



DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL

Nicolas Morales Sáez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL

NICOLÁS MORALES SÁEZ



TESIS DOCTORAL

2023

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

NICOLAS MORALES SÁEZ

**DEL ASILO AL ACTIVISMO.
HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD
MENTAL**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Ángel Martínez Hernáez

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Avinguda de Catalunya, 35
43002 Tarragona
Tel. +34 977 55 9748



HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Del asilo al activismo. Hacia una antropología política de la salud mental”, presentado por Nicolás Morales Sáez para la obtención del título de Doctor/a por la Universitat Rovira i Virgili, ha sido realizado bajo mi dirección en el programa de Doctorado de Antropología y Comunicación de esta universidad.

Tarragona, 30 de marzo de 2023

El director de la tesis doctoral

MARTINEZ
HERNAEZ
ANGEL -
40978896A

Firmado digitalmente por
MARTINEZ HERNAEZ ANGEL -
40978896A
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-40978896A,
givenName=ANGEL, sn=MARTINEZ
HERNAEZ, cn=MARTINEZ HERNAEZ
ANGEL - 40978896A
Fecha: 2023.03.30 13:38:14 +02'00'

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Resumen

El objetivo de esta tesis es analizar el campo político de la salud mental en el Área Sur de Santiago de Chile. El abordaje teórico-metodológico propone una antropología política de la salud a través de los conceptos de campo político y arenas políticas, los cuales permiten interrogar las relaciones de hegemonía, subalternización y contrahegemonía en la psiquiatría chilena. La revisión historiográfica ha permitido problematizar el custodialismo, situar la emergencia del reformismo psiquiátrico y caracterizar el imaginario biologista en espacios asilares y postasilares. El trabajo de campo consistió en investigación documental (Archivo del Hospital Psiquiátrico El Peral y otras fuentes documentales); entrevistas semi-estructuradas e informales a trabajadores de la salud mental, usuarios, activistas en primera persona e informantes clave; y observación participante en un centro de salud mental comunitaria y un colectivo activista. Los principales resultados profundizan en las articulaciones entre los tres subcampos (asilar, neocomunitarista y activista), problematiza el legado comunitarista en el reformismo psiquiátrico del Chile neoliberal y presenta una escena contingente de emergencia del movimiento en primera persona en salud mental. Las luchas contrahegemónicas contra una práctica psiquiátrica biologista se sustentan en la experiencia de las violencias psiquiátricas, incluyendo en ellas formas específicas de violencia de género.

Abstract

The aim of this thesis is to analyze the political field of mental health in the Southern Area of Santiago de Chile. The theoretical-methodological approach proposes a political anthropology of health through the concepts of political field and political arena, which allow interrogating the relations of hegemony, subalternization and counter-hegemony in Chilean psychiatry. The historiographic review has made it possible to problematize custodialism, to situate the emergence of psychiatric reformism and to characterize the biologist imaginary in asylum and post asylum spaces. The fieldwork consisted of documentary research (El Peral Psychiatric Hospital Archive and other documentary sources); semi-structured and informal interviews with mental health workers, users, first-person activists and key informants; and participant observation in a community mental health center and an activist collective. The main results deepen the articulations between the three subfields (asylum, neo-communitarian and activist), problematize the communitarian legacy in the psychiatric reformism of neoliberal Chile and present a contingent scene of emergence of the first-person movement in mental health. Counter-hegemonic struggles against a biologistic psychiatric practice are sustained by the experience of psychiatric violence, including specific forms of gender violence.

Resum

L'objectiu d'aquesta tesi és analitzar el camp polític de la salut mental en l'Àrea Sud de Santiago de Xile. L'abordatge teòric-metodològic proposa una antropologia política de la salut mitjançant els conceptes de camp polític i sorres polítiques, els quals permeten interrogar les relacions d'hegemonia, subalternització i contrahegemonia en la psiquiatria xilena. La revisió historiogràfica ha permès problematitzar el custodialisme, situar l'emergència del reformisme psiquiàtric i caracteritzar l'imaginari biologista en espais asilars i postasilars. El treball de camp va consistir en recerca documental (Arxiu de l'Hospital Psiquiàtric El Peral i altres fonts documentals); entrevistes semi-estructurades i informals a treballadors de la salut mental, usuaris, activistes en primera persona i informants clau; i observació participant en un centre de salut mental comunitària i un col·lectiu activista. Els principals resultats aprofundeixen en les articulacions entre els tres subcamps (asilar, neocomunitarista i activista), problematitza el llegat comunitarista en el reformisme psiquiàtric del Xile neoliberal i presenta una escena contingent d'emergència del moviment en primera persona en salut mental. Les lluites contrahegemòniques contra una pràctica psiquiàtrica biologista se sustenten en l'experiència de les violències psiquiàtriques, incloent-hi en elles formes específiques de violència de gènere.

Agradecimientos

“Tú me has inspirado todo lo que soy
La canción eterna que dura hasta hoy
 Todo lo que fui
 Te lo debo a ti
 Nostalgia de mi amor
Guárdame en tus ojos la profundidad
 Del fantasma oscuro de mi soledad
 Todo es más feliz
 Verte sonreír
 Tu magia ay mi amor”
Congreso. *La canción que te debía*

Hoy hablando con mi hija le decía que estaba terminando de escribir la tesis y ella me decía que deberían darme un premio por haberme demorado tanto, por el esfuerzo. Yo me quedé bastante perplejo por su lógica. Es a ti, Ema, a quien le debía terminar esta tarea, y no encuentro mejores palabras que las de Pancho Sazo y Tilo Gonzalez para darte todo el tiempo que te debía.

A Pauli, no tinc paraules per a agrair-te, tan sols paraules d'amor... senzilles i tendres. No en sabíem més, teníem quinze anys.

A Mona, por ser tan mona, gracias por estar, siempre, estar.

A Àngel, por tu guía, tu apoyo y tu confianza, que espero siempre cultivar.

A l'equip de recerca de la Gestió Col·laborativa de la Medicació. Asun, en primer lugar, ha sido un honor trabajar contigo. A Merche, por el apañe en el trabajo en Nou Barris. A Elisa, Xavi, Deborah y Martín, por el trabajo de pensar colectivamente.

A Núria y Pedro, del DAFITS, por su calidez.

A Josep Maria, por el entusiasmo que contagia.

Al Colectivo Autogestión-Librementemente por permitirme acompañarles y compartir sus voces.

A Rodrigo, Patricio y *Claudio*, por compartir su locura. A Juan Carlos por las reflexiones y el apoyo.

Al CESAM de Lo Espejo, por abrir su espacio de trabajo, a *Carmen*, especialmente por su acogida. A *Mercedes, Wladimir, Víctor y Andrea* por su tiempo y colaboración.

A Sergio Naser, Ruben Nilo y Mauricio Gómez por compartir sus experiencias.

A María Angélica, Isabel, Carlos y *Freddy*, por sus relatos para la historia del Open Door.

A Claudia por su generosidad y a César por su energía, por hacer equipo y por ser compañeros.

A las compañeras de *La Guerxa* y a Gerard.

A Ramón García

A Sergio Zorrilla

A Inti Vega

A Elsa Peralta

A quienes me abrieron su agenda para diálogos prolíficos: Jorge Barudy, Luis Peebles, Jan Stehle, Carlos Madariaga, Cecilia Vera y Martín Cordero.

A ANID, Beca PFCHA/Doctorado Becas Chile/2015 – N° 72160418

Índice

Lista de Abreviaturas	12
Introducción	13
1. Las arenas políticas en el campo de la salud mental	21
1.1. Una antropología política de la salud	21
1.1.1. Cuerpo y política	23
1.1.2. Medicina y política	25
1.1.3. Salud pública y política	33
1.2. El campo político de la salud mental	37
1.3. Objetivos y metodología	44
2. Historicidad y cambio social en las políticas en salud mental	51
2.1. La historicidad de las arenas políticas	55
2.2. La transfiguración del custodialismo	59
2.3. El imaginario del biologismo	69
2.4. El reformismo psiquiátrico	84
3. Open Door	
3.1. El hospital de la transfiguración	97
3.2. Encierro/Destierro/Entierro	97
3.3. Laboratorios de la norma	106
3.4. ¿El fin del asilo?	114
	138
4. El espejismo del neocomunitarismo	147
4.1. Una radio extraviada	147
4.2. Territorio, represión y transición	160
4.3. Legados de Marconi en Lo Espejo	171
5. “Sin loc@s, no hay revolución”	183
5.1. En primera persona	183
5.2. <i>Pharmakon</i> y mercancía	192
5.3. Sobrevivir la psiquiatría	204
5.4. “No es lo mismo ser loca que loco”	222
6. Coda y remate	231
6.1. Coda	231
6.2. Remate	236
Bibliografía	241
Apéndices	295
A. Manifiesto Orgullo Loco.	295
B. “No es lo mismo ser loca que loco”. Declaración de las mujeres del Colectivo Autogestión Libre-Mente sobre la violencia de género en salud mental.	297
C. Recursos audiovisuales	299
D. Relación de publicaciones derivadas de la tesis	300

Lista de Abreviaturas

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
APS: Atención Primaria de Salud
CCSMF: Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar
CDL: Consejo de Desarrollo Local
CESAM: Centro de Salud Mental Comunitaria
CESFAM: Centro de Salud Familiar
CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CODEPU: Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo
COLAT: Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial
COLMED: Colegio Médico de Chile
COSAM: Centros Comunitario de Salud Mental Familiar
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FACSO: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
FONASA: Fondo Nacional de Salud
GICAMS: Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social
HPEP: Hospital Psiquiátrico El Peral
INE: Instituto Nacional de Estadísticas
IRM: Instituto de Reeducción Mental
ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional
MINSAL Ministerio de Salud
NSDAP: Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán (sigla en alemán).
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAESMI: Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno-Infantil
PRAIS: Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos
SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad
SENAME: Servicio Nacional de Menores
SNS: Servicio Nacional de Salud
SONEPSYN: Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
TDAH: Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad.
TEC: Terapia electroconvulsiva
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

“La locura puede ser algo casi indefinible y sin embargo nos remite a un dolor, a un lugar que no conocemos, pero de donde se puede entrar y se puede salir... La enfermedad mental es otra cosa, una creencia firme en que de alguna manera irremediable -pese a que no se puede concretar objetivamente- estoy escacharrado y no puedo hacer nada al respecto. Solo esperar el fin.”

Fernando Balius y Mario Pellejer. *Desmesura* (2018).

Dos obras marcan los límites culturales -que no históricos- de esta investigación. En 1968, se publica *L'istituzione negata* editada por Franco Basaglia, y que será traducida al castellano tres años más tarde en Buenos Aires. En 2018, sale a la luz en Madrid y Barcelona *Desmesura*, una novela gráfica escrita por Fernando Balius e ilustrada por Mario Pellejer, cuya lectura me ha fascinado tanto por su posicionamiento político como por su calidad artística. Esta novela ilustra una historia singular sobre una persona que escucha voces y los cielos se le pintan de colores, desde el saber profano de quien ha encontrado una forma de pensarse con otros más allá del diagnóstico psiquiátrico.

Comienzo con esta breve anotación para mostrar cómo confluyen diversas perspectivas biográficas e institucionales en lo que más adelante llamaré el *campo político* de la salud mental. Se observa, a primera vista, que emerge un contraste de época. Hay, por un lado, una obra en la cual el asilo era cuestionado y transformado por psiquiatras progresistas, heredera de los convulsos años sesenta y que inaugurará un movimiento que será conocido más adelante en Italia como «psiquiatría democrática». Por el otro, una novela gráfica donde se narra en primera persona la experiencia de la locura, sin ningún mediador, salvo el aspecto visual de la obra. Ahora bien, como se argumenta más adelante, el asilo y el activismo no corresponden a polos opuestos de una historia lineal, sino que conforman, entre otros, un tejido de actores y arenas políticas en transformación. Actores de una historia relativamente reciente e incesante, y muchas veces poco conocida, quienes pugnan desde lugares y posicionamientos diversos por cruzar los límites del asilo. Arenas políticas locales y globales que pueden ser trazadas desde las experiencias concretas que a través de esta tesis buscan ser (re)construidas.

Esta tesis se inscribe en un campo interdisciplinario desde un abordaje interdisciplinario. Fluir en el proceso ha significado un esfuerzo de largo aliento, al buscar explorar la salud mental desde un ángulo político, con las herramientas de la antropología y recurriendo a los archivos para proyectar sobre el campo una mirada diacrónica. He optado por realizar un ejercicio de antropología *at home*, porque ha sido desde el entrecruzamiento de experiencias profesionales concretas que se ha ido deshilando una madeja enrevesada y voluminosa. La antropología me ha permitido plantearme preguntas más o menos complejas, pero ha sido mi propia experiencia biográfica y profesional la que me ha permitido observar ángulos antes no advertidos. De este modo, esta tesis ha significado un proceso de aprendizaje motivante, a ratos áspero, a ratos inspirador.

La investigación se ha desarrollado en el Área Sur de Santiago de Chile, que designa a la zona sur de la metrópolis que en clave histórica ha conformado uno de los polos de migración interna (campo-ciudad), en la cual se desplegó la organización de *tomas de terreno* por parte del movimiento de pobladores a partir de los años cincuenta (Garcés, 2013) y uno los espacios de erradicación de la pobreza urbana durante la dictadura cívico-militar (Leyton, 2015).¹ Desde el punto de vista de los servicios de salud mental, el Área Sur incluye uno de los dos hospitales psiquiátricos de la Región Metropolitana: el Hospital Psiquiátrico El Peral, situado en la comuna de Puente Alto, en el sector suroriente, pero que administrativamente, desde finales de los setenta, depende del Servicio de Salud Metropolitano Sur. En este mismo territorio, entre 1968 y 1973, se desarrollaron experiencias de psiquiatría “intracomunitaria”, que en aquella época correspondían a las comunas de San Miguel y La Cisterna, pero que, con la creación de nuevas municipalidades en 1991, se subdividieron dando lugar a las comunas de Pedro Aguirre Cerda y de Lo Espejo, respectivamente.²

¹ La erradicación de la pobreza urbana a partir de 1975 de acuerdo a Leyton (2015) siguió un programa geopolítico que bajo parámetros eugenésicos reconfiguraba la organización de la ciudad. Miles de pobladores de campamentos que habían edificado viviendas en los sectores más ricos de la ciudad (sector Oriente) fueron erradicados por los militares a comunas del sur de Santiago.

² La administración sanitaria ha acuñado el término “Área Sur” para aquella sección de la Región Metropolitana cuyo hospital base es el Hospital Barros Luco Trudeau y que desde 1979, luego de la fragmentación del Servicio Nacional de Salud (SNS), delimita el área de cobertura del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). El territorio del SSMS registra 10 comunas según el Observatorio Chileno de Salud Pública, aunque hay que considerar una undécima comuna, que corresponde sólo al territorio del CESFAM Joao Goulart de la comuna de La Granja, cuyos otros territorios pertenecen al SSM Sur Oriente (Gattini, 2015).

Me ha interesado plantear, desde el punto de vista teórico, una antropología política de la salud, porque considero que la fragmentación del conocimiento antropológico nos ha conducido cada vez más a especializarnos en temas específicos, como le ha ocurrido también a los médicos, por cierto. Pero como médico general me he rehusado a especializarme, y tampoco pretendo ser un antropólogo “especialista”. La apuesta por un saber lateral, con Canetti (1994), me ha llevado, como en el ajedrez, a dar saltos en diagonal en vez de pasos tímidos.

¿Cómo se ha construido, entonces, esta tesis? Como un viaje, con muchas idas y con muchas vueltas, de la asamblea al escritorio de casa, de una conversación íntima en una plaza a un mesón rígido de la Biblioteca Nacional de Santiago, de una consultoría psiquiátrica a una marcha por el Orgullo Loco, entre otras. Y cómo no decirlo, entre Santiago y Barcelona, con muchas escalas de aviones y trenes entre medio.

Los referentes teóricos son múltiples y se irán introduciendo a medida que se avance en la lectura, pero considero que me siento deudor de dos escuelas principales que son las que me han formado como antropólogo: el CIESAS de la Ciudad de México, y el DAFITS de la Universidad Rovira i Virgili, junto al equipo del MARC.

Entrando en materia, existe una considerable cantidad de publicaciones sobre la historia reciente de la instalación del modelo de salud mental comunitaria en Chile, que corresponden a estudios elaborados por parte de los propios referentes técnicos de las políticas públicas en salud mental, principalmente desde la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile³. Una parte importante de los datos referidos corresponden a documentar el aumento de cobertura y diversificación de la atención ambulatoria y la progresiva disminución de camas en hospitales psiquiátricos, particularmente las de larga estadía⁴. Este proceso de “desinstitucionalización” leído como el ocaso de los hospitales psiquiátricos, abre a su vez una serie de nuevos dispositivos de atención cerrada (unidades de corta estadía en hospitales

³ En la última década se ha comenzado a evaluar el impacto de la implementación del modelo de salud mental comunitaria sobre la tasa de consultas de urgencia psiquiátrica, la adherencia al tratamiento, la calidad de la atención y el respeto de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental (Alvarado, Minoletti, Torres, *et. al.*, 2012; Alvarado, Rojas, Minoletti, *et. al.*, 2012; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012; Minoletti, Toro, Alvarado, *et. al.*, 2015; Sepúlveda, 2015).

⁴ En general se traduce este proceso en el indicador de nº de camas de larga estadía. A nivel nacional, en 1990 existían 2.516; luego de la desinstitucionalización, el número había disminuido a 1.029 en 2003 (reducción de un 59%) (Alvarado, Minoletti, Torres, *et. al.*, 2012).

generales) y abierta (en centros comunitarios o servicios de psiquiatría ambulatoria dependientes de hospitales generales).

A esta literatura sanitaria, se contraponen trabajos que, desde las ciencias sociales, incluyendo a la psicología social, han abordado este proceso de reforma psiquiátrica desde enfoques foucaultianos (Carrasco, 2011; Castro, 2019; Vaccari, 2013), poniendo énfasis en la gubernamentalidad y otras formas de poder disciplinario. Asimismo, en el último lustro, han emergido formas de contestación académicas a la psiquiatría, que provienen de activistas aliados al movimiento en primera persona (Castillo, 2019; 2021; Cea, 2019; 2022; Cea y Castillo, 2018; 2020).

La antropología en Chile, como veremos, ha estado presente en espacios asilares y postasilares. Desde las etnografías del custodialismo que comienzan con los trabajos del impulsor de la enseñanza de la antropología en la Universidad de Chile, Carlos Munizaga, a partir de los sesenta; luego, las colaboraciones de antropólogas como Larissa Adler Lomnitz y María Ester Grebe con los estudios epidemiológicos del alcoholismo y la psiquiatría intracomunitaria, respectivamente, ambas en los largos sesenta; y durante la postdictadura, los estudios sobre la depresión en el Chile neoliberal realizados por Clara Han (2022).

En esta monografía se aborda la historia de la reforma psiquiátrica, contribuyendo desde la perspectiva de una antropología procesual y relacional, diacrónica y sincrónica, situada en el territorio sur de Santiago. La revisión historiográfica me ha permitido problematizar el custodialismo desde un punto de vista social y político, situar la emergencia del reformismo psiquiátrico y caracterizar el imaginario biologista en espacios asilares y postasilares. Asimismo, el estudio del campo político de la salud mental me ha llevado a delimitar tres subcampos contingentes: el asilar (el hospital psiquiátrico), el neocomunitarista (la salud mental comunitaria) y el activista (centrado en los usuarios, ex-usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría). A través de ellos, observo la historicidad de las *arenas políticas* que se expresa en las relaciones de hegemonía, subalternización y contrahegemonía, contingentes y estructurales entre los subcampos y las interacciones con otros campos relacionados (legal, parlamentario, u otros). Con todo, siguiendo a Good, Good, Hyde, *et al.* (2008, p. 3) se debe considerar que en este recorte analítico lo político está en el corazón de lo psicológico, y lo psicológico está en el corazón de lo político.

He señalado que mis experiencias biográficas y profesionales han influido en el devenir de esta investigación. En los siguientes párrafos describo algunos elementos de contexto que considero pueden ser considerados *inputs* relevantes.

Las primeras reflexiones sobre el proyecto de investigación se remontan a julio de 2014. En aquel entonces trabajaba como médico general en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Buin y con una compañera psicóloga fuimos convocados a la Jornada *Red Colaborativa de Investigación en Salud Mental* autoconvocada por profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur. A los equipos locales de salud mental se nos solicitaba presentar temas para ser investigados, mientras que a algunos académicos presentes se les convocaba a presentar sus líneas de investigaciones afines. La jornada evidenció la falta de correspondencia en aquel entonces entre las necesidades locales y los lineamientos de investigación. Desde el mundo académico primaban los enfoques basados en las neurociencias, con las excepciones de la psicología comunitaria y el trabajo social, mientras que desde los equipos locales se representaban temas clínicos, sobre todo en población infantojuvenil, junto a temas psicosociales (suicidio y demografía) y socioculturales (violencia sexual e intervenciones comunitarias). Sin embargo, el gatillante clave fue la presencia de un usuario que interpelaba a la audiencia señalando que era necesario incluir las experiencias en primera persona. Desde entonces, me acerqué a las primeras actividades de *Libre-Mente* en el centro de Santiago.

La segunda inquietud que me rondaba provenía de mi experiencia clínica, ya que además trabajaba en el PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos) en el Hospital Barros Luco y estaba desarrollando una investigación junto a Joel Espina sobre los efectos de los Reconocimientos de Restos Óseos en los familiares de Detenidos Desaparecidos de Paine (también en el área Sur). Desde entonces, me ha llamado la atención el generalizado desconocimiento en la red de salud mental pública respecto de las secuelas de la violencia política en la población general.

Estos puntos de partida se aunaban a mi inconformidad con las tareas asistenciales, en las que me cuestionaba el uso cronificado de psicofármacos, al mismo tiempo que me alargaba poniendo atención a las historias de las personas consultantes. Problematizar el trabajo en salud mental comunitaria, me llevó a profundizar en la propia historia de la psiquiatría y así comencé a asistir al llamado Seminario Permanente La Locura, conducido por un grupo de historiadoras e historiadores de la ciencia y la psiquiatría entre 2013 y 2014.

Otra experiencia relevante ocurrió en Barcelona, antes del trabajo de campo, reseñada en un artículo publicado:

“En noviembre de 2015 participé de la conformación de un *espai de salut* (espacio de salud) en un Centro Social Ocupado (CSO) de Barcelona. Esta experiencia devino en un largo período de reflexión sobre la salud, el malestar y los cuidados entre jóvenes con experiencia profesional en el campo de la salud y las terapias alternativas junto a otros con experiencia de malestar en primera persona. Siguiendo un libro recién publicado de Clara Valverde (2015) respecto a malestares invisibilizados (en particular los Síndromes de Sensibilización Central) comenzamos a esbozar un proyecto que se propuso abordar lo que Clara llama la *empatía radical* desde el propio territorio en el que se ubica el CSO, en un antiguo barrio obrero de Barcelona. La actividad más remarcable de este espacio ahora denominado como *Espai d'autogestió dels malestars i la cura* (Espacio de autogestión de los malestares y el cuidado) tuvo lugar en mayo de 2016 cuando organizamos un encuentro que llevó por título *Polititzant el malestar i la cura* (Politizando el malestar y el cuidado). [...] Esta experiencia de politización de los malestares en un contexto de fuerte trabajo asociativo, barrial y popular transformó el conjunto de mi experiencia de investigación sobre el campo de la salud mental en Santiago” (Morales-Sáez, 2021 p. 204).

Los debates sobre la politización de los malestares me hicieron ampliar la perspectiva política hacia aristas que no había vislumbrado antes, entre ellos la conformación de grupos mixtos y no-mixtos (que incluyen o excluyen a personas sin experiencia en primera persona, respectivamente) en función de buscar el cuidado, la solidaridad o el reconocimiento de acuerdo a diversos contextos.

De vuelta del trabajo de campo en Chile, comencé a participar del proyecto Gestión Colaborativa de la Medicación en Barcelona, liderado por Ángel Martínez y Asun Pié. Realizando entrevistas y grupos de discusión en un CSMA fui contrastando realidades, y aprendiendo de las experiencias del mundo asociativo catalán. Todos estos elementos han confluído para ir trazando un panorama donde no sólo observo la expansión de la psiquiatría biomédica por el globo, sino además diversas formas de activismos en primera persona que se encuentran articulados a escala transatlántica. Durante mi residencia en Barcelona pude participar, además, de diversas actividades relativas al movimiento en primera persona organizadas por diversas entidades (Radio Nikosia, Federació Veus, Xarxa GAM, entre otras); así como observar debates en espacios profesionales en los cuales participaban activistas en

primera persona (Congreso AEN y Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN). La escena de una ingente salud mental colectiva fue acompañada también por espacios formativos (Pié, Correa-Urquiza y Martínez-Hernández, 2021).

La estructura de la tesis se compone de cinco capítulos y un sexto final que cierra con una “coda” de conclusiones y un “remate” de reflexiones.

El primer capítulo, *Las arenas políticas en el campo de la salud mental*, presenta el marco teórico-metodológico. Se trata de un marco teórico que busca introducir la mirada específica tras esta tesis, que se nutre tanto de la antropología médica como de la antropología política. Este *espacio político de la salud* es reconstruido tomando como punto de partida la obra homónima de Didier Fassin (1996), al mismo tiempo que es complejizado con otras perspectivas antropológicas también fecundas en los debates sobre el poder y las relaciones de hegemonía/subalternización/contrahegemonía. En este mapa conceptual dos categorías claves nos ayudan a realizar el recorte analítico: *el campo político* y *las arenas políticas*. El resultado es un primer bosquejo de un *campo político de la salud mental* que orienta y es nutrido por la investigación cuya dimensión técnica es explicada en una sección metodológica.

El segundo capítulo, *Historicidad y cambio social en las políticas en salud mental*, de corte más historiográfico, busca problematizar el *campo político* desde una propuesta diacrónica y relacional a través de tres categorías analíticas: el custodialismo, el biologismo y el reformismo. Cada una de ellas nos introduce en el espesor del tiempo histórico recordándonos que la historicidad forma parte ineludible de cómo interpretamos la realidad, cómo se *incorporan* las desigualdades y cómo imaginamos el cambio social.

El tercer capítulo, *Open Door*, aborda el subcampo asilar a través del caso del Hospital Psiquiátrico El Peral, conocido en el mundo popular chileno simplemente por su nombre original (el *opendor*). El texto recorre la historia institucional como un campo de batalla en permanente *transfiguración*. En este proceso, el destino de la extinción social recibe el auxilio de diversos *laboratorios de la norma*, al mismo tiempo que, desde dentro, múltiples intentos de reforma son ahogados.

El cuarto capítulo, *El espejismo del neocomunitarismo*, presenta el subcampo homónimo. La articulación entre el espacio asilar (el *Open Door*) y el postasilar es reconstruida desde la

trayectoria de la radio *Estación del Paraíso*. Más tarde, se presenta otro espacio, Lo Espejo, a partir de las intrincadas relaciones entre la participación social, las secuelas de la violencia política y los amarres neoliberales en la salud mental chilena.

El quinto capítulo, “*Sin loc@s, no hay revolución*”, da cuenta del subcampo activista y su emergencia en la escena neocomunitarista en la última década. El énfasis está puesto en comprender el punto de vista “en primera persona” de usuarios, exusuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, la centralidad de los imaginarios farmacéuticos sobre el *self* y las diversas formas de violencias psiquiátricas, incluyendo en ellas formas específicas de violencia de género.

1. Las arenas políticas en el campo de la salud mental

En este capítulo se aborda el marco teórico y la metodología. Primero, se realiza una introducción teórica al ámbito de la antropología política de la salud, a través de diversas perspectivas que van situando en el centro del debate la pregunta por lo político y la política. Luego, un apartado presenta los conceptos aplicados en la tesis en torno al campo político de la salud mental. En tercer lugar, se exponen los objetivos y la metodología.

1.1 *Una antropología política de la salud*

La justificación teórica que subyace a esta tesis es contribuir a una articulación, aún infrecuente en América Latina y en el “Norte” global, entre la antropología médica y la antropología política. Esta fragmentación del conocimiento antropológico ha conducido al olvido de ciertos temas que Menéndez (1997) ya constataba hace más de dos décadas, pero cuya situación de marginación aún perdura dentro de la antropología social, como es el caso del estudio de la tortura. En el artículo citado, Menéndez señalaba cómo el eje del poder ha sido una vertiente fecunda desde los trabajos de Ernesto De Martino y de otros que después de él han desarrollado perspectivas antropológicas gramscianas en Italia y América Latina. No obstante, el desconocimiento mutuo entre las producciones de la antropología política y de la antropología médica no se debe tanto a la ausencia de temas que la antropología social ha estudiado desde los cuarenta -tales como la brujería o la relación médico-paciente-, como al proceso de especialización que conduce a una autorreproducción institucional y a una elección sesgada de ciertos temas disciplinares. Los debates y los usos de ciertas tradiciones académicas son también fragmentarios y la mayoría de las veces es yendo al Sur (de Europa o de América Latina) donde se encuentran más esfuerzos por apropiaciones originales por sobre academicismos endogámicos (Comelles, 1997; 2002). No se trata, en todo caso, de crear una nueva parcela del conocimiento antropológico, sino de relevar un camino de búsqueda interpretativa donde la pregunta por la política está al centro del debate.

En este camino la obra de Didier Fassin, *L'espace politique de la santé* (1996), representa una síntesis original para el estudio de las relaciones entre salud y política.⁵ El hecho político para

⁵ La obra refleja el recorrido académico y profesional del autor a partir del estudio de las desigualdades en salud en territorios tan diversos como Ecuador, Senegal y la Francia metropolitana, y cuyo análisis escapa a la perspectiva exclusivamente médico-sanitaria (Carricaburu y Cohen, 2000). Fassin recoge

Fassin no está dado *a priori* por las relaciones de poder, sino es el ángulo particular bajo el cual son estudiadas el que pone en evidencia su dimensión política o no. En este sentido, define lo político como “constituido de relaciones de poder movilizadas en el espacio público para el control de decisiones y de acciones que tienen por objeto los bienes considerados como colectivos” (Fassin, 1996, p. 24, *trad. pers.*). Esta definición abstracta, que sigue la línea de la obra de Swartz, Turner y Tuden (1966), asume que lo político se define por el carácter relacional de los “objetivos públicos” (*public goals*)⁶, más que por la conformación de estructuras sociopolíticas que habían sido estudiadas por el estructural-funcionalismo británico⁷. En el mismo sentido, Donald Kurtz (2001) persigue el análisis de las prácticas de los agentes, el terreno donde se juega lo político como proceso diacrónico e histórico. De modo esquemático, Kurtz (2001, pp. 9-10), al introducir el paradigma procesual de la antropología política, distingue dos nociones de lo político contrapuestas: el adjetivo *political* sintetiza aquellos enfoques centrados en las estructuras, que se caracterizan por ser sincrónicos, estáticos y funcionales (abordan el estudio de un linaje, una tribu, un grupo social, etc.). En cambio, el sustantivo *politics* hace referencia a la práctica de los agentes que operan en estructuras políticas (orientados a objetivos) y remite a un enfoque dinámico y procesual.

El énfasis en la estructura, en los términos de Kurtz que remitiría al adjetivo *political*, podría ilustrar los análisis de Augé (1984) respecto a la noción de enfermedad en sociedades de linaje segmentario como una estructura “elemental”. El mal por vudú representaría, en este caso, el ejemplo de una etiología social articulada entre las lógicas de la diferencia y de la referencia respecto de un grupo de parentesco. Si bien Augé no niega la posibilidad del cambio, el enfoque busca comprender la totalidad social privilegiando los modelos de coherencia entre el “mal” y la estrategia terapéutica mediada por sanadores tradicionales. Retomando los apuntes de

trabajos de investigación realizados en los ochenta y los noventa en la *banlieu* de Dakar en torno a la venta ilegal de medicamentos y la participación comunitaria en salud (Fassin, 1992); el análisis de los programas de reducción de la muerte materna en Ecuador (Defosse, Fassin y Viveros, 1992) y su análisis crítico de la salud pública en la región parisina, en particular en Seine-Saint-Denis (Carricaburu y Cohen, 2000). Posteriormente, retomará en base a publicaciones previas estos mismos temas, añadiendo la dimensión de la ciudadanía y la irrupción del SIDA (Fassin, 2000).

