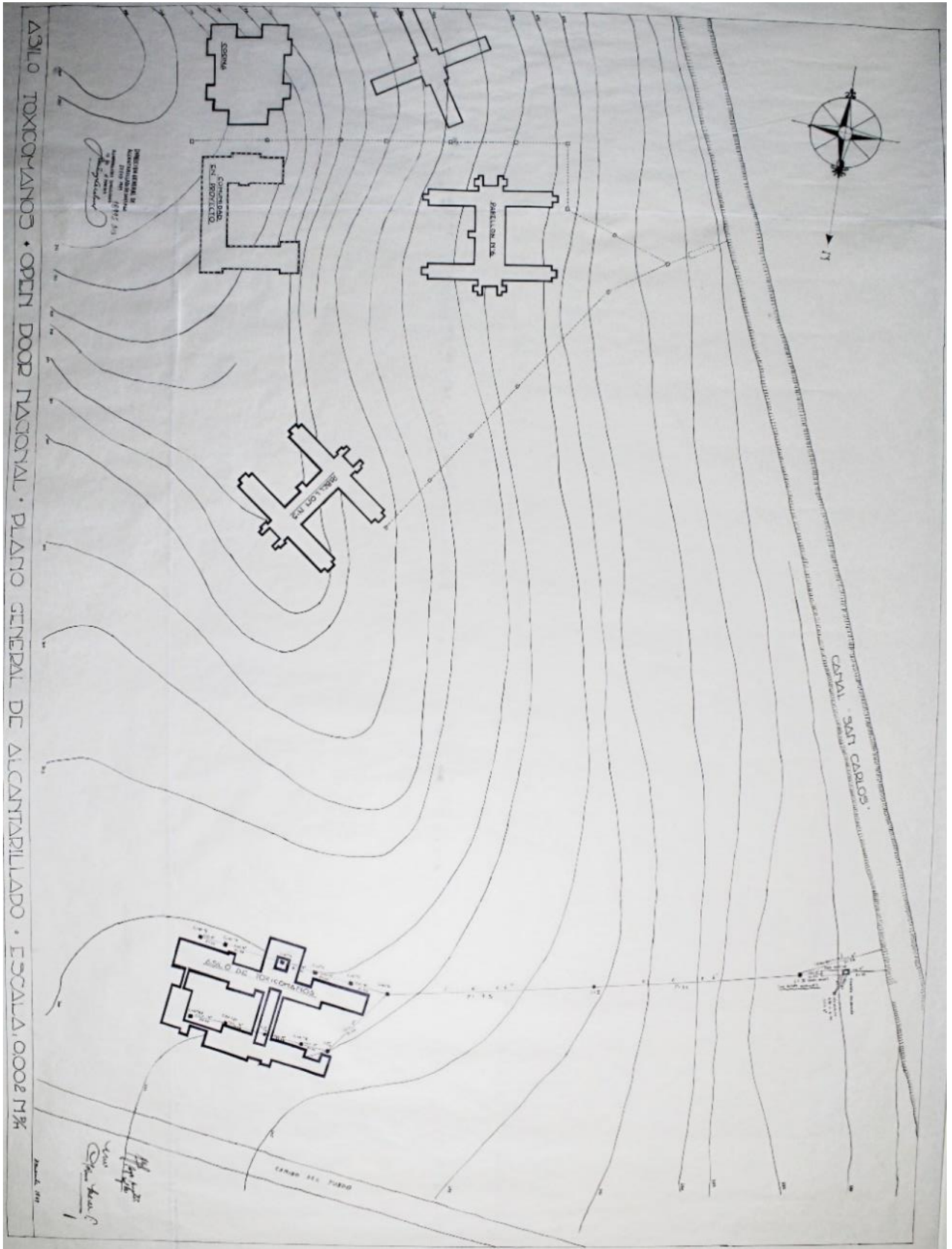


Figura 6. Plano General Asilo Toxicómanos, Opendoor Nacional, 1940.

Los edificios Cocina, Pabellón 6 y Pabellón 5, de acuerdo con el subdirector actual del Hospital El Peral Luis Peime (2015), habrían sido los primeros en construirse en el Hospital. En efecto, el pabellón 6 y pabellón 5, corresponden respectivamente al “U.M.E (Unidad de Medicina Estudio) psicosis” y “pabellón 9” (Peime, 2015), que anteriormente se mencionó que fueron inaugurados en 1928 (Morcillo, 2013). El edificio cocina o pabellón cocina por su parte, si bien no se tiene información de cuando habría sido inaugurado, es probable que ya figure en el plano topográfico de 1936 del fundo del Peral (Figura 3 y Figura 8), junto con el pabellón 5 y 6.

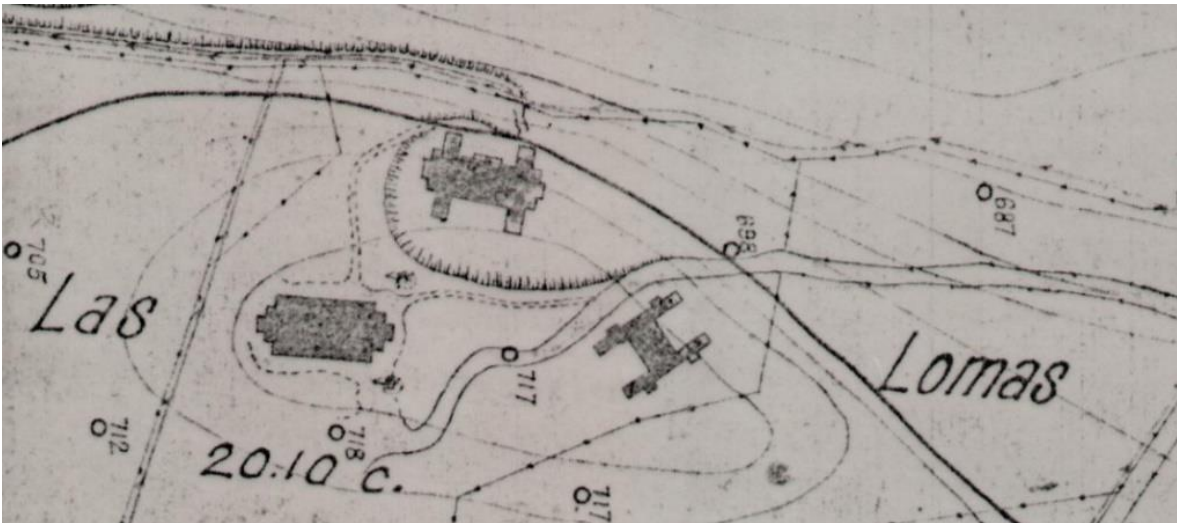


Figura 8. Sección hospitalaria. Plano topográfico fundo El Peral, 1936.

El pabellón 7 por otra parte, si bien figura en el Plano General de 1940, este de acuerdo con Morcillo (2013) no se habría inaugurado hasta 1954, por lo que probablemente el extremo representado solo corresponde a una proyección de cómo sería este edificio. Finalmente, respecto a la estructura en “proyecto” que se observa en plano de 1940, no fue posible encontrar información de su función, sin embargo, esta se asume que no habría sido construida al menos hasta 1950, dado que no figura en el plano general del Sanatorio revisado de dicha fecha.

De esta forma, en la Figura 9, se sintetizan las fechas estimadas de construcción de los edificios del Opendoor nacional de 1940.

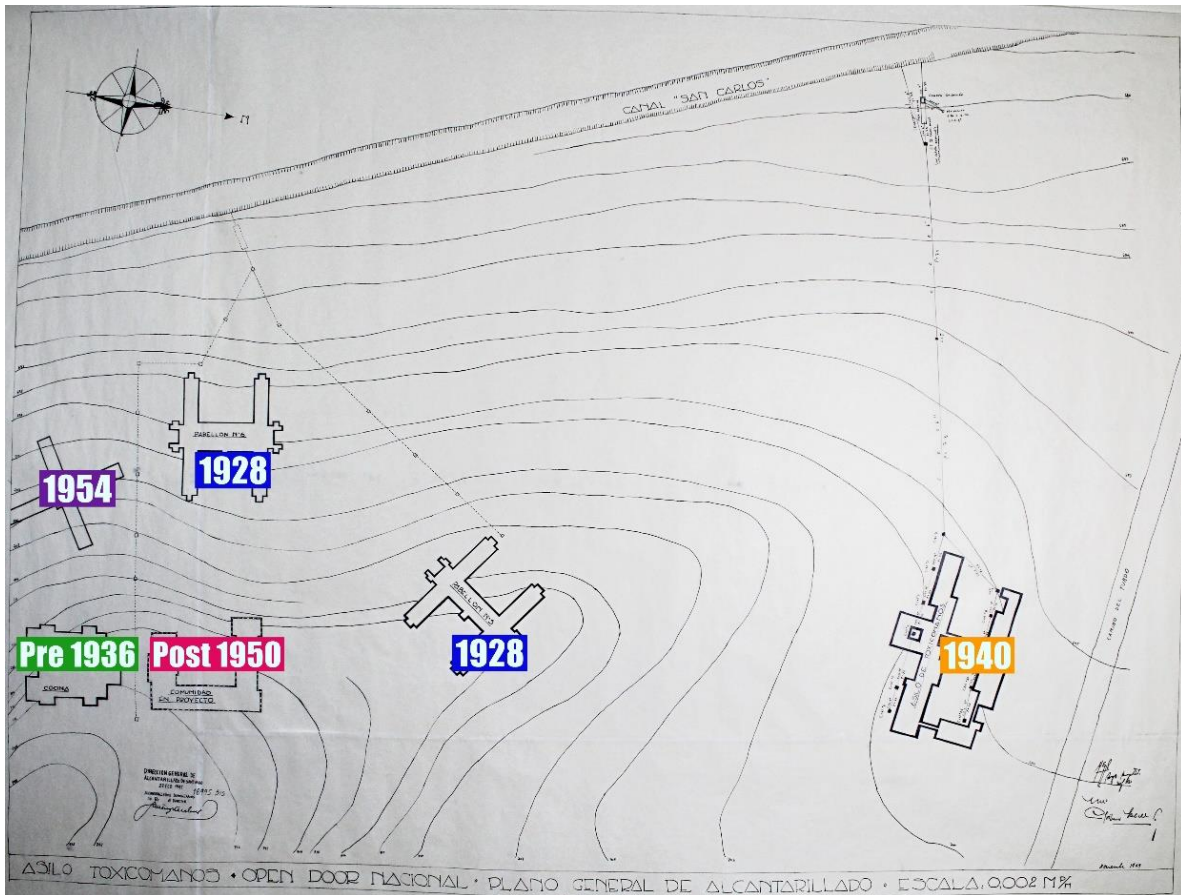


Figura 9. Fechas de construcción edificios. Plano General Asilo Toxicómanos, Opendoor Nacional, 1940.

13.1.2 El ámbito exterior del IRM

Para estudiar el ámbito exterior del IRM, se considerarán sólo las estructuras efectivamente construidas a la fecha de dibujado el plano (1940), que de acuerdo con lo revisado corresponden al: pabellón cocina, pabellón 5 (pabellón 9) y pabellón 6 (U.M.E psicosis). Todos estos edificios se ubicaron en un terreno que se infiere (por las características descritas anteriormente del fundo) estaría cubierto por vegetación, y áreas dispuestas para la agricultura y ganadería. El plano no indica, por otra parte, los caminos que conectarían los edificios.

El pabellón 5 y 6 junto con el pabellón Cocina se ubican al sur del IRM, estando distanciadas no más de 150 metros entre ellas (Figura 10). El IRM por otra parte se ubica a más de 150 metros de estas estructuras, superando los 300 metros respecto al Pabellón 6 y Pabellón Cocina. Esta mayor distancia en que se encuentra el IRM respecto a las demás estructuras podría relacionarse con el discurso psiquiátrico cuando se plantea como objetivo alejar a las personas alcohólicas y toxicómanas de la sociedad. De esta forma, el ubicar este edificio a mayor distancia, alejaría a los internos de las demás personas internadas en las instalaciones del Peral.

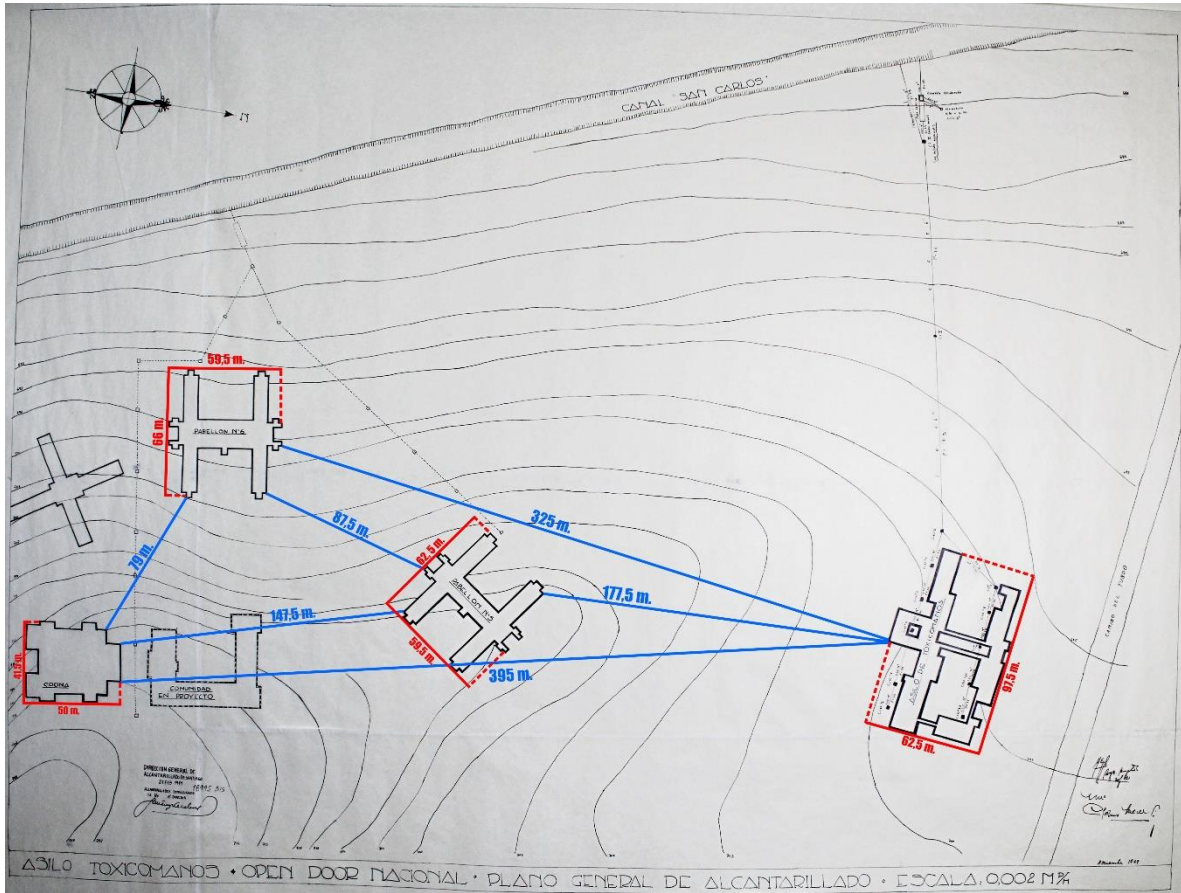


Figura 10. Medidas y distancias mínimas entre edificios del Sanatorio Opendoor, 1940.

De acuerdo con Ching (2000) el perfil es el medio básico para identificar la forma de un objeto y se define por el contraste de la forma con el fondo. En el Plano General es posible describir el perfil de la “silueta” de los edificios, que se refiere a la arista perimetral de cada estructura dibujada (Ching, 2000). En este caso se puede ver que en el perfil de las estructuras del Opendoor predominan las formas rectangulares, que corresponderían a variantes del cuadrado. El cuadrado de acuerdo con Ching (2000) representa lo puro y lo racional, es una figura estática y neutra que carece de una dirección concreta. En otras palabras, la forma original (cuadrado), se habría modificado en largo y ancho para formar rectángulos. A estos, a su vez se le añadieron y sustrajeron formas secundarias de características similares a la forma original (Figura 11). El Pabellón Cocina sería un ejemplo de una forma regular (Ching, 2000), ya que sus partes se relacionan entre sí con un vínculo firme y ordenado; a su vez porque su forma es simétrica respecto a un eje (Figura 12).

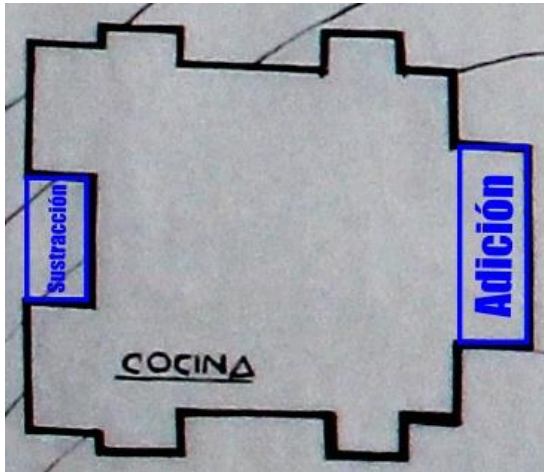


Figura 11. Ejemplo de adición y sustracción de formas (Pabellón Cocina).

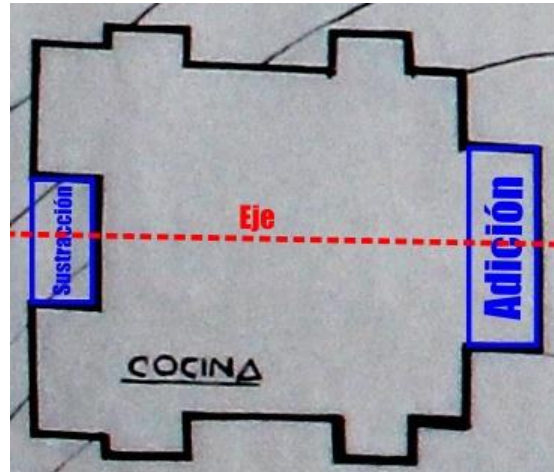


Figura 12. Ejemplo de simetría a partir de un eje (Pabellón Cocina).

Los perfiles del Pabellón 5, 6 y del IRM igualmente corresponden a formas regulares, que se crearon a partir de la sustracción y adición de formas cuadradas (y rectangulares) a su forma original.

El pabellón Cocina corresponde a una forma central (Ching, 2000), ya que posee una forma original (cuadrado) al que se le añadieron formas secundarias (rectángulos). Este tipo de forma de acuerdo con Baker (1994), implica reposo y estabilidad. Por otra parte, el Pabellón 5, 6 y el IRM corresponden a formas lineales (Ching, 2000), que al contrario de las formas centrales poseen energía y dirección concretas, implicando acción (Baker, 1994). Que el pabellón Cocina posea un perfil que implique reposo y estabilidad, en contraste con los demás edificios, podría guardar relación con las actividades que se realizan en dicho edificio, donde las personas se sientan a alimentarse. En contraste, la forma lineal del pabellón 5, 6 y el IRM, podría indicar que en dichos edificios se requiere facilitar una mayor circulación de las personas, que como se verá más adelante en el IRM, estaría facilitando el tránsito del personal que trabaja en el edificio.

13.1.3 Los espacios del IRM

Al aproximarse en una escala micro al IRM, es decir, observando las partes de su estructura en el subterráneo, primer y segundo piso, se puede ver un predominio de formas cuadradas y rectangulares (Figura 13 y Figura 14).

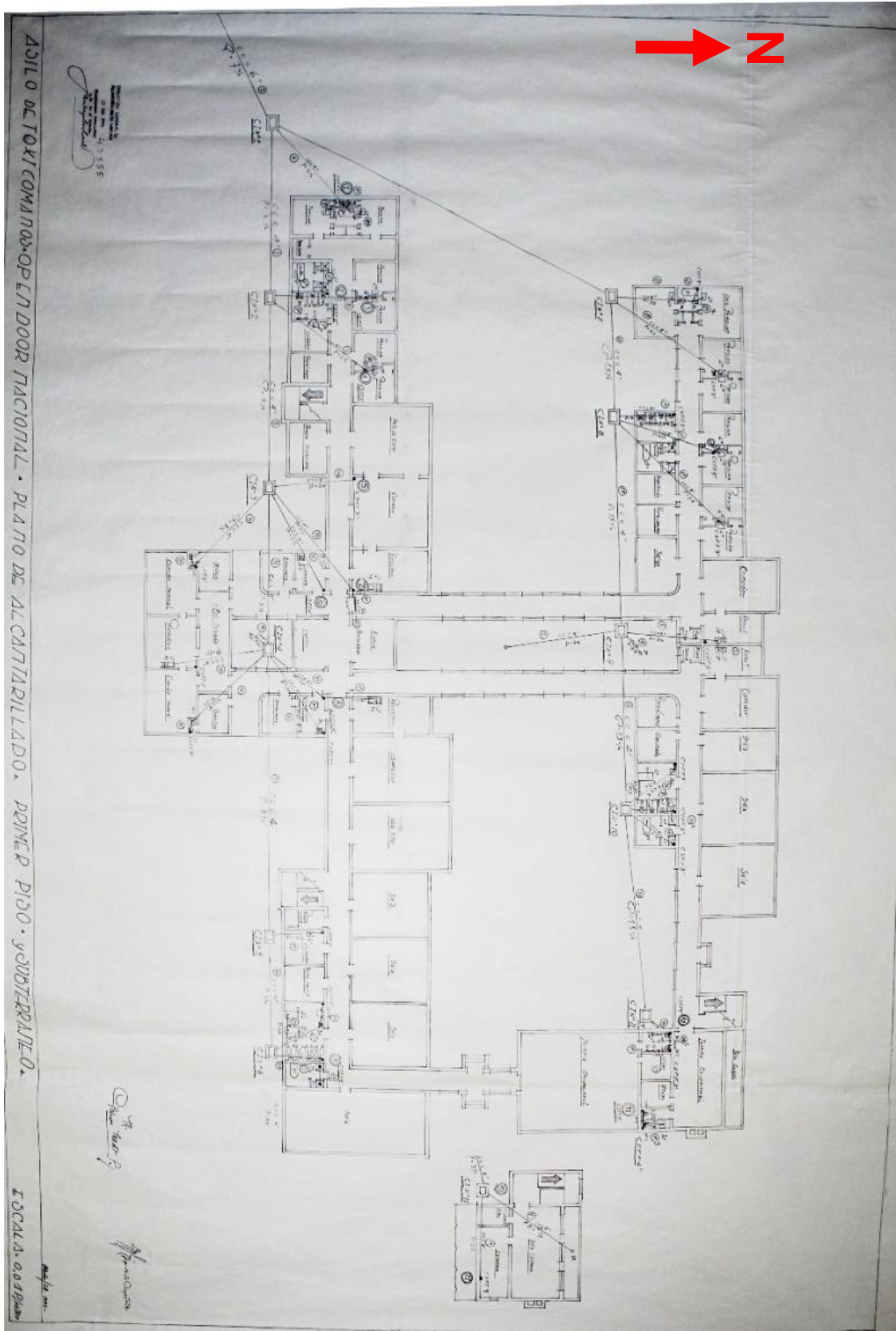


Figura 13. Plano primer piso y subterráneo IRM.

En estas formas prevalece la regularidad formal, dado que son estables y simétricas respecto a un eje. Por otra parte, se ve un predominio de espacios centrales, dónde los espacios lineales corresponderían a los pasillos y el hall de acceso.

En el IRM existirían 5 pasillos en el primer piso (Figura 15), y 2 pasillos en el segundo piso (Figura 16). Estos, junto con el Hall, podrían estar facilitando en términos formales el tránsito hacia todos los espacios de forma central del IRM. Aunque es necesario analizar la conectividad de los espacios para entender hacia cuales espacios y de qué forma podría estar facilitando el tránsito, lo que se verá en el análisis de percepción.

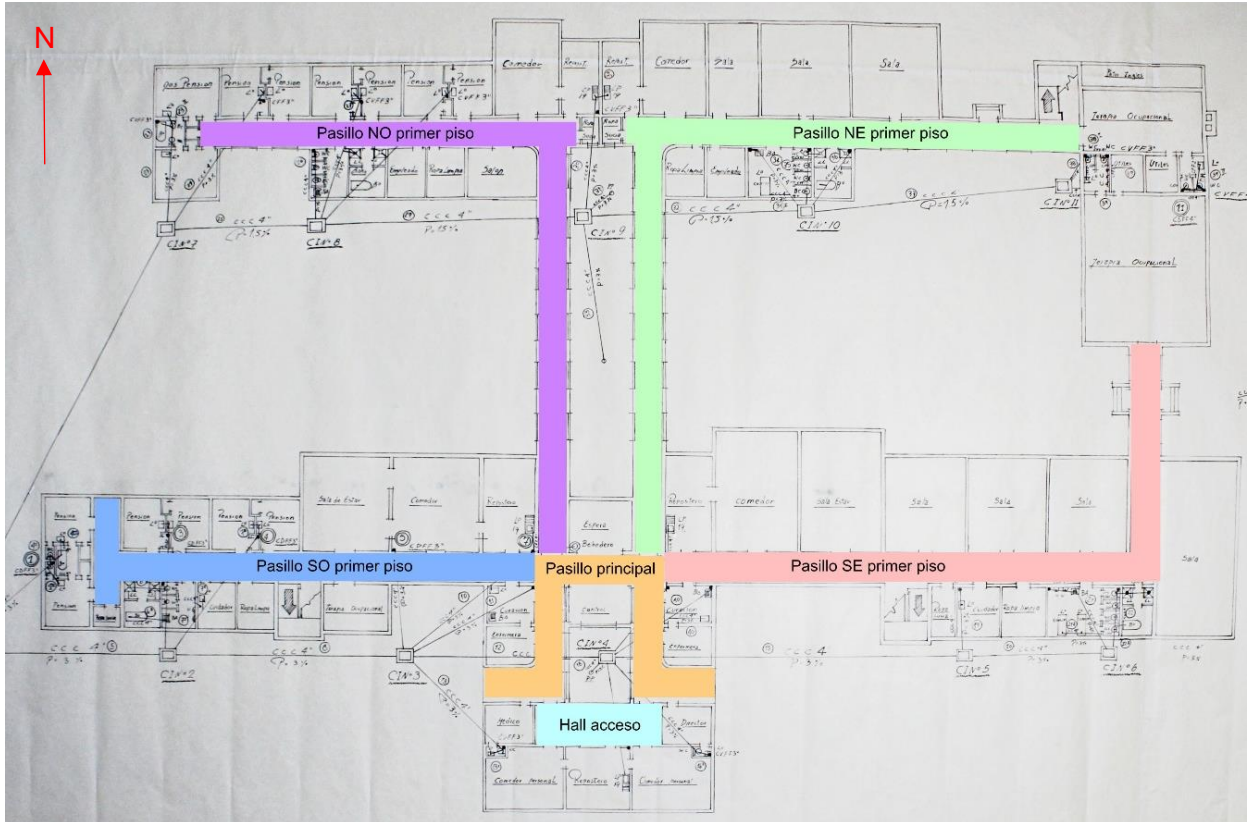


Figura 15. Espacios lineales primer piso.

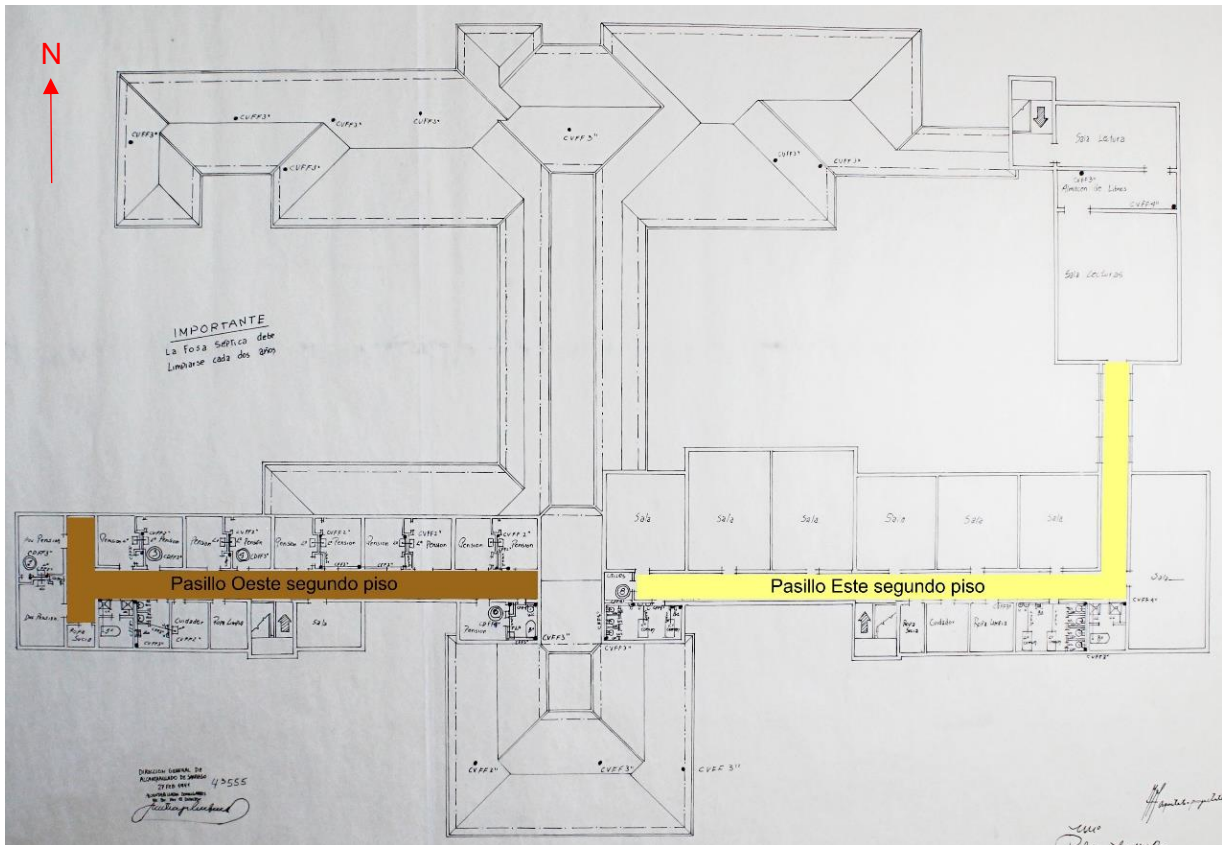


Figura 16. Espacios lineales segundo piso.

Con respecto a los pasillos, Osmond (como se citó en Becerra, 2017) plantea que estos son un elemento de los espacios denominados sociófugos: “un diseño sociófugo es aquel que mantiene a las personas apartadas unas de otras, por lo que impide o desalienta la formación de relaciones humanas estables” (p.38). De esta forma, los pasillos “son muy funcionales para mantener en movimiento a la gente, pero muy inconvenientes para que se establezcan relaciones interpersonales” (p.38). Es más, en los hospitales psiquiátricos los pasillos lineales propiciarían el aislamiento social, aumentarían la sensación de hacinamiento en los internos y producirían un efecto de monotonía que dificulta la privacidad y la conducta territorial de los pacientes (Osmond como se citó en Sangrador, 1986). Este aspecto sociófugo de los pasillos del IRM, podría relacionarse con el discurso psiquiátrico en la intención de aislar socialmente a las personas internadas, priorizando su individualización. Por otra parte, podría relacionarse con la intención de controlar el cuerpo del adicto y su tratamiento, mediante un mejor desplazamiento y acceso a las habitaciones de los pensionados por parte del personal médico.

Respecto a la organización de los espacios del IRM, esta sería del tipo “lineal” (Ching, 2000), donde aquellos espacios de más importancia funcional o simbólica demuestran esta condición ya sea por su forma, tamaño, ubicación, etc. (Ching, 2000). En el caso del primer piso del IRM, el extremo Este, la sección Sur y el patio central demuestran mayor importancia por ubicarse de manera opuesta a la linealidad (Figura 17). Lo que ocurriría de la misma forma en el segundo piso, con el extremo Este (Figura 18). Esta importancia podría

darse en un ámbito funcional ya que en estas secciones se realizan las terapias (extremo este primer piso), se encuentran las sala de lectura (extremo este segundo piso), los espacios más burocráticos del IRM (sección sur) y la única zona de recreación al aire libre (patio central), a diferencia de los demás espacios del IRM (ubicados linealmente en las ramas N y S) donde se encuentran principalmente los espacios dedicados a actividades básicas del diario vivir de las personas internadas: estadía, reunión, servicios higiénicos y de alimentación.

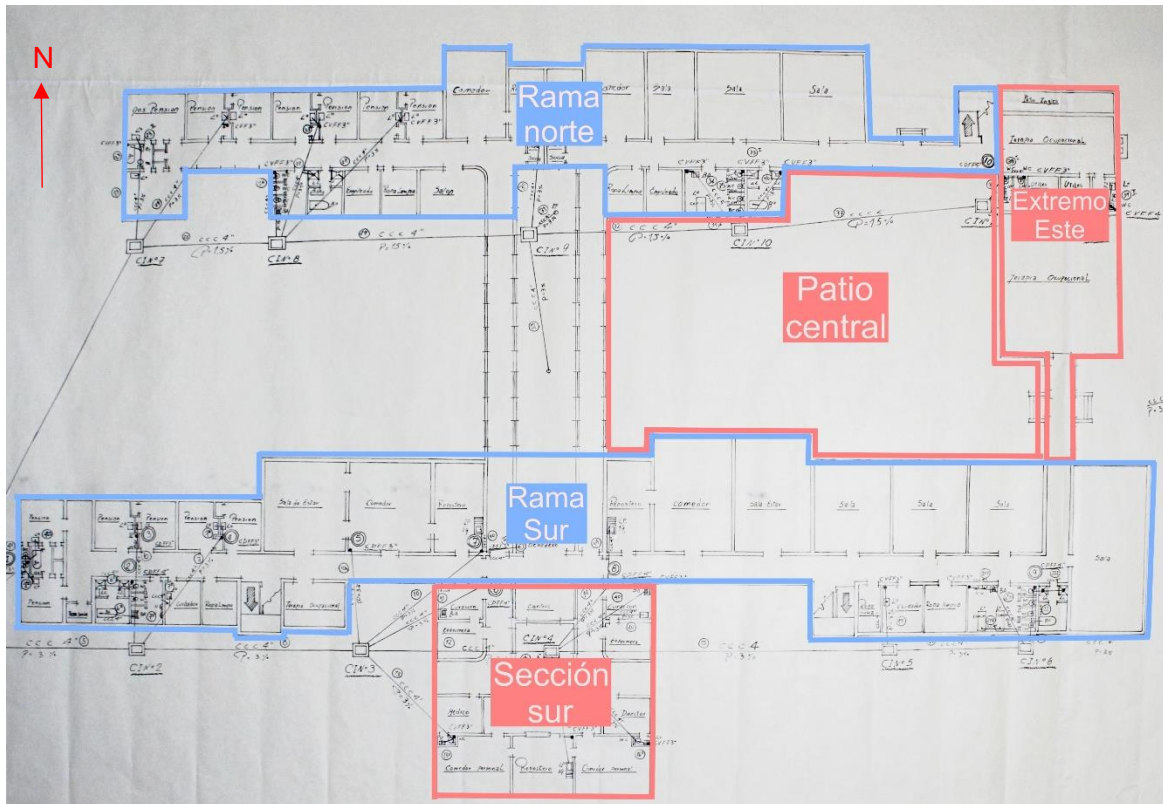


Figura 17. Organización lineal primer piso.

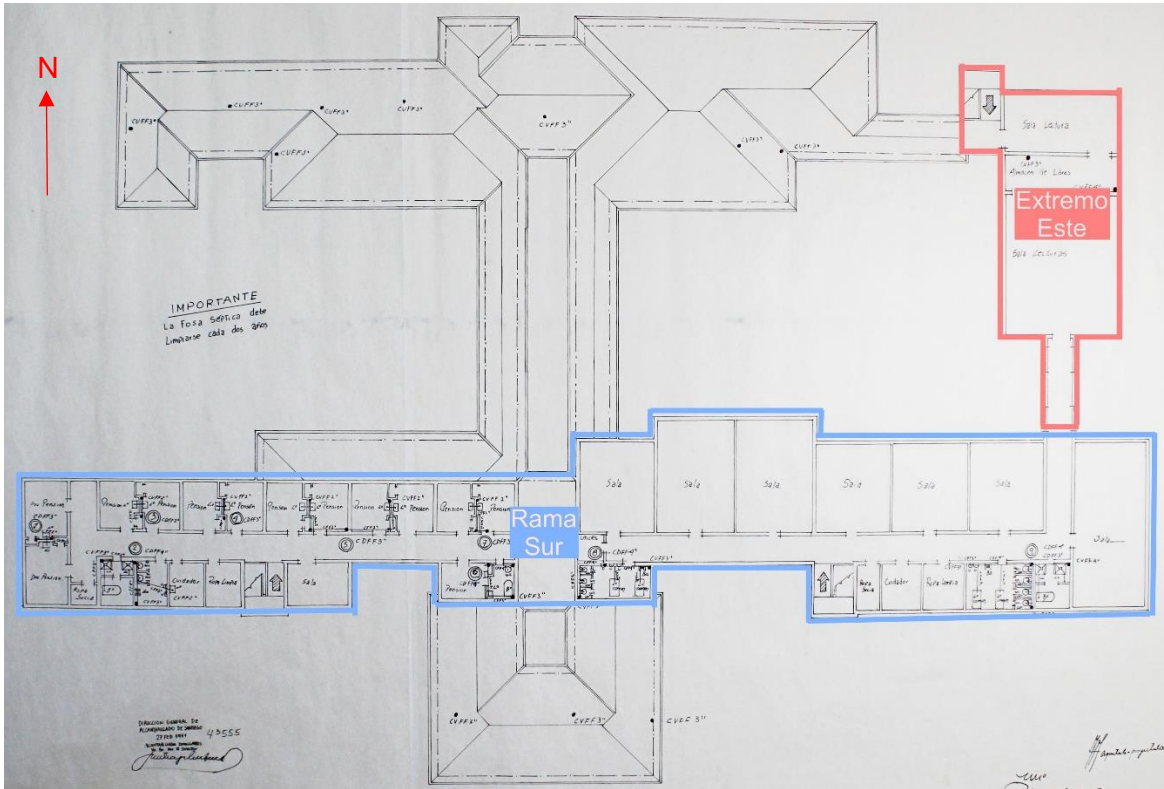


Figura 18. Organización lineal segundo piso.

En la sección sur del edificio, como se dijo anteriormente, se encontrarían los espacios más burocráticos del IRM (Figura 19), encontrándose la oficina de la dirección, la oficina de la autoridad médica, el área de control, junto con los servicios de curación y espacios exclusivos para el personal del IRM (comedores/reposterías y baños). De esta forma, en este espacio se estaría demarcando el lugar que sería de uso exclusivo para el personal médico del IRM. Este espacio a su vez destaca por encontrarse al extremo de los 4 pasillos del primer piso, lo que podría estar indicando un fin de conectar esta zona a todos los demás espacios del IRM.