⁶ Marc Swartz, Victor Turner, y Arthur Tuden definen el estudio de la política como “el estudio de los procesos que intervienen en la determinación y realización de objetivos públicos y en la obtención y uso diferenciado del poder por parte de los miembros del grupo implicados en dichos objetivos” (Swartz, Turner y Tuden, 1966, p. 7; traducción citada en Lewellen, 2001, p. 117). Proceso, ámbito político, poder, legitimidad, coerción y apoyo son los conceptos claves de este enfoque procesual (Lewellen, 2001, p. 126).

⁷ Hay excepciones al respecto en el estructural funcionalismo y antes, en Maine, por ejemplo, cuando define la familia como una unidad sociopolítica.

Menéndez (1997) respecto de las representaciones técnicas, institucionales e ideológicas de los campos disciplinarios, es necesario recuperar otras perspectivas de investigación que abran el espectro hacia el estudio del poder y la política. En este sentido, sin desconocer otros estudios que han abordado de modo específico la cuestión del poder⁸, el ensayo de Fassin (1996) proporciona una vía propicia para este fin. La obra aborda tres grandes ejes de análisis: 1) la inscripción del orden social en el cuerpo -o la incorporación de la desigualdad; 2) el poder de curar; y 3) el gobierno de la vida. Más que reseñar el contenido expuesto en ella, lo que interesa es poner en debate los argumentos presentados y ampliarlos con otros enfoques omitidos por el autor pero que para esta tesis aportan profundidad de mirada y pertinencia con el lugar de estudio⁹.

1.1.1 Cuerpo y política

La incorporación de la desigualdad es, para Fassin, la demostración de la inscripción del orden social sobre el orden biológico, cuyo carácter político se expresa en el análisis de las relaciones de poder por las cuales se impone y de los discursos por los cuales se justifica (Fassin, 1996, p. 52). En este sentido, la política es posible de ser abordada tanto en el proceso de inscripción como en los dispositivos materiales y simbólicos que la circunscriben (Fassin, 1996, p. 53). Y el rol del Estado adopta en esta lectura dos niveles: el orden social asegurado por el monopolio de la violencia legítima y la respuesta a la desigualdad, relativa a las medidas de redistribución y protección sociales (Fassin, 1996, p. 53). El argumento general sigue un recorrido por algunas obras etnográficas clásicas, en las que el autor se interroga por la escasez de referencias a las desigualdades en términos de indicadores de morbilidad y mortalidad, aspecto que Menéndez también ha relevado en el caso mexicano. Fassin recupera, no obstante, en la obra de Firth (2013)¹⁰ sobre el cambio social entre los Tikopia de las islas Salomón, un registro del impacto de las catástrofes socioambientales sobre la incorporación de la desigualdad. La perspectiva diacrónica permite a Firth dar cuenta de dos momentos de la sociedad tikopia: en un primer momento (1928-1929) observa un buen estado salud de la población, con aumentos de mortalidad limitados a los extremos de la vida y sin escasez de alimentos (Firth, 1961; Fassin,

⁸ Entre otras, destacan los trabajos de Bourgois (1995) y Farmer (2003).

⁹ En *L'espace politique de la santé*, Fassin (1996) ha trazado una obra ambiciosa de la mano de fuentes etnográficas e históricas, en un diálogo entre la antropología, la sociología y la historia, cuyas fuentes mayoritariamente provienen de Francia y otros países de Europa septentrional, aunque los terrenos sean también ex-colonias ultramarinas.

¹⁰ La fecha de publicación original fue 1959.

1996, pp. 60-61); mientras que veintitrés años después (1952-1953), con una población en crecimiento expuesta a la presión de la escasez de alimentos, a consecuencia de dos huracanes que devastaron la isla, emerge una desigual distribución de los recursos (alimentos y otros bienes). De un lado, Firth describe el privilegio de los jefes respecto de sanciones especiales para quienes les roben, así como las prerrogativas expresadas en la recepción de ayudas de otras familias en caso necesario. Por otro, en cada unidad doméstica la distribución de alimentos en función de la posición que cada miembro ocupe según edad y sexo (Fassin, 1996, pp. 62-63).

En un horizonte histórico prolongado, Fassin va indagando en las relaciones de poder en diversos contextos y observa como una constante la violencia física y simbólica basada en la diferencia sexual:

“En las sociedades tradicionales, habida cuenta de la similitud de las condiciones de vida, y de la eficacia de las reglas de solidaridad que legitiman el poder, la jerarquía de estatus y riqueza, que puede ser fuerte, no da lugar a diferencias significativas en la mortalidad y la longevidad, salvo en circunstancias excepcionales, tales como catástrofes o hambrunas, durante las cuales los mecanismos habituales de solidaridad se ven socavados o, más exactamente, las lógicas de preservación y reproducción del grupo se juegan a favor de los más poderosos y luego de los ricos. El orden social no está, por lo tanto, ausente de los cuerpos. A menudo está marcado de manera ostensible, y se hace visible a todos por su inscripción, a través del aprendizaje cotidiano y sobre todo a través de los ritos de paso, en la superficie misma del cuerpo, en forma de mutilaciones y de trazos múltiples dolorosamente infringidos, pero también en las actitudes que toman los cuerpos y los gestos que realizan, y que manifiestan la dominación y la sumisión. La distinción social que se expresa de la forma más universal es la basada en la diferencia de los sexos, por cuanto es de naturaleza puramente dada. El infanticidio selectivo, las violencias rituales, las mutilaciones sexuales, incluso si se inscriben en contextos de significados distintos, relevan una misma lógica de traducción física de relaciones de poder entre los sexos y proveen así la estructura elemental de incorporación de la desigualdad” (Fassin, 1996, pp. 120-121, *trad. pers.*).

La reflexión de Fassin da cuenta de una estructura social incorporada que se expresa desigualmente entre hombres y mujeres. Fassin asume que con el monopolio de la violencia por parte del Estado, ocurriría una “pacificación de los cuerpos” bajo un manto de “civilización de las desigualdades” (Fassin, 1996, p. 115, *trad. pers.*), adaptando la tesis de Norbert Elias (1988).

En cuanto a la distribución diferencial de la morbilidad y de la mortalidad, a partir de los estudios de demografía histórica de Patlagean (en Bizancio) y de Perrenoud (en Génova), entre otros, Fassin señala que las desigualdades sociales aparecen como una realidad que se expresa primero en los procesos de urbanización. Al respecto, cita el caso de Bizancio entre los siglos IV y VII en el que se registran sendas hambrunas y epidemias. Sin embargo, es a partir del proceso de industrialización que las desigualdades se incrementan, como se observa en las publicaciones de los higienistas franceses del s. XIX, con Louis René Villermé entre otros, quienes han dado cuenta de la mortalidad diferencial entre ricos y pobres, así como en el estudio de E. P. Thompson (1989) sobre la formación de la clase obrera en Inglaterra (Fassin, 1996, pp. 73-86).

1.1.2. Medicina y política

El poder de curar representa el segundo de los temas abordados en *L'espace politique de la santé*. El capítulo aborda el proceso simultáneo de diferenciación del campo médico de los otros campos de la vida social y de su reconfiguración interna constante a través de procesos de especialización. Fassin (1996, pp. 183-184) observa que es la lógica de diferenciación del poder la que subyace a la segmentación de los campos médicos, más que una especialización del conocimiento, la cual es una condición necesaria pero no suficiente. El autor proporciona algunas claves interpretativas sugerentes para estudiar este proceso de diferenciación del campo médico. De este modo, en aquellos contextos donde aún el campo médico no se ha conformado aún en un espacio autónomo, es en sus bordes donde se libran la mayor parte de las controversias, en las definiciones de los actores que son incluidos y excluidos del campo. A su vez, en los lugares donde el campo médico ha adquirido un estatuto propio es al centro del mismo donde se expresan los conflictos, sobre las relaciones de poder entre diversos actores profesionales.

Fassin se detiene, en particular, en la reconfiguración de la medicina tradicional africana y de cómo se construye la legitimidad siguiendo la tipología weberiana (carismática, tradicional y racional).¹¹ Aborda, asimismo, las luchas de poder en el campo médico hegemónico, a través

¹¹ A modo de ejemplo, Fassin (1996, pp. 173-176) cita los efectos de la recomendación de la OMS de la “revalorización” de la medicina tradicional en África a partir de Alma Ata en 1978, en la figura controvertida de los *tradipraticiens* que reclaman al mismo tiempo un saber tradicional y un bagaje

de la historia por el reconocimiento profesional de las enfermeras psiquiátricas y de las parteras en Francia. No obstante, dedica sólo unos párrafos para comentar las relaciones de poder entre usuarios y profesionales al discutir la cuestión de la crisis de la medicina¹². Esta última observación permite introducir otras anotaciones que profundicen en la relación entre medicina y política a la cual Fassin ha contribuido en descripción histórica y etnográfica, pero en menor medida en amplitud teórica. La primera anotación, es el uso que la obra de Michel Foucault y sus reflexiones sobre el poder, en general, y el poder psiquiátrico, en particular, han tenido sobre las aproximaciones críticas a la psiquiatría y a la locura. La segunda, sobre otras aproximaciones menos visibilizadas que provienen de una antropología médica de raíz gramsciana que recupera la relación hegemonía/subalternidad como clave de análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Foucault ha contribuido a la caracterización del surgimiento de la medicina mental en Francia, sobretodo a partir de la publicación del curso en el *College de France* sobre *Le pouvoir psychiatrique* (2005[2003]) dictado originalmente entre 1973 y 1974 (Huertas, 2006). En esta obra, el filósofo traza un estudio del poder disciplinario a través de las terapias de los primeros alienistas, siguiendo los reportes y tratados de Pinel, Esquirol y Leuret, entre otros médicos del tratamiento moral. Permítase, antes de entrar en el texto citado, que se apunten algunas observaciones críticas generales que exceden su propio contenido. En primer lugar, el modelo del alienismo pinealiano ha opacado el estudio de otras experiencias de instituciones asilares en Europa¹³. Tampoco se menciona suficientemente que el cuidado respetuoso de los locos se remonta a algunos hospicios para “locos e inocentes” en la España del s. XV y la Nueva España

científico, favorecido por la necesidad de las instituciones de salud de otorgar un reconocimiento oficial a tales sanadores. Para un estudio en profundidad sobre las pugnas de legitimidad de las medicinas tradicionales en América Latina véase R. Campos (2015).

¹² Fassin adopta un planteamiento general sobre la medicalización de la sociedad y se centra en la mayor exigencia de los usuarios respecto de la eficacia médica y los temas de seguridad de los tratamientos, pero sólo da un ejemplo. Se trata del activismo de Act Up de las personas que viven con VIH en Francia y cuya lucha según el autor le exige mayores resultados a la medicina y la industria para el combate de la enfermedad sin cuestionar la legitimidad de la ciencia (Fassin 1996, p. 191). El movimiento de sobrevivientes a la psiquiatría, que sí cuestionaba la legitimidad de los tratamientos, será abordado en el capítulo quinto.

¹³ Los orígenes de la medicalización de la locura pueden situarse en múltiples ciudades europeas entre el siglo XVIII al XIX, además de París (Pinel). Véase los estudios sobre [Nombre del alienista entre paréntesis]: Londres (W. Battie); Florencia (V. Chiarugi); York (W. Tuke); y Chambéry (J. Daquin) (Huertas, 2012, p. 50). Para el caso italiano, véase Guarnieri (1991), y para el lugar de Daquin como predecesor de Pinel, Huertas (2015).

del s. XVI¹⁴. Y, cerrando estas observaciones, hay que recordar que el asilo no fue la única institución en la cual se observó el proceso de medicalización de la locura. Al respecto, un caso interesante es la Colonia de Gheel, en Bélgica, que llamó la atención de los propios alienistas en el siglo XIX (Loiseau, 1862), al dar cuenta de una pequeña ciudad que ha servido como modelo de no segregación de la locura¹⁵.

En el estudio del poder, Foucault retoma el estudio del panóptico de Bentham. El panoptismo, de hecho, fue el modelo de poder disciplinario por excelencia, en la prisión, el hospital, la escuela o el taller (Foucault, 2002). Foucault denomina a este poder como poder de normalización, siguiendo a Georges Canguilhem (1966)¹⁶, como un vector que atraviesa a las diversas instituciones de la llamada sociedad disciplinaria. El interés por la disciplina social es el lente a través del cual se leerá entonces el surgimiento del “orden psiquiátrico”, el mismo que Robert Castel (1977) describió con minuciosidad en su libro homónimo.

Este período de emergencia simultánea de los grandes asilos en Europa y de la conformación del campo médico-psiquiátrico es presentado por Foucault como un momento en el cual

¹⁴El *Gran Encierro* no se verifica en otras situaciones históricas como un fenómeno que emerge con la Ilustración como había planteado Foucault para el caso francés en el siglo XVII (Menéndez, 1984: 92-93). En efecto, en América Latina, los primeros hospicios para locos fueron construidos en el siglo XVI siguiendo el modelo de los hospitales españoles, tales como el Hospital de “locos e inocentes” fundado en Valencia el año 1409: el primero, el Hospicio de San Hipólito fue fundado en 1567 en la Ciudad de México (Viqueira, 1970). A partir del s. XVII se han descrito en Lima secciones especializadas para “enfermos mentales”, exclusivamente para varones en el Hospital de San Andrés y solamente para mujeres en el Hospital de Santa Ana (Rodríguez Sala, 2005). Para críticas sobre las limitaciones del “Gran Encierro” en el contexto germánico véase Midelfort (1980). Nótese que la publicación de la antropóloga Carmen Viqueira fue publicada originalmente en 1965 en la Revista de Medicina y Ciencias Afines de México y, salvo excepciones (Sacristán, 2009), ha sido escasamente citada.

¹⁵ La historia de Gheel (o Geel en neerlandés) se remonta al culto de Santa Dymphne en el siglo XII como lugar de peregrinación, a la llamada “patrona de los locos” (Huertas, 1988). La revisión de Huertas (1988) da un panorama global del lugar de Gheel en la historia de la locura. Otras revisiones que de modo sinóptico pueden dar más informaciones sobre la transformación de la antigua “colonia de alienados” a lo largo de los siglos XIX y XX pueden verse en Parigot (1863), Rademaeker (1948), y Carty y Breault (1967). En Chile, Julio Zilleruelo (1896: 114) recoge la experiencia belga y la propone como la más apropiada para el tratamiento de la locura al describir el modelo de “villas diseminadas alrededor de una plaza o jardín”.

¹⁶ Canguilhem plantea el problema de la relación entre la norma y la normalización en la segunda parte *Le normal et le pathologique* (1966). Foucault ha profundizado en esta cuestión en *Los anormales* (2001) señalando el carácter político de la norma a través de la función de normalización. Siguiendo a Le Blanc (2002; 2004) observamos que a Foucault le interesa justamente este aspecto que él llama de “normalización social”, en el sentido de normalización disciplinaria, vinculada al ejercicio del poder, por sobre otra dimensión que remite a una normalización heurística, que apela a una experiencia humana de conocimiento de la regularidad, de la aprehensión de la norma y de lo normal, que es justamente uno de los puntos centrales de la obra de Canguilhem.

primero se erige la institución (el asilo) y, luego, la psiquiatría elabora su discurso (el discurso psiquiátrico), limitándose inicialmente al asilo (prácticas asilares, tratamiento moral) y luego saliendo de él, abarcando ámbitos preventivos (higienismo), judiciales y familiares (Rose, 2006, pp. 124-126). Con relación al conocimiento psiquiátrico, Pinel elabora una teoría de la alienación mental y establece una nosografía basada en *especies*¹⁷, mientras que Esquirol ya plantea el término de enfermedades mentales, en plural, distinguiendo jerárquicamente géneros, especies y variantes (Huertas, 1999).¹⁸

En contraposición a esta nosografía asilar, la emergencia del método anatómico-clínico que con Bichat transforma la “mirada médica” (Foucault, 1999), señala el rumbo somático de la psiquiatría y la infructuosa búsqueda de la lesión anatómica (Foucault, (2005[2003], pp. 263-266). Esta transformación sobre la exploración de la verdad de la locura, que inspecciona en el cuerpo inerte de la necropsia y no en la palabra del loco, tuvo como consecuencia un abandono paulatino de las terapias morales, y una orientación que veía en la demencia, el deterioro y la cronificación una tríada de signos inequívoca de la enfermedad mental (Huertas, 2006, p. 271; Huertas, 2012, pp. 34-35). La demencia, para Foucault, era el prototipo de la disciplina asilar, “el producto del doble juego de ese poder y esa disciplina” (2005[2003], pp. 260-261). El espíritu reformista del alienismo devino entonces simple custodialismo, tal como lo ha analizado Lantéri-Laura (1972), al ilustrar cómo la categoría de la cronicidad se erige como una característica propia de los enfermos hospitalizados, señalados como “crónicos” por la psiquiatría francesa de fines del s. XIX, en un contexto económico que requería del autoabastecimiento de la propia institución a partir del trabajo de los enfermos en las diferentes esferas productivas del asilo (granjas, lavandería, lechería, etc.). A esta condición de pasividad, oponía Foucault a “las histéricas como las verdaderas militantes de la antipsiquiatría” (2005[2003], pp. 260-261), como un ejemplo de práctica corporal que escapaba y subvertía el canon médico de la época. Huertas (2012) observa en esta frase una línea de investigación ulterior que releva la resistencia al poder entre los locos como un aspecto que la historiografía

¹⁷ Entre las especies principales describe la manía, la melancolía, la demencia y el idiotismo (Pinel, 1809).

¹⁸ Entre los géneros principales distingue la manía (y sus formas monomaniacas), la lipemania (en lugar de melancolía), la demencia y la idiocia (Esquirol, 1838).

ha abordado de forma insuficiente¹⁹. El término resistencia²⁰, difundido desde hace décadas en el campo de las ciencias sociales es, sin embargo, limitado para comprender a cabalidad las relaciones de poder, ya que pone el énfasis en una estrategia de defensa frente a la dominación más que en una respuesta colectiva organizada, como sí lo hace la noción de contra-hegemonía. Es momento de revisitar sumariamente los aportes de la antropología médica de inspiración gramsciana que abordan esta cuestión.

En contraste con los enfoques centrados en el poder disciplinario, Eduardo Menéndez ha realizado una lectura de las relaciones de poder a través de la clave gramsciana de las relaciones de hegemonía/subalternidad y de hegemonía/contra-hegemonía. Esta perspectiva crítica en la antropología médica respecto de la naturalización del proceso salud/enfermedad/atención, ilustra los elementos de conflicto, contradicción y articulación entre modelos médicos, y también en términos de estructura de clases. Estas reflexiones tienen un anclaje en las obras de Antonio Gramsci y Ernesto De Martino²¹.

La noción de hegemonía en Gramsci es una herramienta analítica que emerge al estudiar los mecanismos mediante los cuales las clases dominantes perduran en el poder (Martínez, 2008: 164), y también permite pensar cómo los grupos subalternos pueden, en determinados casos, construir una hegemonía alternativa. De acuerdo con Kate Crehan (2004, p. 123), “[p]ara Gramsci, las relaciones de poder ocupan un *continuum* que presenta en un extremo la coerción directa mediante la fuerza bruta, y en el otro el consentimiento voluntario”. Gramsci no dejó en sus escritos una definición cerrada de hegemonía: En el cuaderno 12, al abordar la formación de los intelectuales, ilustraba su trabajo subalternizado en la construcción de “consenso” como

¹⁹ Dentro de los estudios que han explorado estas resistencias en la historiografía latinoamericana, Huertas (2012, p. 35) cita algunos trabajos mexicanos sobre la primera mitad del siglo XX que han abordado la capacidad de los pacientes para negociar diagnósticos, tratamientos y normas al interior de los manicomios, así como denunciar abusos o negarse a realizar laborterapia o someterse a hipnosis: Ríos (2009); Rivera-Garza (2001); y Sacristán (2005).

²⁰ La generalización del concepto de resistencia podría estar relacionada, o bien, con la escasez de referentes empíricos que den cuenta de qué se observa como resistencia cuando se afirma que “donde hay poder, hay resistencia” (por ejemplo, en Foucault), o bien, cuando la definición es tan amplia que cualquier respuesta “pasiva” puede ser considerada resistencia (por ejemplo, en Scott, 2000) (Menéndez, 2015).

²¹ Giovanni Pizza (2005) ha destacado los aportes de la obra de Gramsci a la antropología médica, entre los cuales cabe relevar la noción del hombre como “producto histórico”, así como su reconocimiento de la agencia del subalterno como parte de la crítica al capitalismo taylorista en la figura del “gorila amaestrado”. Asimismo, en De Martino, uno de los aprendizajes relevantes es la toma de distancia del “criterio de realidad” para distinguir lo sano de lo enfermo, como entidades dadas, en pos de relevar el criterio de la realidad histórica.

un dominio separado de la fuerza coercitiva del Estado (Gramsci, 1986b, p. 357); mientras que en el cuaderno 14, al tratar la ciencia del Estado, concebía a la hegemonía como una práctica inherente a la acción estatal, que se expresaba en el enunciado “Estado es todo el conjunto de actividades prácticas y teóricas con que la clase dirigente no sólo justifica y mantiene su dominio sino que logra obtener el consenso activo de los gobernados” (Gramsci, 1999, p. 186). Martínez (2008, pp. 164-165) remarca la dimensión cultural de la *egemonia* gramsciana al describirla como “un conjunto de creencias, normas, principios y saberes, una *Weltanschauung* que va permeando la sociedad civil hasta instalarse en las clases subalternas como «sentido común»”. En este mismo sentido, es relevante la relación que Martínez observa en Gramsci entre la hegemonía y la educación, la cual operaría tanto para la función de “consenso”, producto del conflicto invisibilizado bajo el supuesto una estructura social armónica, como para su propia desarticulación a través de una ruptura del sentido común (Martínez, 2008, p. 165). En el cuaderno 25, titulado *Al margen de la historia. (Historia de los grupos sociales subalternos*, y quizás el más antropológico de los *Quaderni* (Beneduce, 2017, p. 161; Gallo, 2014), Gramsci (2000) critica a la criminología italiana encabezada por Cesare Lombroso, cuestionando lo que se podría llamar hoy patologización de las clases subalternas, a partir del caso del lazzaretismo en Italia²²:

“(ésta era la costumbre cultural de la época: en vez de estudiar los orígenes de un acontecimiento colectivo, y las razones de su difusión, de su ser colectivo, se aislaba al protagonista y se limitaban a hacer su biografía patológica, demasiado a menudo tomando como base motivos no bien averiguados o interpretables en forma distinta: para una élite social, los elementos de los grupos subalternos tienen siempre algo de bárbaro y patológico)” (Gramsci, 2000, p. 175).

Ernesto de Martino, en los inicios de la posguerra, explora esta veta antropológica del pensamiento gramsciano, cuya obra puede ser leída tanto desde el punto de vista de la antropología médica (Beneduce y Martelli, 2005; Martínez, Comelles y Oorbitg, 2000, pp. 178-182; Riccó, 2017, pp. 150-152) como desde el punto de vista de la antropología política (Ciavolella, 2017). Interesa más, sin embargo, para los fines propuestos, comprender la obra

²² Gramsci estudia el fenómeno del lazzaretismo como fenómeno, al mismo tiempo religioso y político, que emergió en el campesinado de la Toscana en la segunda mitad del siglo XIX. Se trataría de un aspecto “marginal” en la historia de los grupos subalternos, pero justamente tanto en la forma como en el lugar que lo sitúa, da cuenta de su aprecio por las expresiones populares del campesinado (Tafalla, 2014). Cabe destacar su crítica, avezada para la época, al positivismo de Lombroso, quien se permitía, además de fundarse en nociones racistas, tratar a los disidentes sociales -lazzaretistas y también los anarquistas- como “criminales locos” (Tafalla, 2014; Beneduce, 2017, p. 161).

demartiniana justamente por sus articulaciones múltiples: de lo médico y de lo político; de lo folclórico y de la cuestión de clase; del saber popular y del saber profesional. De Martino (2008a) retomó en un breve texto titulado *El folclore progresivo*, la posibilidad del carácter revolucionario de la cultura popular que emergía, entre otras, en las manifestaciones culturales campesinas durante la Resistencia partisana (Feixa, 2008). Esta desmitificación de la tradición que Gramsci (2000) ya había apuntado -en el cuaderno 27- respecto del lugar del folclore en la “concepción del mundo” asistemática y fragmentaria de las clases subalternas, era una forma de problematizar el “sentido común” o, dicho con otras palabras, la función hegemónica. Se trata del mismo ángulo desde el cual De Martino aborda el estudio de la magia a partir de las condiciones estructurales de la vida cotidiana y desde donde profundiza en diversas formas de psicopatología popular²³. Sobre esta aproximación demartiniana, explica Martínez:

“En este contexto, la enfermedad popular constituye un síntoma del riesgo y la magia una técnica para controlarlo mediante la anulación del proceso histórico y la seguridad de la anticipación y de la redundancia” (Martínez, 2008, p. 164).

Escapa al objeto de este apartado tratar las múltiples vías de acceso al mundo popular que exploró el antropólogo napolitano, y solo resta señalar la vitalidad de su pensamiento, en particular, de su abordaje etnográfico e histórico desde el marxismo gramsciano²⁴. Desde esta perspectiva, la tarea antropológica de desenmarañamiento de las relaciones de hegemonía/subalternidad compete a una doble función, científica y militante, de historizar la cultura de las clases subalternas (De Martino, 2008b). Aquí radican, asimismo, las condiciones de posibilidad de la contrahegemonía como praxis y como proyecto histórico inacabado (Menéndez, 2018).

Retomando lo referido al proceso de diferenciación y especialización del campo médico, cabe reseñar brevemente las contribuciones realizadas por Eduardo Menéndez a la antropología

²³ En la obra de De Martino destaca *La terra del rimorso* (1961), publicación que fue resultado de una investigación interdisciplinaria realizada sobre el fenómeno del tarantismo en el Salento, el territorio más meridional de la Apulia en la península itálica. El tarantismo, símbolo que condensa diversas manifestaciones somáticas, psicológicas, religiosas, musicales y estéticas relacionadas a la mordedura de la araña, es estudiada desde el punto de vista antes descrito, incluyendo en el equipo a Giovanni Jervis, psiquiatra, y Letizia Jervis-Comba, psicóloga, quienes formarán parte años más tarde de la experiencia de Gorizia y del movimiento de «psiquiatría democrática».

²⁴ Uno de los conceptos que cabe mencionar es el de *crisis de la presencia*, que condensa una fractura del proceso de subjetivación, en clave existencial, como “angustia de la historia” (Martínez, 2018b) o “angustia teogónica” (De Martino, 2008b). Para una relectura crítica de la noción de la presencia y de sus crisis, véase Martínez (2018b). Para profundizar en la impronta de la antropología de Ernesto De Martino en el contexto italiano, véase Pandolfi y Bibeau (2005).

médica. En su trayectoria académica ha estudiado cómo la salud y, sobre todo, la enfermedad, han sido apropiadas teórica y prácticamente por la biomedicina conformando un campo hegemónico respecto a otras prácticas médicas alternativas que han dado lugar a lo que ha llamado *modelos médicos* (Menéndez, 1978, p. 12)²⁵. En *Poder, estratificación social y salud* (1981), Menéndez propone el estudio de las transacciones entre modelos médicos, en particular las que establecen los grupos subalternos respecto de la biomedicina a través de un estudio local en profundidad en la región de Yucatán. Estas transacciones sostienen la estructura de dominación a diversos niveles, no sólo de la dimensión salud/enfermedad. De este enfoque se desprende que explorar las transacciones es relevante para ilustrar el dinamismo de las articulaciones entre modelos médicos, tanto desde el saber popular como desde el saber profesional (Menéndez, 1994), y para ello, es fundamental trabajar con una serie histórica larga, lo que contrasta con el presentismo de los abordajes biomédicos, incluyendo a la epidemiología (Menéndez, 2009, pp. 100-104). Otra obra relevante, en este mismo sentido, es *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica* (1990) en la cual se aborda el alcoholismo y los límites técnicos e ideológicos del campo médico y sanitario en su enfrentamiento.²⁶ Junto al concepto de transacciones, otro de los aportes claves de Menéndez es comprender la autoatención como fenómeno sociocultural.

La autoatención puede ser definida en un sentido amplio y en otro restringido. En el sentido amplio hace referencia a

"todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc." (Menéndez, 2003, p. 199).

En el sentido restringido, la autoatención se refiere a "las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a". El punto central es que

²⁵ Tres modelos: Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención conforman un conjunto de constructos metodológicos que, es preciso recordarlo, no corresponden a una realidad a encontrar, sino una interpretación en clave gramsciana de procesos sociales, históricos y políticos que se manifiestan con diversas variantes según los contextos de estudio específicos (Menéndez, 2003). Para los rasgos y características específicas sobre los modelos, véase Menéndez (1983; 1990).

²⁶ Véase en el próximo capítulo la construcción eficaz del alcoholismo como problema médico.

“los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de ‘autoatención’, dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente sino se articula con el proceso de autoatención” (2003, pp. 190-191).

La reflexividad en torno a la relevancia de los sujetos y grupos sociales es una forma de explorar las relaciones de micropoder en las relaciones de estos actores con agentes e instituciones de salud. Se trata de comprender cómo las transacciones operan desde en la cotidianidad de los grupos sociales, y que los “modelos” permiten sólo articulaciones provisionarias e históricamente situadas. En el terreno de la autoatención, un ejemplo relevante es el estudio del paso de grupos de autoayuda a movimientos sociales (Menéndez, 1997, pp. 91-96).

1.1.3. Salud pública y política

El “gobierno de la vida” es la tercera de las aproximaciones al espacio político de la salud (Fassin, 1996). La expresión señala un espacio de diferenciación del campo del poder que se aboca a la gestión política de la vida y la salud de la población, en un sentido similar al que Foucault denominó como biopolítica. Pero a diferencia del filósofo, Fassin ha contribuido a la reflexión sobre la polisemia del término Salud Pública (Fassin, 2008)²⁷. Un hilo argumentativo en forma genealógica y transcultural ilustra la dimensión colectiva de la gestión de la enfermedad a través de la larga duración histórica, desde la antigüedad clásica con textos hipocráticos asociados a la higiene pública, pasando por algunas ceremonias incas, e incluyendo rituales colectivos africanos precoloniales (Fassin, 1996, pp. 200-231). En este sentido, una definición amplia de salud pública como gestión colectiva de la enfermedad contrasta con la noción de salud pública como área de especialización del gobierno, institucionalizada, por ejemplo en los primeros Consejos de Salud destinados a enfrentar la

²⁷ En un momento ulterior, Fassin (2018, pp. 25-46) plantea los límites conceptuales que Foucault no desarrolló a propósito de la noción de biopolítica y biopoder, y los articula en una antropología de la vida “como tal” que recoge en parte del recorrido de Rabinow, Franklin y Rose sobre la “vida misma”. Se trata de relevar la noción de biogitimidad que interroga el poder de “hacer vivir” y “dejar morir”, y donde la pregunta no se centra tanto en los mecanismos y las disciplinas de la regulación de la conducta, sino propiamente en los procesos y significados que atraviesan la vida y la salud colectivas en contextos específicos, tales como la relevancia de los procesos biológicos en el ejercicio de la ciudadanía (Petryna), o los discursos “humanitarios” que ponen en el centro a la vida de personas excluidas en diversos territorios (solicitantes de asilo, catástrofes y guerras).