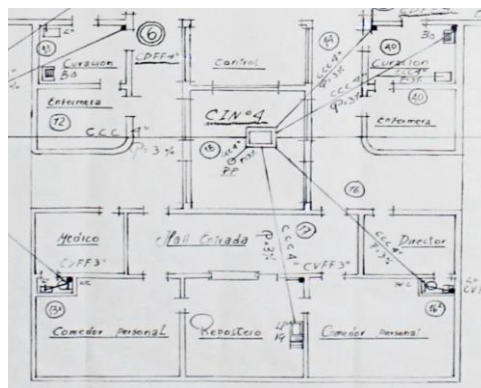


Figura 19. Sección Sur. Primer piso IRM.

En el extremo Este por otra parte, se encontrarían dos salas de terapia ocupacional y dos salas de lectura, en el primer y segundo piso respectivamente (Figura 20, Figura 21). Se considera que esta zona, junto con el patio Central, constituirían los principales espacios de terapia del IRM, ya que el discurso psiquiátrico también considera la recreación al aire libre, y la lectura como partes fundamentales del tratamiento. Esto justificaría más la idea de que el patio Central y el extremo Este se definen formalmente (por ubicarse en oposición a la organización lineal) como zonas diferenciadas en el IRM debido a que tienen actividades diferenciadas de los espacios de las ramas N y S.

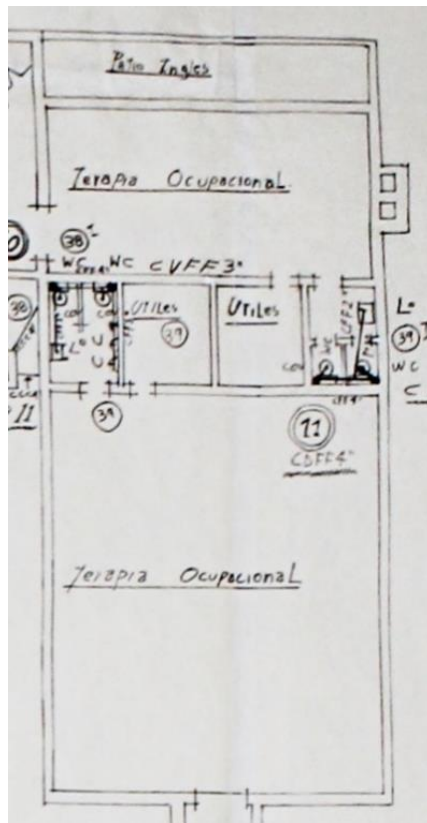


Figura 20. Sección Este IRM, primer piso.

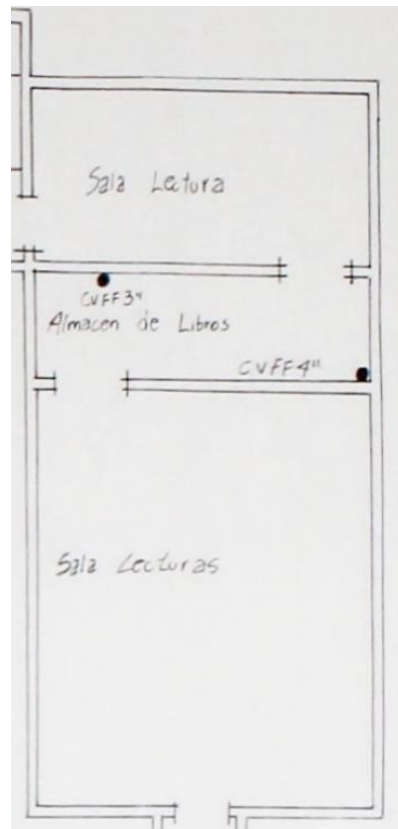


Figura 21. Sección Este IRM, segundo piso.

Al analizar la organización de los espacios en las ramas N y S (primer y segundo piso), de acuerdo a su ubicación y función, se observaría que las pensiones se ubicarían al Oeste del IRM, mientras que al Este se encontrarían casi todos los espacios denominados "salas". Estos últimos espacios, podrían tener la misma función que las "salas comunes" a las que hace referencia Macuada (1940), que eran los espacios de los manicomios donde anteriormente se trataba a "los cocainómanos y morfinómanos proletarios" o también denominados pacientes "indigentes". De esta forma la distribución de los espacios podría estar definiendo dos zonas de estadía (Este y Oeste), para dos tipos diferentes de pacientes: pensionados y pacientes indigentes.

Respecto a los demás espacios de las ramas N y S (primer y segundo piso), podría verse, en términos funcionales y de ubicación espacial, una distribución en 4 zonas, definiendo

probablemente 4 zonas independientes para estos dos tipos de pacientes (Figura 22). Cada zona se constituiría por lo menos de una zona de almuerzo y repostería, de una sala de estar o salón, de baños y duchas y de una oficina de una autoridad (denominada en los planos como "empleado" o "cuidador"). De esta forma, se estaría dividiendo en 4 zonas aquellos espacios donde cada grupo de pacientes realizaría sus actividades básicas del diario vivir. Sin embargo, cabe destacar, que dado que los tratamientos se concentran en el Extremo Este y Patio Central, se espera que los pacientes provenientes de estas 4 zonas estarían confluyendo en los espacios de tratamiento. Como se verá mas adelante sin embargo, los espacios del Extremo Este tendrán diferenciaciones de tamaños, lo que podría indicar que igualmente se estaría dividiendo los pacientes en grupos.

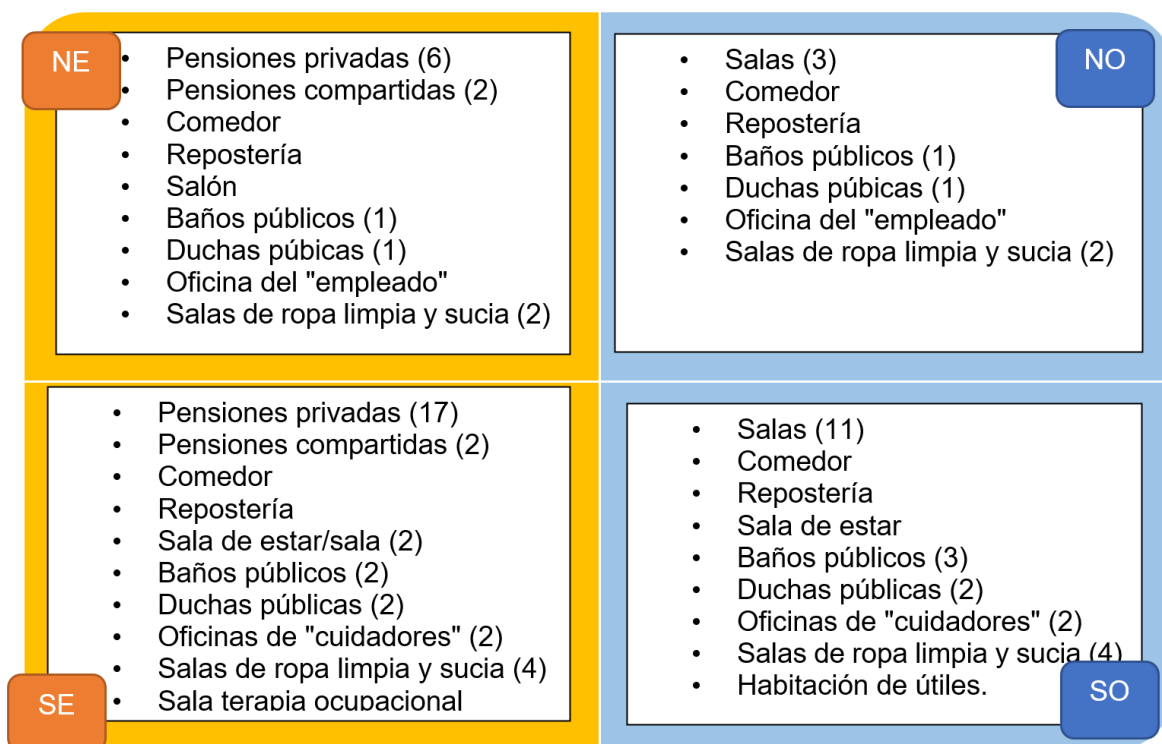


Figura 22. Organización de los espacios funcional y espacialmente.

13.1.4 El tamaño y proporción de las pensiones

En primer lugar, se clasificó las pensiones de acuerdo a sus tamaños, definiéndose 5 tipos de pensiones (Tabla 1).

Tipo pensión	Cantidad	Largo (m)	Ancho (m)	Superficie (m ²)
Pensión tipo 1	1	3,5	3	10,5
Pensión tipo 2	20	4	3	12
Pensión tipo 3	2	3,5	3,5	12,25
Pensión tipo 4	2	4,5	3,5	15,75
Pensión tipo 5	2	5	4	20
Total	27	-	-	70,5

Tabla 1. Tamaño⁸ pensiones.

Respecto a la proporción de las pensiones, Ching (2000) se refiere a que las habitaciones de 3x4 metros (tipo de pensión "2"), que son las más frecuentes en el IRM, y las habitaciones cuadradas (tipo de pensión "3") forman parte de las "siete formas ideales en planta para habitaciones", propuestas por el arquitecto del renacimiento Andrea Palladio. Por otra parte, de acuerdo con Hall (2003) y el concepto que propone de proxémica, se puede decir que en todos los tipos de pensiones se cumplen las condiciones de tamaño para que se desarrollen relaciones interpersonales en todas las zonas que describe, que son: "intima", "personal", "social" y "pública". La distancia pública, sin embargo, sólo se podría manifestar en su fase cercana (hasta los 7,5 m).

Uno de los tipos de relaciones interpersonales que se menciona en el discurso psiquiátrico que se dará en estos espacios, es la relación médico-paciente. La autoridad médica al tener acceso a todas las zonas propuestas por Hall (2003), podría realizar la labor de observación del paciente en todas las formas descritas por la proxémica. A su vez, como ocurre dentro de la zona social en su fase cercana, la autoridad médica podría producir en el paciente un efecto de dominación, necesario para cumplir su papel "autoritario y paternal" planteado por el discurso psiquiátrico de la época.

Resulta interesante, por otra parte, que en todas las habitaciones al menos existiera el tamaño mínimo para que pudiera darse la zona "pública" (3,5 m). Hall (2003) explica que, en dicha zona, "a 3.5 m, un sujeto ágil puede obrar evasiva o defensivamente si lo amenazan. La distancia puede incluso ser una forma vestigial, pero subliminal, de reacción de huida" (p.152). Visto desde otra perspectiva, esta distancia puede ser también la suposición de que una persona pueda tornarse peligrosa para otra, es decir, convertirse en una amenaza. Esta característica de las habitaciones que supone un resguardo y a la vez la posibilidad de que una persona pueda ser una amenaza para otra, se podría relacionar con el discurso psiquiátrico cuando se plantea que las personas alcohólicas y toxicómanas son peligrosas para la sociedad, asociándolas con "la mentira, perversiones sexuales, estafas y robos, pérdida de sentido moral, peleas, incesto y homicidio" (Becerra, 2013, p, 157). En otras palabras, tanto el tamaño de las pensiones como el discurso psiquiátrico plantean que existe una persona que puede ser peligrosa para la sociedad.

Los cinco tipos de pensiones también se pueden caracterizar por la cantidad de camas que poseen, y por el acceso o no a baño (Tabla 2, Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5, Tabla 6).

⁸ Medidas no consideran el baño, en el caso de las habitaciones que tienen acceso privado o compartido a este.

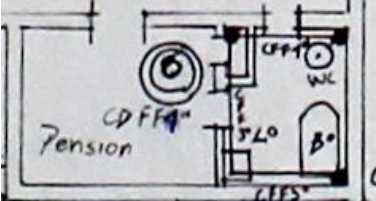
 <p>Pensión tipo 1</p>	N° de camas	1
	Baño	Privado

Tabla 2. Características pensión tipo 1.

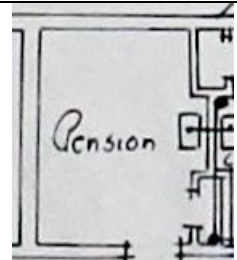
 <p>Pensión tipo 2</p>	N° de camas	1
	Baño	No

Tabla 3. Características pensión tipo 2.

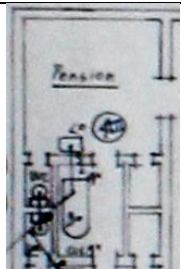
 <p>Pensión tipo 3</p>	N° de camas	1
	Baño	Compartido

Tabla 4. Características pensión tipo 3.

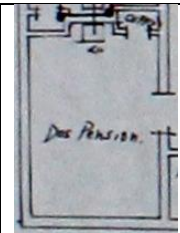
 <p>Pensión tipo 4</p>	N° de camas	2
	Baño	No

Tabla 5. Características pensión tipo 4.

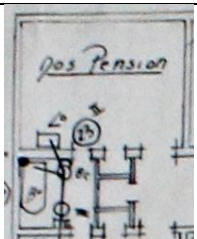
 <p>Pensión tipo 5</p>	N° de camas	2
	Baño	Compartido

Tabla 6. Características pensión tipo 5.

La mayoría de las habitaciones son de uso individual (N=23), y en el caso de ser de uso compartido (N=4), la cantidad de camas es solo para dos pacientes. Esta característica de acuerdo con Becerra (2017) ofrece mayor privacidad para las personas internas lo que a su vez tiene implicancias en su conducta. Por una parte, las habitaciones privadas o pequeñas en contraste con las habitaciones de más de dos camas (y, por ende, de mayor tamaño), incrementan las conductas activas y sociales en las personas internas. Las habitaciones con mayor cantidad de camas, por otra parte, incrementarían conductas aisladas y pasivas, que se definen como: estar sentado o en la cama, ya sea durmiendo o no realizando alguna actividad (Ittelson citado en Sangrador, 1986). El incremento de las conductas activas y sociales que ofrecen las habitaciones con mayor privacidad (como es el caso del IRM) podría relacionarse con los objetivos del discurso psiquiátrico cuando se menciona que:

Un asilo de temperancia, no debe ser sólo un lugar de reclusión para los enfermos; si no un centro de trabajos y de sano esparcimiento que, al mismo tiempo que devuelvan la salud al individuo, le faciliten sus actividades productoras y lo conviertan en un buen elemento de utilidad social” (Memoria de la Casa de Orates, citado en Leyton, 2005, p.55).

Se podría decir que se busca un aspecto “social y activo” en las personas enfermas, con el fin de que formen hábitos de trabajo, y después se reintegren a la sociedad.

Otro aspecto que Becerra (2017) menciona que se asocia a las habitaciones privadas, es que en ellas hay una cantidad mucho menor de incidentes y conflictos entre pacientes, en comparación con los dormitorios compartidos. A su vez, “los dormitorios privados también promueven un ambiente más reservado, mejorando los niveles de sueño para la mayoría de los pacientes y bajando los niveles de agitación para algunos de ellos” (Stroupe, como se citó en Becerra, 2017, p.201). De esta forma, al existir pensiones privadas y compartidas en el IRM, probablemente indicaría la existencia de dos tipos de pacientes pensionados: las habitaciones compartidas sólo podrían utilizarlas pacientes que no presenten conductas conflictivas. A su vez, las pensiones compartidas se ubicarían en las zonas más alejadas de los espacios burocráticos del IRM (sección sur), como son el extremo noreste del primer piso, y el noreste del segundo piso. Esta ubicación podría estar demostrando una menor intención de controlar o vigilar dichos espacios, lo que también podría relacionarse a que dichos espacios los habitan pacientes no tan peligrosos o conflictivos.

13.1.5 El tamaño y proporción de las salas, pasillos y espacios de tratamiento

Las salas (ubicadas al Este del IRM), que podrían corresponder a los espacios donde se está tratando a los/as pacientes indigentes, se clasificaron en 8 tipos de acuerdo a sus tamaños (Tabla 7):

Tipo sala	Cantidad	Largo (m)	Ancho (m)	Superficie (m ²)
Sala tipo 1	3	7,5	6,3	47,25
Sala tipo 2	3	7,5	6,5	48,75
Sala tipo 3	1	7,5	4	30
Sala tipo 4	2	7,5	7	52,5

Sala tipo 5	1	7,5	6	45
Sala tipo 6	2	9,5	6,5	61,75
Sala tipo 7	1	14	6,3	88,2
Sala tipo 8	1	14	6,5	91
Total	14	-	-	464,45

Tabla 7. Tamaños salas.

En primera instancia se puede decir que dada la mayor superficie que estaría destinándose a salas en el IRM (N=464,45), en comparación con el espacio destinado a las pensiones (N=70,5) se infiere que se estaría proyectando un aforo más alto de pacientes indigentes, que de pensionados. Esto guardaría relación con la información brindada para 1955 por el psiquiatra Jordán (como se citó en Becerra, 2018), quien explicaba que para esa fecha el establecimiento funcionaba con 150 camas: 116 para hombres, 14 mujeres y 20 pensionado.

Por otra parte, sabiendo que al momento de la inauguración del IRM (en 1946) este contaba con una capacidad de 100 camas (Ahumada, 2002) y que la cantidad de camas de las pensiones indicadas en los planos es para 31 pensionados, probablemente (entendiendo que pueden existir cambios en los programas del instituto entre 1940-1946) el aforo para pacientes indigentes bordearía las 69 personas. Este número estaría indicando que, en el caso de que cada espacio denominado “sala” en el sector Este del Instituto se estuviera usando como sala para tratamiento de pacientes indigentes, la cantidad mínima de pacientes atendidos por sala sería aproximadamente de 5. Este número si bien es una estimación, sí sugiere al menos que estas salas no tendrían el mismo carácter privado que las pensiones. Lo cual, como se vio anteriormente con Becerra (2017) indicaría que no se estarían planteando los mismos objetivos de promover actitudes sociales entre pacientes ni evitar conflictos en las salas comunes, como sí se hacía en las pensiones, que poseen un carácter privado.

Por otra parte, todas las salas poseían el tamaño mínimo para que pudiera darse la zona “pública” (3,5 m), que como se planteó anteriormente, es la distancia necesaria para que una persona pueda obrar evasivamente si es que se ve amenazada. Si se considera que en las salas no poseen el mismo carácter privado que las pensiones, esta zona sólo podría darse si dos personas, o dos grupos de personas, se ubican en cada extremo de la habitación. De esta forma, que todas las salas posean el tamaño mínimo para que se dé la zona pública podría interpretarse como un resguardo para que un grupo de personas, o una persona, pueda escapar si se ve amenazada. Al igual que en las pensiones, esta situación podría estar señalando la intención de resguardar la seguridad del personal médico si es que los pacientes se vuelven violentos.

Otras características que destacan respecto al tamaño de las salas, es que en todas ellas se darían las condiciones de tamaño para que se desarrollen relaciones interpersonales en todas las zonas que describe Hall (2003), hasta la zona “pública” en su fase cercana (hasta los 7,5 m). Existirían otras salas en cambio, donde además se darían las condiciones de tamaño para que pueda existir la zona “pública” en su fase lejana (9 m aprox.), como son

las salas tipo 6, 7 y 8. Estas corresponderían a 4 salas, donde una de ellas se ubicaría en el primer piso, y las demás estarían en el segundo piso.

Los pasillos del IRM también fueron medidos (Tabla 8), en estos se ve que a lo largo del IRM el ancho se mantendría constante. Este variaría solamente en los accesos, en el primer tramo del pasillo principal, donde el ancho sería de 2,7 m. Esta medida podría guardar relación con facilitar la entrada y salida de personas al edificio. En todos los demás casos, la medida de 2 metros de ancho se mantendría constante. Esta medida, al relacionarla con “las medidas del cuerpo y espacio necesario” expuestas por Neufert (2013), indicaría que como máximo podrían estar transitando dos personas al mismo tiempo por los pasillos (dado que una persona necesitaría 875 mm de espacio para movilizarse).

Pasillo	Largo (m)	Ancho (m)	Superficie (m^2)
Pasillo principal	45,1	2 y 2,7	80,22
Pasillo SE primer piso	58	2	116
Pasillo SO primer piso	35	2	70
Pasillo NE primer piso	71	2	142
Pasillo NO primer piso	64,5	2	129
Pasillo Oeste segundo piso	37,5	2	75
Pasillo Este segundo piso	59	2	118

Tabla 8. Tamaño pasillos.

Respecto a las medidas de los espacios destinados al tratamiento de los pacientes (Tabla 9), destacan en el Extremo este la existencia de 2 tipos de salas de terapia ocupacional y 2 tipos de salas de lectura. Aquellas del “tipo 2” presentarían menor superficie y se ubicarían próximas a los espacios de la sección noreste del edificio. Las del “tipo 1” en cambio, se ubicarían próximas a los espacios de la sección sureste del edificio.

Espacios de tratamiento	Largo (m)	Ancho (m)	Superficie (m^2)
Terapia ocupacional 1	12	10	120
Terapia ocupacional 2	10	5	50
Sala lectura 1	12	10	120
Sala lectura 2	10	5	50
Patio Central	-	-	770,65

Tabla 9. Tamaño espacios de tratamiento.

Como se mencionó en el apartado de “los espacios del IRM”, los espacios de las ramas N y S del IRM estarían divididos en primer lugar en dos secciones, señalando la existencia de dos tipos de pacientes: pensionados y pacientes indigentes. Dado que ambos pacientes confluirían en el Extremo Este del edificio, para las terapias y actividades de lectura, se infiere que la división de espacios en dos tipos en esta zona estaría nuevamente demarcando la división entre ambos tipos de pacientes.

Dada la ubicación de las salas de terapia y lectura del tipo 1, esto es, próximo a la sección que posee la mayor cantidad de salas del IRM (N=11, en contraste con las 3 salas de la sección NE), se infiere que estas podrían estar destinadas a los pacientes de menos recursos de la institución. Esto se apoya igualmente en la mayor superficie de las salas de lectura y terapia del tipo 1, destinadas probablemente a un grupo mayoritario de personas, que podría corresponder a la población de pacientes indigentes.

13.1.6 El patio central y las ventanas

La zona del patio central es uno de los pocos espacios del IRM donde es posible analizar las ventanas (Figura 23). En la mayor parte del plano no se observan ventanas, lo que guardaría relación con que se está trabajando con planos de “alcantarillado” y no de “arquitectura”, donde las ventanas a veces suelen ser omitidas en el dibujo (C. Rozas, comunicación personal, 26 de noviembre de 2020).

Como se mencionó anteriormente, el patio Central podría ser el espacio donde estarían confluyendo todos los pacientes de la institución, tanto pensionados como pacientes indigentes. Teniendo esto presente, destaca que el patio se encuentre rodeado de ventanas y que estas se ubiquen solamente en aquellas paredes que conectan a los pasillos (pasillo noreste y sureste). Esto resultará interesante más adelante al ver que los pasillos constituyen focos de control, por lo que la ubicación de las ventanas estaría facilitando la vigilancia de los pacientes que están en el patio. Esta vigilancia que se da en el patio central podría corresponder a la implementación de la terapia de “vigilancia continua en espacios abiertos” que se menciona en el discurso psiquiátrico, que operó en conjunto con la ergoterapia en esta época.

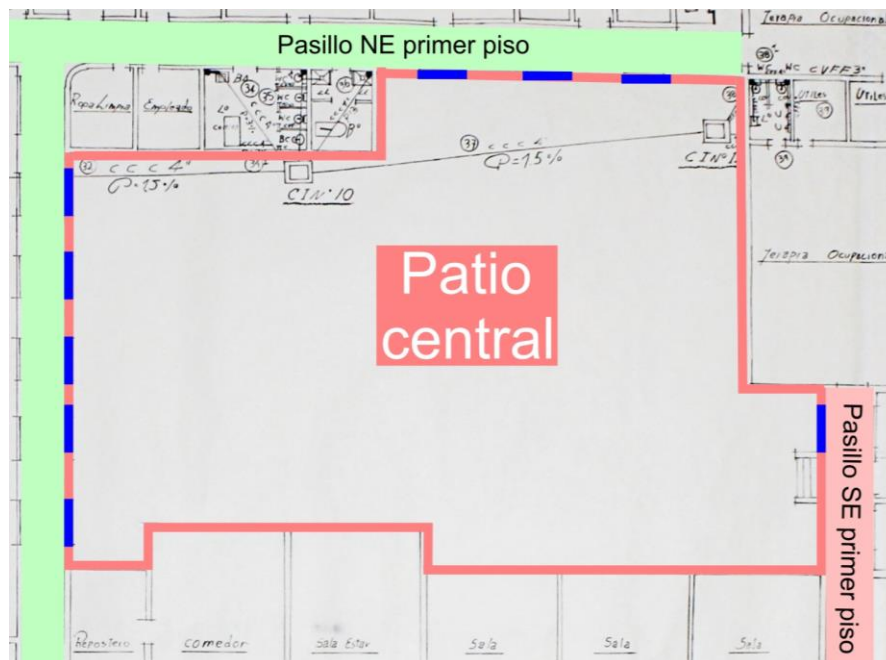


Figura 23. Ventanas Patio Central (señaladas con azul).

13.2 Análisis de Percepción

13.2.1 Gráfico jerárquico y cálculo de índices

Para elaborar este análisis, en primer lugar, se cuantificó los nodos y conexiones en los planos de planta del subterráneo, primer y segundo piso del IRM (Figura 24 y Figura 25). Posteriormente, estos datos fueron utilizados para elaborar el “gráfico jerárquico” (Figura 26), que junto con la Tabla 18 (Anexo n°2) sobre conexiones y accesibilidad, fueron la base para calcular los índices de Blanton (1994) (Tabla 10).

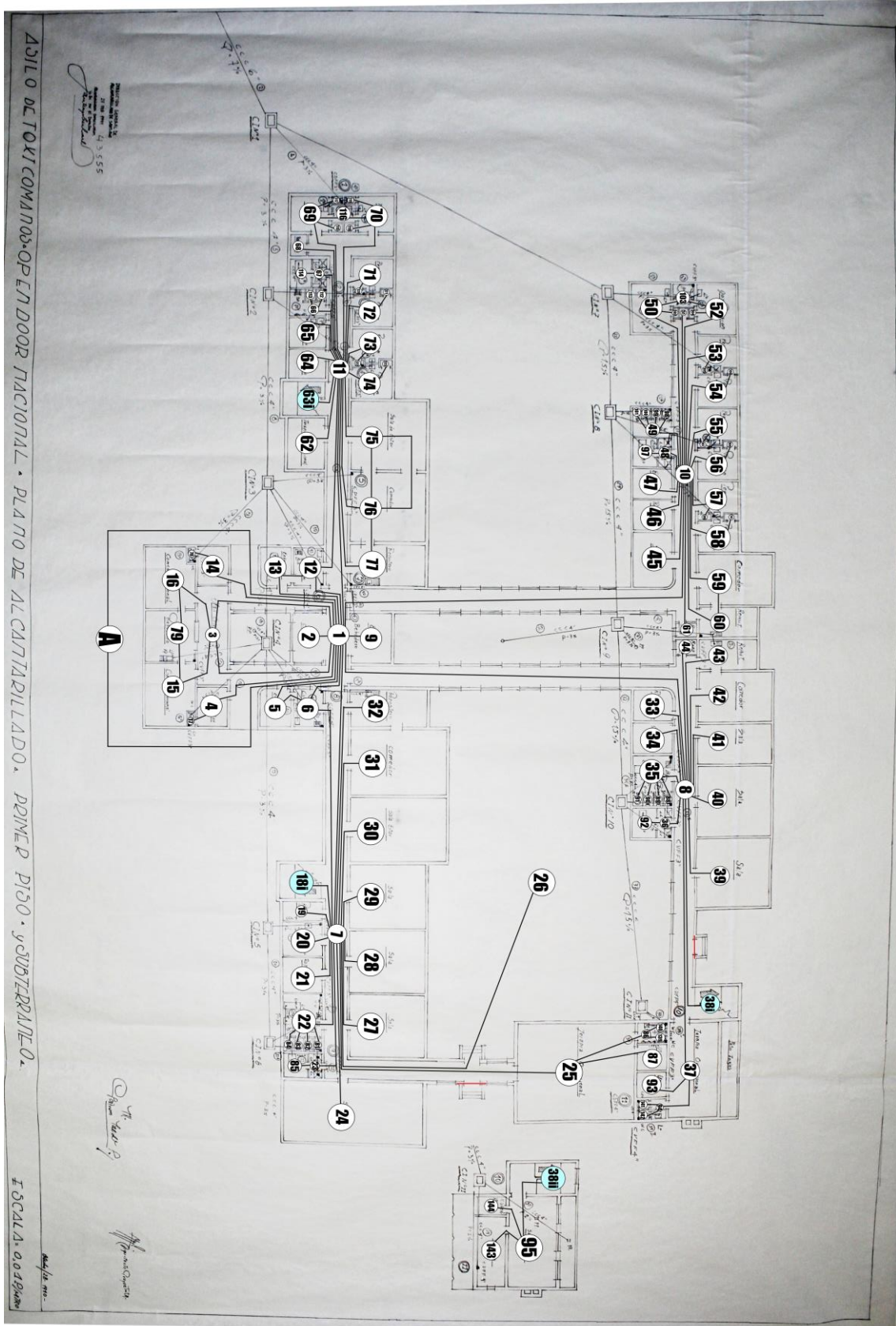


Figura 24. Nodos y conexiones del IRM primer piso y subterráneo.

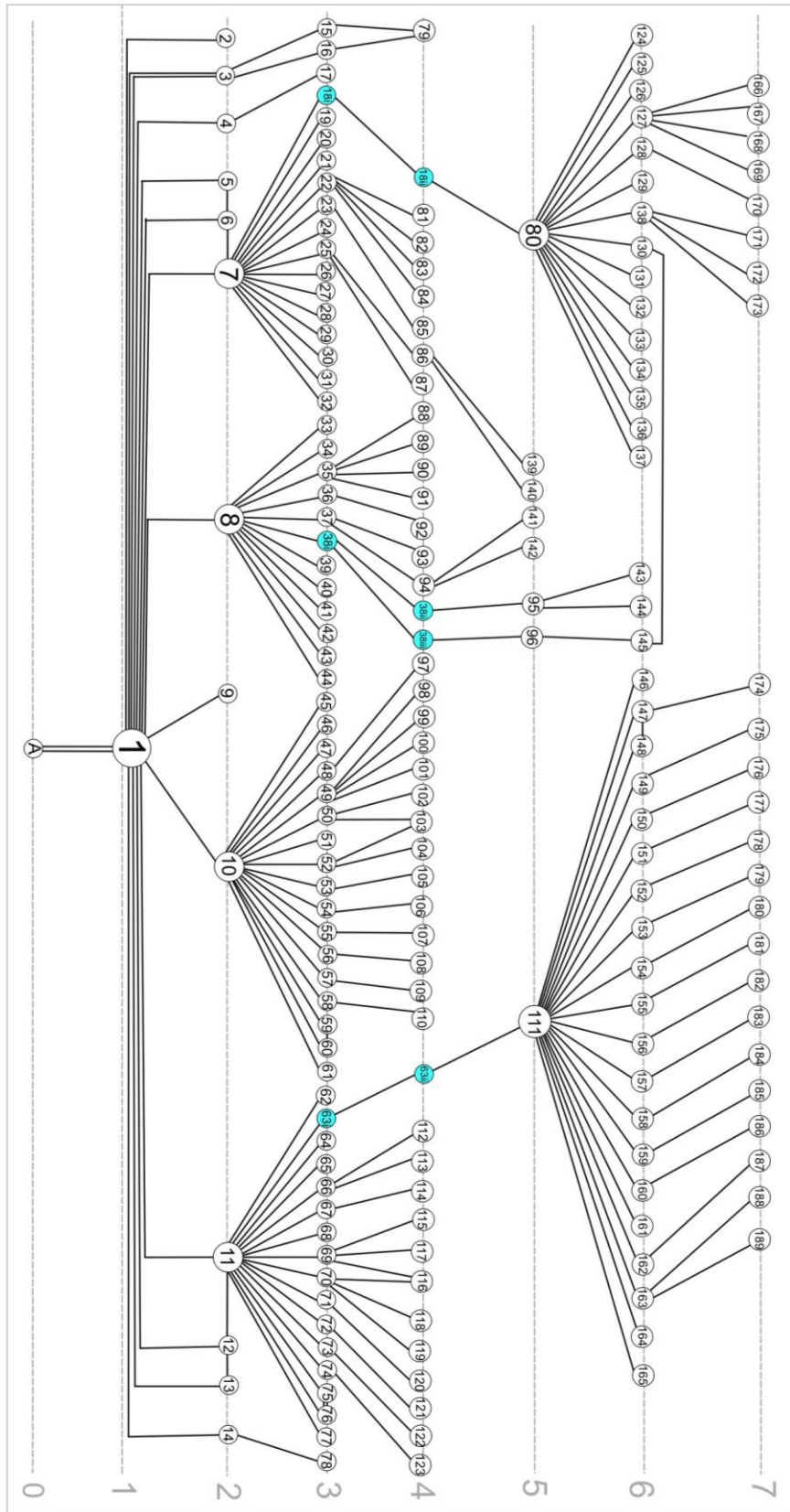


Figura 26. Gráfico jerárquico IRM. (Espacios de color celeste corresponden a escaleras).

Índice de Escala	Índice de Integración	Grado de accesibilidad	Profundidad jerárquica
193	208/193=1,07	411	835/193=4,32

Tabla 10. Índices de Blanton (1994).

El IRM se constituye de 193 nodos (índice de escala) y 2 accesos, que se ubicarían en la sección sur del edificio, donde se encuentra la oficina de la dirección. Existen otros dos sectores señalados con rojo en la Figura 24 que corresponden a salidas de servicio. De acuerdo con el arquitecto Claudio Rozas (comunicación personal, 26 de noviembre de 2020) estos no deberían ser considerados accesos como tales, dado que probablemente sólo están destinados para utilizarse como salidas, y sólo para uso ocasional, como en casos de emergencia. Es por esto que en el presente análisis se decidió considerar como accesos únicamente los dos ubicados en la sección sur del edificio, con el fin de analizar la relación entre es que se daría en situaciones normales dentro del edificio.

Al observar el gráfico jerárquico del IRM, se puede ver que la estructura de la organización espacial tiene una tendencia asimétrica y no distributiva. Una tendencia asimétrica quiere decir que existen espacios que están controlando la permeabilidad de otros. Al respecto, al observar la Tabla 11 y el Gráfico 2, se puede ver que la mayoría de los espacios tendrían 1 conexión (o grado de accesibilidad), pero que existirían 7 espacios que tendrían más de 13 conexiones, que serían aquellos que estarían controlando la permeabilidad de los demás. De acuerdo a la Tabla 18 (Anexo n°2), estos espacios serían el 1, 7, 8, 10, 11, 80 y 111, que de acuerdo a los planos de nodos y conexiones (Figura 24, Figura 25) corresponderían a los pasillos del edificio.

Accesibilidad	Cantidad de nodos
1	114
2	50
3	14
4	4
5	4
13	1
16	2
17	1
18	2
21	1
Total	193

Tabla 11. Accesibilidad nodos IRM.

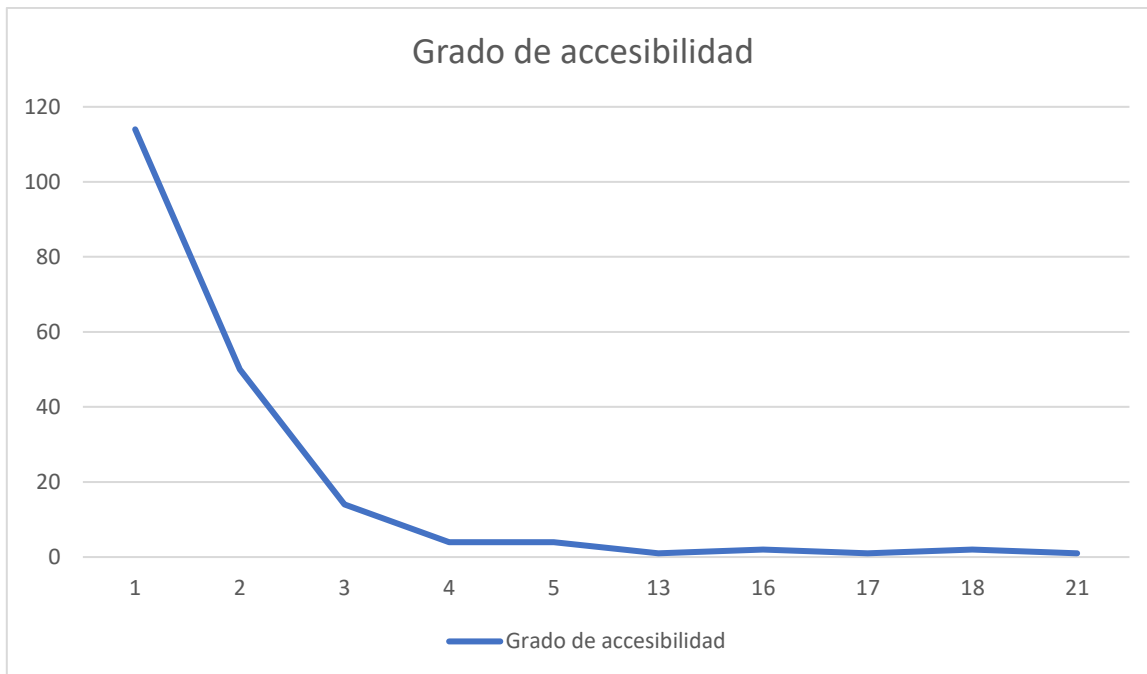


Gráfico 2. Variación grado de accesibilidad de los nodos.

Por otra parte, una tendencia no distributiva significa que en la mayoría de los casos los nodos están ligados entre sí por medio de conexiones en que es necesario atravesar una para llegar a otra, y así sucesivamente. El índice de integración por otra parte (que plantea que existe un promedio de 1,07 conexiones por nodo), si bien refuerza la idea de una tendencia no distributiva, señala la existencia de pasajes en la organización espacial. Al respecto Blanton (1994) plantea:

“Circuits are of interest to the analysis of floor plans because they are related to concerns with privacy and have implications for comparing relative costs--to builder and user. Because they provide alternate routes, in some cases they permit more private movements between rooms (more choice), and they facilitate ease of movement, that is, they can reduce the cost of using the house by providing the option of shorter trips between rooms (where a trip is counted in terms of the number of edges between nodes). But the presence of circuits implies a higher cost to the builder” (p.32-33)

Para analizar la tendencia no distributiva y asimétrica del IRM, junto con la presencia de pasajes, se definieron 3 sectores dentro del edificio. Estos sectores fueron divididos de acuerdo a los 7 pasillos que estarían controlando la permeabilidad de los espacios, los que fueron clasificados de acuerdo a sus niveles jerárquicos, que los agruparía en el nivel 1 (que incluye al pasillo 1), 2 (que incluye al pasillo 7, 8, 10 y 11) y 5 (que incluye al pasillo 80 y 111) (Tabla 12).

Pasillo/Nivel jerárquico	1	2	5	Total
1	1			1
7		1		1
8		1		1
10		1		1
11		1		1
80			1	1
111			1	1
Total	1	4	2	7

Tabla 12. Niveles jerárquicos pasillos IRM.

Por otra parte, con el fin de evaluar el grado de confinamiento de las diferentes áreas, se calcularon nuevos índices de profundidad jerárquica para cada sector.