Gran Peste en Venecia en 1348²⁸. A partir de esta segunda vertiente de análisis, que sigue el desarrollo progresivo de los Estados modernos, la gestión colectiva de la salud ha sido el objeto de una transformación histórica que la ha constituido progresivamente en el cruce de lo político y de lo médico, pero donde la conducción radica en el juego político por sobre las razones médicas (Fassin, 1996, p. 241). Así, la diferenciación del poder opera como proceso de modernización cuyo fin es la administración de las poblaciones y, entonces, la noción de política tiende a confluir para Fassin como la forma de gobierno en sentido restrictivo (Fassin, 1996, p. 217). El nacimiento de la salud pública como disciplina, en esta genealogía, radica en la confluencia de saberes vinculados a la estadística y al higienismo, en un proceso de “sanitarización de lo social” (Fassin, 2008, pp. 28-34).

Una figura clave en este proceso es Rudolf Virchow, quien inaugura la medicina social al plantear en 1848 que la mejor profilaxis para la epidemia de tifus en la Alta Silesia que afectaba a la población minera de la cual rinde informe era “la democracia plena y sin trabas” junto “a la educación y dos hijas libertad y prosperidad” (Ackerknecht, 1975: 250-251; Virchow, 2008). El mismo año publicaba el semanario *Die medizinische Reforme*²⁹. El joven médico de entonces será reconocido en la historia de la medicina por el desarrollo de la teoría celular, entre otras contribuciones relevantes (López Piñero, 1969), y en la historia de la antropología, como pionero de la antropología física y la arqueología prehistórica (Boas, 1902).

Otra figura relevante en este ámbito es Salvador Allende, quien realiza su tesis de Medicina en la Universidad de Chile en 1933 con el título de “Higiene Mental y Delincuencia” (Pey, 2005)³⁰. Allende es nombrado en 1939 Ministro de Salubridad por Pedro Aguirre Cerda, en el primer gobierno del Frente Popular. Este año el joven Ministro publica *La realidad médico-*

²⁸ El Consejo de Salud, conformado primero por tres sabios, se convocaba a partir de cada nueva epidemia de peste en la ciudad para dictar la cuarentena y luego era disuelto cuando la situación estaba controlada. Es a partir de 1486 cuando la estructura del Consejo se vuelve permanente (Fassin, 2008, pp. 22-25).

²⁹ *Die medizinische Reforme* (La Reforma médica) fue un semanario publicado del 10 de septiembre de 1848 al 29 de junio de 1849, en el marco del movimiento de reforma médica impulsado por la crisis social, sanitaria y política de la Revolución Alemana de 1848 (Ackerknecht, 1932:71; Ackerknecht, 1975). La revista tuvo una vida breve, pero significativa, al ser pionera en plantear la salud como un tema de interés político, y al proponer que los factores económicos y sociales deben ser estudiados como causas y condicionantes de las enfermedades humanas (Martínez, 2011).

³⁰ En su tesis de grado describe la higiene mental como la disciplina que “tiene por objeto la prevención, curación y vigilancia profiláctica de los individuos que por sus alteraciones neuro y psicopáticas constituyen una entidad disarmónica en nuestro medio social” (Pey, 2005). Para un estudio sobre Allende y las discusiones sobre higienismo social y eugenesia, véase Sánchez (2017).

social chilena, donde expone un diagnóstico y un programa de políticas de salud integradas en un proyecto de reforma estructural del Estado. Uno de los principales objetivos de Allende es evitar la mortalidad infantil prevenible por la acción conjunta de políticas de salud, vivienda, alimentación y trabajo (Illanes, 2010).

La experiencia de Virchow entre mineros del carbón en la Alta Silesia, y la experiencia de Allende³¹ en el policlínico de la *Industrial Workers of the World* (IWW) en Santiago (Amorós, 2013, pp. 38-39) y más tarde en las “1500 autopsias” de la morgue del Hospital Van Buren de Valparaíso (Amorós, 2013, p. 49), ilustran cómo las trayectorias profesionales tempranas de ambos en países que experimentaban los efectos de una formación económico-social capitalista emergente (salvando las diferencias de lugar y época), junto al atributo que Berlinguer (1973) denominaría como “conciencia sanitaria”, configuran su ubicación como precursores de una lectura política de la salud.

Una perspectiva relacionada al espacio político de la salud es la llamada *Critical Medical Anthropology* (en adelante CMA)³². Se trata de una corriente de la antropología médica estadounidense que enfatiza la importancia de las fuerzas políticas y económicas, incluyendo el ejercicio del poder, en la conformación de la salud, la enfermedad, la experiencia del malestar y la atención sanitaria (Singer y Baer, 2018). Uno de los principales frentes de la CMA fue el cuestionamiento de la llamada *Clinically Applied Anthropology* (CAA) respecto de la omisión de estas condicionantes. La polarización crítica/clínica se relaciona probablemente con la existencia de un sistema sanitario privatizado, el empirismo y el pragmatismo de las antropologías aplicadas en el campo biomédico y las influencias de pensadores europeos, en particular filósofos de la posmodernidad (Comelles y Martínez, 1993, p. 82). En contraste, el caso de la antropología médica italiana, con De Martino, y luego con el Centro Sperimentale

³¹ Howard Waitzkin (2005) describe equívocamente a Allende como patólogo, al plantar una línea discípulo-maestro que lo conectaba con Max Westenhöfer, quien a su vez había sido discípulo de Virchow y enseñó patología en la Universidad de Chile cuando Allende estaba en los últimos años de sus estudios de Medicina. No era la especialidad médica la que ligaba a Allende con Virchow, sino una doctrina de reforma política asociada al paradigma higienista. Westenhöfer era un exponente del eugenismo alemán y alcanzó un reconocimiento público en la medicina nazi, siendo acogido de regreso en Chile por sus discípulos en 1948 (Sievers, 1958). Para un desarrollo de los vínculos de la ciencia nazi con la medicina y antropología chilenas de inicios del siglo XX véase Leyton y Sánchez (2014). Recientemente Carter y Sanchez (2020) reconstruyen el tropo de la genealogía Virchow-Westenhöfer-Allende identificando los errores interpretativos de Waitzkin. De hecho, la recepción de la obra de Virchow en la medicina social latinoamericana es más bien tardía, después de los setenta, a partir de las traducciones de las obras de Sugerist, Rosen y Ackerknecht.

³² Las ideas presentadas en este párrafo fueron publicadas en Morales-Sáez (2021).

di Educazione Sanitaria de Perugia, ilustra formas de trabajo antropológico en las cuales las dimensiones crítica y aplicada se encuentran íntimamente articuladas, y a menudo implementadas a través de equipos multidisciplinares (Comelles, Riccò, Terrón, *et. al.*, 2017). En México, ya en 1962, Guillermo Bonfil Batalla, publica *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán* con el subtítulo “un ensayo de antropología aplicada”. En esta obra Bonfil cuestionaba la perspectiva antropológica aplicada por el indigenismo respecto a la desnutrición, articulando las condicionantes estructurales como eje explicativo del estudio de caso en una comunidad de la zona henequenera de Yucatán. Bonfil posteriormente profundizará en la situación colonial como marco explicativo de la subalternidad de los pueblos indígenas, y junto con Pablo González Casanova (1963) y Rodolfo Stavenhagen (1963) aportarán las principales herramientas analíticas para caracterizar el colonialismo interno en América Latina. Estos debates de los largos sesenta estarán fuertemente inspirados en las lecturas desde América Latina de las obras de Gramsci y de Fanon. Con la irrupción de las dictaduras muchos antropólogos “críticos” se exiliaron, y la producción antropológica tuvo un fuerte repliegue hacia la dimensión simbólica y los estudios locales. El cierre de la carrera de Antropología en 1973 en la Universidad de Concepción, al sur de Chile, es un ejemplo de ello. En esta sucinta reseña histórica he dejado muchos aspectos de lado con el fin de destacar la reflexión sobre cómo a menudo se plantean debates supuestamente originales en el contexto anglosajón, cuando desde las antropologías latinoamericanas estos ya habían sido abordados con un par de décadas de antelación. Una excepción reciente a esta hegemonía cultural de la CMA es una publicación editada por Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia y Lina Berrio (2020). En *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*, las editoras señalan justamente que una de las principales contribuciones de la LA-CMA (“Antropología médica crítica latinoamericana”) es el vínculo entre investigación y acción. A menudo, señalan citando a Ángel Martínez (2008, p. 153), la apropiación por parte de las antropologías anglo-americanas (incluyendo la CMA) de aproximaciones neo-marxistas y de la economía política omiten el propio origen de estas perspectivas en el pensamiento crítico latinoamericano o de la Europa meridional (por ejemplo, Gramsci).

1.2 *El campo político de la salud mental*

En el camino que va de los conceptos a las categorías de análisis más específicas retomo en este apartado algunos conceptos claves que incorporan las reflexiones presentadas previamente, orientados hacia una antropología política de la salud mental. Como ha planteado Lézé (2007, p. 323), la definición de salud mental no se trata de un asunto normativo, sino de una cuestión política. En este sentido, cabría distanciarse de ciertos límites preestablecidos a la investigación social que se reflejan en los siguientes supuestos:

- “La salud mental como *eufemismo* de instituciones psiquiátricas o padecimiento mental. Esta concepción de la salud mental está arraigada en la práctica psiquiátrica y no psiquiátrica (por ejemplo, la política social y el trabajo social).
- La salud mental como *restricción* conceptual al estudio de la psiquiatría y sus prácticas, y algunas unidades de análisis socialmente predeterminadas. Nos limitamos al estudiar algunos procesos institucionales y profesionales y no otros.
- La salud mental limita el *alcance* del análisis sociológico a los problemas psiquiátricos.
- La salud mental podría implicar para la sociología aceptar un papel *asignado* en la negociación con la psiquiatría (por ejemplo, el estudio de los factores socioculturales asociados al padecimiento mental o a la salud mental)” (Lézé, 2007, p. 323, *trad. pers*, cursivas en el original).

En un ejercicio de epistemología histórica respecto del concepto de salud mental, se trata de dejar de asumir apriorísticamente las categorías psiquiátricas que subyacen a las estrategias expuestas³³. Doron (2015) advierte la especificidad histórica de la emergencia del concepto en los primeros años de la posguerra. A inicios del s. XX la higiene mental y la salud mental fueron términos que experimentaron un uso creciente en la literatura anglosajona y francesa, asociados a una dimensión preventiva y ampliada de la psiquiatría, pero desde los cuarenta el segundo sustituyó al término primero. Cueto, Brown y Fee (2019, p. 59) describen como el primer director de la OMS, Brock Chisholm situaba a la salud mental dentro de las prioridades del organismo en sus primeros años. Esto se enmarcaba en un reordenamiento administrativo

³³ En este punto Lezé (2007) toma distancia de Roger Bastide (1967) quien asume una tradición psicopatológica de diferenciación entre el grupo de las psicosis y de las neurosis, bajo la cual las segundas serían más influenciadas por los factores sociales que las primeras. Tomando las “enfermedades mentales” como elementos dados, el sociólogo se limitaría a establecer “correlaciones sociales” de dichos trastornos.

de una serie de instituciones que abarcaban los “problemas mentales” como asuntos del Estado más allá de las instituciones asilares (Doron, 2015)³⁴.

El primer concepto relevante en esta investigación es la noción de campo³⁵. Por campo entendemos, siguiendo a Bourdieu (2003), un recorte analítico de la realidad social que destaca la relacionalidad de los actores sociales en un espacio social específico e históricamente situado. Esta relacionalidad está dada por los procesos de diferenciación del poder que dan lugar a una distribución específica de posiciones en el campo. En palabras de Bourdieu:

“La estructura del campo, definida como la *distribución desigual* del capital, es de decir, de las armas o de las bazas específicas, pesa, al margen incluso de cualquier interacción directa, intervención o manipulación, sobre el conjunto de los *agentes*, y limita más o menos el espacio de las posibilidades que se les pueden abrir según estén mejor o peor colocados en el campo, es decir, en esa distribución” (Bourdieu, 2003, p. 66, cursiva nuestra).

De esta asimetría originaria (distribución desigual) se deduce la tradicional acepción del campo como “campo de luchas” (Bourdieu, 2003, p. 67), en la que los “agentes dotados de recursos diferentes se enfrentan para conservar o transformar las correlaciones de fuerza existentes”. Los agonismos y los antagonismos forman parte del repertorio habitual del campo, donde la posicionalidad del agente (por ejemplo, si se trata de una posición central o periférica al campo) condiciona la eficacia. En relación al campo político, Bourdieu (2017) señala que se trata de un microcosmos relativamente autónomo de otros campos del mundo social. De modo sugerente, señala el autor que la aparente autonomía del campo político está inscrita en su propia génesis, como parte del proceso de diferenciación entre legos y profesionales de la política. En sus propios términos, señala:

“Este microcosmos está también separado del resto del mundo. Como el campo religioso, el campo político se fundamenta en la ruptura entre los profesionales y los profanos. Dentro del campo religioso, hay laicos y hay clérigos. No ha existido, desde siempre, un campo político

³⁴ En 1946 se crea en UK la *National Association for Mental Health (NAMH)*, mientras que en 1949 se crea el *National Institute of Mental Health (NIMH)* en Estados Unidos.

³⁵ Si bien en el proyecto original de Bourdieu hacia una teoría de los campos, este concepto estaba interrelacionado a los de *capital* y *habitus* (disposiciones) (Bourdieu y Wacquant, 1995), en nuestra investigación nos limitamos sólo al uso del primero ya que no nos interesa aplicar como un todo el modelo teórico de Bourdieu sino emplear la potencia de la noción de campo a un espacio social específico. Wacquant (2014) ha advertido sobre las críticas escolásticas que defienden el uso rígido de la tríada analítica (campo, habitus, capital) y arguye cómo el mismo Bourdieu ha elaborado estudios empíricos sobre el habitus sin emplear la noción de campo (en Argelia), o sobre el campo sin emplear el habitus (en el mundo editorial).

[...]. Hay una génesis del campo político, una historia social del nacimiento del campo político. Aquellas cosas que forman parte del mundo-dado-por-descontado (por ejemplo, el voto por mayoría simple) han sido el producto de invenciones históricas extremadamente largas” (Bourdieu, 2017, p. 88, *trad. pers.*).

El estudio del campo político permite comprender cómo se produce la especialización del conocimiento en un proceso de profesionalización de la política que legitima y sanciona quién pertenece al campo y quien no. La brecha entre profesionales y profanos se instaura, entonces, entre mandatarios y mandantes. Los primeros, expertos en el *nomos*, comparten lo que Weber llamaba el “monopolio de la administración” (Bourdieu, 2017, p. 91); la constatación de este monopolio verifica la existencia misma del campo político, desposeyendo a los legos de cualquier injerencia.

Otro campo relevante para nuestro objeto de estudio es el campo burocrático. En Bourdieu, este campo está asociado a la génesis del Estado moderno. Se trata de un proceso de burocratización que se caracteriza, para Europa, tanto por la desfeudalización del Estado dinástico, como por “la institución de un campo administrativo relativamente autónomo, independiente de la política [...] y de la economía [...] que obedece a la lógica específica de lo «público»”: la burocracia moderna (Bourdieu, 2005, p. 63). Para Wacquant:

“Una de las principales virtudes de esta noción, minuciosamente construida a través de un análisis histórico de la transición multiseccular del modo dinástico al modo burocrático de reproducción del poder, anclado en la creciente potencia del capital cultural institucionalizado [...] es recordarnos que ‘el Estado’ no es un monolito, un actor coherente (ya opere de forma autónoma o como servidor diligente del dominante), o una palanca única susceptible de ser capturada por intereses especiales o movimientos surgidos de la sociedad civil. Se trata más bien de un espacio de fuerzas y luchas sobre el propio perímetro, las prerrogativas y las prioridades de la autoridad pública y, en particular, sobre qué ‘problemas sociales’ merecen su atención y cómo deben tratarse” (Wacquant 2012, p. 73, *trad. pers.*).

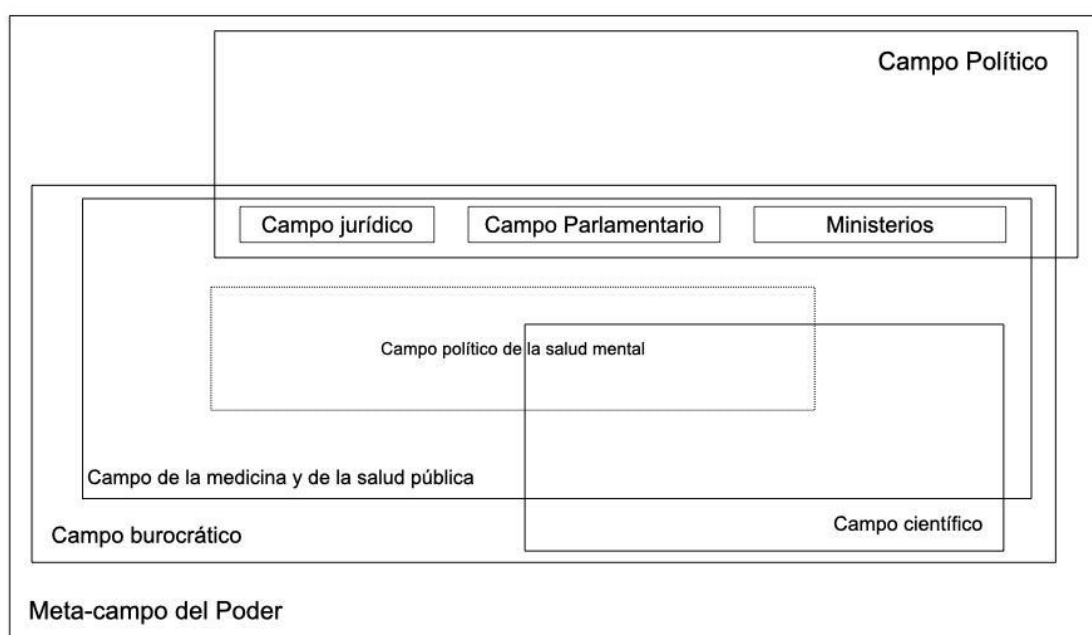
El campo burocrático es, por tanto, la institucionalización del poder estatal, que para Bourdieu es sostenido por el monopolio tanto de la coerción física como de la violencia simbólica:

“[L]o que es problemático es el hecho de que el orden establecido no sea problemático; y que la cuestión de la legitimidad del Estado, y del orden que instituye, no se plantee más que en situaciones de crisis. El Estado no tiene necesariamente que dar órdenes o ejercer la coerción física para producir un mundo social ordenado, siempre que sea capaz de producir estructuras

cognitivas encarnadas que concuerden con las estructuras objetivas y de asegurar así la creencia de la que hablaba Hume -a saber, la sumisión dóxica a lo establecido” (Bourdieu, 1994, p. 15, *trad. pers.*).

En el estudio del espacio político de la salud hemos señalado la relevancia del proceso de modernización, que se expresa en el campo de poder a través de una jerarquía de ideas-fuerzas donde la política se impone a la razón técnica (médica o sanitaria). En este sentido, el campo de la medicina y de la salud pública corresponde a un *locus* de diferenciación del poder al interior del campo burocrático en el que se entrecruzan también otros campos, como el campo político y el campo científico (Fig 1).

Fig 1. Configuración de Campos



El campo político de la salud mental hace referencia a un horizonte de posibilidad, una estructura conceptual abierta que, a través del lente de lo político, (re)construye el microcosmos teórico-empírico de esta investigación. Se trata de poner a prueba, desde un territorio y tiempo específico, un andamiaje y/o recorte del espacio social que sin prefigurar de antemano su alcance, se interroga desde una antropología política de la salud por aquel campo contencioso marcado por la psiquiatría pública y que se proyecta a través de diversos agentes hacia otros territorios que escapan a dicotomías asentadas entre Estado y sociedad civil. Parafraseando a Lézé, podríamos afirmar que el estudio del campo político de la salud mental no se refiere a un *eufemismo* respecto de la práctica psiquiátrica, aunque la incluye en su análisis. De este modo, consideramos que es necesario comprender la propia práctica psiquiátrica tanto desde el punto

de vista de los profesionales como de los profanos, pero sin limitar el alcance de la mirada, sino permaneciendo atentos a la emergencia de nuevos problemas, en un sentido similar al que plantean Martínez y Correa-Urquiza (2017) cuando señalan la lateralidad como un rasgo vinculado a la posición de no-saber en el campo de la salud mental colectiva.

Retomando una antropología de lo político, junto a Fassin es posible comprender que

“Si toda relación es en sí política, conviene no sólo estudiar el Estado, sino estudiarlo en sus manifestaciones menores, más allá de la política y las elecciones: la administración, la escuela, la justicia, los impuestos, las asociaciones, las representaciones de la ciudadanía, y más ampliamente todas las normas que nos impone hasta en las esferas más privadas de la vida social, y en primer lugar, la familia. Lejos de ser elementos anecdóticos, estos aspectos *son* el Estado, tanto como las leyes o las instituciones que describen la filosofía o la ciencia política clásicas. Esto es lo que permite a Fassin afirmar que el Estado es también ‘una realidad concreta y situada (...) encarnada en los individuos e inscrita en una temporalidad’ (Ciavolella y Wittersheim, 2016, pp. 190-191, *trad. pers.*, cursiva original).

La dimensión temporal en el campo político de la salud mental resulta clave para ilustrar las transformaciones sociales al interior de este campo, así como la influencia de los otros campos en él.³⁶ Las características del campo forman parte de las trayectorias de los agentes e instituciones particulares a cada contexto, por lo que no buscamos generalizar los hallazgos, sino observar las realidades *encarnadas* en actores y *temporalidades* situadas.

Dos ejemplos nos permiten ilustrar el enfoque descrito: el estudio de Crossley sobre movimientos sociales en salud mental y el estudio de Lézé sobre el psicoanálisis. Crossley, partiendo de la noción de campo de Bourdieu (Crossley, 2006b, p. 552), propone abordar los *field of contention* (que podemos traducir como *campos de disputa*) para historizar los movimientos sociales en el campo de la salud mental en UK entre 1960 y 2000. La cita siguiente, ilustra el empleo del concepto respecto de las organizaciones de movimientos sociales (SMO, acrónimo en inglés):

“Fields of contention are the social spaces generated by interaction between SMOs, within and across social movements, who converge around common areas of concern (whether in agreement or disagreement), and also between these SMOs and other agents whose actions have a significant impact upon these SMOs: groups of (potential) constituents and adherents,

³⁶ En el segundo capítulo se introduce la cuestión de la historicidad en este campo.

professional bodies, funding bodies, government, journalists etc. These fields are always ‘in process’, like society itself. They are constantly in motion by virtue of the interactions which constitute them” (Crossley, 2006a, pp. 25-26).

En el citado estudio de Crossley, además de Bourdieu, hay influencias eliasianas y del análisis de redes, pero más interesante aún son las relaciones que se establecen entre el campo psiquiátrico, el campo parlamentario, el campo legal y el campo de los medios (Fig. 2).

Fig 2. Lugares de disputa psiquiátrica

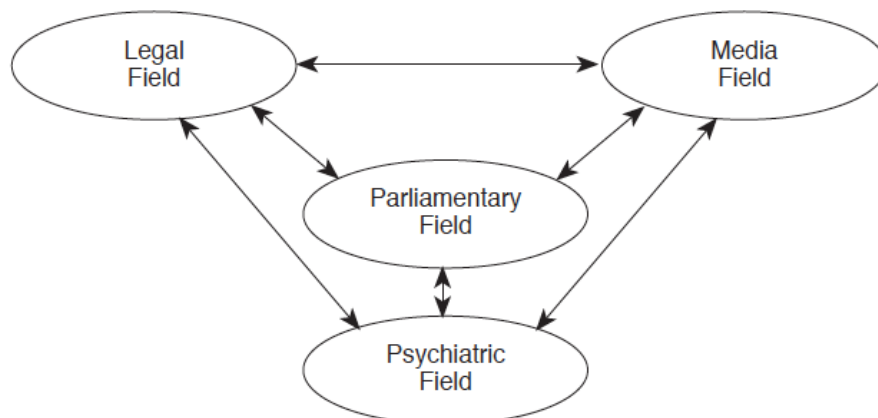


Figure 1 *Sites of psychiatric contestation* (1977)

Fuente: Crossley (1998, p. 463).

Las relaciones señaladas por Crossley (1998) en la figura precedente forman parte de las interacciones que el campo psiquiátrico y los otros campos realizan en “lugares de disputa psiquiátrica” (*sites of psychiatric contestation*). Por ejemplo, en el campo legal y parlamentario son otras las reglas del juego, y en el caso británico se requirió en los setenta de un abogado experimentado en derechos civiles para intermediar por la defensoría de los usuarios, en la misma época que la moderada *National Association for Mental Health* experimentaba una transformación radical, siendo renombrada como la organización *MIND* (Crossley, 2006b, p. 555), y se creaba un departamento legal en ella. Se trataba de un proceso de diferenciación dentro de las organizaciones activistas, en un momento de discusión de una nueva ley de salud mental, que se concretaría en 1983 (Crossley, 2006b, p. 561).

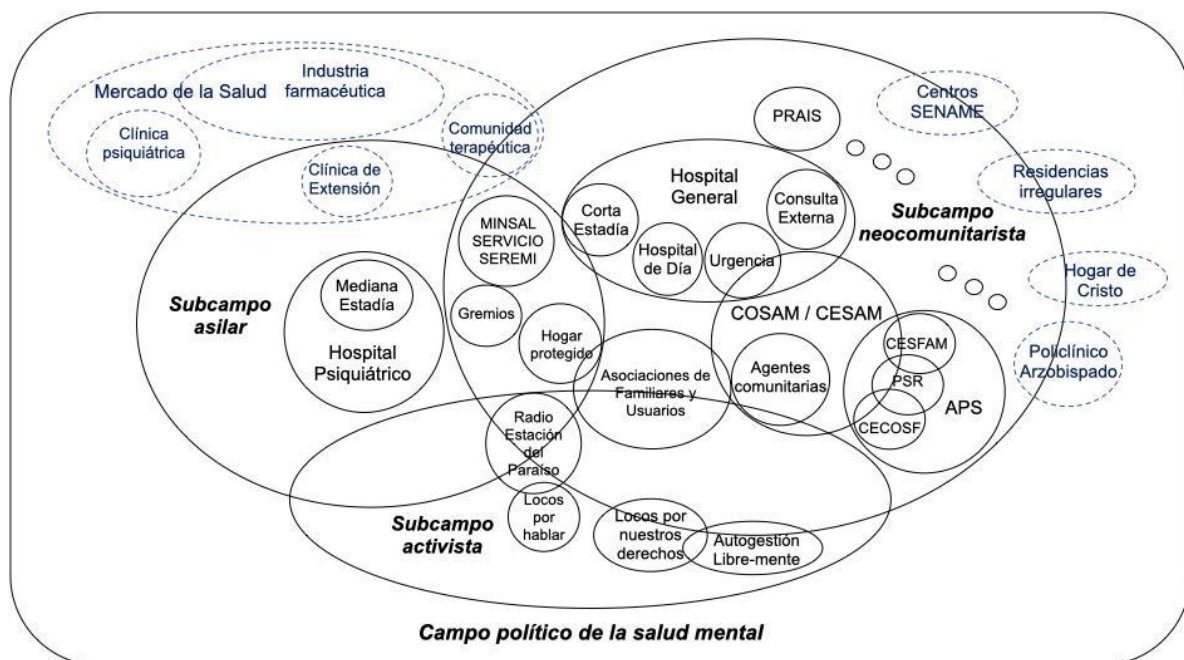
Lézé (2007, p. 324) ha estudiado el caso del psicoanálisis en Francia y ha empleado el modelo “interaccionista” de Schatzman y Strauss (1966), quienes habían propuesto la noción de “arena” profesional:

“Consideramos la institución psiquiátrica moderna como una "arena" profesional, un lugar de trabajo al que acuden distintos profesionales con distintos patrones de carrera, ideologías de tratamiento, distintas concepciones de los demás como profesionales y distintos grados de compromiso con la institución de la que forman parte” (Schatzman y Strauss, 1966, p. 4).

A partir de esta noción Lézé (2007) se propone comprender la carrera profesional de los psicoanalistas, a través de las diversas luchas entre los diversos “movimientos” psicoanalíticos y las relaciones que establecen con la “clientela potencial” y los “sistemas de filtro” (Justicia, Educación, Trabajo social, Medios). Relevando la “construcción política” de la salud mental y del malestar más que su “producción social”, el autor traza su objeto sociológico hacia el terreno de una *arena política* (Lézé, 2007, p. 327), concentrándose en la “arena hospitalaria” y la “arena profesional”.

Para esta investigación, comprendemos el “campo político de la salud mental” como un espacio político caracterizado por una distribución desigual del poder entre profesionales y legos. Se trata de una estructura dinámica resultado de procesos históricos de largo alcance anclados en un territorio específico, que ha implicado la agrupación de los actores y las instituciones en subcampos distribuidos asimétricamente (Fig 3). En el siguiente apartado definimos estos subcampos a partir del proceso de investigación realizado.

Fig 3. El campo político de la salud mental en el Área Sur de Santiago



Siguiendo el enfoque procesual en antropología política, una categoría clave de análisis corresponde a las arenas políticas. Si el campo remite a la dimensión estructural e institucional del proceso político, la arena es el espacio de las prácticas políticas en el cual se disputa el poder, se organizan facciones, y se condensan procesos de transformación social. Es en el terreno de las arenas políticas donde observamos procesos de hegemonía, subalternización y contrahegemonía que van reconfigurando el espacio político y dando nuevas formas al campo (Pié, 2021). Para Lewellen (2001) la arena política es el área delimitada por el investigador para observar aspectos relevantes del proceso político. En este sentido, las arenas políticas nos permiten observar los espacios de fricción, consenso y conflicto al interior del campo, profundizar en las interacciones entre los subcampos y explorar relaciones con otros campos.

1.3. *Objetivos y metodología*

El objetivo general es explorar, describir y analizar el campo político de la salud mental en el Área Sur de Santiago de Chile. La investigación se concentra en las transformaciones de la psiquiatría pública en el territorio estudiado, tanto en su vertiente asilar, como en los dispositivos comunitarios. La delimitación de los subcampos resultó de explorar los espacios asilares y neocomunitaristas, junto a la emergencia del activismo en primera persona en salud mental (Fig. 3).

Los objetivos específicos corresponden a los siguientes:

1. Realizar una contextualización histórica de la reforma psiquiátrica en Chile.
2. Describir y analizar el proceso de implementación técnica e ideológica del modelo de salud mental comunitaria a través de las representaciones de los profesionales que han protagonizado experiencias locales (en el Área Sur de Santiago).
3. Descripción y análisis etnográfico del trabajo cotidiano en un centro de salud mental comunitaria en el Área Sur de Santiago.
4. Describir y analizar el proceso de desinstitucionalización en el Hospital Psiquiátrico El Peral (en el Área Sur de Santiago).
5. Describir y analizar las representaciones y prácticas de colectivos críticos a la psiquiatría en Santiago.

El primer rasgo de esta investigación es el empleo de dos matrices de trabajo investigativo, la etnografía y la historiografía. Ambas, han contribuido a desarrollar una tesis que, partiendo de un conocimiento situado, ha puesto el énfasis en el carácter dinámico y contradictorio de los mundos profanos y profesionales sobre la locura y su apropiación psiquiátrica. A continuación, presentaré el quehacer artesanal de esta investigación a través de la exploración de los tres subcampos.