13.2.2 Área de control y acceso

Esta zona (Figura 27) incluye el “sector sur”, donde se localizan los accesos; estos conectan al pasillo principal, que a su vez conecta con la sala de control, la sala de espera, los pasillos del primer piso, el Hall, la oficina de la autoridad médica, dirección, enfermería y curación. También en esta zona se consideran los baños de la oficina de la dirección y medicina, y los comedores y repostería. En la Tabla 13 se señala la profundidad jerárquica del sector.

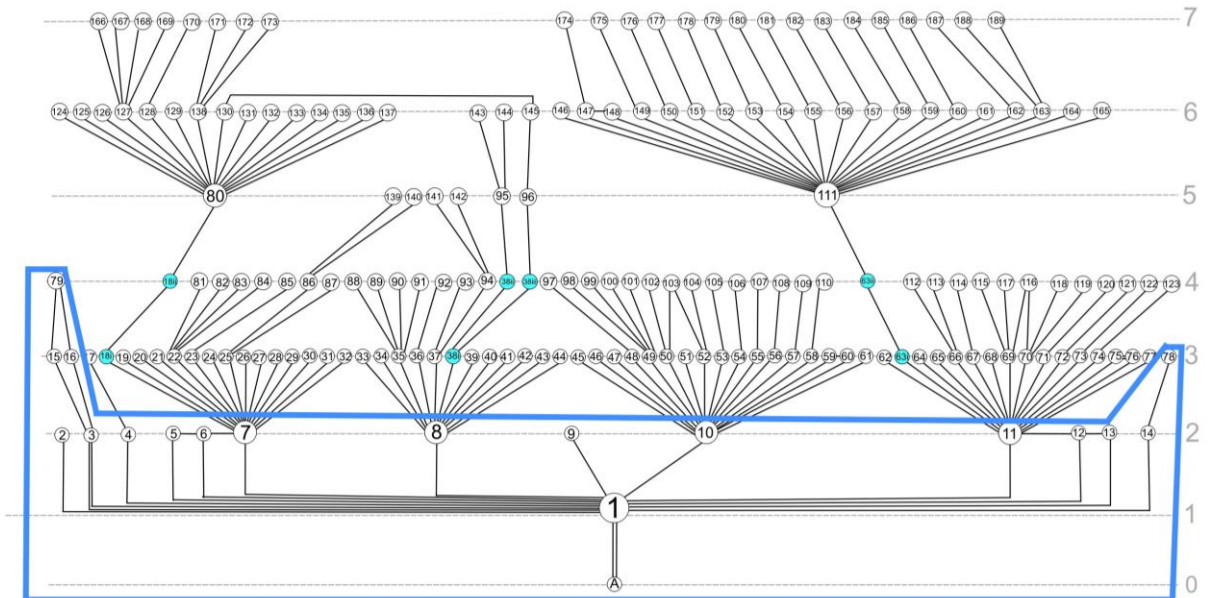


Figura 27. Gráfico jerárquico Área de control.

Profundidad jerárquica
40

Tabla 13. Profundidad jerárquica área control.

En esta área (Figura 27), los espacios que se conectan al pasillo principal (1) (Tabla 14) estarían en una relación simétrica en relación a dicho pasillo, lo que quiere decir que ninguno de ellos controla la permeabilidad del otro. Sin embargo, estos espacios estarían

en una relación asimétrica con el pasillo principal, en relación a los accesos, lo que quiere decir que es necesario atravesar por dicho pasillo para poder acceder o salir del edificio. De esta forma, al pasillo principal estaría en una posición de control sobre los espacios mencionados, dado que estos dependen de él para poder acceder o salir del edificio.

Espacios conectados al pasillo principal
Sala de control (2)
Hall (3)
Oficina de la dirección (4)
Enfermería (5), curación (6) y pasillo (7) del lado sureste del IRM
Pasillo sector noreste del IRM (8)
Sala de espera (9)
Pasillo sector noroeste del IRM (10)
Pasillo (11), curación (12) y enfermería (13) del lado suroeste del IRM
Oficina de la autoridad médica (14)

Tabla 14. Espacios conectados al pasillo principal.

Esta situación de dependencia se generaría en distintos grados. Por una parte, un poco más de la mitad de los espacios que corresponderían a la sala de control (2), el hall (3), la oficina de la dirección (4), el pasillo sector Noreste del IRM (8), la sala de espera (9), el pasillo sector Noroeste del IRM (10) y la oficina de la autoridad médica (14), estarían en una relación no distributiva, en relación al pasillo principal. Lo que quiere decir que para transitar entre dichos espacios, es necesario pasar por un tercer espacio, que correspondería al pasillo principal. De esta forma, estos espacios estarían en esta situación de dependencia no sólo para acceder y salir del edificio, sino también para transitar entre sí. Este tipo de organización espacial se denominaría panóptica (Zarankin, 2001), donde existe un espacio por el cual es obligatorio transitar para cualquier desplazamiento dentro del edificio.

Cabe destacar que los espacios que se encuentran en esta organización de tipo panóptica corresponden, en términos funcionales, a los espacios más burocráticos dentro del edificio. Ya que entre estos se encuentran la oficina de la dirección, de la autoridad médica, junto con la sala de control. De esta forma, que estos espacios dependan del pasillo principal para acceder/salir del edificio y para comunicarse entre sí, obliga que las autoridades que utilizan esos espacios circulen por él cuando transitan por el edificio. De esta forma, la organización espacial de estos espacios convierte al pasillo principal en un foco de control y vigilancia, ya que quien circule por dicho espacio, sabe que “basta con que se abra una puerta” para ser observado por alguna autoridad del edificio. El por qué este pasillo presentaría esta condición puede guardar relación con que es el único espacio que tiene conexión con los accesos del edificio. De esta forma, que el pasillo principal se constituya como foco de control, permite que se pueda controlar quien puede acceder o salir del edificio. Por otra parte, el índice de profundidad jerárquica de esta área (Tabla 13) es el más bajo de las tres áreas que se describirán para el hospital, por lo que el foco de control que constituye el pasillo principal, podría guardar relación con que se requiere un mayor grado de vigilancia para el área que tiene menor grado de confinamiento del hospital.

Los demás espacios indicados en la Tabla 14, que corresponden a la enfermería (5), curación (6) y pasillo (7) del lado Sureste del IRM, y a la enfermería (13), curación (12) y pasillo (11) del lado Suroeste, también participarían en este flujo de control y vigilancia que se genera en el pasillo principal, debido a que, tal como se indicó anteriormente, dependen de él para acceder/salir del edificio. Sin embargo, esta dependencia se generaría en menor grado, dado que entre estos espacios se genera una de las pocas situaciones dentro del IRM, donde se darían relaciones distributivas entre nodos. En el sector SE por un lado, y el sector SO por otro, los espacios estarían en una relación distributiva respecto al pasillo principal (1). La cualidad distributiva quiere decir que existe más de un camino que conecta dichos espacios, o que existirían “pasajes” (Blanton, 1994). Tal como se mencionó anteriormente, en base al índice de integración (1,07), en el IRM la mayoría de las relaciones entre espacios es del tipo no distribuida, pero un valor de 1 o superior a 1, indica que existirían pasajes dentro del edificio. De esta forma este sector destacaría por presentar estos pasajes, y poseer la mayoría de ellos. Los pasajes implicarían que no es necesario atravesar por un tercer espacio (en este caso, el pasillo principal) para transitar entre dichos nodos, lo cual les otorga un mayor grado de independencia del pasillo principal.

Los pasajes se encontrarían entre las salas de curación y enfermería, por una parte, y entre las salas de curación y pasillos respectivos por otra. Una situación así permitiría una facilidad de movimiento entre ambas áreas de medicina, y a la vez permite una mayor fluidez de desplazamiento hacia dos de los cuatro pasillos del primer piso (de los que se hablará en el siguiente apartado).

13.2.3 Pasillos primer piso

Esta zona (Figura 28) incluiría los 4 pasillos del primer piso (7, 8, 10 y 11), junto con el patio, las pensiones, salas (sin función mencionada), salas de estar, salas de terapia ocupacional, comedores, reposterías, oficinas de los/as cuidadores/as y empleados/as, salas de ropa limpia y sucia, escaleras y baños. También se incluyen las salas de curación y enfermería (5, 6, 12 y 13) mencionadas en el apartado anterior. La profundidad jerárquica de este sector se señala en la Tabla 15.

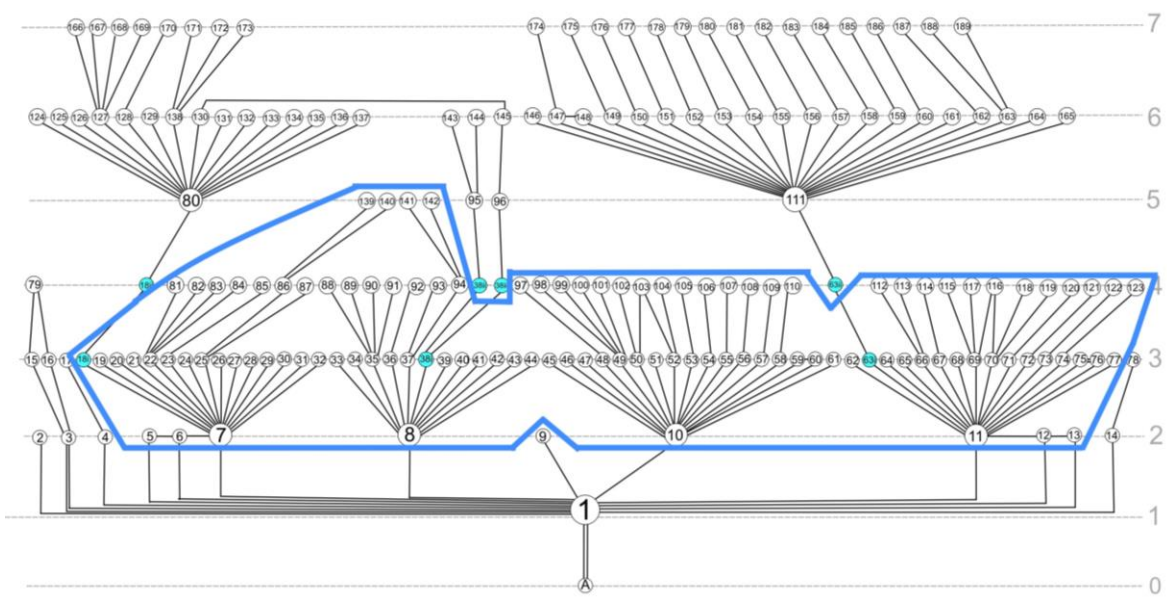


Figura 28. Gráfico jerárquico pasillos primer piso.

Profundidad jerárquica
376

Tabla 15. Profundidad jerárquica pasillos primer piso.

En el gráfico jerárquico (Figura 28) se puede ver que los 4 pasillos estarían en una relación simétrica y no distributiva en relación al pasillo principal. Lo que quiere decir, que ninguno de ellos controla la permeabilidad del otro, y que dependerían del pasillo principal para transitar entre sí. A su vez, la relación que tendrían con dicho pasillo sería asimétrica en relación a los accesos, dado que quien transita por ellos dependen del pasillo principal para poder salir o acceder al edificio. De esta forma, y como se vio en el apartado anterior, quien circule entre estos pasillos, o quien busque salir del edificio, debe pasar por el foco de control que constituiría el pasillo principal.

Los espacios que se “desprenden” de los pasillos del primer piso (indicados en la columna “Autoridad” y “Nodos” de la Tabla 16), estarían en una relación simétrica y no distributiva en relación a los pasillos que se conectan respectivamente. Lo que quiere decir, que ninguno de ellos controla la permeabilidad del otro, y que dependen de los pasillos para poder transitar entre sí. Por otra parte, estarían en una relación del tipo asimétrica con los pasillos, en relación al pasillo principal, lo que quiere decir que los 4 pasillos permean el tránsito hacia el pasillo principal. De esta forma, en esta área se generarían cuatro focos nuevos de organizaciones del tipo panóptica, dado que es obligatorio transitar por los pasillos para realizar cualquier desplazamiento desde los espacios que se desprenden de ellos.

Para entender qué tipo de relaciones sociales se darían en cada uno de estos focos, resulta relevante indicar que existirían diferencias en cuando a los tipos de autoridades que tendrían acceso directo a estos pasillos, y en la variedad funcional de nodos que se desprenderían de cada pasillo (Tabla 16).

Pasillo	Autoridad	Nodos
7	Cuidador	Repostería
		Comedor
		Sala de estar
		4 salas
		Oficina del cuidador
	Personal de sala de curación	Sala de ropa sucia
		Baños
		Duchas
		Patio
		Sala de terapia ocupacional
		Sala de curación
8	Empleado	Repostería
		Comedor
		3 salas
		Sala de ropa limpia
		Sala de ropa sucia
		Oficina del empleado
		Baños
		Duchas
		Escalera
		Sala de terapia ocupacional
10	Empleado	Repostería
		Comedor
		9 pensiones
		Baños
		Duchas
		Oficina del empleado
		Sala de ropa limpia
		Salón
11	Cuidador	Repostería
		Comedor
		Sala de estar
		6 pensiones
		Sala de ropa sucia
		Baños
	Personal de sala de curación	Duchas
		Oficina del cuidador
		Sala de ropa limpia
		Sala de terapia ocupacional
		Escalera
		Sala de curación

Tabla 16. Autoridades y variedad funcional nodos del área pasillos primer piso.

Al observar la Tabla 16, y recordando la existencia de “pasajes” (mencionados en el apartado anterior) entre las salas de curación y los pasillos 7 y 11, se puede ver que cada uno de estos pasillos estaría conectados a habitaciones de dos figuras de autoridad del

edificio (cuidador y personal médico de la sala de curación), a diferencia de los pasillos 8 y 10, donde cada uno sólo tendría conexión a una oficina de una figura de autoridad, denominada en el plano como “empleado”.

Dado que los cuatros pasillos poseerían una organización del tipo panóptica, donde tanto las figuras de “cuidador”, “empleado” y el personal médico (que utiliza la sala de curación), dependen de estos para realizar cualquier desplazamiento dentro del edificio; los cuatro pasillos, al igual que el pasillo principal, también podrían interpretarse como focos de control y vigilancia. Dado que existe la permanente posibilidad de que alguna de estas figuras de autoridad circule por estos pasillos. En el caso de los pasillos 7 y 11 la vigilancia sería mayor por presentar cada uno dos nodos desde los cuales podrían transitar autoridades. La diferencia en los grados de vigilancia podría deberse a la ubicación espacial de los pasillos y su cercanía con los accesos, estando los pasillos 7 y 11 ubicados en la sección sur y por ende más cerca de los accesos. También podría deberse a que los pasillos 7 y 11 tienen conexión con las escaleras del segundo piso que conectan a los pasillos de ese sector (de los que se hablará en el siguiente apartado), teniendo por tanto un mayor aforo de personas que circulan por ellos.

Respecto a las funciones de los nodos que se conectan a los 4 pasillos, se puede ver que corresponderían a las habitaciones donde se desarrollaría el diario vivir de las personas pensionadas y no pensionadas, junto con su tratamiento. Que estas actividades sean vigiladas mediante una organización panóptica, podría guardar relación con el discurso psiquiátrico, cuando este propone como medida controlar el cuerpo del adicto y su tratamiento, mediante la observación constante de la persona interna y la modelación de su vida. La organización del tipo panóptica permitiría que el personal del hospital vigile el tránsito que realizan las personas internas hacia todas las actividades de su diario vivir, desde dormir (pensiones), comer (comedores), utilizar el baño hasta las terapias ocupacionales.

Por otra parte, la principal diferencia entre los nodos que se conectarían a los 4 pasillos correspondería a que los pasillos 7 y 8 serían los que se conectarían a las salas (probablemente destinadas a los pacientes indigentes), mientras que los pasillos 9 y 10 serían los que se conectarían a las pensiones. Esto guardaría relación con el análisis formal, cuando se mencionaba que las pensiones y salas estarían divididas, en términos de distribución espacial, en Oeste y Este respectivamente y de esta forma distribuyendo en espacios diferentes a pacientes pensionados e indigentes. De esta forma, en términos de conexión espacial (representado en el gráfico jerárquico), las conexiones que se generan entre los espacios también estarían dividiendo a los pacientes en dos grupos.

13.2.4 Segundo piso y subterráneo

La conexión al subterráneo y segundo piso se daría por 3 escaleras. Dos de ellas (63ii y 18 ii) conectarían a los dos pasillos del segundo piso (80 y 111), mientras que la tercera escalera conectaría en su planta baja (38ii) con la sala de calderas del subterráneo (95) y en su planta alta (38iii) con la sala de lectura del segundo piso (96) (Figura 29). El grado de profundidad jerárquica de este sector se señala en la Tabla 17.

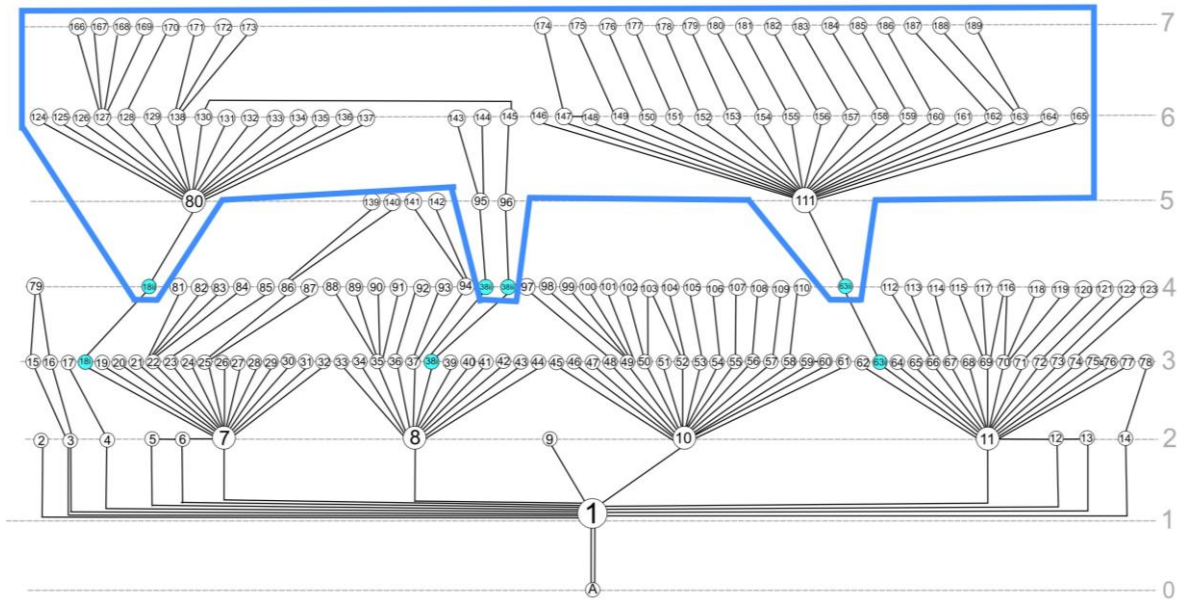


Figura 29. Gráfico jerárquico subterráneo y segundo piso.

Profundidad jerárquica
431

Tabla 17. Profundidad jerárquica segundo piso y subterráneo.

En el segundo piso del IRM existirían 2 pasillos que conectarían a las pensiones, oficina del cuidador, salas de ropa sucia y ropa limpia, salas (para atención a pacientes indigentes) y sala de lectura. Si se tiene en consideración, que la conexión entre las salas de lectura (130 y 96), que se da mediante el almacén de libros (145), probablemente no constituye una conexión que puedan utilizar los/as pacientes del hospital (y que probablemente ni siquiera se utilice regularmente por el personal), la organización espacial de los nodos se daría de la misma forma que en el primer piso. Esto es, que se darían dos estructuras con organizaciones espaciales panópticas, donde los espacios que se conectan a los pasillos dependerían de ellos para realizar cualquier desplazamiento dentro del edificio.

De la misma forma, en el segundo piso existirían oficinas de “cuidadores” que se conectarían mediante los pasillos a las habitaciones que utilizan regularmente los internos en su diario vivir y tratamiento. De esta forma, los “cuidadores”, al depender de los pasillos para realizar cualquier desplazamiento, convertirían a estos en focos de control y vigilancia del diario vivir y tratamiento de los/as pacientes. Y de la misma forma que en el primer piso, existiría una división entre pacientes pensionados e indigentes, donde en este caso un pasillo se conectaría a las pensiones (pasillo 111) y otro pasillo se conectaría a las salas (pasillo 80).

Sin embargo, una de las diferencias entre los nodos de esta área y los nodos del primer piso correspondería al grado de confinamiento. El segundo piso y subterráneo poseerían el índice de profundidad jerárquica más alto de las tres áreas descritas (Tabla 17), por lo que constituye la zona con mayor grado de confinamiento del edificio. Otra diferencia con los nodos del primer piso correspondería a que en el segundo piso no existen comedores, por

lo que los/as pacientes estarían transitando probablemente hacia los comedores del primer piso para alimentarse. En este sentido, cabe recordar que, si bien los pasillos del segundo piso se definieron como focos de control, estos dependen de los pasillos del primer piso para salir del edificio y para transitar entre sí. En este sentido, en un ámbito funcional y de conectividad (representado en el gráfico jerárquico), los pasillos del segundo piso serían más bien “subfocos” dentro de la organización espacial del IRM. De esta forma, el pasillo 88 dependería del pasillo 7 y el pasillo 111 del pasillo 11, cabe recordar que los pasillos 88 y 7 estarían conectándose a las pensiones y los 111 y 11 a las salas, por lo que la dependencia de los pasillos del segundo piso a los del primer piso respetaría esta división entre pacientes pensionados e indigentes.

En síntesis, se pudo ver que en el IRM existe un foco principal de control, que sería el pasillo principal, del cual se desprenden 4 nuevos focos, correspondientes a los pasillos del primer piso, donde se desarrollarían las actividades del diario vivir y de tratamiento en el edificio. De estos pasillos se desprenden otros 2 “subfocos”, que adquieren este prefijo dado la dependencia de carácter funcional que poseen de los pasillos del primer piso (dado que no poseen comedores). Y dadas las diferencias funcionales de los nodos, los pasillos 7 (del cual depende el pasillo 88) y 8, conectados a pensiones, y los pasillos 10 y 11 (del cual depende el pasillo 111), conectados a las salas, constituirían los focos que estarían dividiendo la conectividad de los espacios destinados a pensionados y a pacientes indigentes.

14 Discusión

La presente memoria abordó el discurso psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX, producido por la intelectualidad médica de la época, quienes fueron agentes claves en la reformulación del Estado asistencial. Como se planteó anteriormente, el cuerpo médico buscó hacer frente a la cuestión social mediante la apropiación del cuerpo del pueblo, con el fin de reestablecer su salud y asegurar su reproducción biológica. De esta forma, buscaba reestablecer el roto equilibrio entre la fuerza de trabajo y la producción capitalista (Illanes, 2010).

En este escenario, el alcoholismo y las toxicomanías fueron asociados con la locura, y se consideró que formaban parte de los problemas de la cuestión social. El saber psiquiátrico de la época, influenciado por la anatomo patología, higiene mental y eugenesia, concibió a las personas alcohólicas y toxicómanas como portadoras de una Enfermedad de transmisión social, que tendrían una predisposición biológica a intoxicarse y serían por tanto un peligro para la sociedad.

Parte importante de la lucha contra estas enfermedades fue la de concebir el asilo de toxicómanos, que debía ser el espacio donde se pudiera alejar a las personas alcohólicas y toxicómanas de la sociedad, y reeducarlas mediante terapias farmacológicas y la formación de hábitos de trabajo. El internamiento a su vez buscaba producir la toxicomanía como enfermedad, al colocar el cuerpo de las personas declaradas adictas a la mirada de la medicina. Para lograr estos objetivos, el asilo se planteó como un espacio de control de la persona enferma y de su tratamiento, mediante la observación constante y la modelación de su vida.

Es en este contexto que se concibió el Instituto de reeducación mental (IRM), cuya planimetría analizada en la presente memoria data de 1940. Este edificio habría sido el producto de un determinado discurso verdadero (Foucault, 1979a), que correspondería al discurso psiquiátrico de la época, producido por el saber médico. Como se vio anteriormente, los discursos verdaderos son producidos por determinadas relaciones de saber-poder, y conllevan en sí mismos efectos de poder (Foucault, 1979a). En el caso de la arquitectura, esos discursos tienen una sintaxis particular, que hacen que su decodificación para las personas tenga su propia dinámica – comunicación no verbal- (Zarankin, 2001). La arquitectura denota una ideología y posee la posibilidad de transformarla en real (material), para de esta forma transmitir sus valores y significados por medio del discurso material (Zarankin, 2001). La comunicación no verbal, a diferencia de la verbal, se expresa en términos de frecuencias, intensidades, distancias, etc. (Fletcher como se citó en Zarankin, 2001). Cada ambiente tiene un significado social que se expresa mediante signos, materiales, colores, formas, tamaño decoración o paisajismo, significado que sólo cobra sentido para su propio grupo social (King como se citó en Zarankin, 2001). La arquitectura, por otra parte, crea límites artificiales donde el cuerpo es confinado y educado. Así los edificios condicionan las posibilidades de relacionamiento entre sus ocupantes (Zarankin, 2001).

En el entendido de que la arquitectura del IRM es un tipo de comunicación no verbal, y que por tanto, puede ser “leída” (Zarankin, 2001), la presente memoria buscó descifrar los

principios que la estructuraban. A partir de la metodología de investigación que propone la arqueología de la arquitectura, se analizó particularmente la forma (análisis formal) y el movimiento a través de los espacios (análisis de percepción).

A continuación, se expondrán los resultados de la interpretación de la relación entre el discurso psiquiátrico y la arquitectura del IRM, a partir de cuatro conceptos que emergieron de los análisis realizados. Para esta interpretación se tuvo en cuenta que la intencionalidad de la arquitectura puede ser descubierta al entender que esta antes de ser construida es creada dentro de la mente del constructor, donde dicha “creación” se vincula a un determinado saber-poder legítimo dentro de la profesión, que limita la cantidad de respuestas que un arquitecto puede tener antes de un encargo (Zarankin, 2001). También se tuvo en cuenta que el diseño arquitectónico connota una ideología global que rige la operación del arquitecto, la que se manifiesta a través de reglas o códigos que actúan sobre la producción arquitectónica. De esta forma, la arquitectura por su naturaleza “satisface algunas exigencias de la gente, pero al mismo tiempo las persuade para que vivan de una manera determinada” (Eco, 1974, p.367).

El primer concepto correspondió a la idea de “**reclusión y exclusión social**” de las personas alcohólicas y toxicómanas. Tal como mencionaba Fuentealba (2013), desde la creación de la casa de orates en 1852 hasta 1952, se definirá un periodo en la psiquiatría denominado “asilar”, donde se buscaba recluir y excluir de la sociedad a los pacientes declarados dementes para evitar escándalos y conductas inaceptables social o normativamente. Y como planteaba Becerra (2018), en el caso particular de las personas toxicómanas y alcohólicas, fue el concepto de “abuso de drogas” el que permitió la intervención terapéutica, cuyas medidas serán la denuncia obligatoria y la reclusión forzosa en los sanatorios. Este internamiento operaría en dos niveles, tanto a nivel individual como en el cuerpo social, “ya que permite un control absoluto del cuerpo del adicto y su tratamiento, además del alejamiento de los usuarios de drogas de la sociedad” (Becerra, 2018, p.137).

En términos formales, la reclusión y exclusión social primero podría estar manifestándose en “el ámbito exterior del IRM”, particularmente en la distribución de los edificios dentro del Opendoor. Se observó que, cuando se analizaba las distancias entre edificios, existía una intención de separar al IRM de los demás pabellones del Asilo. El pabellón 5 y 6 junto con el pabellón Cocina se ubicaban al sur del IRM, estando distanciadas no más de 150 metros entre ellos. El IRM en cambio se ubicaba a más de 150 metros de dichas estructuras, superando los 300 metros respecto al Pabellón 6 y Pabellón Cocina. Si bien el Reglamento para los servicios de salubridad mental proponía habilitar en los hospitales y asilos “pabellones distintos aislados y en lo posible, ocultos entre sí, para cada servicio administrativo o técnico y para agrupar a los enfermos como en familias separadas unas de otras” (1927, p.2); la marcada distancia del IRM respecto a los demás pabellones, podría estar indicando una intención de alejar a los pacientes alcohólicos y toxicómanos de las demás personas (médicos, pacientes, etc.) que habitan o frecuentan el Asilo El Peral.

La idea de la reclusión y exclusión social también se podría estar manifestando en el “ámbito interno del IRM” cuando se vio la organización del tipo lineal de los espacios. En este tipo

de organización, se observó que el área más burocrática del instituto se ubicaba opuesta a la linealidad, demostrando una separación entre el personal médico y las personas internadas. Por otra parte, la idea de exclusión social también se podría estar manifestando en términos formales, en particular cuando se vio la importancia de la distribución de los espacios lineales (pasillos y hall) y centrales. Respecto a los pasillos, se vio que estos “son muy funcionales para mantener en movimiento a la gente, pero muy inconvenientes para que se establezcan relaciones interpersonales” (Osmond, como se citó en Becerra, 2017, p.38). Los pasillos serían un elemento de los espacios denominados sociófugos, los que mantienen a las personas apartadas unas de otras, y por tanto impide o desalienta la formación de relaciones humanas estables. Y particularmente en hospitales psiquiátricos, los pasillos lineales propiciarían el aislamiento social, aumentarían la sensación de hacinamiento en los internos y producirían un efecto de monotonía que dificulta la privacidad y la conducta territorial de los pacientes (Osmond, como se citó en Sangrador, 1986).

En este sentido, los pasillos estarían aislando a cada paciente (en pensiones) o grupos de pacientes (salas comunes), e impedirían o desalentarían que se desarrollen relaciones entre ellos. Cabe cuestionarse en este punto cuales serían los espacios de sociabilidad dentro del IRM, ya que si bien el discurso psiquiátrico buscaba excluir a las personas adictas por considerarlas peligrosas, este aislamiento era también el medio para tener el control del cuerpo de la persona adicta, y finalmente modelar su vida para readaptarla a la sociedad. Como se vio anteriormente, se pensaba que un asilo de temperancia: “no debe ser sólo un lugar de reclusión para los enfermos; si no un centro de trabajos y de sano esparcimiento que, al mismo tiempo que devuelvan la salud al individuo, le faciliten sus actividades productoras y lo conviertan en un buen elemento de utilidad social” (Memoria de la Casa de Orates como se citó en Leyton, 2005, p.55).

Los espacios donde estarían reuniéndose las personas internadas corresponderían a los que se denominaron “espacio de tratamiento”, donde se incluyen las salas de lectura, las salas de terapia ocupacional y el patio central. Las características formales de estos espacios, de tipo central, los volvería lugares propicios para las relaciones entre personas.

La cualidad lineal de los pasillos también podría relacionarse de otra forma con el discurso psiquiátrico. Como se dijo, si bien estos desalentarían las relaciones humanas, son muy efectivos para mantener el movimiento de las personas. Se piensa que dado el control que buscaba imponerse sobre las personas internas, esta cualidad de fomentar el movimiento de los pasillos probablemente no estaría destinada para el tránsito de los/as pacientes. Esta cualidad de los pasillos podría estar destinada más bien para el tránsito del personal médico dentro del IRM. Así, los pasillos por una parte estarían excluyendo a los pacientes, y por otra estarían permitiendo que el personal médico acceda más fácilmente a todos los espacios del edificio.

De esta forma, cuando se plantea la existencia de relaciones sociales en los espacios de tratamiento, la facilidad que otorgan los pasillos para que el personal médico pueda visitarlos los convierte en espacios mucho más controlados, y por tanto dichas relaciones sociales entre pacientes estarían mucho más controladas.

El tema del **control y vigilancia** de la persona enferma y de su tratamiento, fue el segundo concepto que surgió del análisis de la arquitectura del edificio en relación al discurso psiquiátrico. Tal como indicaba Pagador (como se citó en Becerra, 2018), la reclusión en el Sanatorio se proyectaba que debía durar de 3 a 4 meses, que sería el tiempo suficiente para aplicar una observación de los individuos, que debía ser permanente. A su vez, planteaba que el hospital debía tener “una arquitectura específica, el recurso a un examen constante y un espacio de control total para el médico. Diseño del paisaje cuyo objetivo es modelar la vida” (Becerra, 2018, p.140).

Así como la noción de control se manifiesta en la distribución de los pasillos y los espacios de forma central, esto mismo ocurre cuando se analizan dichos espacios en términos de movimiento (análisis de percepción). A partir del gráfico jerárquico del IRM, se observó que los 7 pasillos de este edificio estarían controlando la permeabilidad de los demás espacios, por tener más de 13 conexiones cada uno, cuando el promedio de conexiones entre espacios es de 1.

En el análisis de las conexiones de cada pasillo se definieron secciones a partir de la profundidad jerárquica (o el grado de confinamiento) de cada uno, definiéndose el “área de control y acceso”, el área de los “pasillos del primer piso” y el área del “segundo piso y subterráneo”, ordenadas de menor a mayor profundidad jerárquica respectivamente. En cada zona se vio que se estarían generando organizaciones espaciales del tipo panóptica en torno a los pasillos, lo que quiere decir que se requeriría circular por estos espacios para realizar cualquier movimiento dentro del edificio. En el caso del área de control y acceso, este tipo de organización se generó entre el pasillo principal y aquellos espacios más burocráticos del IRM, donde destacan la oficina de la dirección, la oficina de la autoridad médica y la sala de control. Esto significaba que las autoridades que utilizaban dichos espacios, dependían del pasillo principal para realizar cualquier movimiento dentro del IRM. De esta forma, el pasillo principal se constituía como un espacio donde está la permanente posibilidad de ser vigilado/a, dado que bastaba con que “se abriera una puerta” para que alguna autoridad del edificio accediera a este. Al considerar que esta área es la que posee menor grado de confinamiento, y es la que tiene conexión con los accesos, se piensa que esta situación de vigilancia habría estado destinada para controlar quien accede o sale del IRM.

Los pasillos del primer piso y segundo piso, por otra parte, estarían conectados a aquellos espacios destinados a las actividades básicas de las personas internadas (dormir, comer, utilizar el baño), junto con su tratamiento (patio central, salas de lectura y salas de terapia ocupacional). A su vez, se pudo ver que cada pasillo estaría conectado al menos a una oficina de alguna autoridad. Ambos datos permitieron inferir que en los pasillos del primer y segundo piso también se constituirían como focos de vigilancia y control, ya que “basta con que se abra una puerta” para que alguna autoridad ingrese al pasillo. Sin embargo, los pasillos del segundo piso fueron definidos más bien como “sub-focos”, debido a que no están conectados a comedores, por lo que las personas que habitan el “área del segundo piso” estarían dependiendo de los espacios del primer piso para almorzar, por lo que requerirían transitar por los pasillos del primer piso constantemente.

Por otra parte, se observó que en los pasillos del sur del primer piso, existirían “pasajes” que estarían conectándolos con las salas de curación del área de control. Esta situación generaría un mayor grado de vigilancia en dichos pasillos, que podría explicarse por su cercanía con los accesos o probablemente porque en estos espacios existe un mayor aforo de pacientes circulando (dado la dependencia de los pasillos del segundo piso respecto a los del primer piso).

De cualquier forma, al estar en ambos pisos las actividades del diario vivir y de tratamiento de las personas internadas, la situación de control generada en el “área del primer piso” y “área del segundo piso” podría haber estado destinada para vigilar el diario vivir y tratamiento de las personas internas, tal como proponía el discurso psiquiátrico. La organización del tipo panóptica, generada en los 4 focos del primer piso, y 2 subfocos del segundo piso, permitiría que el personal del hospital vigile el tránsito que realizan las personas internas hacia todas las actividades de su diario vivir, desde dormir (pensiones), comer (comedores), utilizar el baño, hasta las terapias ocupacionales.

Otro aspecto de la arquitectura del IRM que se asoció a la intención de vigilar a las personas adictas, se vio en la distribución de las ventanas en el patio central. Este espacio, que se explicó que podría ser el sector donde están confluyendo todos los pacientes del edificio, estaría rodeado de ventanas, las cuales tendrían vista a los pasillos de la mitad Este del IRM. Al entender que los pasillos son espacios donde existe la permanente posibilidad de ser vigilado, se entendería que el hecho de tener vista al patio expandiría esta situación de vigilancia hacia dicho sector.

El tercer concepto que emergió de la evaluación de la arquitectura del IRM en relación al discurso psiquiátrico fue la idea de que **las personas toxicómanas y alcohólicas son un peligro para la sociedad**. Tal como se mencionó anteriormente, en la primera mitad del siglo XX los discursos médicos y jurídicos describirán el uso de embriagantes como una conducta peligrosa para la sociedad, de la misma forma que describieron al alcoholismo desde fines del siglo XIX. A la toxicomanía se le atribuirá los mismos efectos que el alcoholismo, se pensará que esta produce la ruina económica del país, y que afecta, mediante el efecto que produce en la decadencia, su proyección futura. Hacia 1930, tanto el uso de embriagantes como la toxicomanía ya figurarán como Enfermedades de Trascendencia Social (Becerra, 2013). A la figura del adicto se agregaba la noción de contagio, basada en la noción de “contagio mental” de A. Vigouroux (solidaria con las tesis eugénicas) que planteaba que los estados orgánicos favorables al contagio son preponderantemente congénitos (Becerra, 2013). Otros peligros que se asociaban al actuar de los toxicómanos eran “la mentira, perversiones sexuales, estafas y robos, pérdida de sentido moral, peleas, incesto y homicidio” (Becerra, 2013, p.157). Esta anormalidad del toxicómano se explicará desde la década de 1940 a partir de la herencia, en base al concepto eugénico de “individuo peligroso” del criminólogo Jiménez de Asúa (Becerra, 2013).

En la arquitectura, la noción de “individuo peligroso”, se interpretó que estaría manifestándose en primer lugar en el tamaño de las pensiones. Fue relevante el hecho de que en todos estos espacios al menos existiera el tamaño mínimo para que pudiera darse

la zona “pública” (3,5 m). Hall (2003) explica que, en dicha zona, “a 3.5 m, un sujeto ágil puede obrar evasiva o defensivamente si lo amenazan. La distancia puede incluso ser una forma vestigial, pero subliminal, de reacción de huida” (p.152). Visto desde otra perspectiva, esta distancia puede ser también la suposición de que en las pensiones existe la posibilidad de que una persona pueda tornarse peligrosa para otra. Al entender que en las pensiones la relación interpersonal principal que existiría es la que se da entre el personal médico y la persona internada, el asegurar de que todas las pensiones tengan mínimo 3,5 metros podría ser una intención de resguardar al personal médico si es que la persona internada se vuelve una amenaza.

En el caso de las salas, se vio también que todas poseían el tamaño mínimo para que pudiera darse la zona “pública”, sin embargo, dado que probablemente existiría una mayor cantidad de pacientes habitando estos espacios que en las pensiones, esta zona sólo podría darse entre dos personas o grupos de personas si se ubican en ambos extremos de la habitación. Esta situación estaría señalando que sólo se puede resguardar la seguridad de un grupo o una persona, si otra persona o grupo de personas se torna peligroso. Si se interpreta esta situación en base al discurso psiquiátrico, se piensa que se podría estar intentando resguardar la seguridad del personal médico si es que los/as pacientes se vuelven una amenaza para ellos/as.