El acceso al terreno me exigía un esfuerzo particular en el caso del subcampo neocomunitarista. Habiendo trabajado en el Hospital de Buin, en un servicio clínico donde se aplicaba la forma de trabajo de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), insertarme dentro de otro dispositivo clínico podría haber limitado mi capacidad de observación al reconocer sólo lo que me era familiar. Al llegar a Santiago en octubre de 2016 escribí a los directores de dos centros del Área Sur en comunas donde no tenía vínculos. Sólo uno respondió, y así fue como accedí al Centro Especializado de Salud Mental de Lo Espejo (en adelante, el CESAM). Al explicar mis objetivos, me pusieron en contacto con la trabajadora social, Carmen, ya que ella era la “encargada” del trabajo comunitario. Y ella me fue presentando al resto del equipo. En 2016 el CESAM se organizaba por “programas”, dividido en un equipo de atención de adultos, otros de atención de niños y adolescentes, y un tercero de adicciones. Dado que Carmen formalmente era del equipo de “adultos”, la mayor parte del tiempo de observación fue con este equipo, y los profesionales entrevistados también formaban parte del mismo. Si bien en mi diario de campo recogía mis impresiones sobre el trabajo clínico, sobre todo lo que se desarrollaba en los espacios formales de reuniones de equipo, consultorías en atención primaria (en Centros de Salud Familiar de la comuna) y visitas a domicilio, en esta monografía me concentro en problematizar la dimensión del “trabajo comunitario” desde el CESAM, y sobre este asunto versaron la mayor parte de las entrevistas que realicé en el equipo. Esta decisión me permitió también profundizar en un aspecto del trabajo en salud mental que no formaba parte de mi experiencia profesional directa, y contribuyó a que se abrieran también otras conversaciones con miembros del equipo que, como veremos, contribuyeron a acceder a un espacio de trabajo fuera del CESAM pero que se vinculaba directamente con la historia de la psiquiatría comunitaria en el mismo territorio.

Otro aspecto relevante de la etnografía fue abordar los espacios de contacto y fricción entre los subcampos, principalmente a través de conversaciones informales y entrevistas. De esta forma, como se observa en la Figura 3, la interacción entre el subcampo neocomunitarista y el

subcampo activista va a tomar la forma, por ejemplo, de un “conversatorio” que un grupo de activistas en primera persona realizaron en el CESAM durante el 2016, descrito en el capítulo quinto. Asimismo, entre el subcampo asilar y el subcampo neocomunitarista, las entrevistas y las fuentes analizadas confluyeron para trazar la historia de la desinstitucionalización de una radio que partió desde el espacio asilar hacia los extramuros.

En paralelo a mis visitas al CESAM, desde los primeros días de noviembre de 2016 comencé a asistir a las asambleas semanales del *Colectivo Autogestión Libre-Mente*. Las asambleas son abiertas y se realizaban entonces en la Librería Proyección, en el centro de la ciudad. Este espacio activista reúne una pléyade de personas diversas, algunas que acuden de paso y otras que se quedan. Mi inserción en el espacio fue facilitada porque antes había conocido a algunos integrantes del grupo, y además estuve participando de las actividades de la campaña “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas”, también parte del colectivo, que coincidentemente había comenzado el mismo mes. En una conversación previa con un activista aliado del colectivo me preguntó por mi posicionamiento como investigador frente al grupo. No recuerdo exactamente las palabras que usé, pero mi respuesta tenía que ver con un posicionamiento crítico respecto a la “neutralidad” del investigador, en el sentido de buscar trabajar en conjunto con personas y grupos y no ubicarme por “sobre” el “objeto de estudio”. Esta conversación nos lleva a un debate político y metodológico que merece un tratamiento más detenido.

Hay un hecho concreto que antecede a la pregunta sobre mi posicionamiento. En el colectivo, algunos meses antes había participado un sociólogo que también había realizado observación participante y con quien habían discutido en varias ocasiones sobre la neutralidad del investigador, en las que el sociólogo habría defendido una ciencia social “neutral” y “objetiva”. Con posterioridad, en muchas ocasiones surgió el tema en asambleas o conversaciones y, personalmente, no le había dado tanta importancia al asunto en aquella época hasta que el mismo sociólogo publicó un artículo al respecto (Montenegro, 2018a).

En el artículo citado, Montenegro discute la radicalidad del movimiento activista describiendo conductas y posicionamientos “anti-profesionales” y “anti-académicos” (Montenegro, 2018a).³⁷ Para Montenegro “sociologists and other social scientists have immunised

³⁷ En muchas de las alocuciones de aliados con formación académica (estudiantes o graduados) dentro de las asambleas, también observé declaraciones de distanciamiento respecto de una identidad profesional en pos de asumir un posicionamiento crítico. Si bien, yo declaraba manifiestamente mi

themselves against the problem, striving for a position of neutrality” (Montenegro, 2018a, p. 672) aludiendo al problema de investigar en espacios activistas. Para fundamentar su argumento, cita a Cresswell y Spandler (2013) y les refuta su llamado al “compromiso profundo”:

"En este sentido, es preciso examinar lo que Cresswell y Spandler definen como "profundidad del compromiso". En un contexto de emergencia y autodiferenciación, están en desarrollo visiones de transformación y horizontes de acción. Alinear la propia postura con la de los participantes en la investigación -o con una postura ético-política abstractamente adecuada- puede impedir que los investigadores perciban el espectro, a menudo diverso e incluso autocontradictorio, de orientaciones políticas y éticas que toman parte en los espacios activistas" (Montenegro, 2018a, p. 673, *trad. pers.*).

Es interesante que en el mismo artículo Cresswell y Spandler (2013) hayan advertido sobre las complejidades del asunto. Los autores proponen un compromiso intelectual en un sentido similar al que Gramsci atribuía a la figura del intelectual orgánico (Gramsci, 1986a), en el cual teoría y experiencia obran juntas. En este sentido, los autores cuestionan la supremacía de la teoría (desde la academia) respecto de la agencia de los sobrevivientes de la psiquiatría.³⁸ Los investigadores sociales que trabajan con movimientos activistas, además, enfrentan otras contradicciones vitales, una de las cuales señalan Cresswell y Spandler, se presenta entre la “solidaridad” comprometida y la “recuperación” de los movimientos sociales con fines académicos (Cresswell y Spandler, 2013, p. 143). Me interesa este debate, porque se introduce en la cuestión clave de la producción de conocimiento. Así, el compromiso no es un asunto que se resuelve a nivel analítico, sino experiencial; es en la contingencia del quehacer etnográfico y de la escritura que es posible discutir sobre “posicionamientos ético-políticos”. También, con

doble identidad de médico y antropólogo, no fui interpelado del modo que señala Montenegro (2018a) en su tercera viñeta. Sólo en una ocasión debatimos abiertamente del asunto con una antropóloga, aliada de *Libre-Mente* en un encuentro de trabajadores de salud mental en mayo de 2017. Se trató del aporte que podría hacer la antropología analizando el proceso de discontinuación de psicofármacos respecto de las nociones de “medicamento” y “droga”, respecto del cual la antropóloga replicó con el mismo ejercicio de desinvertimiento profesional ante la audiencia, reconociéndose más como una activista que como una antropóloga.

³⁸ Cresswell y Spandler (2013) emplean dos obras para señalar un efecto de contraste. Por un lado, ilustran un ejemplo compromiso “mínimo” a través del estudio de Nick Crossley (2006a) en el cual, por ejemplo, se objetivaría a los movimientos sociales a través de la categoría SMO, y los testimonios de los sobrevivientes de la psiquiatría fueron anonimizados (Cresswell y Spandler, 2013, p. 145). Por otro lado, citan la obra de Kathryn Church (1995) para representar a una académica *deeply engaged*, quien fue impelida a implicarse en el movimiento de sobrevivientes, vivió la experiencia de un “breakdown” y luego escribió un libro autobiográfico en el que se entrecruzaban sus experiencias profesionales, activistas y de sufrimiento en primera persona.

Ingold, podemos hablar de un “compromiso ontológico”, en referencia a un proceso relacional e iterativo del encuentro con otros (Morales-Sáez, 2021, p. 204). Desde mi punto de vista, trabajar con colectivos activistas, implica sobre todo compromiso y responsabilidad, y es tarea del investigador mantener una vigilancia epistemológica y ética, para evitar hablar “en nombre de otros” y, también, como se dice en catalán, *dir-hi la seva*.

La mayoría de los entrevistados y las entrevistadas solicitó mantener el anonimato, pero en el caso de los tres activistas que fueron entrevistados, les pregunté a dos de ellos si querían aparecer con sus nombres de pila en función de su posicionamiento público y político y prefirieron esa opción. Al tercero no fue posible contactarlo y aparece con un pseudónimo.

Durante el trabajo de campo participé de muchas asambleas en las que se sucedían discusiones más políticas con otras más prosaicas respecto a actividades a realizar, y el recorte analítico presentado en el capítulo quinto se centra principalmente en las experiencias “en primera persona” de los sobrevivientes a la psiquiatría, las ambiguas relaciones con los psicofármacos y las articulaciones con el feminismo. Participé, asimismo, de la Segunda Marcha del Orgullo Loco en diciembre de 2016 y, acompañé el bloque de la campaña *No es lo mismo ser loca que loco* en la marcha del 8M en 2017.

Para estudiar el subcampo asilar, hubo que sortear el habitual hermetismo de este tipo de instituciones. La vía de entrada fue un proyecto de resguardo del Archivo del Hospital Hospital Psiquiátrico El Peral que realizamos con Claudia Araya y César Leyton, ambos historiadores. Entre marzo y mayo de 2017, luego de pasar por la aprobación de las autoridades locales, comenzamos a realizar un catastro en terreno y entrevistamos a algunos informantes (funcionarios de larga data en la institución y un interno que solicitó ser entrevistado)³⁹. Fruto del trabajo exhaustivo y sostenido por Claudia Araya, se logró elaborar un Censo-Guía del Archivo el cual ha permitido obtener información relevante para este estudio. Además entrevisté a otros actores claves del proceso de reforma (un exdirector de la institución, y un psicólogo que acompañó de principio a fin la experiencia de la radio *loca* de El Peral).

³⁹ Esta experiencia se encuentra reportada en Araya, Morales y Leyton (2020).

En el trabajo con archivos sigo a Matt Matsuda, citado por Cook (2013), cuando afirma que los archivos no son entidades dadas por descubrir sino memorias por realizar⁴⁰. En el marco de los derechos humanos, es relevante observar que los archivos son considerados en la actualidad instrumentos de defensa de la ciudadanía (Ketelaar, 2002). Se trata de penetrar en un *campo de fuerzas* (Stoler, 2010, p. 22) y observar, en nuestro caso, dos vectores: un vector de encierro/destierro/entierro y otro de deshospitización/desinstitucionalización.

Para este fin, la revisión de fuentes documentales, principalmente escritos históricos de la institución (Zanghellini, 1977; Martínez, 1997), junto a fotografías (Zanghellini, 1978) y otros materiales de archivo (Contreras y Riveros, 1982), contrastada con una revisión exhaustiva de fuentes secundarias contribuyeron a dar forma a una historia cultural del Open Door que en los primeros esbozos de esta tesis parecía un proyecto difícil de asir.

Un factor que ha dificultado el trabajo de investigación documental ha sido el propio destino de los archivos psiquiátricos, afectados por “accidentes históricos” (Neuschwander, 1994) y desidia humana (Araya, Morales y Leyton, 2020, p. 155). Baste decir que en Chile, el archivista hospitalario se limita a la gestión del SOME (Servicio de Orientación Médica y Estadística) que resguarda las fichas clínicas activas, y no existe ningún responsable administrativo de la conservación de la documentación de valor histórico. Hasta fechas recientes se han registrado incendios en el antiguo Pabellón 7 de El Peral y en otros pabellones, donde durante años fue depositada documentación clínica y administrativa sin ningún orden ni resguardo.

Otra limitación a consignar en la investigación documental fue la imposibilidad de seguir el rastro de los microprogramas de la *Radio Estación del Paraíso* cuyo último paradero fue el Hospital Barros Luco, ni tampoco hubo éxito en los registros de la Radio Tierra, donde se emitía el programa *Locos por hablar*, cuyos programas fueron transferidos al Archivo Nacional en el marco del proyecto Archivos de Mujeres y Géneros, pero este programa no se registra en sus fondos.

Un debate relevante respecto de los archivos son las políticas de acceso a la información. La falta de regulación específica sobre archivos hospitalarios y de otras instituciones de salud

⁴⁰ Matsuda señala que “[t]he past is not a truth upon which to build” [...] ““but a truth sought, a memorializing over which to struggle” (Cook, 2013, p. 104).

dificulta el acceso a la información con fines de investigación, por el carácter sensible de los datos. Por un lado, desde la ética de la investigación se debe resguardar la privacidad, pero por otro, desde una ética de justicia, habría que considerar las demandas de colectivos subalternizados por la psiquiatría para visibilizar a sujetos marginalizados en el marco de la historia social (Araya, Morales y Leyton, 2020, p. 156; Gallois, 2011; Wright y Saucier, 2012).

Técnicas

Las unidades de análisis abordadas fueron tres, descritas como subcampos: asilar, neocomunitarista y activista. En el análisis de cada uno se han empleado el método etnográfico y el historiográfico, cada uno en mayor o menor medida. El trabajo de campo fue realizado entre octubre de 2016 y mayo de 2017 (7 meses).

Subcampo asilar:

En el Hospital Psiquiátrico El Peral se realizaron 4 entrevistas en conjunto con Claudia Araya, en la oficina de la Dirección durante el mes de abril 2017, grabadas, a las siguientes personas:

- María Angélica C., secretaria de la institución entre 1973 y 2017.
- Isabel A., enfermera de la institución desde 1982.
- Carlos M., técnico de mantenimiento, en la institución desde 1973
- Freddy (pseudónimo), interno, ingresó en 1992.

Además se entrevistó a:

- Mauricio Gómez, psiquiatra, ex-director de la institución entre 2000 y 2010. Dos entrevistas realizadas en su domicilio, grabadas, en febrero de 2017.
- Rubén Nilo, psicólogo, participó de la creación y desarrollo de la Radio Estación del Paraíso. Una entrevista realizada en su lugar de trabajo, grabada, en febrero de 2017.

El trabajo de investigación documental se realizó en:

- Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral
- Archivo Nacional de la Administración / Ministerio de Salud (1974-1989)
- Biblioteca Ministerio de Salud (Santiago). Repositorio digital (en línea)
- Departamento de Psiquiatría, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (1991-1999)

- Museo de la Memoria y los Derechos Humanos (Santiago)
- Revisión de publicaciones seriadas (Véase en Bibliografía).

Subcampo neocomunitarista:

Se realizaron 6 entrevistas:

- Andrea (pseudónimo), psicóloga CESAM, realizada en el CESAM, grabada, en febrero de 2017.
- Carmen (pseudónimo), trabajadora social CESAM, realizada en Futuros para el Tenis, Lo Espejo, grabada, en abril de 2017.
- Víctor (pseudónimo), psiquiatra CESAM, realizada en café de Santiago centro, grabada, en abril de 2017.
- Mercedes (pseudónimo), agente comunitaria, realizada en Centro Abierto de Lo Espejo, grabada, en abril de 2017.
- Wladimir (pseudónimo), usuario, realizada en plaza de la parroquia Nuestra Señora Reina de los Apóstoles, grabada, en abril de 2017.
- Sergio Naser, sacerdote, Policlínico Obispo Enrique Alvear, Población José María Caro, Lo Espejo, grabada, en abril de 2017.

Observación participante:

En CESAM de Lo Espejo:

- Reuniones clínicas del Equipo Adulto (15)
- Reunión de Agentes comunitarias (3)
- Taller de Rehabilitación (Mosaicos) (1)
- Visitas domiciliarias con trabajadora social, educadora, terapeuta ocupacional y técnico paramédico (5)

En Centros de Atención Primaria

- CESFAM Julio Acuña Pinzón: consultoría psiquiátrica (1)
- CESFAM Mariela Salgado: consultoría psiquiátrica (1)
- CESFAM Clara Estrella: conversatorio sobre participación en APS (1)

El trabajo de investigación documental se realizó en:

- Biblioteca Nacional, Santiago.

- Policlínico Obispo Enrique Alvear, Población José María Caro, Lo Espejo.
- Fundación EPES, El Bosque, Santiago.

Subcampo activista:

Se realizaron 5 entrevistas:

- Rodrigo, activista en primera persona, dos entrevistas realizadas en BiblioGAM, grabadas, en marzo y abril de 2017.
- Patricio, activista en primera persona, realizada en su domicilio, en abril de 2017.
- Claudio (pseudónimo), activista en primera persona, realizada en un café de Providencia, en abril de 2017
- Yazmín (pseudónimo), madre de persona diagnosticada, activista, realizada en BiblioGAM, grabada, en marzo de 2017.

Observación participante:

En Colectivo Autogestión Libre-mente:

- Asambleas (24): En Librería Proyección y Parque Bustamante.
- Campaña “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas”: reuniones (4) y jornada (1), en Librería Proyección.
- Campaña “No es lo mismo ser loca que loco”: reuniones en GAM y Biblioteca de Santiago (4) y conversatorio “Violencia de género en salud mental” (FACSO, Universidad de Chile).
- 2ª Marcha del Orgullo Loco, Santiago, 2016.
- Marcha 8M, Santiago, 2017.
- Actividades de apoyo mutuo, Puente Alto, Santiago.
- Jornada de evaluación anual, La Florida, Santiago.

En Locos por nuestros derechos:

- 2º Encuentro Nacional de Trabajador@s de la Salud mental, mayo de 2017, Santiago.

Otros informantes:

- Carlos Madariaga, psiquiatra, experiencia profesional en CINTRAS y PRAIS, entrevista grabada en consulta privada, septiembre 2015.

- Cecilia Vera, psiquiatra, experiencia profesional en Área Sur (PRAIS, Hospital Barros Luco y COSAM Pedro Aguirre Cerda, entre otros), entrevista grabada en su domicilio, septiembre 2015.
- Jorge Barudy, psiquiatra, participó en la experiencia de la Villa Nonguén en Concepción, entrevista informal realizada en EXIL de Barcelona, marzo de 2018.
- Jan Sthele, periodista, experto en Colonia Dignidad, entrevista informal realizada en el Centro de Investigación y Documentación Chile-Latinoamérica en Berlín, julio de 2018.
- Luis E. Peebles, psiquiatra, participó en la experiencia de la Villa Nonguén en Concepción, y es miembro de la Asociación por la Memoria y los Derechos Humanos Colonia Dignidad, entrevista informal realizada en el GAM, septiembre de 2022.
- Martín Cordero, psiquiatra, trabajó en el Hospital Regional de Temuco y en el Hospital Psiquiátrico El Peral, conversación informal, diciembre de 2022.

Análisis de la información

Todas las entrevistas fueron transcritas y analizadas sin apoyo informático. Se crearon fichas bibliográficas temáticas y fichas de revisión de fuentes. El análisis y la escritura se fueron solapando a medida que avanzaba el desarrollo de la monografía.

Los datos estadísticos fueron organizados en Excel.

Las figuras originales fueron realizadas por el investigador en Keynote.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

2. Historicidad y cambio social en las políticas en salud mental

2.1 *La historicidad de las arenas políticas*

En este capítulo presento un marco interpretativo histórico respecto de las políticas en salud mental en Chile. Se trata de un excursus que abarca tres categorías que cohabitan las políticas de salud mental: el custodialismo, el biologismo y el reformismo. A partir de ellas busco reflexionar sobre la historicidad de las políticas de salud mental, explorando las configuraciones espacio-temporales específicas de los tres subcampos abordados en esta monografía (asilar, neocomunitarista y activista), e interrogar sus relaciones con los procesos de hegemonía/subalternidad en la psiquiatría chilena. Cada una de las tres categorías se inserta de modo específico en estos subcampos, dando cuenta de diferentes matices respecto al cambio social y al tiempo histórico. En esta introducción, que precede el análisis de cada una en su mérito, presento el concepto de historicidad aplicado al análisis del campo político de la salud.

La propuesta epistemológica de Hugo Zemelman proporciona algunas herramientas teóricas para problematizar la historicidad en el marco de una antropología política de la salud. En un plano más general, la apuesta por “pensar la realidad en movimiento” (Zemelman, 1992) es el punto de partida para una práctica de producción del conocimiento abierta a la continua transformación de la sociedad, incluyendo “asomarse a lo desconocido, esto es, de impulsar a pensar y explorar a lo no dado” (Zemelman, 2002: 15). En retrospectiva, esta mirada permite estar atento también a horizontes de posibilidad trancos, que emergieron de forma transitoria en escenarios adversos y que configuran una historia por ser escrita.

Si se retoman los apuntes gramscianos sobre el ser humano como producto histórico, incluyendo el criterio de realidad histórica en Ernesto De Martino (Capítulo 1, nota 21), podemos comprender dos dimensiones de la historicidad que Zemelman (2011) describe, por un lado, como una conciencia histórica del sujeto, y por la otra, como una característica de los fenómenos sociales. Ambas dimensiones forman parte de un mismo proceso de reflexividad antropológica que involucra un modo de pensarse como sujeto y un modo de pensar el tiempo.

En la historicidad como dimensión temporal, el tiempo “cumple la función gnoseológica de facilitar que predomine en el análisis la dimensión procesual sobre la estructural” (Zemelman, 1992: 176). Es este mismo énfasis el que guía nuestra articulación conceptual tras las arenas

políticas, en el sentido que corresponden a construcciones elaboradas a partir despliegues temporales más o menos amplios, incluyendo su dimensión espacial. Se trata de comprender, con Zemelman, que

“*el tiempo* se desontologiza, pues deja de ser considerado como una propiedad de la realidad para convertirse en una función epistemológica, en cuanto forma parte de una lógica categorial tendiente a la búsqueda de la especificidad creciente (que exige romper con los parámetros establecidos)” (Zemelman, 2003, p. 84; énfasis original).

La lógica categorial en esta propuesta se relaciona con la concreción de universos de observación cuyos contenidos no están dados *a priori*. Los límites de estos universos, que denominamos aquí como *subcampos* y *arenas*, están dados por la información susceptible de servir de referente empírico (Zemelman, 1992, p. 174). Estos *subcampos* y *arenas políticas* fueron construidas a lo largo del trabajo de campo para delimitar las transformaciones del campo político de la salud mental en perspectiva diacrónica y sincrónica. Su historicidad se vincula, entonces, con su capacidad heurística para dar cuenta de múltiples temporalidades.

El uso de la historicidad en antropología se ha planteado a partir del estudio de otras temporalidades (Stewart, 2016). Siguiendo los debates entre las disciplinas de la antropología y de la historia (Comaroff y Comaroff, 1992; Faubion, 1993; Abercrombie, 2006, pp. 61-67), y la crítica a la temporalidad lineal del historicismo “occidental”, la historicidad emerge como una vía de interrogación sobre los múltiples sentidos del tiempo y del pasado en contextos culturales diversos. Si consideramos a la biomedicina como un sistema cultural (Rhodes, 1990; Burri y Dumit, 2007), cabe la pregunta sobre cuáles otras temporalidades se han configurado en este sistema, cuáles son las temporalidades hegemónicas y cuáles las subalternas.

En el campo de la salud mental, una de las reflexiones más recurrentes se relaciona con la detención del tiempo en las instituciones cerradas. En este sentido, Ferreira y Martínez (2003) apuntan que la institución asilar puede ser considerada como un espacio presocial en la medida que opera entre el confinamiento y la resocialización. La pérdida de la identidad social transforma la temporalidad de los internos, y el pasado asume una dimensión presentista, llegando a construir una “novela atemporal del interno”, siguiendo el tropo freudiano. Los autores señalan que el tiempo circular y el espacio liminal del manicomio adquieren una expresión característica en la apatía que se observa en los internos, la cual no es sólo atribuible

al aplanamiento afectivo vinculado a las psicosis o a los efectos de la medicación antipsicótica (Ferreira y Martínez, 2003, p. 65).

En un nivel más general, siguiendo a Von Peter (2010), es la propia disciplina de la psiquiatría la que concibe al tiempo como una entidad abstracta y cuantificable. Esta definición, asociada a una temporalidad lineal y objetivable, tiene implicancias tanto en la percepción clínica como en las intervenciones terapéuticas, que llevan a la psiquiatría a operar en una configuración estática, que “cronifica” sus prácticas, rutiniza sus intervenciones e impide observar la configuración del tiempo subjetivo de los sujetos sobre los cuales interviene. Es justamente esta invisibilización de otras temporalidades en el trabajo psiquiátrico la que debe ser problematizada para pensar cómo se han configurado las temporalidades de los sujetos subalternizados por la psiquiatría⁴¹.

Ahora bien, en el terreno específico de las políticas de salud mental, ¿cómo abordar la historicidad? Si retomamos los interrogantes epistémicos sobre el tiempo, podemos preguntarnos, en primer lugar, sobre cuáles sujetos históricos cobran relevancia cuando estudiamos las políticas públicas de salud mental en clave antropológica y, en segundo lugar, sobre cómo las *subcampos políticos* -en las cuales estos actores cohabitan- se han transfigurado desde los largos sesenta.

En esta investigación el estudio de las *arenas políticas* no se limita a las prácticas del Estado. El campo político de la salud desborda la dicotomía asentada entre Estado y “sociedad civil”, ilustrando diversas articulaciones entre las agencias estatales y la ciudadanía (Alvarez, Rubin, Thayer, *et. al.*, 2017). Del mismo modo, en la formulación de las políticas públicas son relevantes tanto la agencia estatal como otros actores sociales organizados. Si bien desde la ciencia política se han abordado diversas formas de intermediación de intereses en el sector salud (pluralismo, coerción y corporativismo), en cada una de ellas las estrategias del poder corporativo de los médicos en Chile han jugado un rol clave en la historia del sector (Labra, 1995). Con todo, el propio Estado es un campo heterogéneo en cuyos márgenes se despliegan espacios y conceptos donde se pone a prueba el ejercicio de la ciudadanía (Das y Poole, 1998).

⁴¹ Estas observaciones sobre las temporalidades psiquiátricas ponen de relieve el problema del presentismo. Para Hartog (2015) este problema da cuenta del régimen de historicidad prevaleciente en el cual el presente colapsa las visiones del pasado y el futuro en un escenario de crisis.

La ciudadanía política constituye justamente un terreno de disputa del cual han sido excluidas las personas psiquiatrizadas hasta décadas recientes. Siguiendo la metáfora de Mercedes Serrano (2018), es posible observar que las personas en sufrimiento mental han transitado un largo *exilio* desde la exclusión de su condición de ciudadanos, para alcanzar diversas formas de agencia colectiva que les han permitido conquistar un estatuto antes negado.

En Chile, los regímenes políticos sucesivos desde 1968 (proyecto revolucionario, dictadura y transición) conforman marcos amplios en los cuales se despliegan límites flexibles para las *arenas políticas*. 1968 es un año significativo en al menos dos sentidos. Con relación al territorio de estudio, es el año en que comienza el programa de psiquiatría “intracomunitaria” para el abordaje del alcoholismo en el Consultorio Santa Anselma en la comuna de La Cisterna. En cuanto al marco jurídico, a pesar de que en ella no se aborda en específico la situación de la salud mental, la promulgación en dicho año de la Ley de Medicina Curativa, refleja las contradicciones entre una medicina de tendencia socializante que fracasa en la unificación de un Sistema Nacional de Salud, y una medicina liberal liderada por el gremio médico que abre la puerta al ejercicio privado, el copago y la libre elección (Illanes, 2010; Labra, 2002). Hacia 1968, la movilización social creciente que se observaba en el sector campesino (Reforma Agraria), el sector estudiantil (Reforma Universitaria) y el movimiento obrero, constituye un preámbulo para el período de excepcionalidad participativa que se viviría durante los mil días de la Unidad Popular (1970-1973) (Gaudichaud, 2017).

Por ejemplo, en el caso del activismo, podemos problematizar hasta qué punto los profesionales sanitarios han jugado un rol relevante en los procesos de reforma sanitaria, contestando de modo más o menos organizado los lineamientos verticales de las prácticas hegemónicas. Impulsados por lo que se conoció en los sesenta como psiquiatría social (Rosen, 1974, pp. 203-227), algunos psiquiatras desarrollaron algunas investigaciones epidemiológicas que trataban fenómenos ingentes como la migración rural-urbana, el alcoholismo y la prevalencia de trastornos mentales en áreas urbanas (Horwitz, 1961; Horwitz y Marconi, 1967; Marconi, 1969; Moya, 1969). A esta faz investigativa, se correspondió un alineamiento de las políticas sanitarias impulsadas por la Oficina Sanitaria Panamericana que buscaba desarrollar servicios de salud mental “en la comunidad” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1970).⁴² Así, las

⁴² En la Oficina Sanitaria Panamericana destaca la figura de Abraham Horwitz, hermano del psiquiatra José Horwitz quien trabajó con Juan Marconi, quien fue un médico salubrista, subdirector del Servicio

experiencias de psiquiatría en la comunidad en los largos sesenta debieron insertarse en un modelo sanitario en el cual predominaba el hospitalocentrismo⁴³ (Comelles, Alegre y Barceló, 2017) bajo el paradigma del control de la mortalidad, en particular la materno-infantil (Araya, Leyton, López, *et al.*, 2016). En qué medida este incipiente activismo profesional logró posicionarse dentro del proyecto histórico de la Unidad Popular será discutido en este mismo capítulo. Ahora bien, si consideramos la temporalidad de los profesionales que tomaron el relevo de dichas políticas de salud mental truncadas, la dictadura aparece como un hiato en su narrativa institucional, situando en el Área Sur el resurgimiento de la psiquiatría comunitaria en el período posdictatorial (Sepúlveda, Ramírez, Zitko, *et al.*, 2012).

El entrecruzamiento de los tres *subcampos* mediante *arenas políticas* contingentes refleja las particularidades del caso chileno. Sin un movimiento de trabajadores sanitarios a favor de la desmanicomialización como en Brasil, ni una experiencia militante de los profesionales reformistas como en España, las experiencias de transformación de la salud mental se han desplegado en gran medida al interior de instituciones sanitarias (hospitales y centros de salud ambulatorios). El grado de debate sobre dichas transformaciones ha estado limitado, en su gran mayoría, a la literatura institucional y científica que da cuenta de la perspectiva de los gestores de las políticas públicas de salud mental. En este sentido, la impugnación de dichas políticas en la última década por el movimiento activista en primera persona podría ser observado como un fenómeno de antagonismo político. Es en el espesor histórico de estas agencias políticas donde buscamos dar respuestas a estas interrogantes abiertas y contribuir a una lectura de estos procesos.

2.2. La transfiguración del custodialismo

“Estoy comenzando a pensar que, quizás, la disposición del sanatorio frente a la morgue, y al costado del cementerio general no es aleatoria”
«Dr. José Horwitz Barak», Ursula Starke (2016)

Nacional de Salud de Chile entre 1952 y 1957. Este último año fue postulado por el gobierno chileno para el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, puesto que desempeñó entre 1958 y 1974. Junto con Amador Neghme, contribuyó a la creación y organización de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) (Jiménez de la Jara, 2003).

⁴³ En el año 1952, finalizando el gobierno de González Videla, se crea en Chile el Servicio Nacional de Salud (SNS), con un modelo centralizado de gestión sanitaria y experiencias locales innovadoras.

Los asilos se encuentran inmersos desde sus orígenes en la trama política de la ciudad (Leyton, 2008; Comelles, 2006). Leyton y Huertas (2012) refieren que en la segunda mitad s. XIX se sentaron las bases de una ciudad *higiénica* siguiendo el modelo de las reformas urbanísticas europeas, durante la administración de Benjamín Vicuña Mackenna como Intendente de Santiago (1872-1875). A través de un diseño que trazaba un camino de cintura alrededor de la ciudad moderna, Vicuña Mackenna quiso dominar el cuerpo social popular bajo la instauración de una serie de espacios e instituciones higienistas⁴⁴ por fuera de dicho margen, específicamente en el barrio de La Chimba, el arrabal situado en el antiguo mercado de origen indígena. En este espacio higienista se enmarca el traslado en 1858 de la Casa de Orates procedente del barrio Yungay a su ubicación definitiva en la calle Olivos en La Chimba. Se trata de la primera institución destinada a los “alienados” en Chile. Planificado como un hospicio de concentración, el recinto fue administrado por filántropos bajo el modelo de la tutela jurídica y dependió del Ministerio del Interior (Camus, 1993; Leyton, 2005)⁴⁵.

El custodialismo hace referencia a la concentración de “enfermos crónicos” residentes permanentes de las grandes instituciones asilares que eran el modelo de referencia en la segunda mitad del s. XIX (Lantéri-Laura, 1972). La pronta deriva custodialista del alienismo que había descrito Lanteri-Laura para el caso francés adquirió en Chile un rasgo distintivo. Se trata, como hemos visto en el capítulo anterior, del proceso de reconfiguración interna del campo médico impulsado más por la diferenciación del poder que por la especialización del conocimiento (Fassin, 1996). Si bien los primeros alienistas en Chile intentaron fundar un campo profesional propio, la función tutelar primó sobre la científica⁴⁶. De este modo, el proceso de medicalización de la locura en Chile no tuvo, como describió para Francia Robert Castel (1977), una edad de oro en la cual se desplegara la alianza médico-jurídica en torno a la

⁴⁴ Entre ellas “el Cementerio General, la Casa de Orates, la Escuela de Medicina, los hospitales o lazaretos para tuberculosos y apestosos San José y Vicente de Paúl; la Escuela de Odontología; el Instituto de Higiene Pública y Bacteriología y el Instituto de Medicina Legal” (Leyton y Huertas, 2012, pp. 43-44)

⁴⁵ La Casa de Orates dependía de una Junta Directiva nombrada por el Ministerio del Interior. La primera Junta fue nombrada por Antonio Varas en el gobierno de M. Montt (Junta de Beneficencia, 1901, pp. 384-385).

⁴⁶ Ramón Elguero llegó a la Casa de Orates en 1860 como médico visitante, después que dejara dicho cargo el primer médico Laurent (Lorenzo) Sazié. Elguero había sido antes cirujano militar y rector del Liceo de Valdivia antes de licenciarse de Médico en la Universidad de Chile en 1853 con una tesis sobre enfermedades del corazón (Escobar, 2000).

relación de tutela que caracterizó a la psiquiatría pineliana bajo la Ley de 1838⁴⁷. Por más que los médicos de la Casa de Orates hayan querido emplear el poder normalizador de la medicina sobre los ciudadanos interdictos⁴⁸, la fuerza de este discurso profesional no bastaba todavía para generar un campo profesional diferenciado dentro de la función predominantemente custodial del asilo. En este primer momento, que ha sido calificado como “fundacional” (Escobar, 1990), y que se prolonga hasta a la guerra civil de 1891, la psiquiatría aún no había adquirido el reconocimiento como especialidad médica que dictara las bases científicas de las medidas jurídico-administrativas.

Los inicios de la psiquiatría en Chile deben situarse en el contexto de la formación de estados nacionales latinoamericanos. Es justamente en el andamiaje débil de las burocracias estatales de la región donde debemos observar el surgimiento de esta especialidad médica no tanto como un instrumento de control social que se despliega de modo férreo y disciplinario, sino más bien como una institucionalidad custodial precaria que caracteriza la organización de los primeros manicomios (Meyer, 2017; Torres, 2014). Sacristán señala al respecto que:

“En la mayor parte de los países este proceso de *medicalización de la locura* se vio obstaculizado por el débil apoyo estatal, la aprobación de marcos jurídicos en cuyos intersticios el procedimiento de admisión y alta escapaba al control de los médicos, así como falta de recursos materiales y humanos para hacer frente a la demanda” (Sacristán, 2009, p. 179, cursiva en el original)

En 1887 Marcial González (Citado en Illanes, 2010, p. 57), comisionado para la reforma de la Beneficencia, registraba las siguientes instituciones de salud en Santiago :

- 3 hospitales: San Juan de Dios, San Vicente de Paul y San Borja

⁴⁷ La ley promulgada en 1838 como *Législation sur les aliénés et les enfants assistés* fue la culminación del proceso de institucionalización del alienismo francés, que había comenzado en la primera Asamblea Revolucionaria de 1790 con la supresión de las *lettres de cachet* que simbolizaba la pérdida de la autoridad del Rey sobre la población (Castel, 1977, pp. 7-8).

⁴⁸ El caso del médico inglés William Benham contratado por el Ministerio del Interior como “primer médico residente” en 1875 es ilustrativo de este conflicto entre la administración filantrópica que se limita a la reclusión de los *enajenados* y del modelo médico de referencia a la época: el *tratamiento moral*. En su informe al Ministro del Interior del mismo año, Benham (1875, citado en Camus 1993: 110-119) cuestiona las precarias condiciones higiénicas del recinto, de la alimentación y de la vestimenta, junto al hacinamiento que conlleva el uso del asilo para el doble de la capacidad para la cual estaba destinado. En su alegato expone que el establecimiento debería estar dirigido por un médico, y no por el director administrativo delegado por la Junta de Beneficencia, justificando que el criterio médico-científico debería prevalecer sobre el filantrópico.

- 1 Casa de Expósitos
- 1 Casa de Orates
- 1 Hospicio
- 4 Casas de beneficencia privadas: Buen Pastor, Casa de María, Patrocinio San José, y Asilo del Salvador⁴⁹.

Esta estructura del asistencialismo para la pobreza estaba basada en la caridad cristiana y en el “apoyo paternalista con el físicamente incapacitado” (Illanes, 2010, p. 57). Estos intersticios del Estado conformaban espacios propicios para el surgimiento de establecimientos privados destinados al confinamiento de la locura tales como una de las Casas de Beneficencia administrada por la congregación de la Preciosa Sangre⁵⁰, que hasta el día de hoy perdura como la Clínica Psiquiátrica Santa Cecilia en el Barrio Brasil de Santiago. Asimismo, en el Hospicio de Santiago, lugar de asistencia “para pobres”, se desarrolló una de las escenas inaugurales de los debates médico-psiquiátricos sobre el caso de Carmen Marín, la llamada *endemoniada de Santiago* (Roa, 1974).⁵¹

Hacia 1883 el Estado chileno concluía la ocupación militar de territorios tanto en el norte, con la anexión de Antofagasta y Tarapacá, como en el sur, con la ocupación de la Araucanía. La mortalidad en 1885 superaba a la natalidad: “nacer para vivir era claramente un privilegio” (Illanes, 2010, p. 27).

A partir de 1891 el relato hagiográfico de la psiquiatría establece el inicio de su período de desarrollo institucional (Escobar, 1990). Dicho año la Casa de Orates dejó de depender del Ministerio del Interior y pasó a formar parte de la organización sanitaria supervisada por la

⁴⁹ González, M. (1889). *Reorganización de la Beneficencia Pública en Santiago*. Santiago, I. Gutenberg (Illanes, 2010, p. 57). En el extracto no se nombra a la Casa de la Preciosa Sangre.

⁵⁰ Junto a la Congregación de la Preciosa Sangre, otros establecimientos privados fueron administrados por la Congregación del Buen Pastor (Correa, 2014; 2017). En 1890 se reconoce legalmente a la Congregación de la Preciosa Sangre (Anónimo, 1892). En este asilo estuvo “enclaustrada” por orden de un tribunal la poeta Teresa Wilms Montt entre 1915 y 1916, tras ser ayudada en su fuga por Vicente Huidobro (Lehane, 2017).

⁵¹ Armando Roa, fue psiquiatra y escritor, profesor de la Universidad Católica, y también médico del Hospicio de Santiago (Neghme, 1984, pp. 217-221). En 1974 publica *Demonio y psiquiatría*, en el que sitúa el caso de Carmen Marín a inicios de la segunda mitad del s. XIX en las disputas de poder entre la ciencia, representada por la nascente psiquiatría, y la religión, representada por sacerdotes (y algunos médicos). Para una discusión desde la historia de la psiquiatría, véase Araya (2006; 2015).

Junta de Beneficencia cuyo reglamento se había promulgado en 1886 (Garafulic, 2002; Miranda, 1990).

En 1896, Zillaruelo registraba el crecimiento de los asilados. De 177 que ingresaron en 1852 a la Casa ubicada en Yungay, en 1895 se contaban 760 como “existencia para el año siguiente”. En la estadística de Zillaruelo, este último año se contaban 705 “entrados” (441 hombres y 264 mujeres); 834 “salidos” (530 hombres y 304 mujeres); 368 “salidos sanos” (241 hombres y 127 mujeres); 40 “salidos mejorados” (28 hombres y 12 mujeres); 0 “al hospicio”; 110 “muertos” (57 hombres y 53 mujeres); 21 “fugados” (19 hombres y 2 mujeres); y 95 “retirados por sus deudos” (50 hombres y 45 mujeres) (Zillaruelo, 1896, pp. 84-85). En la serie 1852-1895, el año de mayor mortalidad fue 1885 con 180 muertos y el año de mayor “concentración” fue 1889 con 1052 “de existencia para el año siguiente”.

Respecto de la enseñanza, Camus (1993) ha ilustrado cómo los conflictos entre médicos y directivos en la Casa de Orates se prolongaron hasta el alejamiento de Carlos Sazié en 1883, luego que insistiera ante el Ministerio del Interior en la necesidad de incorporar el tratamiento moral (Araya, 2015, p. 213). Con la partida de Sazié, la enseñanza de la psiquiatría se alejaría de la Casa de Orates hasta 1911: Sazié dictará entonces la “Cátedra de enfermedades mentales y nerviosas” -que había comenzado en 1881- en el Hospital San Vicente de Paul (Camus, 1993, pp. 124-126). Tras la caída de Balmaceda en 1891, y dado que Sazié era balmacedista, la Cátedra pasará a manos de Augusto Orrego Luco. Ambos, educados en Francia y de clara orientación neurológica, formarán a las primeras generaciones de psiquiatras chilenos.

De acuerdo a Leyton (2005), con la nueva administración a partir de 1891 el hospicio de concentración se transformó en un hospicio de diseminación. Las condiciones de posibilidad habían sido gestadas por Marcoleta, el último administrador del período anterior, quien había logrado “ampliar las dependencias, crear pensionados, talleres, sala de juegos, panadería, etc., para diversificar el tratamiento y atención a los pacientes” (Leyton, 2005, p. 51). Ya no se trata de un modelo asilar restringido a la vigilancia, sino en la diseminación de pequeñas unidades asilares, especializadas y que propician un lugar para la recuperación. Es, entonces, el momento para la aplicación de aquellas propuestas antes rechazadas por los primeros administradores: la ergoterapia, como la más destacada; y la emergencia de un modelo médico industrial con colonias agrícolas (“Sección Lechería, Avicultura, Conejar, Palomar, Chanchería”) y fábricas

(“Tejidos de alambre, Sastrería, Sección escobas, Sección Fábricas de ladrillos”) (Leyton, 2005, p. 54).

Hasta el último cuarto del siglo XIX, la salud era un espacio social no capturado por la naciente burocracia estatal (López, 2017). Con la nueva “alianza médico-filantropica” (Garafulic, 2002), podemos observar un nuevo “custodialismo de clase”. Los directores de la Casa de Orates, en su mayoría fueron actores políticos relevantes (Tabla 1):

Tabla 1. Directores de la Casa de Orates (1854-1931).

1854-1858	Sótero Calvo de la Cuadra. Alcalde de Rancagua. Presidente de la Junta de Beneficencia
1858-1864	Tomás Martínez.
1864-1890	Pedro Nolasco Marcoleta. Senador Partido Nacional (1888-1894)
1891-1894	Francisco González Errázuriz. Partido Conservador. Abogado.
1894-1906	Pedro Montt Montt. Abogado. Partido Nacional. Presidente (1906-1910). Responsable político de la Masacre de la Escuela Santa María de Iquique (1907).
1906-1920	Carlos Rogers Gutiérrez de la Fuente. Diputado, Partido Nacional (1885-1888; 1888-1891)
1920-1923	Máximo del Campo Yávar. Abogado, Diputado (1897; 1903). Ministro de Justicia e Instrucción Pública (1892-1893). Partido Nacional y Partido Conservador.
1923-1929	Francisco Echeñique G. Diputado (1902-1913), P. Conservador. Ingresó a la Junta de Beneficencia de Santiago, el 20 de diciembre de 1911, en carácter de subadministrador del Hospicio de Santiago, cargo que desempeñó durante 14 años. En el año 1923, la Junta de Beneficencia lo propuso como administrador de la Casa de Orates
1929-1930	Vicente Ramírez Ortíz
1930-1931	Héctor Boccardo

Adaptado de Escobar (1990).

A la alianza entre el poder médico y el poder político se sumó también la asistencia del clero. Hacia 1895 llegan los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, que todavía los encontramos en los registros de 1926 y las Monjas de San José de Cluny, contratadas para encargarse de las mujeres (Leyton, 2005, p. 57). Pero, ¿qué origen social compartían los asilados? Leyton describe el proceso de proletarización del campesinado pobre que migraba a las ciudades desde el último cuarto del siglo XIX: “Mientras la población urbana de la provincia de Santiago durante el período 1875-1885 pasaba de unos 186.000 habitantes a 228.000, la

población rural descendía llamativamente de unos 180.000 a 102.000 habitantes” (Leyton, 2005, pp. 77-78). Es cuando surge la llamada “Cuestión Social”⁵². En 1884, Orrego Luco publicó “La cuestión social” en el que observamos el tropo de la patologización de las clases subalternas que criticaba Gramsci (Capítulo 1, nota 22). Orrego Luco, además de catedrático de psiquiatría, fue un político de vasta trayectoria⁵³, y su perspectiva de la “cuestión social” denota una articulación de su posicionamiento de clase y su perspectiva médica:

“La masa de población que recorre nuestros campos y nos presenta con todos sus peligros el gravísimo problema del proletariado, es una consecuencia del antiguo inquilinaje. El peón nómada ha salido de los ranchos; es el hijo del inquilino que va a rodar tierras en busca de trabajo y de condiciones de vida menos duras que las que encuentra al lado de sus padres. Esa raza vagabunda es la expiación del régimen económico y social a que nuestras haciendas han estado sometidas” (Orrego Luco, 1884, pp. 38-39).

“En estas condiciones de lucha la alimentación animal, que aumenta esa producción de calor, es la lógica, y si no está al alcance del bajo pueblo, la trata de reemplazar, de una manera instintiva, por bebidas alcohólicas que producen un resultado semejante. Todas las disposiciones que se puedan inventar para hacer que desaparezca la embriaguez, irán á estrellarse contra esa ley física insalvable, mientras la base de la alimentación no se reforme y sea como ahora vegetal” (Orrego Luco, 1884, pp. 25-26).⁵⁴

El problema del alcoholismo emergía en el discurso de Orrego Luco como un determinismo biológico que degeneraba la “raza vagabunda” (Leyton, 2020)⁵⁵. Una fotografía de la Sección de Hombres de Casa de Orates de principios del s. XX retrata este sujeto social:

⁵² Sergio Grez (1995), si bien concuerda con que la “cuestión social” emerge como problema político asociado al proceso de industrialización en una sociedad capitalista, y en el caso de Chile, el consenso lo sitúa cerca de 1880, es desde inicios del s. XIX que es posible rastrear debates e ideas relacionadas tanto en el discurso de la élite como en las clases populares.

⁵³ Orrego Luco formó parte, primero, del Partido Liberal, y luego de la Alianza Liberal, en la cual desarrolló una larga carrera como diputado: suplente por Santiago hasta 1879; Lontué (1882-1885); Cauquenes (1885-1888); y Quillota (1888-1891). En 1886 fue designado presidente de la Cámara de Diputados. En 1897, en el gobierno de Federico Errázuriz Echaurren es nombrado Ministro del Interior; y en 1915, por quince días es Ministro de Justicia e Instrucción Pública del Presidente Juan Luis Sanfuentes (Biblioteca Nacional de Chile, 2021).

⁵⁴ Leyton registra, a partir de las estadísticas de la Casa de Orates de 1903, las profesiones de los internados según diagnóstico. En frecuencia, la primera es “sin profesión” (132), le sigue “dueñas de casa” (126), y “gañanes” (peones vagabundos) (85), entre otras (Leyton 2005, p. 77). El grupo de los desempleados “sin profesión” es, según el autor, probablemente parte de los vagabundos o mendigos, aunque no haya registro de estos términos.

⁵⁵ Correa (2017) apunta que “el delirio alcohólico, (...) si bien en 1896 sólo aludía a 38 internos, representaba el mayor problema entre los que acudían a la institución, con un total de 117 casos” (p. 8).

“[...] peones ‘gañanes’, especie de trabajador nómada rural que habitó los campos chilenos gran parte del siglo XIX hasta principios del siglo XX y que sufrió un desplazamiento social con los procesos de industrialización. Hay otros sujetos que tienen gorras militares, lo que podría datar la fotografía cercana a un conflicto bélico. Cobra entonces sentido la posibilidad que se trate de veteranos de la Guerra del Pacífico o del Salitre en 1879 o la Revolución de 1891” (Leyton y Díaz, 2007, pp. 1003-1004).

El custodialismo se adapta, y por sugerencia de Germán Greve, se crea un “Asilo de Temperancia” para el control de los alcohólicos en el modelo de asilo de diseminación (Araya, 2015, p. 220). Otras “taras sociales” serán objeto de esta naciente higiene pública que con el auxilio de los psiquiatras, criminólogos y juristas pasarán a conformar el campo de la Higiene Mental (Araya, 2021).

Julio Zilleruelo, German Greve y Manuel Beca, entre otros, daban cuenta de las deficiencias en la infraestructura asilar luego de la guerra civil de 1891 (Araya, 2015; Correa, 2017). Comenzaba, de este modo, un largo periplo que recorrerá la primera mitad del siglo XX respecto a la necesidad de expandir la asistencia psiquiátrica a nuevos asilos. En 1896, Zilleruelo concluía su artículo señalando:

- 1ª. La Casa de Orates es insuficiente para contener el número de enajenados que encierra i no cumple con las condiciones exigidas por la ciencia para esta clase de establecimientos.
- 2ª. El mayor número de enajenados que entran i de los que salen sanos, reconocen por único origen de su enajenación el abuso de las bebidas alcohólicas.
- 3ª. De los sistemas propuestos el mejor es el de puertas abiertas i sobre todo el de villas diseminadas al rededor de una plaza o jardín.
- 4ª. Cualquiera sea el sistema que se adopte, el trabajo al aire libre, con la mayor suma de libertad compatible con el estado mental del enfermo, forma la base del tratamiento.
- 5ª. El trabajo contribuye a aumentar el número de curaciones en los establecimientos donde se practica, al mismo tiempo que acelérela la curación, disminuyendo de este modo la estadía de los enfermos.
- 6ª El Manicomio Nacional viene allanar una necesidad; pues proporcionará a los alienados habitaciones hijiénicas i trabajo en abundancia.

Y “[p]robablemente el bajo número de ingresados con esa etiqueta, se debía a que los casos de locura alcohólica eran transitorios y no requerían internación, en un momento además en que la patologización del consumo excesivo de alcohol recién comenzaba a ser debatida por los médicos” (p. 11 *infra* nota 8).

7ª. Habría conveniencia en adoptar la administración médica en este establecimiento”.
(Zilleruelo, 1896, p. 114) .

Respecto del punto 3, este se refleja en la propuesta de un Plan General de Manicomios:

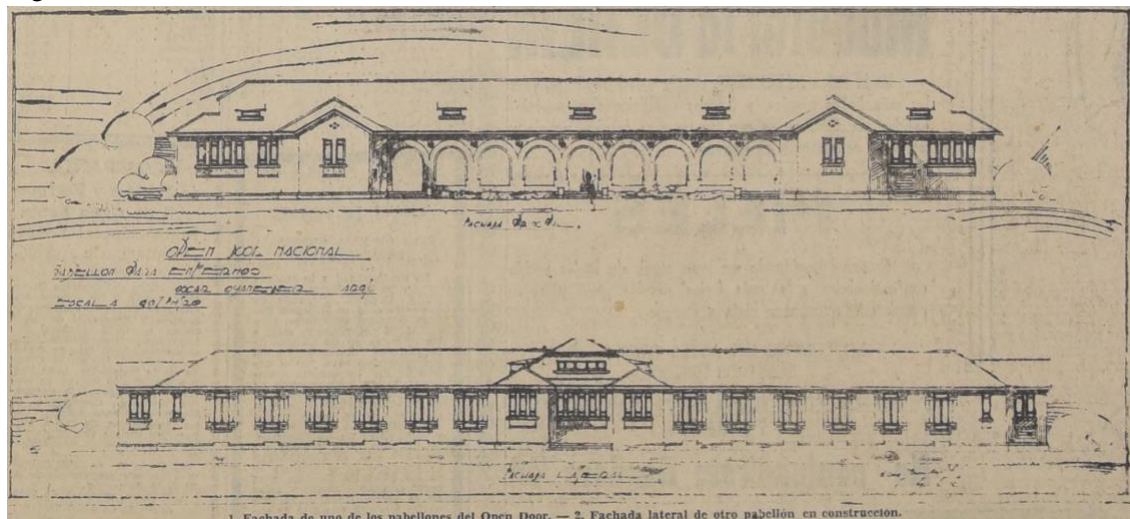
“El establecimiento de un proyecto de Open Door se concretó recién hacia fines de la década del veinte. El Plan General de Manicomios de Chile, aprobado por la Junta de Beneficencia en julio de 1929 con el objeto de asistir científicamente a los enfermos, dividió el país en tres zonas -norte, centro y sur- buscando descentralizar el servicio. En provincia, definió la construcción de espacios asistenciales, en su mayoría pabellones especiales asociados a hospitales provinciales, y en Santiago, indicó la construcción de un Hospital Psiquiátrico en la zona de la Casa de los Olivos, específicamente donde se ubicaba el Asilo de Temperancia. También estableció la creación de un Asilo Colonia en el fundo “El Peral” adquirido por el Estado en 1928, algunos años después de la compra de la Quinta Bella en Conchalí en 1923” (Correa, 2017).

De este Plan, finalmente sólo se financió la edificación del Open Door en el Fundo El Peral (Fig. 1) y la Colonia Agrícola en la Quinta Bella (Echeñique, 1926). El Open Door estaría organizado en una sección hospitalaria y una sección agrícola (Echeñique, 1930). Las obras fueron supervisadas por el arquitecto Oscar Oyaneder, quien había participado junto a Francisco Echeñique (director) y Jerónimo Leteletier (subdirector médico) de la Casa de Orates, en una comisión a los “países del Atlántico” -Argentina, Brasil y Uruguay- para el diseño del Open Door (Echeñique, 1929; *La Nación*, 1929). En la nota de *La Nación*, Echeñique destaca la producción agropecuaria del Fundo que proveerá no sólo al Open Door sino también al “Manicomio” con diversos insumos (papas, cebollas, leche, carne, etc.).

Respecto del punto 6, este fue un proyecto frustrado de un nuevo Manicomio Nacional, ya que a pesar de estar construida la mayor parte de su infraestructura en la zona de Providencia, en un entorno “idílico”, sus dependencias fueron ocupadas por un batallón del Ejército que fue destinado para la Escuela de Clases a fines del s. XIX (Correa, 2017).

La séptima conclusión de Zilleruelo sólo verá la luz en 1931 cuando sea nombrado el primer director médico de la Casa de Orates, Jerónimo Letelier (Escobar, 1990). Para entonces el paisaje asilar se había diversificado y el nuevo proyecto del Open Door emergía como otra esperanza reformista de la psiquiatría chilena, cuyo devenir será abordado en el capítulo tercero.

Fig. 1. Pabellones



Fuente: Boceto Open Door Nacional, por Oscar Oyaneder en La Nación (1929, p.1).

La transfiguración del custodialismo también fue objeto de la naciente antropología cultural chilena. La primera investigación etnográfica sobre instituciones asilares fue realizada por el antropólogo Carlos Munizaga junto a psiquiatras del Servicio C del Hospital Psiquiátrico en un departamento de “crónicas” de dicho recinto (Munizaga y otros, 1966)⁵⁶. La antropología funcionalista de Munizaga, heredera de la lectura de Talcott Parsons y de Robert Merton, se enfocó en las funciones latentes del sistema asilar, llamando la atención sobre el “mundo olvidado” de los “departamentos de crónicas” y describiendo etnográficamente la vida social que allí se expresaba⁵⁷. Esta veta etnográfica será profundizada en publicaciones posteriores donde se describirán las relaciones cuasifamiliares y de amor entre “internados” (Munizaga y Soto, 1988)⁵⁸. Las tesis de grado de Rojas (de 1980, publicada en 2011) y Birkner (1984), desde disciplinas y paradigmas teóricos diferentes describen, asimismo, las interacciones sociales y los ajustes secundarios en “pacientes” del mismo hospital psiquiátrico (un sector de internos y el Hospital de Día, respectivamente), empleando la misma técnica: la observación participante

⁵⁶ Cabe destacar que esta colaboración entre un antropólogo y un equipo de psiquiatras es la segunda investigación realizada por ellos, ya que en 1965 habían publicado un estudio de casos sobre mapuche ingresados al hospital psiquiátrico (Munizaga y otros, 1965).

⁵⁷ En 1966 se publica en Buenos Aires la traducción del libro de William Caudill *The psychiatric hospital as a small community* de 1958, con el título de “El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica”. Munizaga recoge algunas impresiones del libro en el artículo del mismo año señalando observaciones coincidentes respecto a Caudill.

⁵⁸ Para un resumen de estas investigaciones véase Munizaga (1987a) y Munizaga (1992).

oculta⁵⁹. Salvo en la tesis de Rojas, el tono de colaboración con la disciplina psiquiátrica de estos trabajos de descripción etnográfica ricos en detalles que ilustran las condiciones misérrimas de sobrevivencia en las instituciones asilares se contraponen con las denuncias respecto del abandono de los espacios manicomiales.

2.3. *El imaginario del biologismo*

“[L]os manicomios están repletos de individuos inútiles para la sociedad y, si es verdad, que, salvo el gasto inútil de su mantención, no causan gran daño a la sociedad, porque generalmente no se propagan, hay entre los que nos consideramos sanos una infinidad de formas intermediarias que no son en realidad ni sanos ni enfermos, pero que minan incesantemente la constitución genética del pueblo”-
Otto Aichel (1927 [2015] , p. 265)

El biologismo, junto a la ahistoricidad, constituyen dos rasgos estructurales que, entre otros, caracterizan a la biomedicina analizada por Menéndez en *Morir de Alcohol* (1990, p. 87). Asimismo, el propio proceso de medicalización en los siglos XVIII y XIX reflejaría de forma “isomórfica” las características de la burguesía que lo conduce: jerárquico, asimétrico, clasista y racista (Menéndez, 1990, p. 91). Estos puntos de anclaje nos permiten observar en el proceso de profesionalización de la psiquiatría en Chile (Araya, 2015) la búsqueda de una legitimidad científica que favorece el desarrollo de una corriente psiquiátrica en la cual predomina el biologismo y tiene su punto de inflexión en el auge de las llamadas “terapias de shock” a partir de los años treinta (Araya y Leyton, 2009).

La expresión “psiquiatría biológica” acuñada en las últimas décadas para describir la hegemonía del paradigma biologista en la práctica psiquiátrica contemporánea hace poca justicia a la distinción entre la disciplina (la biología) y la desviación reduccionista del biologismo. El reduccionismo biologista derivado del positivismo decimonónico ha sido difundido predominantemente a través del darwinismo social (Guadarrama, 2009)⁶⁰. De aquí

⁵⁹ Hugo Rojas defiende su tesis en psicología con un enfoque fenomenológico en 1980, tomando como referencia a Caudill y Goffman. Jorge Birkner (1984) retoma aspectos teóricos de la teoría de las organizaciones y el interaccionismo, pero se limita a un estudio descriptivo para defender su tesis en antropología social dirigida por Carlos Munizaga.

⁶⁰ Kleinman señalar al respecto el yerro biologista de asumir “núcleos sintomáticos universales” anclados en la biología, cuando la norma en la biología justamente es la variación y que el evolucionismo biológico ha planteado, desde Darwin, el origen de biológico de la diversidad y la variación entre las especies (Kleinman, 1988, p. 19).

se desprende otra deriva biologista que alcanzó una notable difusión en contextos de expansión de la medicina en territorios colonizados: la eugenesia (Leyton, Palacios y Sánchez, 2015).

Se ha distinguido como una aplicación de la eugenesia al gobierno de una población el caso del III Reich, pero es menos difundido que los estudios de la antropología racial realizados antes de la Gran Guerra por Eugen Fischer en África del Sudoeste -hoy Namibia- fueron el antecedente empírico de la higiene racial de quien sería el primer director del Kaiser Wilhelm-Institut para la «Antropología, teoría de la herencia humana y eugenesia» en Berlín (Müller-Hill, 2016).

Otto Aichel, fue un médico chileno nacido en 1874 en Concepción y formado en Alemania (Cruz-Coke, 1995, p. 546). En 1902 fue nombrado profesor de Ginecología en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (Sánchez, 2018, p. 231). En 1911 se trasladó a Alemania donde realizó estudios de antropología y llegó a ser profesor titular de la cátedra de Antropología de la Universidad de Kiel (Sánchez, 2018, p. 233). En 1927 Aichel dictó una conferencia en la Academia Chilena de Ciencias Naturales en Santiago titulada “La importancia de la herencia en la especie humana”, donde reproduce tópicos de la eugenesia tales como la mayor tasa reproductiva de los “incapaces”, y apunta a la genética como un determinante fundamental del desarrollo humano (Sánchez, 2018, p. 236). Vale la pena notar que es el propio Aichel junto al genetista Otmar von Verschuer (quien devendrá experto en estudios de gemelos en los campos de concentración) quienes realizan un homenaje a Eugen Fischer en 1934 con motivo de su cumpleaños número 60:

“Nos encontramos en el cambio de una era. Por primera vez en la historia del mundo, el Führer Adolf Hitler pone en práctica el conocimiento de los fundamentos biológicos del desarrollo de los pueblos: raza, herencia, selección. No es casualidad que Alemania sea el lugar de este acontecimiento: la ciencia alemana puso las herramientas en manos del político” (Aichel y von Verschuer, 1934, citado en Hildebrandt, Offer y Grodin, 2021, p. 22).⁶¹

⁶¹ La cita del original es “Wir stehen in einer Zeitenwende. Der Führer Adolf Hitler setzt zum ersten Male in der Weltgeschichte die Erkenntnisse über die biologischen Grundlagen der Entwicklung der Völker -Rasse, Erbe, Auslese- in die Tat um. Es ist kein Zufall, daß Deutschland der Ort dieses Geschehens ist: Die deutsche Wissenschaft legt dem Politiker das Werkzeug in die Hand.” Fue publicada en 1934 como “Vorwort” [prólogo] en el volumen *Eugen Fischer zum 60 Geburtstag* [Eugen Fischer en su 60 cumpleaños] de *Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie* [Revista de Morfología y Antropología], número 34, p. vi. en Stuttgart.

En la antropología racial de Otto Aichel también fue relevante su trabajo junto a Max Westenhöfer (Cap. 1 Nota 31) y Aureliano Oyarzún. Este último fue un médico nacido en Chiloé, formado por Virchow en Anatomía Patológica, y antropólogo formado por Max Uhle, con quien trabajó en las primeras décadas del s. XX en el Museo de Etnología y Antropología de Santiago realizando las primeras excavaciones arqueológicas en el Norte de Chile (Mora, 2016). Westenhöfer había sido nombrado Director del recién creado Instituto de Anatomía Patológica en la Universidad de Chile en 1908. En 1909 Westenhöfer, Aichel y Oyarzún fueron relevantes en el llamado “Caso Beckert” en el edificio de la Legación Alemana en Santiago (Leyton y Sánchez, 2014)⁶². A partir de su trabajo como patólogo en Santiago, Westenhöfer inicia una línea de investigación sobre rasgos anatómicos distintivos que observa en las autopsias de personas mapuche, y comienza un estudio anatómico a partir una cadena de procuración de cadáveres, incluyendo exhumaciones a cementerios en el Sur de Chile, que contó con el apoyo de diversas autoridades médicas y de gobierno locales (Sánchez, 2015).