El cuarto concepto que emergió de la comparación entre el discurso psiquiátrico y la arquitectura del IRM, fue la intención de **clasificar pacientes**. Esta intención en el discurso se vio en primer lugar cuando se planteaba que el IRM estaría destinado para pacientes pensionados y para pacientes indigentes.

En el análisis formal la clasificación entre pensionados e indigentes se manifestó en la organización de los espacios, cuando se vio la división en 4 zonas en las ramas paralelas. Cada zona correspondía a un lugar de estadía, destinándose las zona Noreste y Sureste para pacientes indigentes, y las zonas noroeste y suroeste para pensionados. Cada zona se constituiría por lo menos de una zona de almuerzo y repostería, de una sala de estar o salón, de baños y duchas y de una oficina de una autoridad (denominada en los planos como “empleado” o “cuidador”). De esta forma, se estaría dividiendo mediante una organización Este y Oeste aquellos espacios donde los/as pacientes indigentes y pensionados realizarían sus actividades básicas del diario vivir respectivamente.

En el análisis de percepción, por otra parte, esta división se manifestó en las diferentes conexiones de los espacios con los pasillos. Se observó que los pasillos 7 y 8 serían los que se conectarían a las salas, mientras que los pasillos 9 y 10 serían los que se conectarían a las pensiones, situación que estaría dividiendo el tránsito que realizan las personas pensionadas e indigentes dentro del edificio.

En el discurso psiquiátrico la intención de clasificar pacientes se vio en segundo lugar cuando en el Reglamento para los servicios de salubridad mental (1927) se planteaba:

Art. 17. Los dementes se llaman también psicópatas y se dividen en enfermos alienados y enfermos psicópatas simples. Alienados son los enfermos que "deben" ser hospitalizados por mandato de autoridad a causa de ser antisociales o peligrosos

para sí mismos, o para terceros. Psicópatas simples son los enfermos que "pueden" hospitalizarse voluntariamente, sin intervención previa de autoridad, por ser presuntos dementes o dementes cuyo estado mental permite considerarlos relativamente sociales o inofensivos (p.3).

En otras palabras, está presente la idea de que existen pacientes más peligrosos que otros. Esta noción se interpreta que estaría manifestándose en el plano del IRM cuando se define la existencia de dos tipos de pensiones: privadas y compartidas. Como se planteó, de acuerdo con Becerra (2017), la diferencia entre estos tipos es que en las habitaciones privadas existe una cantidad mucho menor de incidentes y conflictos entre pacientes, en comparación con los dormitorios compartidos. A su vez, "los dormitorios privados también promueven un ambiente más reservado, mejorando los niveles de sueño para la mayoría de los pacientes y bajando los niveles de agitación para algunos de ellos" (Stroupe, como se citó en Becerra, 2017, p.201). De esta forma, al existir pensiones privadas y compartidas en el IRM, probablemente indicaría la existencia de dos tipos de pacientes pensionados: las habitaciones compartidas sólo podrían utilizarlas pacientes que no presenten conductas conflictivas. A su vez, las pensiones compartidas se ubicarían en las zonas más alejadas de los espacios burocráticos del IRM (sección sur), como son el extremo noreste del primer piso, y el noreste del segundo piso. Esta ubicación podría estar demostrando una menor intención de controlar o vigilar dichos espacios, lo que también podría relacionarse a que dichos espacios los habitan pacientes no tan peligrosos o conflictivos.

Por otra parte, que las salas sean en general de carácter compartido, podría estar señalando una menor preocupación por evitar conflictos entre pacientes. De esta forma, como se vio anteriormente respecto a la Zona pública, en estos espacios probablemente sólo se estaría buscando resguardar la seguridad del personal médico en caso de que los/as pacientes generen conflictos.

Habiendo expuesto los 4 conceptos que emergieron de la evaluación de la arquitectura del IRM en relación al discurso psiquiátrico de la época, es posible proponer una discusión de cómo la arquitectura del IRM habría funcionado como una tecnología de poder. Al respecto, cabe destacar que la arquitectura del IRM, no es sólo un producto de una determinada relación de saber-poder, esta a su vez puede ser usada como un medio efectivo para controlar y disciplinar a las personas. Foucault (2002) en este sentido plantea que el sistema utiliza distintas estrategias para formar individuos disciplinados y útiles, siendo una de estas la manipulación de la cultura material. La arquitectura de esta forma puede ser vista como una tecnología de poder, esto es, que puede ser usada como un medio efectivo para controlar y disciplinar al individuo. En otras palabras, la arquitectura funciona como "una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquél que lo ejerce" (Foucault, 2002, p.204).

Se pudo ver, en primer lugar, que la arquitectura del IRM estaría siendo utilizada para recluir y excluir socialmente a las personas internas. En el ámbito externo del IRM, esto se realizaría mediante el distanciamiento de dicho edificio de los demás pabellones del Asilo, generando que los pacientes alcohólicos y toxicómanos se encuentren aislados de las demás personas (médicos, pacientes, etc.) que habitan o frecuentan el Asilo El Peral. En el

ámbito interno del IRM por otra parte, el edificio estaría excluyendo a los/as pacientes al tener sectores que se oponen a la organización lineal. El área sur, ubicada de manera perpendicular a la organización lineal de los espacios del edificio, estaría marcando una diferencia entre aquellos espacios utilizados por el personal médico (Área sur), y aquellos donde pernoctan los/as pacientes (Ramas paralelas). Por otra parte, en el ámbito interno del IRM los pasillos también estarían jugando un rol importante para excluir a las personas adictas. Al ser de carácter lineal, los pasillos estarían desalentando la formación de relaciones humanas estables, fomentando el aislamiento social de los/as pacientes. Los espacios de sociabilidad serían aquellos de forma central, que corresponderían a las salas de lectura, de terapia ocupacional y el patio. Las características formales de estos espacios, en contraste con los pasillos, los volvería lugares propicios para las relaciones entre personas.

Por otra parte, la arquitectura del IRM también estaría propiciando la vigilancia y control de los/as pacientes, donde los pasillos también jugaron un rol central. Por sus características lineales, que no sólo desalientan la formación de relaciones humanas, sino que también los hace efectivos para mantener en movimiento a la gente, estarían facilitando el tránsito del personal médico a todos los espacios del edificio y facilitando por tanto su control y vigilancia. Desde el análisis del movimiento también se pudo ver que los pasillos estarían jugando un rol central en la generación de 7 organizaciones espaciales panópticas, a partir de las cuales se estaría vigilando la entrada/salida del edificio, y el diario vivir y tratamiento de los/as pacientes. Los pasajes también jugarían un papel importante en dichas organizaciones, donde estarían incrementando las situaciones de vigilancia en los pasillos del sector sur. Destacó por otra parte la distribución de las ventanas del patio central, que también estarían facilitando el control de las personas internas al permitir la visibilidad del patio desde los pasillos.

La arquitectura del IRM también estaría propiciando la idea de que existen “individuos peligrosos”, expresado en el tamaño de las salas y pensiones, que tendrían la distancia suficiente para que el personal médico pueda escapar en caso de verse amenazado por las personas internas.

Finalmente, la arquitectura del IRM también estaría participando en la clasificación de los pacientes en pensionados e indigentes, y en alienados y psicópatas simples. La primera división la realizaría mediante la distribución de los espacios en Este (para indigentes) y Oeste (para pensionados), separando las actividades “básicas” (baños, comedores, espacios para pernoctar) de ambos grupos. A su vez dividiría el tránsito de los pacientes indigentes y pensionados, donde los pasillos 7 y 8 se conectarían a las salas, y los pasillos 9 y 10 a las pensiones. La división entre alienados y psicópatas simples, por otra parte, la estaría fomentando en la existencia de dos tipos de pensiones: privadas y compartidas. Donde las privadas permitirían evitar conflictos entre pacientes, y probablemente estarían destinadas a pacientes más conflictivos (alienados), mientras que las compartidas probablemente estarían destinadas para pacientes menos conflictivos (psicópatas simples). El IRM también podría estar marcando la existencia de pacientes menos conflictivos que otros al ubicar las pensiones compartidas alejadas de los espacios burocráticos, demostrando una menor necesidad de vigilar dichos pacientes. Finalmente, el IRM estaría

demostrando un menor interés en evitar conflictos entre pacientes indigentes, al poseer salas únicamente de uso compartido.

De esta forma, en la presente memoria a partir de la evaluación de la arquitectura del IRM en relación al discurso psiquiátrico de 1940, fue posible comprender cómo dicho espacio fue utilizado para reproducir una determinada relación de poder-saber de la época. La arquitectura del IRM realizaría esto a partir de la organización y relación de sus espacios, el tamaño y forma de ellos, el control del tránsito que se realiza entre ellos y aumentando la visibilidad de ciertos espacios.

15 Conclusiones

La presente memoria planteó como pregunta de investigación: *¿Cómo la arquitectura del IRM de 1940 se relaciona al discurso psiquiátrico chileno de la primera mitad del siglo XX?* Con esta pregunta se buscó discutir cómo la arquitectura del IRM habría funcionado como una tecnología de poder, que permitiera la reproducción de una relación de poder que buscaba recluir, disciplinar, reeducar a las personas alcohólicas y toxicómanas, mediante la observación constante y modelación de sus vidas.

Para responder esta pregunta, se analizó tanto en su ámbito formal como perceptivo la arquitectura del IRM, es así que:

1. En el análisis formal se describió el ámbito exterior e interior del IRM, dónde en el exterior se identificó que el IRM se ubicaría alejado de las demás estructuras del Opendoor. Por otra parte, su forma sería del tipo lineal, cualidad que estaría fomentando el movimiento dentro de su estructura. En el ámbito interior por otra parte, se vio un predominio de formas centrales, donde los únicos espacios de forma lineal corresponderían a los 7 pasillos y el hall del edificio. Al respecto de los pasillos se vio que estos serían un elemento de los espacios denominados sociófugos, lo que los volvería convenientes para mantener en movimiento a las personas, pero inconvenientes para que se establezcan relaciones interpersonales. Por otra parte, se vio que los espacios del IRM se organizaban de manera lineal, donde se vio que existían 3 secciones del edificio que destacaron por oponerse a la linealidad: sección Este (primer y segundo piso), sección sur y el patio central. Lo cual se atribuyó a que en estos espacios se encontraban los espacios más burocráticos (sección sur) y las zonas de terapia (sección Este y patio central). Por otra parte, los espacios que se ubicarían en las ramas paralelas estarían destinados para la estadía, alimentación e higiene de los/as pacientes, constituyéndose como el área destinada a las actividades básicas del diario vivir de estas personas. Respecto al tamaño de los espacios, fue relevante el hecho de que tanto las salas como las pensiones tuvieran el tamaño suficiente para que existiera la “zona pública” descrita por Hall (2003), lo cual permite que una persona pueda escapar si se ve amenazada. Por otra parte, se identificó la existencia de pensiones privadas y compartidas, donde las primeras se caracterizarían por presentar menor número de incidentes y conflictos entre pacientes. Las compartidas destacarían por otra parte por ubicarse más alejadas de los espacios burocráticos (sección sur), en comparación a las pensiones privadas. Un último aspecto que se describió en el análisis formal fue la distribución de las ventanas del patio central, las cuales rodearían dicho espacio, teniendo visibilidad hacia los pasillos del edificio.
2. En el análisis de percepción se determinó que la estructura del IRM poseía una organización espacial de tendencia asimétrica y no distributiva. La tendencia asimétrica se habría generado por la existencia de 7 espacios, correspondientes a los 7 pasillos del IRM, que estarían controlando la permeabilidad de los demás nodos. La tendencia no distributiva significó que en la mayoría de los casos los nodos estaban ligados entre sí por medio de conexiones en que era necesario atravesar una para llegar a otra, y así sucesivamente. Sin embargo, se encontraron

algunos “pasajes”, ubicados principalmente en el sector sur del edificio. Con el fin de caracterizar mejor la tendencia asimétrica, no distributiva y la presencia de pasajes del IRM, se realizó una división en 3 zonas, a partir de la profundidad jerárquica (o grado de confinamiento) de los pasillos. Así, la primera zona, que poseía el menor grado de confinamiento y que estaba constituida por el pasillo principal y los espacios de la sección sur, se caracterizó por presentar espacios con distintas condiciones de dependencia. Los espacios más burocráticos de este sector se encontraban en una relación de mayor dependencia respecto al pasillo de acceso, generando una organización panóptica, lo que implicaba que las autoridades del IRM debían transitar obligatoriamente por dicho pasillo para realizar cualquier movimiento dentro del edificio. La otra mitad de los espacios se encontraba en menor dependencia respecto del pasillo principal dado que presentaba “pasajes”, los cuales conectarían las salas de curación y enfermería, y las salas de curación con los pasillos del sur del IRM. La segunda zona, que poseía un mayor grado de confinamiento, y que se constituía por los espacios de las ramas norte y sur del primer piso, presentaría igualmente 4 focos de relaciones panópticas, generadas en torno a los 4 pasillos de ese piso. Esta situación obligaba a las autoridades que poseían oficinas conectadas a dichos pasillos, a circular obligatoriamente por ellos cuando quisieran realizar cualquier desplazamiento dentro del edificio. La tercera zona, presentaba el mayor grado de confinamiento y estaba constituida por los espacios del segundo piso y subterráneo. Al igual que en el primer piso, en este sector se generaban 2 focos de organizaciones panópticas en torno a los dos pasillos del segundo piso, situación que obligaba a las autoridades con oficinas en estos pasillos a circular por ellos cuando quisiesen realizar cualquier desplazamiento dentro del edificio.

A partir de estos resultados, se pudo responder la pregunta que guio esta investigación, mostrando cómo la forma, organización espacial y el movimiento a través de los espacios del IRM se relacionan con el discurso psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX. Dicha relación se discutió a partir de 4 conceptos que emergieron de la evaluación de la arquitectura en relación al discurso, que en síntesis correspondieron:

1. El concepto de reclusión y exclusión social de las personas alcohólicas y toxicómanas: se pudo ver que tanto la arquitectura como el discurso manifestaban la intención de recluir y excluir de la sociedad a los pacientes declarados dementes. Por una parte, el discurso psiquiátrico planteaba que las personas declaradas dementes debían ser recluidas y excluidas de la sociedad para evitar escándalos, y respecto a las personas alcohólicas y toxicómanas, proponía la reclusión en sanatorios, con el fin de controlar el cuerpo y tratamiento de las personas internadas y alejarlas de la sociedad. En la arquitectura este concepto se pudo ver en primer lugar en la ubicación del IRM en el Opendoor, que se habría encontrado particularmente alejado de los demás edificios. Esta situación habría estado apartando a los pacientes con alcoholismo y toxicomanías de las demás personas del asilo. En el ámbito interno del IRM por otra parte, la ubicación de la sección sur, que se encontraba en un sentido opuesto a la organización lineal de los espacios,

habría estado igualmente excluyendo a los/as pacientes, ya que estaría dividiendo aquellos espacios mayormente ocupados por el personal médico (sección sur) y aquellos utilizados por las personas internadas. A su vez, el concepto de exclusión social se vio manifiesto en la forma de los pasillos, los cuales mediante su forma lineal fomentaban el aislamiento de las personas internas. Las relaciones sociales entre pacientes por tanto, se estarían realizando en los espacios de tratamiento (patio central, salas de lectura, salas de terapia) que tendrían una forma central.

2. El concepto de control y vigilancia de las personas enfermas y de su tratamiento: el discurso psiquiátrico planteaba que una vez recluidas las personas adictas estas debían ser constantemente observadas, y que los hospitales debían tener una arquitectura que permitiera el control total para el personal médico. Este concepto se vio manifiesto en la arquitectura del IRM en primer lugar en la forma lineal de los pasillos, que al facilitar el desplazamiento del personal médico contribuiría a que los espacios de forma central (pensiones, salas, espacios de tratamiento, etc.) del IRM estén más vigilados. En el análisis de percepción por otra parte, la noción de control y vigilancia de las personas internas se manifestó en las organizaciones del tipo panópticas generadas por los 7 pasillos del edificio. En el caso del área de control esta organización se manifestó entre el pasillo principal y aquellos espacios más burocráticos del edificio, lo que generaba que en dicho pasillo existiera la permanente posibilidad de que alguna autoridad accediera a él. Desde el punto de vista de las personas internas, esta situación convierte al pasillo de acceso en un espacio donde existe la permanente posibilidad de ser vigilado/a. Esta situación de vigilancia se interpretó que en esta área en particular estaría orientada a observar el acceso y salida de las personas que se internan en el edificio. Esta misma situación se generaría en los pasillos del primer y segundo piso, sin embargo, la vigilancia se orientaría hacia las actividades básicas del diario vivir de las personas adictas, junto con su tratamiento. Otro aspecto de la arquitectura del IRM que se asoció a la intención de vigilar a las personas adictas, se vio en la distribución de las ventanas del patio central, el cual estaría rodeado de ventanas con vistas a los pasillos. Al entender que los pasillos son espacios donde existe la permanente posibilidad de ser vigilado, se entendería que el hecho de tener vista al patio expandiría esta situación de vigilancia hacia dicho sector.
3. La noción de que las personas toxicómanas y alcohólicas son un peligro para la sociedad: el discurso psiquiátrico manifestaba la idea de que la toxicomanía y el uso de embriagantes son conductas peligrosas para la sociedad, produciendo la ruina económica y afectando su proyección futura. Otros peligros que se les asociaba a su actuar eran “la mentira, perversiones sexuales, estafas y robos, pérdida de sentido moral, peleas, incesto y homicidio” (Becerra, 2013, p.157). En la arquitectura esta noción se vio manifiesta en primer lugar en el tamaño de las pensiones y salas, donde todas poseían el tamaño mínimo para que una persona pudiera huir si se veía amenazada. Tanto en las salas como en las pensiones, esta situación se interpretó como un resguardo para el personal médico, en caso de que las personas adictas se volvieran peligrosas.

4. La intención de clasificar pacientes: el discurso psiquiátrico planteaba esta noción por una parte cuando manifestaba que el IRM estaba destinado para pacientes pensionados e indigentes. En la arquitectura esto se manifestó en primer lugar en el análisis formal, cuando se vio que las ramas paralelas estaban divididas en 4 zonas. En síntesis, se pudo ver que la distribución de los espacios dividía mediante una organización Este y Oeste aquellos espacios donde los/as pacientes indigentes y pensionados realizarían sus actividades básicas del diario vivir respectivamente. En el análisis de percepción, por otra parte, esta división se manifestó en las diferentes conexiones de los espacios con los pasillos. Se observó que los pasillos 7 y 8 serían los que se conectarían a las salas, mientras que los pasillos 9 y 10 serían los que se conectarían a las pensiones, situación que estaría dividiendo el tránsito que realizan las personas pensionadas e indigentes dentro del edificio. Otra forma en que el discurso psiquiátrico proponía clasificar pacientes era cuando clasificaba a las personas dementes en alienados y psicópatas simples, dando a entender que existen personas internas más peligrosas que otras. En la arquitectura esta noción se vio en la existencia de pensiones privadas y compartidas, donde las compartidas probablemente estarían destinadas a pacientes menos conflictivos. Esta idea se vio reforzada en la ubicación de las pensiones compartidas, vale decir, alejadas de los espacios más burocráticos del edificio, lo que manifestaría una menor intención de vigilar dichos espacios, justificada probablemente en que dichas personas no requerirían tanta vigilancia por ser menos peligrosas. Finalmente, que las salas sean en general de uso compartido, pudo estar manifestando una menor preocupación de evitar conflictos entre pacientes.