La conexión morfológica entre antropología racial, higiene racial y eugenesia es relevante para situarnos en el Manicomio Nacional a fines de la década del treinta. Juvenal Barrientos y Edgardo Schirmer, médico y ayudante respectivamente del Servicio de Anatomía Patológica del Manicomio Nacional presentan en 1937 durante las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas en Santiago un trabajo titulado “La constitución de la norma anterior de la cabeza” (Leyton y Sánchez, 2014, pp. 7-10). En este trabajo reconocen en Aureliano Oyarzún un maestro de la craneometría y se abocan al estudio de mediciones faciales de los “internos” del Manicomio a quienes clasifican según el constitucionalismo en “eucencefálicos”⁶³ y con “displasia tipológica”⁶⁴. Siguiendo la línea de pensamiento de Aichel, para estos morfólogos

⁶² El Caso Beckert se trata de un homicidio realizado por el secretario de la Legación, Guillermo Beckert, en 1909 en la sede diplomática en Santiago cuya víctima fue el portero, Exequiel Tapia, cuyo crimen Beckert intentó encubrir suplantando sus propias ropas en el cuerpo calcinado de Tapia. Los tres peritos habían errado al confirmar la identidad de Beckert, pero el juez ordenó una nueva autopsia ante evidencia relevante, y a través de pericias odontológicas realizadas por Germán Valenzuela se logró resolver el caso (Leyton y Sánchez, 2014).

⁶³ Aquí utilizan una nomenclatura que superpone nociones de la biotipología, el humoralismo y las “ciencias del comportamiento” (fisiognomía y frenología): eucencefálicos serían individuos de tipo germánico-ario-craneano, con “manifestaciones de belleza”, con “temperamento seco”, y con “predominio franco de la inteligencia” (Leyton y Sánchez, 2014, pp. 7-10)

⁶⁴ La “displacia tipológica” refiere a aquellos fuera del cánón, del tipo “mestizo-inferior-subcraneano” con “predominio de la cara”, prognatismo, “propia del hombre primitivo” y “de la degeneración mental”, y con “temperamento dicrásico” (Leyton y Sánchez, 2014, pp. 7-10).

del asilo, una de las aplicaciones del estudio de la cara como “tarjeta de visita de la constitución general” corresponde a la búsqueda de “la enfermedad en potencia o latencia intermedia entre lo normal y lo patológico” (Leyton y Sánchez, 2014, p. 9). Otra contribución a la biotipología aparece en 1939 en los *Anales de la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* (Argentina), donde Karl O. Henckel, profesor de Histología de la Universidad de Concepción señala la utilidad de aplicar la biotipología al estudio del tipo racial sudamericano tomando como referencia las relaciones establecidas entre los biotipos con ciertas enfermedades mentales (Henckel, 1939 [2015]). De este modo, morfólogos e higienistas de la raza reencuentran a Kant en su clasificación geográfica y moral de los seres humanos (Chukwudi Eze, 2014).

En Concepción, esta veta racista cobra una arista hasta ahora inédita. Se trata del primer Servicio de Psiquiatría vinculado a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Concepción, el cual fue creado por Alfred Auersperg en 1951, reconocido como “médico austríaco que ejerció labores asistenciales y de docencia” (Ebner y Vicente, 2010, p. 100). El Servicio funcionó en la llamada Clínica del Hospicio, a los pies del cerro Caracol y fue conocido como “Hospital Psiquiátrico de Concepción”, aunque nunca tuviera tal reconocimiento legal. Reseñado por Lolas (2010) por formar parte de la escuela fenomenológica de Heidelberg, se ha omitido hasta ahora la vinculación de Auersperg al nazismo⁶⁵, sus discípulos de Concepción han relevado más su pasado aristocrático (como “príncipe”) que como miembro del NSDAP (Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán, por sus siglas en alemán).

Nos interesa analizar estos antecedentes por las referencias a un estudio realizado por Otto Dörr de 1968 (referido en Dörr, 1995). Dörr realizó un estudio epidemiológico sobre la depresión en hospitalizados entre 1962 y 1966 del “Hospital psiquiátrico de Concepción”. Encontró un 7.5% de depresiones y psicosis reactivas, destacando que Auersperg también consignó este último como un cuadro característico en dicho medio. Estas “psicosis funcionales”, permitirían “demostrar como real esta relación de complementariedad entre ambos tipos de enfermedad mental” y “se habría dado un paso muy importante en el conocimiento de las relaciones existentes entre el grado y forma de civilización y cultura de un pueblo y sus modos

⁶⁵ Las referencias a la filiación nazi de Auersperg se encuentran en Hermanns (2019), Freis (2019, p. 161), y Zeidman (2020, pp. 301-302; 309). En una comunicación personal (2022), Martín Cordero confirmó que esta filiación era conocida en el medio local.

preferenciales de psicotización” (Dörr, 1995, pp. 154-155). En su análisis de la serie 1962-1966 observa un aumento de las depresiones a través de los años de un 2% a un 3.3% y una disminución igualmente gradual de las psicosis reactivas (de un 12% a un 6.7%), “cuadro que desde siempre se ha emparentado con la ‘mentalidad primitiva’” (Dörr, 1995, pp. 155; 168-169). La conclusión de Dörr se refiere a que Concepción ha experimentado un rápido proceso de industrialización desde 1950, y que esto “ha implicado un cambio profundo, con la adopción decidida de valores de tipo *occidental* que conlleva el desarrollo de una sociedad tecnológico-industrial” (Dörr, 1994, p. 168). Es relevante, también, anotar la cita nuevamente a Auersperg quien observó en los cincuenta un “notable aumento de psicosis metalcohólicas, alcanzando una mayor estabilidad y armonía a partir de 1960” (Dörr, 1994, p. 168). Dörr infiere que en el proceso de industrialización se observan las consecuencias de una mayor alcoholización, y una vez alcanzado un “equilibrio” comienza a observarse un aumento de los síndromes depresivos.

Más allá de la deriva eugenista y racista, el biologismo está inmerso en un imaginario de más largo alcance que lo posicionará como un núcleo hegemónico en el saber psiquiátrico. Podríamos afirmar, parafraseando a Castoriadis (2013) que la psiquiatría está continuamente penetrada por un imaginario instituyente, y el biologismo tiene un lugar central en él. Para los psiquiatras, la “somatización de la locura” (Huertas, 2012, p. 34) ha implicado un esfuerzo por “integrar” a la especialidad en el marco general del método anátomo-clínico y, a pesar de innumerables esfuerzos, ha fallado (Porter, 2003). Allí donde se lograba identificar una localización cerebral y un tratamiento específico de un trastorno, a medida que se avanzaba en el conocimiento de su etiopatogenia, este pasaba a ser objeto de la neurología y de otras especialidades médicas, como ocurrió con la Parálisis General Progresiva cuyo correlato anatómico señaló Bayle en 1822 (Porter, 2003, p. 134), o en la forma de demencia descrita por Alzheimer quien declaró que él junto a su colega Bielschowsky tenían por misión establecida “hacer avanzar la psiquiatría con ‘la ayuda del microscopio’” (Lock, 2013, p. 29). No obstante, la búsqueda de la “piedra de la locura” aún obsesionaba a quienes iban tras la localización cerebral de los trastornos mentales a pesar de los fracasos.

Un panorama del custodialismo a inicios del s. XX, se encuentra en la descripción de Escobar respecto de los tratamientos empleados en la Casa de Orates:

“En esa época los medicamentos eran escasos. Bromuros y escopolamina como sedantes, Hidrato de cloral y Fenobarbital como anticonvulsivantes e hipnóticos, las sales de mercurio y el yoduro de Potasio como antisifilíticos, el opio y la morfina como antimaníacos y sedantes.

También se utilizaba la llamada electroanestesia como relajante. Los procedimientos físicos eran el aislamiento, en "celdas de castigo", contención mecánica, y absceso de fijación con Trementina, sustancia irritante que provocaba inflamación cuyo dolor limitaba el movimiento del paciente." (Escobar, 2009, p. 123).

Se trataba de una farmacopea con un claro predominio de los efectos calmantes, sedantes e hipnóticos de uso en diferentes trastornos y que, salvo los antisifilíticos y anticonvulsivantes, no apuntaba a una etiología específica. Además, el uso de medidas coercitivas era parte del "arsenal terapéutico". Fue Paul Ehrlich quien ideó el nombre de "balas mágicas" para promocionar su cura para la sífilis, la Arsfenamina (conocida comercialmente como Salvarsan) a principios del siglo XX. Poco antes había desarrollado antitoxinas contra el tétanos y la difteria. Ehrlich proponía que el fármaco se dirigiría directamente al agente infeccioso y sería inocuo para los pacientes (Moncrieff, 2008, p. 7). Aún no se había logrado demostrar que el agente infeccioso de la sífilis era el causante de la Parálisis General Progresiva hasta que Noguchi y Moore (1913) lograron establecer la relación causal en muestras de cerebros de pacientes. Recién en 1946 se introduce el uso de la penicilina al Manicomio nacional (Escobar, 2009, p. 124).

Edward Shorter (1999) proponía que era posible leer la historia de la psiquiatría como una serie de avances hasta alcanzar en la actualidad, por medio de la psicofarmacología, el objetivo de comprender los trastornos mentales como "enfermedades del cerebro". De forma un tanto artificiosa Shorter contraponía una "primera psiquiatría biológica", decimonónica, por fuera de los manicomios, y que identificaba principalmente con la tradición alemana anclada en universidades y clínicas que aunaban investigación con formación médica, con una "segunda psiquiatría biológica" que deja atrás tanto el "hiato psicoanalítico" como el fracaso de las terapias "somáticas" de shock y cirugía para alcanzar una aplicación de los psicofármacos a gran escala a partir de los setenta (Shorter, 1999, pp. 71-72; 239-245). Con todo, el imaginario biologista permanece intacto, y explica en parte el prestigio asociado a una aproximación organicista a los trastornos mentales que aseguró la difusión transatlántica de muchas de estas "terapias" de forma relativamente precoz.

En 1928, cuando se había comenzado a reestructurar la asistencia psiquiátrica con el Open Door, la antigua Casa de Orates cambió su nombre al de Manicomio Nacional. Arturo Vivado fue primero interno, luego médico jefe en 1932, y finalmente el Director del Manicomio

Nacional en 1944⁶⁶ (Escobar, 2006). Vivado, junto a Carlos Larson⁶⁷ y Víctor Arroyo publicaron en 1939 un artículo denominado “La Asistencia Psiquiátrica en Chile” en el cual resumían las condiciones materiales y técnicas de la antigua Casa de Orates:

“En un edificio así, es materialmente imposible mejorar *el régimen de vida. 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 [...].

Sus servicios ambulatorios, de tanta importancia en lo que atañe a la parte preventiva, apenas, sí, se desempeñan en el aspecto de consultorios neuro-psiquiátricos.

Y otro hecho que es necesario destacar. Nos referimos a la escasa colaboración entre la Psiquiatría y las demás especialidades y, en especial, la Medicina Interna [...]

En resumen, la asistencia psiquiátrica actual, en su aspecto curativo, a pesar del esfuerzo de muchos de nuestros especialistas, ha continuado orientándose hacia el tratamiento de crónicos. Esto se ha traducido en la práctica por el sistema de encierro y por el descuido de la Asistencia de los enfermos agudos y pequeños mentales” (Vivado, Larson y Arroyo, 1939 [2002], pp.52-53, cursivas en el original).

En concordancia con el imaginario biologista que aún a la psiquiatría con una aproximación “somática”, Vivado publicó en el mismo período varios trabajos sobre terapias de “shock”. En 1937 refiere la aplicación del coma insulínico ensayado por Manfred Sakel desde 1933 en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Viena (Shorter, 1999, pp. 209-210). Las primeras personas en que se aplicó fueron quince mujeres con diagnóstico de esquizofrenia de una sección del Manicomio, y según el reporte cinco mejoraron completamente, ocho tuvieron remisión parcial, una falleció⁶⁸ y en las restantes no hubo cambios (Escobar, 2009, p. 124)⁶⁹. Contrasta en la publicación el entusiasmo inicial que removía el “negativismo” de la incurabilidad de los

⁶⁶ Vivado fue Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile, sucediendo en el cargo a Oscar Fontecilla, quien fue asesinado por un paciente (el único caso de la psiquiatría chilena) en marzo de 1937 tras organizar las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas (Escobar, 2006).

⁶⁷ Larson fue primero interno (entre 1926 y 1928) y médico residente *ad honorem* (entre 1930 y 1931) en el Manicomio Nacional; y luego médico residente (1933), psiquiatra segundo y residente (1934), psiquiatra primero y residente de planta (1935) y finalmente el Director del Open Door Nacional entre 1945 y 1952 (*Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral*. Serie Documentos del Personal).

⁶⁸ La mujer murió “después de varios días de tratamiento y no salió en ningún momento del estado de shock, en el cual permaneció más de dos días. La autopsia dio como resultado lesiones degenerativas de las células nerviosas cerebrales, cerebelosas y del tronco del encéfalo” (Araya y Leyton, 2009).

⁶⁹ La referencia de la publicación original citada en Araya y Leyton (2009), y en Escobar (2009) es Arturo Vivado, René Bustos y Antonio Morales (1937), “Primeros ensayos con insulino-terapia”, *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* (Santiago), II(7): 163-168.

trastornos mentales (Shorter, 1999), con una minimización de los efectos adversos y los riesgos implicados en estos tratamientos experimentales. Bustos señalaba que “se suelen presentar accidentes respiratorios, que aumentan la gravedad del coma por sobrevenir a veces bruscamente, y a los cuales contribuye mucho la abundante secreción bronquial: son accesos de hiperpnea, de apnea o de asfixia” (Araya y Leyton, 2009). Shorter, al respecto, citaba las advertencias de Freeman (el mismo de la lobotomía) sobre su experiencia con la insulino-terapia: “No había una bandera roja ondeando en el borde (de la muerte hipoglucémica) y la mayoría de los terapeutas estaban indecisos de aproximarse demasiado cerca” (Shorter, 1999, p. 212). Los resultados negativos no detuvieron a los psiquiatras y al año siguiente en un nuevo reporte aumentaron la muestra a noventa casos, aunque se mostraron menos optimistas en cuanto los resultados obtenidos que en el primero (Escobar, 2009, p. 124). En 1947, Florencio Marín describe una serie de casos de “ictericias”, arguyendo que “este año hemos tenido la ocasión de observar 26 casos de ictericias hepatocelulares, habiendo terminado dos de ellas en atrofia amarilla aguda del hígado. Coincide este brusco aumento con la aplicación intensiva y sistemática del tratamiento por coma insulínico” (Marín 1947, citado en Molettieri 2011, p. 57). Escobar describe que la insulino-terapia se usó hasta inicios de la década del setenta cuando fue reemplazada por los neurolépticos (Escobar, 2009, p. 124).

En 1938, Octavio Peralta⁷⁰ reporta el uso del Cardiazol, tan sólo cuatro años después que Ladislav von Meduna describiera el uso del estimulante cardíaco (pentametilentetrazol) en Budapest como fármaco convulsivante con el fin de tratar la esquizofrenia (Shorter, 1999, pp. 214-217; Escobar, 2009, p. 124). Nuevamente, los efectos adversos severos fueron descritos como “accidentes”⁷¹ en el artículo de Antonio Morales quien refiere que “las lesiones son graves porque no se ven en los ataques de epilepsia espontáneos” (Araya y Leyton, 2009). Las lesiones graves incluían luxaciones de articulaciones mayores, fracturas y un caso de mal epiléptico.

⁷⁰ Peralta también aplicó de forma experimental la piroterapia y la malarioterapia junto a José Horvitz en 1931, y luego realizó ensayos con el sulfato de atropina para el tratamiento de la manía (Araya, 2015).

⁷¹ La referencia de la publicación original citada en Araya y Leyton (2009) es Antonio Morales (1939), “Accidentes del cardiazol en el tratamiento de la esquizofrenia”, *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas (Santiago)*, IV(3), sin págs.

Siguiendo el patrón de cruce transatlántico de estas nuevas terapias de shock, Vivado introduce el electroshock en 1943 en el Manicomio. Su primer reporte en 1944 señala que lo aplicó en 75 personas con “diversas enfermedades mentales, especialmente esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva. En el 80% de los esquizofrénicos agudos hubo mejoría total, porcentaje que se redujo a un 22% en los pacientes crónicos” (Escobar, 2009, p. 124). Los psiquiatras manifestaron las ventajas del electroshock respecto del Cardiazol, en particular la amnesia post-convulsión⁷², y la menor frecuencia de luxaciones y fracturas (Araya y Leyton, 2009).

Un aspecto que ha llamado la atención es la posición de los psiquiatras del paradigma psicoanalítico respecto de la introducción del electroshock. Esta observación fue señalada por Araya y Leyton (2009) cuando destacan que Ignacio Matte Blanco⁷³, ya retornado de su formación analítica en Inglaterra y Estados Unidos, realiza una verídica *laudatio* del electroshock introducido por Vivado en una publicación de 1944⁷⁴. Silvana Vetö a propósito del proceso de despolitización del psicoanálisis en Chile apunta que esta recepción de las terapias “biológicas” rara vez es citada en la historia de las asociaciones psicoanalíticas chilenas (Vetö, 2013, p. 133 *infra*). El contraste con el caso argentino es interesante, ya que tratándose de un país donde el psicoanálisis hasta hoy en día es una de las corrientes más importantes en el campo de la salud mental, la introducción de las terapias de shock no supuso un conflicto ni en términos teóricos ni prácticos. Alejandra Golcman analiza el caso de Pichon-Rivière para quien el uso del shock eléctrico era explicado no como una terapia en sí misma desde el punto vista psicoanalítico, sino como una forma de romper la tensión “entre el yo y el

⁷² Ignacio Matte Blanco señala respecto de la “técnica” y la “amnesia”: “La amnesia es muy marcada, y ciertamente la memoria para todos los episodios recientes está perdida. Si se continúa hasta completar unas doce aplicaciones la confusión puede llegar a ser profunda, como lo revela el hecho de que el enfermo puede olvidar hasta su propio nombre, profesión, nombre de su cónyuge, hijos, etc. Tiene también una desorientación total en el tiempo y en el espacio, y no sabe que está recibiendo el tratamiento de shock”. La referencia de la publicación original citada en Araya y Leyton (2009) es Ignacio Matte Blanco (1944), “Electroshock”, *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* (Santiago), IX(1), sin págs.

⁷³ Matte Blanco, luego de la muerte de Vivado en 1949, obtuvo por concurso la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Chile y participó de la creación de la Asociación Psicoanalítica Chilena el mismo año. Es descrito como un psicoanalista “ecléctico”, no adscrito a ninguna línea principal del psicoanálisis. Junto a Matte Blanco, se formaron varios psiquiatras del Manicomio en este paradigma, entre ellos Víctor Arroyo, quien además trabajó en la Clínica de Conducta Infantil (Vetö, 2013).

⁷⁴ Matte Blanco señala que estas nuevas técnicas “contienen en sí los gérmenes de desarrollos futuros que transformarán nuestra primitiva Psiquiatría actual en una disciplina organizada, capaz no sólo de modificar las neurosis y psicosis, sino de influenciar el desarrollo mental de los seres humanos” (Matte Blanco [1944], citado en Araya y Leyton, 2009).

superyó” y, de esta manera, “hacía posible una operación sobre el yo” (Golcman, 2017, p. 6). Además, Golcman contrasta este tipo de discursos con el estudio de fichas clínicas del Hospital José A. Esteves en Lomas de Zamora entre 1930 y 1970. Dentro de sus resultados destaca el hecho que los psiquiatras utilizaron las terapias de shock como una forma de manejo sintomático sin modificar “el curso de la enfermedad”, y a pesar de no comprender adecuadamente sobre cómo operaban estas terapias sobre los trastornos que se proponían tratar.

Otro aspecto a destacar en la emergencia del electroshock es su utilización con fines políticos. Tras el éxito del electroshock, Cerletti fue elevado como prócer de la psiquiatría italiana durante el fascismo luego de haberse formado con Kraepelin y Alzheimer a inicios del s. XX (Passione, 2004; Piazzzi, Testa, Del Missier, *et. al.*, 2011). De forma bastante precoz, la Alemania nazi hizo una adaptación de la máquina diseñada por Bini (*Arcioni*) e impulsó que el modelo que Bingel y Meggendorfer diseñaron a partir de los planos originales de Bini fuera fabricado por Siemens, asegurando una distribución a Norte y Sudamérica con la que ya tenía lazos comerciales (Rzesnitzek y Lang, 2016). Asimismo, Josep María Comelles describió el uso del electroshock en el Instituto Mental de Santa Creu en Barcelona en la primera década del franquismo con una frase breve y penetrante: “El electrochoque fue un triste mito en un país sórdido” (Comelles, 2006, p. 195).

Posteriormente la CIA financió los experimentos de “conducción psíquica”, que incluyeron la cruenta experimentación con electroshock llevada a cabo por Ewen Cameron en Canadá (Sadowsky, 2017, pp. 53-62). Ken Kesey, fue un voluntario en los experimentos de la CIA (MK Ultra) en California y su experiencia personal la volcó en la novela *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Dyck, 2005). En Chile, los usos represivos del electroshock tienen aspectos disímiles, desde el uso como castigo en pabellones de psiquiatría, hasta formas de tortura aplicada primero en Colonia Dignidad desde los sesenta en el control de los colonos (Stehle, 2018), y luego por los aparatos represivos de la dictadura cívico-militar como técnica de represión política.⁷⁵

⁷⁵ En el capítulo 5 retomaremos el electroshock a partir de los movimientos de salud mental en primera persona. En 2007, Edward Shorter y David Healy escribieron *Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness*, en la cual defendían la efectividad e inocuidad de la terapia electroconvulsiva. Para tal fin citaban cuatro publicaciones de los cuarenta, en pleno auge de las terapias de shock (Read y Bentall, 2010).

En conjunto, la introducción de las terapias de shock refleja el énfasis puesto por los psiquiatras en la búsqueda de un resultado concreto (paliar una crisis, reducir síntomas, entre otros) sesgando los efectos adversos, y aún más, sin ser tan relevante el paradigma específico (organicista, psicodinámico, etc.) desde el cual interpretar este resultado. En la descripción de los efectos adversos de las diversas *terapias de shock* hemos enfatizado su descripción específica por parte de los médicos que las han introducido en Chile, lo que no ha impedido su celebración como métodos terapéuticos supuestamente eficaces. Esta invisibilización de los efectos adversos, también continuará como una práctica hegemónica con la introducción de la psicofarmacología, como veremos más a continuación. Owen Whooley (2019) plantea que la psiquiatría ha sabido lidiar con su propia ignorancia respecto de la mayoría de las intervenciones que hemos analizado en este imaginario biologista. Tal vez eso explica la descripción de Munizaga respecto de la heterogeneidad de los Departamentos de crónicos:

“En 1941 era impresionante la heterogeneidad de Departamentos ubicados sólo a unos metros entre sí. Pero, mientras uno parecía una unidad paleolítica, donde los pacientes comían con las manos, sin usar instrumentos, en el del lado poseían cuchillos de mesas, espejos y platos. Toda la diferencia parecía derivarse de la opinión *personal y sólo tradicional* del jefe de cada unidad. Es curioso, pero hoy mismo en 1990 siguen existiendo, en el mismo hospital, fuertes diferencias (aunque con énfasis más bien en lo teórico y farmacológico): ‘hasta este mismo año el Servicio A consumía 10 veces menos litio... y se aplicaba 10 veces más el electroshock’” (Munizaga, 1992, pp. 238, cursiva en el original).

A mediados de los cincuenta, los psicofármacos revolucionaron la psiquiatría que aún recurría a los antiguos sedantes y calmantes antes descritos⁷⁶. Estas drogas han sido celebradas por Edward Shorter, quien comparó la introducción de la Clorpromazina en la psiquiatría con el descubrimiento de la Penicilina (Shorter, 1999). Otra analogía, que asemeja los psicofármacos con el uso de la insulina en el tratamiento de la diabetes ha sido, con mucho, la más habitual, no sólo en publicaciones académicas, sino como ejemplo en sesiones de psicoeducación con pacientes en Santiago y otras ciudades. Según Moncrieff (2013), esta analogía fue realizada por primera vez en 1955 por Harold E. Himwich, presidente de la Sociedad de Psiquiatría Biológica de Estados Unidos. Esta afirmación resume, desde entonces, el modelo centrado en la enfermedad.

⁷⁶ Lo expuesto en las próximas páginas ha sido publicado en Morales-Saéz (2022).

El modelo centrado en la enfermedad sostiene que existe una base biológica para las enfermedades mentales, a pesar de no haber encontrado biomarcadores eficaces (Singh y Rose, 2009). Curiosamente, como observa Pignarre (2008), los medicamentos psiquiátricos sustituyeron estos biomarcadores ausentes al concentrar la investigación básica en los trastornos mentales, especialmente en la hipótesis dopaminérgica en el caso de la esquizofrenia, y la aparición de nuevos neurolépticos cuyos objetivos favoritos eran los receptores de dopamina.

El poder instituyente del imaginario biomédico global se expresa de forma diversa según geografías y temporalidades. Tal como vimos respecto del uso del electroshock, Lakoff (2005) ha ilustrado cómo en Buenos Aires se confrontan aún dos paradigmas en un mismo hospital psiquiátrico: una psiquiatría de orientación biomédica vs. una psiquiatría de orientación psicoanalítica. No obstante, ante un escenario ingente de pruebas farmacogenómicas, la pregunta de un psiquiatra ya no sería “*is it bipolar disorder or schizophrenia?*” but as – *is it a lithium or an olanzapine response profile?*” (Lakoff, 2005, p. 174). En su etnografía, Lakoff nos recuerda la flexibilidad de las categorías diagnósticas psiquiátricas en el mundo *psi* bonaerense, las transacciones entre modelos teóricos y los diversos usos de los psicofármacos (por ejemplo, facilitar el inicio de una psicoterapia). En India, Ecks (2013) apunta una reflexión interesante sobre el pluralismo psicofarmacológico: “[I]t is ironic when psychiatrists call psychopharmaceuticals *moner khabar* and rhetorically merge the idea of ‘neurochemical balance’ with the paradigm of humoral balance”. Dos modelos etiológicos son conjugados para prescribir psicofármacos como “mind food”, en una estrategia de marketing culturalmente sensible.

Un imaginario farmacéutico específico nos permite también incluir una dimensión hasta ahora ignorada. La narración distópica elabora “visiones negativas factibles de desarrollo social y político, presentadas principalmente en forma ficticia” (Claeys, 2010). Los argumentos científicos tuvieron un rol principal en el giro moderno de la utopía a la distopía (Booker, 1994). *Brave New World* de Aldous Huxley (2010) es un ejemplo prototípico de una distopía basada en psicofármacos (Schermer, 2007). Sugerimos que este tipo de narrativas pueden ser expresadas como parte del imaginario farmacéutico, permeando argumentos que buscan describir el amplio despliegue de la psiquiatría hegemónica contemporánea.

Si definimos con Jenkins (2011) el imaginario como aquella dimensión de la cultura orientada hacia posibilidades concebibles para la vida humana, la distopía basada en psicofármacos presenta aquel horizonte posible, e incluso inminente, de la vida humana controlada por y a través de psicofármacos. Healy (2012), empleando una metáfora apocalíptica, llama *pharmageddon* al proceso que habría eliminado nuestra capacidad para cuidarnos entre nosotros mediado por una mercantilización de la medicina. Si bien el argumento ya había sido planteado por Illich (1976), el rol de la industria farmacéutica en este proceso inhabilitante ha sido progresivo (Dumit, 2012; Gøtzsche, 2013; Gøtzsche, 2015). En la arena psiquiátrica, Cipriano (2015) ha resumido el problema desde el propio título del libro: “el manicomio químico”. El manicomio vive a través de la prolongación de los efectos institucionalizantes de la psicofarmacología y las nuevas formas anestesiadas de viejas técnicas de shock, ya sea en la consulta privada o en el centro de salud mental comunitaria. Quizás el ejemplo más extremo de esta prolongación de la vigilancia farmacológica sea la nueva forma de administración diseñada para el Aripiprazol (Abilify MyCite) (Cornwall, M., 2017; Rosenbaum, 2018). La medicación aprobada por la FDA tiene un sensor en su interior que permitirá al clínico vía saber si la tableta fue o no ingerida. Habría que considerar que en Estados Unidos, la prescripción de psicofármacos a poblaciones más vulnerables ya cuenta con un entramado de agencias estatales entre las cuales las “civil commitment orders” a menudo forman parte de las medidas de coerción (Brodwin, 2013).

Dos distopías locales, no ficticias, han sido redescubiertas a través de investigaciones recientes que aportan usos menos conocidos de los psicofármacos: la historia del Pervitin en la Alemania Nazi y el empleo de psicofármacos en Colonia Dignidad, en la zona central de Chile. Ambas distopías están vinculadas con médicos que vivieron y trabajaron bajo proyectos de sociedad totalitarios. Probablemente están vinculadas, en el sentido que Colonia Dignidad fue un asentamiento creado en 1961 por Paul Schäfer, militante de las Juventudes Hitlerianas y camillero militar en la *Wehrmacht* quien se refugió en Chile huyendo de la justicia alemana por varios casos de abuso sexual.

En la Alemania nazi, Ohler (2017) da cuenta del uso del Pervitin, una metanfetamina empleada tanto para el uso en militares como en la población civil. El Ejército Alemán contaba con un *Institute for Pharmacology and Army Toxicology* y un *Research Institute of Defense Physiology*. El director de este último instituto era Otto Ranke, quien diseñó la droga para combatir la fatiga entre los soldados, es decir, como una medicación para el rendimiento

(*enhancement*). El uso se extendería de forma más controlada a la población civil. Para la misma época varias farmacéuticas alemanas controlaban la fabricación de cocaína y derivados de la morfina.

En Chile, el uso de psicofármacos en Colonia Dignidad data desde la década de los sesenta, como forma de controlar a la población de la secta liderada por jerarcas alemanes (Stehle, 2018). En la dictadura cívico-militar chilena Colonia Dignidad fue un centro de detención, tortura y exterminio. Los crímenes -detención y desaparición forzada, abusos sexuales por parte de jerarcas, entre otros- siguen impunes y es esta impunidad la que permite aún al día de hoy que se conozca muy poco sobre las prácticas de control psicofarmacológico que allí ocurrían. La fuga del colono Karl Stricker en 1996 da luces sobre la red de protección con la que cuenta aún hoy Colonia Dignidad (Stehle, 2018). En su fuga, Stricker había logrado poner una denuncia, pero fue forzado por los colonos a retirarla. Ellos se valieron de un certificado médico que decía que el suscrito padecía de depresión severa y que no recomendaba que fuera sometido a interrogatorios. El médico que firma el certificado es Otto Dörr, quien fue sancionado por el Tribunal de Ética del Colegio Médico de Chile con una amonestación por este caso⁷⁷. En la Colonia, Karl Stricker murió seis años después de su última fuga por una caída mientras hacía

⁷⁷ La sentencia del Tribunal Nacional de Ética señala que: “Vigesimocuarto: Que, para determinar el deber de cuidado que, desde el punto de vista ético, se debe exigir a un médico, resulta pertinente reiterar que la responsabilidad ética de un profesional busca alcanzar niveles superiores de calidad. Por consiguiente, el nivel de cuidado que el Dr. Dörr debió emplear en la atención del Sr. Stricker, considerando especialmente el entorno en que se desenvolvía -el que era conocido por el denunciado- debió ser mayor, y, sin embargo, no lo hizo, con el consiguiente perjuicio para el paciente, quien, en definitiva, con el certificado emitido por el Dr. Dörr, fue impedido de concurrir al tribunal y de realizarse los exámenes psiquiátricos ordenados por el juez, continuando con una vida de esclavitud y abusos hasta su muerte. [] Vigésimo Quinto: Que, de lo expuesto, la unanimidad de los miembros de este Tribunal Nacional de Ética estima que el Dr. Otto Dörr Zegers ha infringido con su actuar las disposiciones contenidas en los artículos 7° y 22 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile” (Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile, 2019). A pesar de estos considerandos, la sentencia sólo fue una amonestación. En 2019, el Premio Nacional de Medicina que había recibido Dörr en 2018, fue suspendido a raíz de las denuncias, y fue finalmente ratificado luego de conocida la sanción menor del tribunal médico. El título honorífico de “Maestro de la psiquiatría chilena”, brindado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN) en 2001 no fue cuestionado en ningún momento. Cabe consignar que la defensa legal de Otto Dörr ante el tribunal médico fue realizada por el mismo abogado defensor del jerarca de Colonia Dignidad Paul Schaefer y del sacerdote procesado por pedofilia Fernando Karadima (Jara, 2018).

obras de reparación de un tejado bajo los efectos de sedación farmacológica (Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile, 2019) y la coerción del trabajo esclavo (Stehle, 2018)⁷⁸.

El imaginario del biologismo que ha perseguido la psiquiatría en su intento por ser parte de la biomedicina nos ha permitido explorar algunos puntos ciegos de esta investigación. Ni la doctrina de la etiología específica ni la noción de la enfermedad como una desviación de la norma biológica han satisfecho los criterios para reconocer a los trastornos mentales como entidades gnoseológicas de origen biológico (Martínez, 2018a, pp. 37-47). Jaspers (1977, pp. 33-34) hablaba de una “mitología cerebral” que representaba el intento fallido de Wernicke por “mapear” los síntomas psiquiátricos en las áreas específicas del cerebro, siguiendo el modelo de los síntomas neurológicos (Shorter, 1999, p. 80). Germán Berríos ha intentado ver en la psicopatología una “señal neurobiológica”, emulando la tarea “evolutiva” de la observación de Kraepelin respecto del curso longitudinal de los padecimientos psiquiátricos (Huertas, 2012, p. 138).

La medicina del custodialismo falló en abordar el problema del alcoholismo, a pesar de lo cual prosiguió en derivas farmacológicas y psicoquirúrgicas⁷⁹. Vivado introdujo el uso de la apomorfina como aversivo del alcohol en el Manicomio en 1942 (Escobar, 2006) y esta terapia fue empleada al menos hasta los setenta (Marconi, 1973a). Juan Marconi ensayó, desde el Centro de Psiquiatría Experimental junto a neurocirujanos del Servicio de Cirugía del Hospital Psiquiátrico, una psicocirugía para el “alcoholismo grave recidivante” mediante la coagulación de los núcleos dorsomediales talámicos a través de electroencefalografía intracraneal (Marconi, Poblete, Palestini, *et al.*, 1965). Los tres casos descritos mostraron resultados subóptimos y los

⁷⁸ Otto Dörr emuló en su proceder a su maestro. En 1966, Alfred Auersperg realizó la misma operación de encubrimiento de otro fugado de Colonia Dignidad, Wolfgang Müller. Auersperg emitió entonces un certificado médico sin haber visto a Wolfgang Müller. Su certificado se basaba en la información que la médica de Colonia Dignidad, Gisela Seewald, le había hecho llegar y que lo calificaba como “psicópata peligroso” (Villaruel, 2020). Otro discípulo de Auersperg, Marcelino Varas, también emitía -desde Concepción- certificados dictados por Seewald sin ver a los supuestos pacientes (Salinas y Stange, 2005, p. 212).

⁷⁹ Sobre la psicocirugía en Chile, véase Zamboni (1980) y Armijo (2010). Según Armijo, “[e]l año 1935, el neurocirujano Almeida Lima practica por primera vez en Chile una lobotomía prefrontal, obteniendo resultados favorables en enfermos mentales violentos” (Armijo, 2010, p. 203). En referencia a técnicas modernas, agrega que “[l]a psicocirugía en Chile la inicia el profesor Alfonso Asenjo. El año 1962 se reportan las primeras cirugías estereotáxicas en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, realizadas por el Dr. Mario Poblete” (Armijo, 2010, p. 205).

efectos adversos consignados fueron, como hemos ya visto en otros casos, minimizados en la publicación (cuadro psicoorgánico, epilepsia, entre otros). Los límites del imaginario biologista respecto del alcoholismo explican, de acuerdo a Menéndez, que la medicina haya dejado de lado a los alcohólicos y que estos encontraran una eficacia mayor en la abstinencia a través del apoyo de pares (Menéndez, 1990 [2018], pp. XVII-XXX). Probablemente el fracaso del tratamiento biomédico del alcoholismo, haya influido, entre otros procesos, en el desarrollo de otras vías para el abordaje de este problema de salud, como veremos a continuación.

2.4. *El reformismo psiquiátrico*

“El carácter artificial de esta institución se revela en el hecho de que no cumple su función principal (atender a los enfermos mentales de la región que se supone que cubre) y que crea, por medio de la prevención, una nueva categoría de pacientes (pacientes emocionales) entre los marginados e inadaptados, productos directos de la configuración socioeconómica de base”.

Basaglia y Kirchmayr (2012), p. 28.

El reformismo psiquiátrico es de largo cuño, podríamos decir que es parte del propio imaginario psiquiátrico. Si el custodialismo se ha transfigurado hasta diversificarse en diversas instituciones públicas y privadas por doquier, podríamos sostener también que el reformismo ha permeado tanto en espacios asilares como en espacios comunitarios a través de diversas iniciativas, proyectos y movimientos profesionales y ciudadanos. Para el estudio de las arenas políticas nos interesa comprender el caso chileno a través de una serie de experiencias que han moldeado la escena sanitaria del último medio siglo. Algunas de estas experiencias se han difundido más, como es el caso de la psiquiatría intracomunitaria en el Área Sur de Santiago, mientras que otras han permanecido marginadas hasta ahora. Buscamos analizar las historicidades tras estas experiencias; por ejemplo, cómo el cierre de los hospitales psiquiátricos permanece aún como un horizonte de posibilidad (Kinoshita, 2007). Por otra parte, cabe preguntarse qué actores habitan estas arenas, qué relaciones han establecido entre sí, y qué agencias se contraponen.

Entre los cincuenta y los sesenta vemos nacer la salud mental comunitaria en el mundo anglosajón (Doron, 2015). En los Estados Unidos, a través del decreto llamado *Community Mental Health Act* de 1963 (Grob, 1991), se impulsó la creación de Centros Comunitarios de Salud Mental pero sin financiamiento federal, acorde al modelo de seguros administrados tales como *Medicare*. En su *Carta de Nueva York*, Franco Basaglia (arriba epigrafiada) cuestiona

algunas deformaciones de esta reforma (Basaglia y Kirchmayr, 2012). En Inglaterra, este proceso comienza en la posguerra y se consolida en la Ley de Salud Mental de 1959. Durante este proceso se crean unidades de psiquiatría con consulta externa en hospitales generales y hospitales de día y, de este modo, la psiquiatría británica es integrada en la red de servicios de salud general (Bennett, 1970). Asimismo, en Chile, que había creado el Servicio Nacional de Salud bajo el modelo británico en 1952, el impulso por desarrollar la psiquiatría social al alero del sistema sanitario comenzó en la segunda mitad de los sesenta, y se materializó en experiencias en el área norte de Santiago (Horwitz y Naveillan, 1970), y sobre todo, en el área metropolitana sur (Marconi, 1973b; Labarca, 2008; Norambuena, 2016). La psiquiatría, entonces, se vuelca a la comunidad en un contexto histórico marcado por la incorporación a la participación política activa de sectores históricamente marginados (clase obrera y campesina), con una Reforma Universitaria en curso, y con la elección de Allende en 1970.

Las memorias de Juan Marconi (1924-2005) reflejan las sucesivas transformaciones de la psiquiatría en aquel tiempo. Desde su experiencia de estudiante de Medicina de quinto año, en el curso de Psiquiatría, al evaluar a un hombre con el diagnóstico de esquizofrenia, recuerda: “la abismante miseria de un paciente asilar, crónico, desnutrido, y andrajoso, con ropa militar de desecho, en un auditorio de maderas desvencijadas, en edificio de adobes agrietados y un frío glacial” (Marconi, 1998, p.7). En 1948 se integra como médico voluntario *ad honorem* al Manicomio en el que trabaja durante 3 años, valorando la gestión de Matte-Blanco desde 1949 como Jefe de Servicio (y titular de la cátedra). En 1952, se forma en Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica Universitaria recién creada. Ese mismo año participa de un curso de verano en la Universidad de Yale sobre Alcoholismo. El docente principal del curso fue Elvin M. Jellinek, quien en su rol de experto de la OMS en alcoholismo, asesoró a la Dirección General del Servicio Nacional de Salud en 1956.

En 1957 se crea el Programa Nacional de Control y Prevención de Alcoholismo, al que Marconi se unió junto a Jorge Mardones⁸⁰ y José Horwitz (pp. 17-18). Desde este Programa comienzan una serie de investigaciones epidemiológicas que abordan el alcoholismo desde el concepto de enfermedad (*disease*) (Marconi, 1965; Araya y Martínez, 2021). Chile tenía entonces la tasa de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica más alta entre 12 ciudades latinoamericanas:

⁸⁰ Jorge Mardones fue Ministro de Salud entre 1950 y 1952 durante el gobierno de Gabriel González Videla y le correspondió crear el Servicio Nacional de Salud en 1952.

152.3 por 100 mil en hombres (Marconi, 1998, p.25; Puffer y Griffith, 1968, p. 460; Riquelme, 1992). También el porcentaje más alto de mortalidad por psicosis alcohólica en población alcohólica (15,7%), por sobre Canadá y Estados Unidos, aunque pocos países tenían esta estadística registrada (Velasco, 1963). En aquella época comenzó, también, la formación especializada en salud mental de psicólogos, enfermeras y asistentes sociales que conformaron los primeros equipos multiprofesionales (Marconi, 1998, p. 26).

En 1966, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Juan Marconi, José Horwitz y Luis Custodio Muñoz escriben un Programa Nacional de Salud Mental empleando el modelo del Hospital General (Muñoz, Horwitz y Marconi, 1966; Labarca, 2008). Marconi describe a propósito de este plan que “descartan el Asilo-Hospital Psiquiátrico por su mala integración a la Salud Pública, su baja eficiencia, su acción iatrogénica en pacientes crónicos, su falta de sectorización, nula capacidad de crecimiento y alto costo” (Marconi, 1998, p. 29). Se trata de una de las primeras impugnaciones de Marconi al modelo asilar que había hegemonizado la práctica psiquiátrica y que irá “politizando” a medida que acontece lo propio en el país. El modelo del hospital general había sido aplicado desde los cincuenta en el Hospital Salvador, en el Área Oriente, y se extenderá al Área sur en 1970, al Hospital Barros Luco, con una Consulta Externa adosada y un trabajo territorial articulado con la medicina general que se brindaba en los Consultorios Periféricos (p. 30).

En 1967 Marconi asiste a un breve cursillo sobre Delegación de Funciones en programas de salud impartido por el Dr. Vicente Silva, implementado a través de “unidades de adiestramiento” (Marconi, 1998, p. 31)⁸¹. En octubre de 1968 comienza la aplicación práctica de este enfoque delegativo en el Consultorio Santa Anselma (en aquella época ubicado en La Cisterna). Comenzaba, así, el programa intracomunitario del Área Sur que se prolongará hasta

⁸¹ Marconi refiere que Silva era “un médico chileno educador en salud. Trabajaba en obstetricia, puericultura y pediatría en la Facultad de Medicina” (Mendive, 2004). A Silva le interesaba el “paso de conocimiento de forma masiva desde los investigadores teóricos universitarios hacia la comunidad, configurándose una pirámide de delegación de funciones” (Mendive, 2004). Patricia Hamel, psicóloga, (citada en Norambuena, 2017, p. 95) comenta que Silva “tenía un programa para entrenar a las machis en todo lo que significaba el proceso del parto, de modo tal de fomentar medidas más sanitarias en el nacimiento de los niños y evitar la mortalidad que se daba por infecciones, por manejo, etc. Era una tradición cultural que siempre ha sido la machi, la encargada de esto. Él las entrenaba”. Hamel desarrolló en el programa intracomunitario una experiencia de manejo conductual de la enuresis junto a Leonardo Muñoz (Muñoz y Hamel, 1970).

1973 (Marconi, 1972; 1973; 1976; Minoletti, Marconi, Ifland *et al.*, 1973; Pemjean, Montenegro, Marconi, *et al.*, 1973)⁸².

Varios autores han abordado el contexto sociopolítico de los largos sesenta que permea el discurso reformista de Marconi. 1968 fue el año clave de la Reforma Universitaria en Chile y, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Marconi participó como docente activamente compitiendo en la elección de Decano con Alfredo Jadresic quien ganó la votación. El Decano electo fue finalmente Edgardo Boeninger, ya que la elección tuvo que repetirse ante la oposición de Amador Neghme, el antiguo Decano que se negaba a ceder su cargo ante el avance del proceso de Reforma (Jadresic, 1998). Al reflexionar sobre la experiencia reformista, Marconi (1973) hablaba entonces de una “revolución cultural” en los programas de salud mental: ¿A qué se refería Marconi con “revolución cultural”?

Para Araya y Leyton (2017), Marconi encarnaba el espíritu transformador inspirado no tanto en la experiencia soviética, en la que observaba la persistencia del alcoholismo y cuestionaba su aproximación tecnocrática, sino más bien en la experiencia china. En efecto, Marconi (1973) recupera de Mao la perspectiva de un trabajo “de masas” permanente, que irradia un efecto multiplicador sobre la población necesitada, en este caso, de una solución para el problema del alcoholismo. Es discutible, como señala Gaete (2017) desde un punto de vista sociológico, el grado en que estas ideas permearon en la aplicación práctica de este programa de psiquiatría

⁸² El programa comenzó abordando el alcoholismo entre 1968 y 1970 (Marconi, 1996, p. 33). El modelo delegativo se estructuraba en una pirámide cuya base era el sujeto alcohólico, bebedor dependiente que en la nomenclatura empleada se llamó D5. El siguiente nivel correspondía al alcohólico recuperado, que ya recibía una capacitación que lo habilitaba como monitor (D4). En el nivel D3 era empleado por técnicos (profesores, auxiliares de la Cruz Roja, entre otros), y uno de los primeros fue el sacerdote Sergio Naser de la población La Victoria, a quién introduciremos en el capítulo 4. El nivel D2 estaba formado por profesionales de la salud (enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas). El nivel D1 lo ocupaba el médico, que podía ser psiquiatra o un médico general capacitado. La delegación de funciones correspondía a un programa formativo vertical y expansivo desde D1 a D4 que permitía aumentar la cobertura del programa. A partir de 1970 el programa intracomunitario se amplía a las mujeres, esposas de los alcohólicos, con trastornos emocionales cuyas intervenciones consistían en “catarsis de grupo, conciencia de enfermedad y manejo ambiental” durante 3 meses, aplicadas por monitores (Marconi, 1998, p. 34). Los casos más complejos eran derivados a D3, D2 o D1. Sobre la población infantil, Marconi señala: “El año 1971 se implementó el tercer programa, Privación sensorial en preescolares, actuando como monitoras, D4, las hermanas adolescentes de los niños tratados. Se instaló en La Victoria, un Jardín Infantil, y luego plazas infantiles, en verano, para una mayor cobertura. Se obtuvo un aumento significativo del Cuociente Intelectual de los niños estimulados, lográndose prevención primaria del mal rendimiento escolar” (Marconi, 1998, p. 34).

de masas. En el marco del conocimiento epidemiológico generado por Marconi y otros, y en línea con el mínimo impacto ya referido del abordaje “biologista” a la dependencia alcohólica, este se trataba más de un “experimento social” que de un programa de medicina social centralizado. Tanto Juan Marconi, en Chile, como Gregorio Bermann (1970 [2020]), en Argentina, admiraron la experiencia china en salud mental, pero un contrapunto entre ambos psiquiatras podría permitirnos ponderar el grado de politización en sendos discursos médico-sociales.

Gregorio Bermann (1894-1972)⁸³ en los sesenta visitó China en tres oportunidades, y formó parte de una parte de la izquierda argentina que promovió el maoísmo en círculos políticos e intelectuales (Celentano, 2006; 2022; Ni, 2021). Como internacionalista, participó tanto en la Misión Médica Argentina en la Guerra Civil española, como en la creación de la Organización Mundial de la Salud, y así también, presidió la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1965 (Celentano, 2006). Marconi, en cambio, tuvo una trayectoria más bien local, vinculada sobre todo al desarrollo de la profesión en torno a la investigación y la docencia universitarias, y en el contexto de una politización creciente de la sociedad chilena es que comienza aplicar conceptos del materialismo histórico tal como era socializado por Marta Harnecker durante la Unidad Popular (Marconi, 1973b; Araya y Leyton, 2017)⁸⁴. De *La salud mental en China* de Bermann, Marconi extrae: “En los hospitales psiquiátricos se aplica activamente el estudio del pensamiento de Mao, además de los tratamientos clásicos, psicofármacos, etc.” (Marconi, 1973b, p. 32).

⁸³ Allevi da una breve reseña de Bermann que nos permitimos citar: “Médico psiquiatra y licenciado en filosofía y letras, fue dirigente reformista en 1919 (Secretario de la FUA) y miembro del PC en sus últimos años. En 1931 es candidato a gobernador de Córdoba por la Alianza Cívica. Docente universitario, promotor del psicoanálisis (en 1930 visita a S. Freud en Viena), es cesanteado en 1936 de su cátedra en Córdoba, e ingresa a la AIAPE [Agrupación de Intelectuales, Artistas, Periodistas y Escritores][...]. Participa como médico en el frente republicano de la Guerra Civil Española en 1937. Antifascista y antiperonista militante, resultó además un crítico lector del psicoanálisis como ciencia idealista burguesa, a pesar de lo cual participó inicialmente en la Asociación Psicoanalítica Argentina” (Allevi, 2017, p. 138 *infra*).

⁸⁴ En el citado texto sobre “la revolución cultural”, Marconi (1973b) traslada el debate político propio del marxismo, que Harnecker socializaba en la época, sobre si era posible pasar de una sociedad agraria, feudal, basada en la propiedad latifundista a una sociedad socialista sin pasar por un desarrollo industrial capitalista. Marconi se preguntaba “¿Podemos pasar desde la estructura feudal en Salud Mental, representada por el asilo, modernizado por el Hospital Psiquiátrico, a una psiquiatría de masas? ¿Es imprescindible una etapa intermedia, de Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales o Unidades de Salud Mental, a lo largo del país? Vivimos una revolución en Salud Mental, pero... ¿Revolución tecnocrática o revolución cultural?” (Marconi, 1973b, p.18).

Una forma de valorar este período se encuentra en la entrevista realizada por Renato Alarcón a Juan Marconi en 1986 a propósito de la identidad profesional:

“En su opinión, ¿es el psiquiatra un hombre de ciencia, un médico especialista, un terapeuta o activista social? ¿Por qué?”

No se puede excluir ninguna de las identidades del psiquiatra: hombre de ciencia, médico especialista, terapeuta o activista social. Agregaría la de educador en salud mental o educador de masas. Lo que sea el psiquiatra depende no tanto de su decisión, sino del momento histórico en que vive en un país determinado. El ideal es que esté preparado para todas las funciones señaladas” (Alarcón, 1990, p. 422).

Y respecto de la psiquiatría latinoamericana señala una “característica histórica”:

“Lo que permanece sólido e inmovible es el modelo hospital psiquiátrico, pero lo que intenta nacer, ya sea una simple comunidad terapéutica dentro de ese modelo, ya sea un servicio de psiquiatría moderno en un hospital general, o un programa comunitario en un área de salud es, con demasiada frecuencia, quebrado, reprimido, privado de recursos o asfixiado de mil maneras por el dictador de turno” (Alarcón, 1990, p. 423).

Para comprender el modelo participativo empleado en el programa intracomunitario son útiles las categorías de “participación como movilización” y “participación por delegación” (Fassin, 2006). La movilización de la comunidad de base implicaba convocar a organizaciones con experiencia previa, tales como los Clubes de Abstemios que ya se encontraban aglutinados en la URACH⁸⁵. La delegación implicaba un modelo piramidal de difusión del saber médico adaptado al saber popular⁸⁶. Vista de este modo, la delegación de funciones podía implicar, o bien un “adoctrinamiento” en el sentido de la reproducción de un saber simplificado a través de cartillas que debían ser aprendidas (Labarca, 2006, p. 264), o bien una metodología de educación popular en el que se reconocía el saber recíproco entre los diferentes niveles de adiestramiento (Araya y Leyton, 2017). En varias publicaciones, Marconi utilizó conceptos antropológicos para el análisis crítico de las experiencias de intervención en alcoholismo. Por ejemplo, en 1969 recogía las críticas de Edwin M. Lemert, un sociólogo interaccionista que

⁸⁵ Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile. Marconi (1972) registra 100 clubes de Alcohólicos Recuperados creados en Chile entre 1952 y 1968, 4 de ellos en el área sur. Entre 1968 a 1970 se crearon en la misma área 16, y desde 1970, 8 más.

⁸⁶ Marconi (1973b, p. 22) problematizaba la dificultad del trabajo en la comunidad a través de dos modelos: el modelo autoritario o etnocéntrico y el modelo democrático o relativista cultural.

señalaba “el fracaso universal de los cuatro modelos de control social utilizados hasta ahora para disminuir la ingesta anormal de alcohol” (prohibición; legislación; sustitución por equivalentes funcionales; y educación sobre los riesgos) (Marconi, 1969, p. 353). A partir de las investigaciones realizadas con población mapuche rural y urbana⁸⁷, identificaba al etnocentrismo como una “barrera cultural” para lograr la efectividad de los programas de salud con “culturas populares y aborígenes” (Marconi, 1972, p. 3). El nivel D5, la base de la pirámide, implicaba una adaptación cultural, tanto del lenguaje como de las formas de trabajo. En una entrevista realizada en 2004, Marconi explicaba que tomando como referencia la tradición oral mapuche se trabajaba en pequeños grupos empleando técnicas de educación popular (Mendive, 2004). El culturalismo, entonces, facilitaba el camino de la psiquiatría de masas al encuentro de un mundo popular racionalizado (Comelles y Martínez, 1994).

Una línea de trabajo menos explorada sobre el programa comunitario ha sido la formación médica. Marconi era profesor titular y tenía asignada la docencia en el recién creado Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina Sur, ubicado junto al Hospital Barros Luco. Desde el primer año del programa (1968) se hacía rotar a los estudiantes en el Consultorio Santa Anselma durante el curso de Psiquiatría en quinto año, y se les adiestraba en el programa para extender la cobertura a otras poblaciones. Además capacitó a nueve médicos generales de los consultorios en 1970 (Marconi, 1972). Consciente del problema del etnocentrismo, Marconi motivó a María Ester Grebe, una reconocida musicóloga de la Facultad de Artes (y su esposa), para que comenzara la enseñanza de la antropología cultural en el pregrado. En una entrevista de 2005, Grebe describe:

“Regreso a Chile en el año 1968, cuando el ambiente en la Facultad de Arte se encontraba bastante revuelto por el proceso de Reforma. Mi esposo, el doctor Juan Marconi, que dirigía el centro de Psiquiatría Experimental de la Universidad de Chile me invitó a colaborar en la Facultad de Medicina. Ahí derivé definitivamente hacia la antropología, porque ésta era la

⁸⁷ Larissa Adler, conocida como Larissa Lomnitz ya que muchos años ocupó el apellido de su esposo chileno, es reconocida por su obra *Cómo sobreviven los marginados* publicada en México en 1975. Entre 1967 y 1968 trabajó con el equipo de Marconi en la Universidad de Chile, mientras realizaba investigación etnográfica en la Araucanía y Santiago en torno al consumo de alcohol con mapuches. Larissa A. Lomnitz (1969a; 1969b) describe el consumo de alcohol “normal” como un patrón cultural, basado en la diferencia de género, asociado a la socialización y a otras funciones sociales (amistad, fiesta, ritos, entre otras). En general, su enfoque adopta un modelo “antropológico clásico”, el cual que resulta fácilmente apropiable por Marconi para caracterizar ciertos tipos de consumidores de alcohol (obreros panificadores) y otros grupos abstemios (convertos al protestantismo) (Menéndez, 1979).

necesidad que ellos tenían. Me nombraron profesora de antropología médica o antropología de la medicina” (Moulian y González, 2005, p. 39).⁸⁸

La experiencia de la “revolución cultural” reseñada permite situar la experiencia reformista en un contexto de politización creciente de la sociedad chilena. Las condiciones de posibilidad estuvieron dadas por la libertad académica para innovar en la enseñanza y destinar horas de trabajo en la comunidad, a pesar del apoyo mínimo desde el Servicio Nacional de Salud. El impacto del culturalismo en las políticas de salud mental en la experiencia reformista fue truncado, pero no así el componente técnico del modelo delegativo. De este modo, esta experiencia aparentemente acotada ha tenido una serie de proyecciones, tanto por el propio Marconi que intentará aplicar su modelo en el Open Door durante la dictadura, como por muchos discípulos y discípulas que continuarán por diversas vías el trabajo articulado entre salud mental y salud pública durante la transición.

En Concepción, en la misma época, la politización en salud mental tuvo una experiencia aplicada que es digna de ser descrita y que, por lo general, ha sido omitida cuando se habla de la psiquiatría de los largos sesenta. La experiencia de la Villa Nonguén en Concepción corrobora las reflexiones de Fassin al plantear que “las mayores posibilidades de encontrar experiencias susceptibles de transformar el espacio político de la salud, se hallan fuera del campo tradicional de la salud misma” (Fassin, 2006: 139). Esta no se trataba de una experiencia académica propiamente tal, aunque en ella participaban estudiantes de medicina y médicos de la Universidad de Concepción, sino más bien de un trabajo político de base vinculado al Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR) que había surgido en la misma universidad. Jorge Barudy testimonia esta experiencia en el I Encuentro Latinoamericano (y V Internacional) de Alternativas a la Psiquiatría en Cuernavaca en 1981:

“La historia de la psiquiatría en Chile no ha sido escrita. No sabemos a ciencia cierta si esto es una casualidad o si la historia de la psiquiatría no ha sido escrita por vergüenza.

Más que poner énfasis en la condición de psiquiatrizados y su realidad deshumanizante, que creo que tiene similitudes con todos los países latinoamericanos, quiero poner el acento en el intento que grupos de trabajadores de la salud mental, insertos en el movimiento popular,

⁸⁸ María Ester Grebe desarrolla en sus primeros trabajos una línea investigativa en medicina popular (Grebe, Rajs y Segura, 1971), “psiquiatría folklórica” (Grebe y SEgura, 1974) y cosmovisión mapuche (Grebe, Fernández y Fiedler, 1971) que se puede caracterizar por aplicar una aproximación culturalista, rica en descripción etnográfica, que empleaba como material docente en sus clases en la Facultad de Medicina y que escribió en coautoría con varios alumnos ayudantes (Moulian y González, 2005).

realizaron a partir de la década del sesenta para levantar una psiquiatría democrática, popular y liberadora. Para ejemplificar y hablar en concreto, quiero resumir nuestra experiencia en las llamadas brigadas de liberación obrera, organismos populares que se crearon en las poblaciones obreras y sindicatos en las provincias del sur de mi país. Estas brigadas constituyeron frentes de lucha que, por un lado, estaban destinados a disminuir el sufrimiento psíquico de los sectores populares en lo que se refería concretamente a la problemática del alcoholismo, al sufrimiento psicológico de la mujer proletaria y a la deprivación psicosensorial en los niños de las clases populares. Más que centros de salud mental popular, estas brigadas fueron organismos de masas, donde terapeutas y terapeutizados aprendimos a través de una práctica que la salud mental estaba ligada a las condiciones de vida y que su conquista sólo podía alcanzarse ligando el trabajo con la lucha política” (Barudy, 1983, pp. 132-133).

La “Brigada de Liberación Obrera” que señala Barudy, era el nombre que tenía del “club de chantados” (abstemios) en la Villa Nonguén (Peebles, 2003, p. 86). Luis Peebles menciona entre los estudiantes a Barudy y a Gloria Vasquez⁸⁹. Él y Barudy, exiliados en Bélgica, crearon más tarde el COLAT (Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial) junto a otros represaliados de las dictaduras sudamericanas. Sobre la experiencia de Villa Nonguén, agrega Peebles:

“habíamos trabajado con alcohólicos, sus familias, y sus hijos, instalamos una cooperativa de producción con rehabilitados, un policlínico y vivíamos la revolución haciéndola en nosotros mismos; [...] enseñábamos a leer con el método de Paulo Freire modificado; caricaturalmente debían aprender, por ejemplo: ‘El alcohol es la explotación de los patrones’” (Peebles, 2003, p. 86)⁹⁰.

La alfabetización de adultos, en la lógica freiriana, justamente tiene una función creadora: “el alfabetizando no solamente conoce la palabra y busca pronunciarla, sino que se reconoce conociendo y gana la razón del acto de decirla” (Freire, 1972, p. 41). El discurso concientizador, también era parte del programa de la Unidad Popular que entre sus cuarenta primeras medidas⁹¹ de gobierno incluía la lucha antialcohólica como un elemento de la

⁸⁹ Peebles 2022. Comunicación personal.

⁹⁰ Freire vivió su exilio en Chile entre 1964 y 1969. Desde 1965 comenzó procesos de alfabetización acompañando la Reforma Agraria primero desde la CORA (Corporación de la Reforma Agraria), y luego desde ICIRA (Instituto de Capacitación e Investigación en Reforma Agraria) (Cabeluz y Areyuna-Ibarra, 2020).

⁹¹ La medida 18. “CONTROL DEL ALCOHOLISMO: Combatiremos el alcoholismo no por los medios represivos, sino por una vida mejor y erradicaremos el clandestinaje” (Riquelme, 2021).

conciencia de clase. En el documental *Entre ponerle y no ponerle* de Hector Ríos, se oye la voz en *off* de Nelson Villagra: “el trago también ha sido utilizado por los poderosos de este país, para mantener al pueblo sometido” (Ríos, 1971, 9:50-10:24). La moral revolucionaria que sancionaba el llegar ebrio a casa o ingresar alcohol clandestino se expresaba, también, en los reglamentos internos de algunos campamentos (tomas de terreno) del Gran Concepción como el campamento Lenin (Riquelme, 1987; Schlotterbeck, 2018, p. 72).

Una tercera experiencia reformista⁹² se trata de la Salud Mental Poblacional, que emerge en el contexto del Centro de Antropología Médico-Social⁹³ liderado por Luis Weinstein⁹⁴ en 1968. El principal antecedente de este Centro era otro espacio académico de la misma Universidad, el Centro de Demostración de Medicina Integral, creado por Benjamín Viel en 1956 y que funcionó en la Quinta Normal (Egaña y Wolff, 2015). Se trataba de una experiencia de Medicina Preventiva bajo el modelo de atención integral diseñado por Viel, en la cual Weinstein era el psiquiatra del equipo, junto a Carlos Montoya, pediatra y salubrista (Egaña y Wolff, 2015). Weinstein, señala al respecto:

“De 1958 a 1962 estudiamos, en el Centro de Demostración de Medicina Integral de Quinta Normal, las posibilidades de incorporar la higiene mental a las actividades de un equipo de salud periférica, en armonía con el trabajo en comunidad y el de los educadores (Weinstein, 1965, pp. 8-9)” .