Al plantear estos 4 conceptos, fue posible a su vez proponer una discusión de cómo la arquitectura del IRM estaría funcionando como tecnología de poder. Se vio que estos conceptos estarían señalando cómo dicha arquitectura fue utilizada como un medio efectivo para controlar y disciplinar las personas internadas, y de esta forma, sostener una relación de poder. Así, la arquitectura del IRM fue utilizada por una parte para recluir, excluir socialmente, controlar y vigilar a las personas internas, y por otra, para clasificar diferentes tipos de personas adictas junto con sostener la visión de que estas personas serían peligrosas. Los aspectos arquitectónicos que estarían sirviendo para estos fines habrían sido: la ubicación alejada del IRM dentro del Opendoor, la jerarquía que se vio en la organización lineal de los espacios (separando el sector sur por ejemplo), la cualidad lineal y por tanto sociófuga de los pasillos, los focos de organización del tipo panóptica generados en torno a los pasillos, la existencia de pasajes en sectores específicos, la distribución de las ventanas en el patio central, el tamaño de las salas y pensiones, la distribución de los espacios, la conexión de los espacios (y por ende el diferente tránsito que genera) y la cualidad privada/compartida de las pensiones y salas.

La lectura que he propuesto a lo largo de esta memoria, se configura no solo como un intento por abordar un enfoque incipiente en Chile, en lo que respecta a los estudios del área de la Arqueología Contemporánea, sino que apuesta a un abordaje teórico y metodológico innovador en tanto trabaja sobre la relación arquitectura, tecnologías de poder y discurso psiquiátrico. Si bien, como ya se ha hecho hincapié en secciones previas, existen

trabajos que desde la arqueología de la represión han aportado a la problematización de la arquitectura en función de determinados dispositivos de poder (Fuenzalida, 2011), no hay referencias que profundicen en cómo esta dinámica se expresa en instituciones como los hospitales psiquiátricos, y que a la vez enfatizan en la particularidad que los discursos asociados encierran y, consecuentemente, materializan.

En consideración de lo anterior, este trabajo es un aporte a la disciplina arqueológica en tanto entrega un acercamiento claro a la materialidad y las dinámicas de uso del espacio de los hospitales psiquiátricos. De igual manera, este análisis es una propuesta para erigir puentes interdisciplinarios, que permitan generar cuerpos teórico-metodológicos interesantes para estudiar una realidad tan diversa en términos materiales, temporales y socio-culturales. La forma en el que el discurso psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX permea la infraestructura del IRM, abre una vía de acercamiento a lo que fue la experiencia que cientos de personas atravesaron, con el anhelo de ser “reformados”. Volver atrás para, desde una mirada crítica, analizar los múltiples significados que esos discursos vehiculizaron sobre estos sujetos, y los mecanismos que eligieron para hacerlos efectivos, es un ejercicio que debiese ser replicado sobre todo en instituciones que han sido históricamente habitadas por grupos subalternos.

Ahora bien, esta propuesta puede seguir profundizándose y adquiriendo nuevos alcances por medio de la incorporación de estudios en terreno, que faciliten la comprensión por parte de la investigadora del proceso de materialización del proyecto del IRM. Pero más importante aún, lo que permitiría una aproximación más íntima a la infraestructura del hospital es la visualización de cómo las personas pudieron haber utilizado el espacio fuera de la formalidad esperada. Es decir, más allá de lo que el plano expresa y reglamenta en cuanto a usos, poder aproximarse a la experiencia de habitar el espacio, el agenciamiento de los sujetos que pueden – o no – desafiar las lecturas impuestas, pues esta es la esfera que la historia oficial omite.

16 Referencias

- Ahumada, H. (2002). Condiciones de la asistencia psiquiátrica en Chile. En Medina, E., Escobar, E., y Quijada, M. (Ed.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años* (pp. 58-60). Santiago, Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Aroca, A. (2006). Espacio y movimiento de la locura. El péndulo de la historia. *Cuaderno del seminario 2*, 23-46
- Ayán, X., Blanco, R., y Mañana, P. (2002). Arqueotectura 1: bases teórico metodológicas para una arqueología de la arquitectura. *TAPA* (25).
- Baker, G. (1994). *Le Corbusier: análisis de la forma*. Barcelona, España: Gustavo Gili.
- Becerra, L. (2017). *Arquitectura como herramienta terapéutica en el campo de la salud mental: nuevas configuraciones arquitectónicas para el paradigma actual de integración en psiquiatría* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Becerra, M. (2009). De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954. *Red de investigadores de biopolítica*. Recuperado de <https://biopolitica.flinders.edu.au/publication/de-psicosis-toxica-a-predisposicion-morbida-emergencia-de-la-figura-del-toxicomano-en-chile-1872-1954/?lang=es>
- Becerra, M. (2013). Ruina, degeneración y contagio: Toxicomanía y peligrosidad social en Chile. *Sociedad hoy* (25), 145-162.
- Becerra, M. (2018). “Restaurando la voluntad del enfermo”: Medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile. *Sociedad hoy* (26), 117-153.
- Blanton, R. (1994). *Houses and Households. A comparative study*. Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Brandão, J. (2015). *Arquitetura que enlouquece: Poder e Arqueologia* (Tesis de maestría). Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Brandão, J. (2017). Escavando temporalidades. *Habitus*, 15(2), 207-219. DOI: 10.18224/hab.v15i2.5341
- Brandão, J. (2019). The New Brazilian Mental Health Policy and What Archeology has to do with it. *Global Journal of Archaeology & Anthropology* 9(1), 001-003. DOI: 10.19080/GJAA.2019.09.555755
- Cárcamo, N. (2015). Enfermo, quiltro y chileno. Eugenesia y degeneración de la raza en Chile. 1937-1941. En Leyton, C., Palacios, C., Sánchez, M. (Ed.), *Bulevar de los pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX* (pp. 194-210). Santiago, Chile: Ocho libros editores.
- Ching, F. (2000). *Arquitectura: forma, espacio y orden*. México: Gustavo Gili.
- Código Sanitario de la República de Chile (Decreto Ley 602) (1925). *Diario Oficial*, 20 de octubre de 1925.

Código Sanitario (Decreto con fuerza de Ley 226) (1931). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Chile*. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=5113&f=1968-01-31&p=>

Eco, U. (1974). *La estructura ausente: introducción a la semiótica*. Barcelona, España: Lumen.

Fernández, M. (2013). Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940. *Atenea* (508), 73-89.

Fija el texto definitivo de la ley número 5.231, sobre impuesto a los alcoholes y bebidas alcohólicas (Ley 5231) (1933). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Chile*. Recuperado de <http://bcn.cl/2o8c0>

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. D.F., México: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1979a). Curso del 14 de enero de 1976. En Varela, J. y Álvarez, F. (Ed.), *Microfísica del poder* (pp. 139-152). Madrid, España: La Piqueta.

Foucault, M. (1979b). Verdad y poder. En Varela, J. y Álvarez, F. (Ed.), *Microfísica del poder* (pp. 175-189). Madrid, España: La Piqueta.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Fuentealba, R. (2013). *Representaciones sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de personas esquizofrénicas* (Título de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Fuenzalida, N. (2011). Cuartel Terranova, análisis de la configuración espacial en relación a las estrategias de represión y control de detenidos y torturados. *La Zaranda de Ideas. Revista de Jóvenes Investigadores en Arqueología* (7), 49-63.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

González Ruibal, A. (2020). Arqueología do passado contemporâneo: uma olhada desde a Península Ibérica. *Vestígios - Revista Latino-Americana De Arqueologia Histórica*, 13(2), 3-7. DOI: 10.31239/vtg.v2i13.16331.

Gómez, M. y Villanueva, M. (2011). Hospital psiquiátrico El Peral. En Alvarado, R., Escobar, E., Gómez, M., Madariaga, C., Medina, E., Minoletti, A., Silva, H., y Villanueva, M. (Ed.), *La psiquiatría en Chile, apuntes para una historia* (pp. 30-47). Santiago, Chile: Alpes Chemie.

Grahame, M. (1995). *The house of pompeii: space and social interaction* (Tesis de doctorado). Universidad de Southampton, Southampton, Inglaterra.

- Hall, E. (2003). *La dimensión oculta*. D.F., México: Siglo XXI editores.
- Hillier, B. y Hanson, J. (1984). *The social logic of space*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Illanes, M. (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)*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Letelier Carvajal, J. (2009). “Gobernar es poblar...seleccionadamente” *Ideas eugenésicas en Chile 1925-1941: Una mirada científica y política hacia los intentos por mejorar “la raza chilena”* (Tesina de pregrado). Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile.
- Letelier, J., y Gutierrez, L. (2021). Aproximaciones para una arqueología de la Salud mental en Chile. Antecedentes espaciales y materiales de la Casa de Orates, en sus primeros 50 años. Manuscrito sin publicar.
- Leyton, C. (2005). *La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930* (Tesis de magister). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Leyton, C., Palacios, C., Sánchez, M. (2015). Introducción. Los Bulevares. Vieja y nueva cuestión social. En Leyton, C., Palacios, C., Sánchez, M. (Ed.), *Bulevar de los pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX* (pp. 7-12). Santiago, Chile: Ocho libros editores.
- Longhurst, P. (2011). *The foundations of madness: the role of the built environment in mental institutions of New South Wales* (Tesis de pregrado). Universidad de Sydney, Sydney, Australia.
- Lugo, M. (2002). Saber y poder: una relación compleja. *La lámpara de Diógenes* 3(006), 21-30.
- Macuada, P. (1940). *El suicidio por las drogas*. Santiago, Chile: Zig-Zag.
- Malbrán, E. (2002). Atención de los alienados en Chile. En Medina, E., Escobar, E., y Quijada, M. (Ed.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años* (pp. 46-49). Santiago, Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Markus, T. (1993). *Buildings and Power; Freedom and Control in the Origin of Modern Buildings Types*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Ministerio de Salud (2009). Historia Hospital Psiquiátrico El Peral. *Biblioteca Ministerio de Salud “Sr. Bogoslav Juricic Turina”*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Psiquiatrico-El-Peral.pdf>
- Medina, E., Escobar, E., y Quijada, M. (Ed.). *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años*. Santiago, Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.

Modifica la ley N°5231 de 9 de septiembre de 1933 sobre alcoholes y bebidas alcohólicas (Ley 6179) (1938). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Chile*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/N?i=25311&f=1938-02-10&p=>

Morcillo, F. (2013). *Rehabilitación Hospital Sanatorio El Peral* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Neufert, E. (2013). *Arte de proyectar en arquitectura*. Barcelona, España: Gustavo Gili.

Ortiz, G. (2006). *Eugenésia en Chile. El camino hacia la manipulación racial de un pueblo mestizo, 1900-1940* (Tesis de pregrado). Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

Permy, E. (2015). *Las tecnologías de poder de Foucault y el control de la migración* (Tesis de magister). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Piddock, S. (2007). *A Space of Their Own: The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylums in Britain, South Australia, and Tasmania*. Nueva York: Springer.

Rectificada dispone que el actual ministerio de salubridad se denominara "ministerio de salubridad, previsión y asistencia social" (Ley 5802) (1936). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Chile*. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=25208&f=1936-02-20&p=>

Reglamento para los servicios de salubridad mental (Decreto 68) (1927). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Chile*. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=169728&f=2000-07-14&p=>

Rojas, C. (2016). M. Foucault: el discurso del poder y el poder del discurso. *Universitas Philosophica*, 2(3), 45-56.

Sangrador, J. (1986). El medio físico construido y la interacción social. En Jiménez, F. y Aragonés, J. (Ed.), *Introducción a la psicología ambiental* (pp.147-165). Madrid, España: Alianza.

Seminario de investigaciones sociales del Instituto de Servicio Social. (1966). *Instituciones de asistencia social en Santiago*. Santiago, Chile: Editorial Jurídica de Chile.

Stedman, S. (1996). Recent Research in the Archaeology of Architecture: Beyond the Foundations. *Journal of Archaeological Research* 4(1), 51-93. DOI: 10.1007/BF02228838.

Vivado, A., Larson, C., y Arroyo, V. (2002). La asistencia psiquiátrica en Chile. (Su historia, estado actual, deficiencias y forma como debe ser encarada). En Medina, E., Escobar, E., y Quijada, M. (Ed.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años* (pp. 50-57). Santiago, Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.

Zarankin, A. (2001). *Paredes que domesticam: arqueología da arquitetura escolar capitalista: o caso de Buenos Aires* (Tesis doctoral). Universidad Estatal de Campinas, São Paulo, Brasil.

Zarankin, A. (2003). Arqueología de la arquitectura, modelando al individuo disciplinado en la sociedad capitalista. *Revista de Arqueología Americana* (22), 25-41. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/27768473>

Zelada, R. (1939). *El problema de los estupefacientes* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

17 Anexos

17.1 Anexo N°1

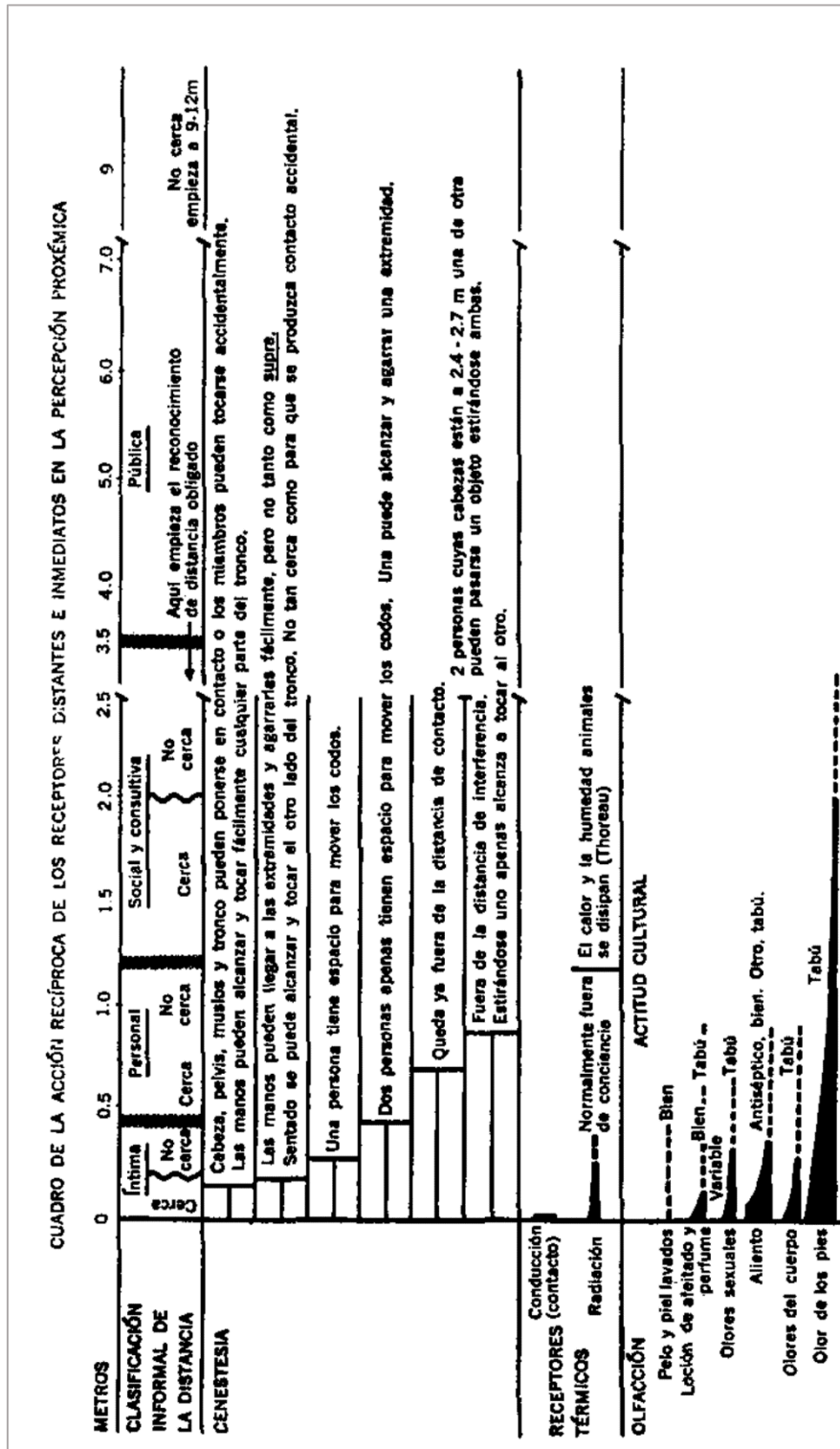


Figura 30. Cuadro de la acción recíproca de los receptores distantes e inmediatos en la percepción proxémica. Parte 1. (Hall, 2003, p.156)

17.2 Anexo n°2

Espacio	Cantidad de conexiones	Nivel jerárquico	Espacio	Cantidad de conexiones	Nivel jerárquico	Espacio	Cantidad de conexiones	Nivel jerárquico
1	16	1	63i	2	3	127	5	6
2	1	2	63ii	2	4	128	2	6
3	4	2	64	1	3	129	1	6
4	2	2	65	1	3	130	2	6
5	2	2	66	3	3	131	1	6
6	3	2	67	2	3	132	1	6
7	17	2	68	1	3	133	1	6
8	13	2	69	4	3	134	1	6
9	1	2	70	4	3	135	1	6
10	18	2	71	2	3	136	1	6
11	18	2	72	2	3	137	1	6
12	3	2	73	2	3	138	4	6
13	2	2	74	2	3	139	1	5
14	2	2	75	3	3	140	1	5
15	2	3	76	3	3	141	1	5
16	2	3	77	1	3	142	1	5
17	1	3	78	1	3	143	1	6
18i	2	3	79	2	4	144	1	6
18ii	2	4	80	16	5	145	2	6
19	1	3	81	1	4	146	1	6
20	1	3	82	1	4	147	3	6
21	1	3	83	1	4	148	2	6
22	5	3	84	1	4	149	2	6
23	2	3	85	1	4	150	2	6
24	1	3	86	3	4	151	2	6
25	3	3	87	1	4	152	2	6
26	1	3	88	1	4	153	2	6
27	1	3	89	1	4	154	2	6
28	1	3	90	1	4	155	2	6
29	1	3	91	1	4	156	2	6
30	1	3	92	1	4	157	2	6
31	1	3	93	1	4	158	2	6
32	1	3	94	3	4	159	2	6
33	1	3	95	3	5	160	2	6
34	1	3	96	2	5	161	1	6
35	5	3	97	1	4	162	2	6
36	2	3	98	1	4	163	3	6
37	3	3	99	1	4	164	1	6
38i	2	3	100	1	4	165	1	6

38ii	2	4	101	1	4	166	1	7
38iii	2	4	102	1	4	167	1	7
39	1	3	103	2	4	168	1	7
40	1	3	104	1	4	169	1	7
41	1	3	105	1	4	170	1	7
42	1	3	106	1	4	171	1	7
43	1	3	107	1	4	172	1	7
44	1	3	108	1	4	173	1	7
45	1	3	109	1	4	174	1	7
46	1	3	110	1	4	175	1	7
47	1	3	111	21	5	176	1	7
48	2	3	112	1	4	177	1	7
49	5	3	113	1	4	178	1	7
50	3	3	114	1	4	179	1	7
51	1	3	115	1	4	180	1	7
52	3	3	116	2	4	181	1	7
53	2	3	117	1	4	182	1	7
54	2	3	118	1	4	183	1	7
55	2	3	119	1	4	184	1	7
56	2	3	120	1	4	185	1	7
57	2	3	121	1	4	186	1	7
58	2	3	122	1	4	187	1	7
59	2	3	123	1	4	188	1	7
60	2	3	124	1	6	189	1	7
61	1	3	125	1	6	Total	411	835
62	1	3	126	1	6			

Tabla 18. Tabla de datos sobre conexiones y accesibilidad. Estructura realizada en base a Zarankin (2001).