⁹² La experiencia del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Regional de Temuco en los largos sesenta no será incluida en esta investigación ya que su estudio nos alejaría del propósito original. Martín Cordero desarrolló allí el modelo de psiquiatría social británico dentro de un hospital general (el hospital de referencia de la Araucanía), con el apoyo de Douglas Bennett. Parte de esta experiencia se reseña en Norambuena (2017).

⁹³ Este centro no debe confundirse con el Centro de Antropología Médica (1960-1965), de la misma Universidad de Chile, creado por el fisiólogo Francisco Hoffmann, quien daría un giro al final de su carrera dedicado a la medicina experimental en el Instituto de Fisiología, para desarrollar este centro junto a su esposa, la psiquiatra Lola Hoffmann (Günther, Caro y Croxatto, 1982). El propósito de este centro era la formación integral del médico a través del concurso de la psicología, la sociología, la antropología social, la filosofía y la historia (Hoffmann, 1961). En él participaron Gabriel Castillo, Claudio Naranjo y Rolando Toro, y ahí desarrollaron experimentos psicodélicos con el LSD y otras moléculas de origen botánico (Naranjo, 2007). En sus memorias, al reseñar su paso por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Marconi menciona a varios psiquiatras que pasaron por la formación analítica junto a él con Ignacio Matte Blanco: Naranjo, a quien llama “gurú”; Lola Hoffmann, a quien describe como psicoterapeuta; Otto Kernberg, “Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional”; y Ramón Ganzaraín, “docente de la clínica Menninger”, entre otros (Marconi, 1998, p. 12).

⁹⁴ Nacido en 1931. Su tesis de medicina de 1958 se tituló “Algunos aspectos clínico-psiquiátricos de la vagancia infantil” (Neghme, 1984, p. 245).

El Centro de Antropología Médico-Social buscaba “promocionar la participación de la población en las tareas de salud” (Weinstein, citado en Norambuena, 2017, p. 148). Siendo el problema del poder un elemento clave para abordar cualquier proceso participativo, Weinstein se diferenció de Marconi al poner más énfasis en la prevención que la práctica asistencial⁹⁵:

“En las condiciones de Chile, sin disminuir la importancia de las tareas asistenciales, lo realmente movilizador habría sido poner el acento en el fomento y la prevención.

En las tareas curativas el especialista "delega" funciones en personas menos calificadas, eventualmente, en voluntarias.

Las tareas preventivas tienen aspectos específicos, control del niño sano o la embarazada, revisión de alimentos, consejos genéticos, vacunaciones. En ellos la posibilidad de autonomía es mayor, aunque siguen existiendo bases para una prolongación de la autoridad, racional, de los profesionales de la salud.

En la prevención inespecífica y el fomento, se abre un inmenso panorama centrado más en los valores que en la información, más cercano a la política que a la ciencia. (Weinstein, 1977, pp. 206-207).

El contrapunto con el enfoque delegativo es interesante. La asimetría de poder entre profesionales (particularmente médicos) y la población general refleja un tipo de relación social y una práctica profesional específica. Aquí Weinstein cita a Claudio Jimeno, sociólogo, quien participó del programa de Gustavo Molina en el Hospital San Borja, y realizó un estudio sobre el autoritarismo médico: encontró un 40% de un perfil profundamente autoritario (Weinstein, citado en Norambuena, 2017, p. 146)⁹⁶.

¿Cómo contribuía la perspectiva antropológica al desarrollo de estas experiencias? Una primera aproximación podría ser la desarrollada por Menéndez (1979) al analizar la apropiación de un

⁹⁵ Una experiencia relacionada se realizó en el Hospital San Borja por Gustavo Molina, llamado “Programa de Medicina Preventiva integrado a las Clínicas” (1963-1969), en el cual el equipo multidisciplinario abordaba la educación en salud desde la atención hospitalaria (Weinstein, 1975, p. 19; Carvajal, 2009)

⁹⁶ Jimeno, después, trabajó en el gobierno de la Unidad Popular, en la Secretaría General de Gobierno, y fue secuestrado por los agentes represivos en 1973 (Carvajal, 2009). Junto a otros trabajadores de La Moneda, que incluían los psiquiatras Georges Klein y Enrique París Roa, fue detenido y llevado al Regimiento Tacna. Los restos de estos tres trabajadores fueron exhumados de una fosa común ubicada en el Regimiento Fuerte Arteaga en Colina, al norte de Santiago en 2002 (Cáceres, 2011; SML, 2022). La identificación genética se confirmó en el 2014.

“modelo antropológico clásico” por parte de la práctica psiquiátrica, por ejemplo, a través de la perspectiva del relativismo cultural (Marconi). Weinstein señala que en los sesentas:

“Parte de las dificultades emanan de la falta de desarrollo, en nuestro medio, de una de las partes de esta relación, la antropología. Los antropólogos se encuentran en escaso número en Chile, en precario pie de institucionalización y con una demanda extensa y muy diversificada” (Weinstein, 1975, p. 24).⁹⁷

La antropología “médico-social”, en la propuesta de Weinstein, aúna la antropología social y cultural a la medicina integral en una “medicina social integral” cuyo objeto no es el individuo, sino *las mayorías* (Weinstein, 1975, p. 28):

“La antropología médico-social busca reunir *lo “profundo” y lo apremiante* poniendo énfasis en las distintas dimensiones de las *urgencias*, otorgándoles atención especial a las relaciones humanas, al desarrollo personal, a la participación en el cambio social” (Weinstein, 1975, p. 28, cursivas en el original):

Esta propuesta de participación en un contexto de democratización de la salud, parecía confluir desde la doble movilización *top-down* del gobierno de la Unidad Popular que promovía la creación y puesta en marcha de Consejos Locales de Salud en el marco del “Programa de Desarrollo Socio-Cultural” del Servicio Nacional de Salud, con la agencia *bottom-up* de las organizaciones de base que cuestionaban el poder médico y presionaban por mayor poder de decisión en el rumbo de las políticas de salud (Weinstein, 1977, p. 101; Illanes, 2005). No obstante, los límites del reformismo se manifestaron ante la falta de cambios estructurales, la persistencia de la dualidad público-privada y la oposición del gremio médico (Navarro, 1974; Waizkin y Modell, 1974; Weinstein, 1977, p. 185). El “poder popular en salud” fue más bien una posibilidad que un logro, y el énfasis de Weinstein en el trabajo con los técnicos de la salud está a la base de una necesidad de intelectuales orgánicos para hacer frente al asistencialismo y el tecnocratismo que prevalecieron en el período (Weinstein, 1977, p. 205).

⁹⁷ La institucionalización de la Antropología en Chile comienza recién en 1954 con la creación del Centro de Estudios Antropológicos en la Universidad de Chile, por Carlos Munizaga, y la carrera de Antropología comenzó recién en 1970. En Concepción en 1964 se crea el Centro de Antropología y la enseñanza de pregrado comienza en 1966. En Temuco la enseñanza comenzará en 1970, en la Universidad Católica de Temuco (Castro, 2014).

Las contradicciones entre medicina y política ilustraron las complejidades de “la vía chilena al socialismo”. El espacio político de la salud ya no fue el mismo después de esos “mil días”. Luego acaeció el golpe, y otros vientos agitaron los rumbos.

3. Open Door

“Quien no se mueve no siente las cadenas”
Rosa Luxemburgo

3.1 *El hospital de la transfiguración*

Stanislaw Lem escribió *El hospital de la transfiguración* (*Szpital przemienienia*) en 1948, pero su publicación tardaría hasta 1955 debido a las complejidades editoriales del estalinismo en Polonia⁹⁸. Situado en el marco de la ocupación nazi en Polonia en 1943, la novela se desarrolla en un hospital psiquiátrico y se centra en la figura de un joven médico que ingresa como psiquiatra en el asilo llamado *Christo Transfigurato*⁹⁹. Para Krob (2001), en este hospital, la medicina sería “a la vez víctima y verdugo”¹⁰⁰.

“El viejo director, ya débil pero al fin heroico, recuerda las lecciones de Charcot, pero ante el psiquiatra nazi que va a eliminar a los pacientes, considerados peligrosos o al menos molestos, lanza la brillante figura de Bleuler. Recuerda que los internados son enfermos, no personajes inútiles y desahuciados, como bien se sabe en la gloriosa tradición germana” (Peset, 2014).

La transfiguración del custodialismo se expresa en este capítulo a través de un *hospital de la transfiguración*, no en un sentido cristiano, sino en uno conceptual. Para Kehr, Dilger y Van Eeuwijk (2019: p. 5, *trad. pers.*) la transfiguración representa la “naturaleza cambiante de la medicina, de la enfermedad y del bienestar en relación a sus significados, materialidades y

⁹⁸ Traducido al inglés en 1988, como “Hospital of the Transfiguration” (Harcourt, San Diego), y al castellano como “El hospital de la transfiguración” recién el 2018 (Impedimenta, Madrid) (Peset, 2014; Swirski, 1997). Un film homónimo dirigido por Edward Zebrowski fue realizado en base a la novela en 1979.

⁹⁹ La narración de Lem recuerda los hechos del Sanatorio de Zofiówka para trastornos mentales, en Otwock, a las afueras de Varsovia. En la ocupación nazi, el hospital fue destinado exclusivamente para judíos. Entre mayo y noviembre de 1941, 406 personas murieron de hambre y frío. En 1942, el hospital fue asediado como parte de la “solución final”, 140 personas fueron asesinadas, entre ellas 108 internos; 3 médicos y varios pacientes se suicidaron durante el asedio (Uzarczyk, 2021).

¹⁰⁰ Es relevante recordar que a pesar de haber sido parte de los testimonios en las declaraciones que formaron parte del “Juicio de los Doctores” en Núremberg, ninguno de los psiquiatras que participaron en los crímenes eugenésicos contra “enfermos mentales y discapacitados” en la operación conocida como *Aktion-T4* fueron procesados en dicho tribunal (Breggin, 1993). Como señala Schütz (2021), estos crímenes no tuvieron el mismo impacto en la conciencia pública que las investigaciones con seres humanos sancionadas en el Código de Núremberg, a pesar de “la continuidad entre la matanza entre elementos ‘sin valor racial’ dentro de la comunidad alemana y el asesinato del enemigo racial” (Dawidowicz [1975], citada en Schütz, 2021, p. 71).

usos”. De forma semejante, Mattes, Hadolt y Obrist definen la transfiguración en una acepción doble:

“(1) the constantly unfolding processes of particular extended figurations encountering, affecting, and becoming enmeshed in each other; as well as (2) the (temporarily) stabilized figurational arrangements emerging from these enmeshments which may provoke subtle or radical changes concerning people, their understanding of themselves, their life conditions, and other objects of anthropological interest” (2020, p. 78).

De la segunda acepción, destacamos que estas *figuraciones* eliasianas pueden ser estabilizadas en el tiempo, y provocar cambios de interés antropológico. Desde el punto de vista de una antropología política de la salud, el poder en la concepción de Norbert Elías “se manifiesta en sí mismo en las relaciones en y también a través de figuraciones (extendidas)” (Mattes, Hadolt y Obrist, 2020, p. 78). Se trata, por tanto, de *trans-figuraciones* cargadas de historicidad, como vimos en el capítulo anterior. En efecto, el Open Door, a diferencia de otros espacios asilares en Chile, refleja en su propia historia el custodialismo, el biologismo y, también, el reformismo. En este apartado abordaremos, primero, los inicios del Open Door, y nos centraremos, luego, en dos documentos relevantes para contextualizar la institución.

En el origen, el Open Door dependía de la Casa de Orates, y por tanto, de la Junta Central de Beneficencia. Allí fueron trasladados masivamente, en diferentes momentos de su historia personas etiquetadas como “crónicos”, aunque también “crónicas” y niños y niñas, desde otras instituciones asilares (Manicomio Nacional, Hospicio de Santiago, Casa Nacional del Niño, entre otros) (Zanguellini, 1977).

El Decreto Supremo que crea el Open Door se emite el 20 de enero de 1928, en la dictadura del General Carlos Ibáñez del Campo (Echeñique, 1929). La sección agrícola cuenta con un establo, un matadero y un galpón para maquinarias. En la parte alta del fundo se construyeron los pabellones para hombres. En 1929 se nombra médico residente a Volney Quiroga, “alienista” de la Casa de Orates; el ayudante residente fue Eduardo Brücher. Para el 31 de diciembre de 1929 ya atendía a 430 “enfermos” (Echeñique, 1930).

Como hemos señalado, con Araya y Leyton:

“Su origen se sitúa en la modernización sanitaria y urbana de la dictadura militar del general Carlos Ibáñez del Campo (1927-1931). El hospital fue fundamental en la inclusión sanitaria de

la población rural migratoria, ya que fue emplazado en una antigua hacienda agraria, ideal para la transición de los pacientes no exitosos en este proceso de modernidad. Esta “colonia” fue un pequeño laboratorio terapéutico de inserción de los contingentes campesinos pobres y de alienados de provincia, que ingresaban por el sureste de la ciudad de Santiago, ruta histórica de la migración meridional del país.

El programa médico-social que vivió su apogeo entre 1920 y 1940 se enmarcaba dentro del paradigma de la higiene mental. El Instituto de Reeducción Mental (IRM) que funcionó en el HPEP fue creado en 1940 para el tratamiento psiquiátrico de alcohólicos y toxicómanos como parte del proyecto de educación en higiene mental. Toxicomanías, alcoholismo y morfinomanía se atendieron en la institución. A medida que el hospital decaía, producto de la presión de la marginalidad urbana que crecía constantemente y la falta de políticas públicas en salud mental, derivó en un nuevo espacio manicomial, donde el encierro y la concentración de pacientes crónicos se institucionalizaron” (Araya, Morales y Leyton, 2020, pp. 150-151).

El primer documento relevante es un artículo de Carlos Larson¹⁰¹ (1937), publicado cuando era médico residente del “Open Door Nacional” en los *Archivos Chilenos de Criminología*. Se trata de un estudio sobre el *gatismo*. Pedro Laín Entralgo describe sobre el término:

“«Gatismo». Tampoco está en el diccionario oficial. Pí y Molist—creo que fué él—propuso sustituir ese término por el pedantesco neologismo helenizante «cliniquesia» (de *kliné*, «lecho», y *khezó*, «defecar»), sin éxito favorable. Por fortuna para los que usan el idioma, el progreso de la asistencia médica y hospitalaria va haciendo innecesaria la palabra” (Laín Entralgo, 1956, p. 395)

El término aparece referido en la jerga del Open Door y en otros textos en las medianías del s. XX. Larson describe:

“*Caracteres del gatoso*.- Son individuos que a la simple inspección acusan una profunda *decadencia física*, encorvados, de marcha torpe, con tendencia a las posiciones pasivas, pasan echados en el suelo con sus ropas en desorden y sucias. La *decadencia psíquica* -estado demencial avanzado- marcha a parejas con el nivel físico; son sujetos de vida puramente vegetativa, *inaptos para el trabajo* (no saben ni andar). El peso de los enfermos es elocuente testimonio del estado general: de 18 solo uno pesó más de 70 kgrs.; los restantes oscilaban alrededor de 50 kgrs. En todos se observa debilidad muscular que seguramente compromete esfínteres” (Larson, 1937, p. 246, cursivas en el original).

¹⁰¹ Véase nota 67 del capítulo 2.

La descripción de Larson se refiere a un grupo de 18 internos de la Casa de Orates (Manicomio), con *gatismo* [incontinencia] urinario y fecal, con grados variables de severidad, a los cuales se les somete a un “ensayo de tratamiento” que consiste en “reeducarlos y levantar el estado general” (p. 246). La reeducación consiste en la vigilancia de la “exoneración de vientre y vejiga” a horas determinadas, la alimentación y ejercicio físico dosificados, y control de peso semanal. En algunos casos han empleado “inyecciones epidurales y estricnina” (p. 246). Además, reconoce como factores ambientales:

“En la aplicación del tratamiento hemos podido comprobar la estrecha dependencia del gatismo de la temperatura. Así por ejemplo, puede decirse que es una verdadera ley que, en los días fríos, éste aumenta al doble; lo mismo pasa con la falta de abrigo suficiente. A propósito de esto, existe un hecho curioso, un verdadero círculo vicioso: estos enfermos que por ser sucios e inutilizar las ropas de cama, no se les abriga, pero por esto mismo, se presenta o exagera el gatismo. (Dormían con una frazada que se les aumentó a dos). De este hecho se deduce la necesidad de calefaccionar las salas donde deberían agruparse los gatosos para su tratamiento.” (Larson, 1937, p. 247)

De los resultados de la intervención Larson concluye que “de los 18 enfermos, siete concurren espontáneamente al W.C., los restantes hay que continuar vigilándolos, aunque no tan estrechamente” (p. 247). Una reflexión final del artículo cobra relevancia respecto de la orientación que Larson dará al Open Door bajo su administración:

“Autoridades como H. Simon, director del Manicomio de Gütersloh, juzgan que el gatismo no es un síntoma derivado de la esencia de la psicopatía, por lo menos en la mayoría de los casos. Cree que es un *síntoma secundario, propio de la vida de asilo*, que desaparecería con la implantación de una terapia más activa, fundada especialmente en la intensificación del trabajo. Estima que la ociosidad forzada, la falta de estímulos adecuados del ambiente manicomial, la irresponsabilidad (falta de deberes) biológica de los enfermos, produce síntomas –tales como el gatismo– que desaparecerían con el perfeccionamiento de la asistencia psíquica. No es el momento de ocuparse de las muy interesantes, diríamos casi revolucionarias, ideas de este eminente psiquiatra alemán, pero modestamente, con nuestra corta experiencia, nos asociamos a su manera de pensar” (Larson, 1937, pp. 247-2248, cursiva en el original).

La perspectiva abierta por la lectura de Larson de este “síntoma secundario, propio de la vida de asilo”, atraviesa la mayor parte de la historia institucional donde observamos los efectos de la institucionalización a largo plazo. La mención a Hermann Simon es relevante, además, ya que el psiquiatra alemán fue un difusor reconocido de la laborterapia a nivel internacional. En

1929 Simon publicó *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt (Tratamiento por la ocupación activa en el manicomio)*. En 1939 Tosquelles portó el libro en la maleta que lo acompañó en su ruta al exilio en Francia junto a las notas que tomó en su trabajo en el ejército republicano (Comelles, 2010, p. 417). Douglas Bennet en su texto *History of Work in Psychiatry* destaca el trabajo de Simon en Gütersloh, especialmente sus ideas y métodos, como parte de “un proceso educacional cuyo objetivo era preparar al paciente para regresar a su vida cotidiana” (Bennet, 1975, p. 747). Menos conocidas son las ideas de Simon respecto del valor de los internos: “El individuo vale para la comunidad lo que hace por ella, por encima de su propia subsistencia inmediata. Conclusión: Volverán a ser necesarias más muertes” (Klee, 2003, p. 584). Estos aforismos habrían sido expresados por Simon en una conferencia a académicos protestantes en 1931; en 1933 habría solicitado por primera vez su ingreso al NSDAP sin éxito; dejó la dirección del manicomio de Gütersloh en 1934; y finalmente fue parte del Hospital de Reserva entre 1939 y 1942 (Klee, 2003, p. 584).

En el documento histórico de Zanghellini (1977), director de la institución entre 1977 y 1980, se registra que durante el gobierno de Pedro Aguirre Cerda, siendo Ministro de Salud Allende, Carlos Larson fue nombrado Delegado del Director de la Casa de Orates¹⁰². En 1940 se inició la construcción del Instituto de Reeducción Mental (IRM), y se solicitó la autonomía del Open Door. En 1945 se consigue la autonomía, y se nombra a Carlos Larson como primer director del Hospital Colonia El Peral. En 1946 se inaugura el IRM, destinado principalmente al tratamiento del alcoholismo. Zanghellini describe que:

“El Dr. Larson se preocupó de mejorar la faena agrícola y de formar los talleres de zapatería, fabricación de escobas, cordeles, baldosas, cestería y muebles de mimbre, adobes y ladrillos; reparaciones de carpintería, gasfitería, corte y confección, etc. Los enfermos recibían una remuneración por su labor ‘todos los viernes podía vérselos pagándose en Contabilidad’” (Zanghellini, 1977, p. 2).

¹⁰² El 2 de noviembre de 1948 Allende, como senador, fustiga la Ley de “Defensa de la Democracia”, más conocida como la “ley maldita”, promulgada por Gabriel González Videla, en la cual se perseguía a los militantes comunistas y se ordenaba eliminarlos del registro electoral. En su alocución señala que se han incluido en esa lista profesionales que nada tienen que ver con el Partido Comunista, y que son activos miembros del Partido Radical, como los psiquiatras Florencio Garín (citado en el capítulo anterior, médico del Manicomio), Luis Dreckmann (director del Hospicio de Santiago en aquella época) y Carlos Larson (Allende, 2022b, p. 546). Sobre Larson, señala que al saberse incluido presentó su renuncia al hospital la cual fue declinada.

Después de la inauguración del IRM se recibían personas no sólo de la Casa de Orates, sino de cualquier parte del país. Además existía un pensionado y se recibía financiamiento de la Ley de Alcoholes (p. 2). Sobre los tratamientos, se refiere el uso de electroshock, insulino terapia y “jaulas de aislamiento” (p. 2). Sobre la labor terapia se señala que se realizaban faenas agrícolas y talleres cuya producción era vendida en un local ubicado en el camino de acceso. Con la creación del Servicio Nacional de Salud, en 1952, la Colonia pasa a formar parte de la V Zona de Salud. Ese año fallece Larson, luego de una suplencia de Carvajal, asume la dirección Sergio Altamirano. Zanghellini señala:

“El nuevo Director tuvo que enfrentar numerosos problemas, en especial a una organización informal y conocida como La Familia, que se había desarrollado poco antes. A manera de ejemplo, basta recordar que él sorprendió al contador del Hospital fuera del horario de trabajo en un vehículo de la repartición y en estado de ebriedad; al llamarle la atención este lo agredió físicamente. Desde esa fecha hasta nuestros días en el Hospital se ha mantenido un grupo de personas que utilizan sus cargos para su beneficio personal y que recurren a actos de todo tipo para conservar sus prebendas” (Zanghellini, 1977, p. 3).

Además de estas organizaciones informales, Zanghellini describe que muchos médicos contratados al hospital eran también “enfermos mentales” o “toxicómanos” (p.3)¹⁰³. Sin señalar la fecha, señala que “uno de ellos tenía un centro de experimentación en humanos en los bajos del pabellón n° 7” (p.3). Algunos de los funcionarios mal calificados de la Casa de Orates eran destinados al hospital, otros lugareños no tenían la escolaridad requerida “para su buen desempeño” (p. 4). Se trataba de una “colonia penal”, un lugar de castigo para profesionales y funcionarios de la beneficencia pública (Araya, Morales y Leyton, 2020, p. 151).

Al mismo tiempo, la estructura social era propia de un gran fundo, de hecho los funcionarios se proveían de los productos de la granja, así como de los alimentos destinados a los pacientes: “había gente que no compró nunca nada” se cita, y algunos pacientes se desempeñaban como “mozos” de profesionales y funcionarios (p. 4). En la gestión de Oscar Soenksen (director desde 1954) a principios de los sesenta, Zanghellini describe una verdadera “guerra interna” entre grupos de funcionarios, en los cuales los actos de matonaje eran frecuentes (p. 4). En 1966, la Asociación de Empleados del establecimiento denunció al subdirector médico Mario

¹⁰³ Zanghellini (1977, p. 4) describe que a fines de los sesenta llega el Dr. Funcar, un morfinómano “que se inyectaba lo que encontrara”. Otro médico estaba ebrio incluso cuando le tocaba guardia. Durante la guardia “los médicos se aprovechaban de deshacerse de los pacientes que molestaban” y los trasladaban de pabellón arbitrariamente (p. 5).

Yaikin ante las autoridades sanitarias y se inició un sumario contra él. Las acusaciones versaban sobre la paralización de los talleres de laborterapia; permitir “que los enfermos coman en tarros de conserva en desuso”; permitir “que un médico atienda a 700 pacientes, no existir una correcta fiscalización de los fondos de los enfermos” (Biblioteca del Congreso, 1967). Otra irregularidad señalada por el diputado Pereira en el Congreso fue la explotación laboral y, entre otros casos, acusa:

“[...] uno de los enfermos, Juan Segundo Vergara que es carpintero, trabaja durante toda la semana ocho y más horas diarias, incluso los domingos, y le pagan 20 escudos mensuales. A veces ocurre que pasan tres o cuatro meses antes que le vengán a pagar esta ínfima remuneración. La verdad es que a los obreros que trabajan dentro del establecimiento se les explota y no se les da el tratamiento médico adecuado” (Biblioteca del Congreso, 1967).¹⁰⁴

Luego de que el diputado Pereira presentara esta denuncia en la Cámara de Diputados, se designó como fiscal a Luis Dreckmann, quien entregó su informe en 1967. Ese año asumió la dirección Mary Hamuy, quien previamente había sido la primera directora del Manicomio, renombrado bajo su gestión como Hospital Psiquiátrico de Santiago. Mario Yaikin siguió trabajando en el hospital, a cargo del Pabellón 10 (Zanghellini, 1977, p. 4)

En paralelo a la denuncia contra Yaikin, otro conflicto estaba en curso. En mayo de 1966 se discutía en la Comisión Especial de Vivienda del Congreso, el rechazo a un proyecto del Servicio Nacional de Salud que pretendía vender “a sus actuales ocupantes las casas de las poblaciones denominadas Colonia ‘El Peral’, en el departamento de Puente Alto” (Cámara de Diputados, 1966, pp. 7868-7869). Estas casas estaban destinadas al personal de diversos hospitales del país, y no exclusivamente a los funcionarios del Hospital Colonia El Peral quienes habían ocupado las casas sin autorización. La Comisión estuvo de acuerdo en el rechazo del proyecto.

A fines de los sesenta, los cambios impulsados por May Hamuy¹⁰⁵ fueron nuevamente resistidos por la comunidad hospitalaria. Tuvo que dejar el cargo en 1971, siendo sustituida por Luis Dreckmann (Gómez, y Villanueva, 2010).

¹⁰⁴ La explotación laboral que representaba la “laborterapia” ha sido señalada por Amando de Miguel (1973, p. 30) como una tarea doblemente alienante: una tarea repetitiva y anodina, que no representa un salario real y que sirve a las empresas que funcionan junto al centro hospitalario.

¹⁰⁵ La experiencia de Quebrada Verde fue realizada entre 1969 y 1971, como una experiencia piloto de desinstitucionalización (Araya y Leyton, 2021).

En junio de 1973, tres meses antes del golpe, un suplemento del periódico de izquierda *Punto Final* publicaba una fotografía en su primera página junto al artículo “Apóstoles y mercaderes de la salud”, firmado por el economista José Valenzuela Feijóo. El pie de foto indicaba:

“El famoso Pabellón N° 7 del Open Door, donde los enfermos mentales padecen condiciones infrahumanas. La salud en Chile sigue siendo un privilegio de la clase adinerada. Los médicos -en una gran mayoría- están en contra del proceso revolucionario” (Valenzuela, 1973).

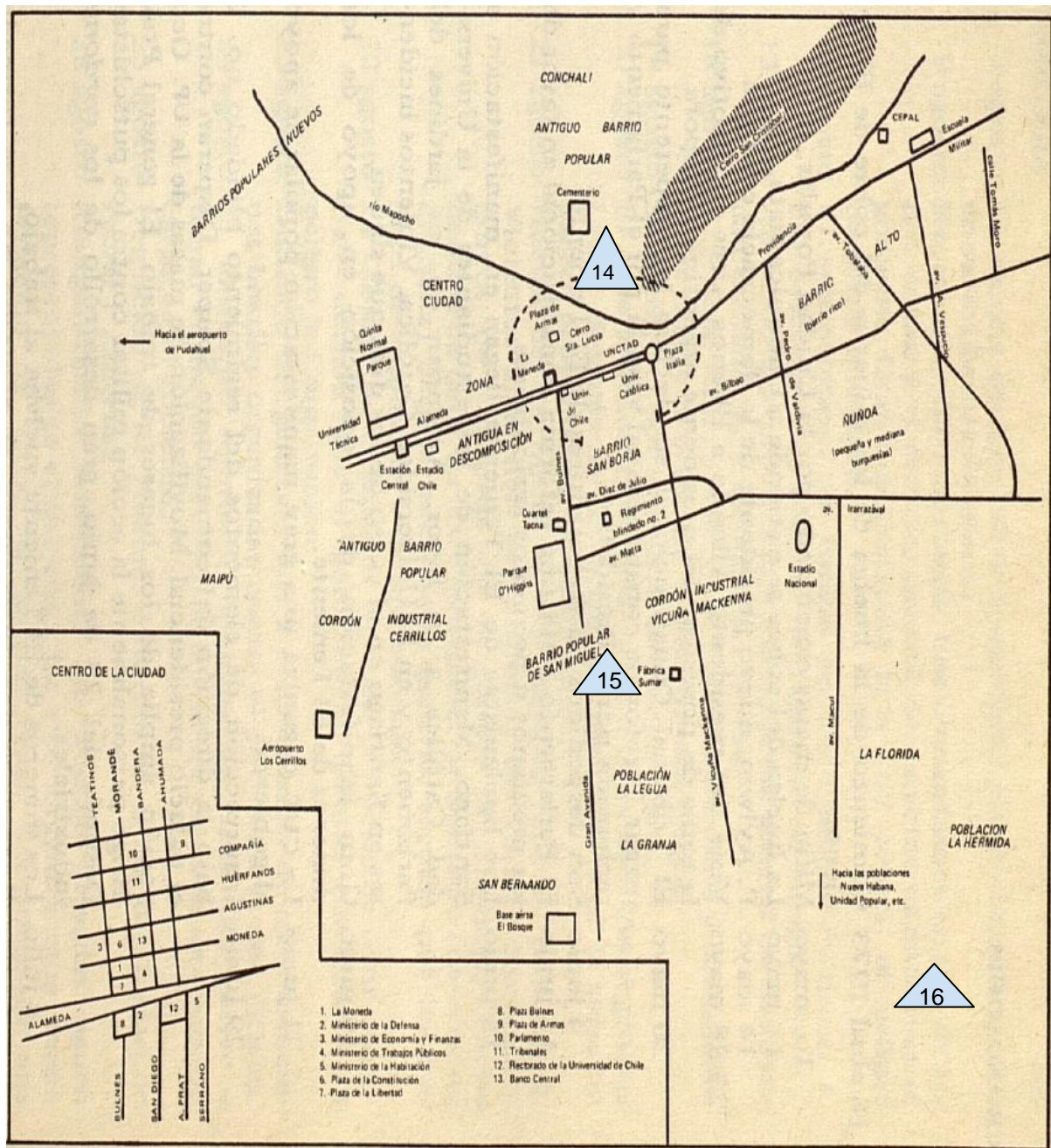
11 de septiembre de 1973. En el Hospital Psiquiátrico de Santiago el psiquiatra Jorge Ávila improvisa en una asamblea una posible resistencia. Fue detenido al día siguiente en el Estadio Nacional, y posteriormente asesinado en la calle, según el testimonio de Laura Moya, su tutora en el hospital (Cubillos y Monreal, 2013, pp. 67-68). Agger y Jensen (1996, p. 318) señalan que después del golpe de Estado la mayor parte del personal del Hospital Psiquiátrico de Santiago que permaneció en funciones eran aquellos que apoyaban al régimen o no querían verse involucrados en nada que tuviera que ver con política¹⁰⁶.

En la misma fecha, el discípulo de Auersperg, el psiquiatra Marcelino Varas fue nombrado director designado del Hospital Universitario José Joaquín Aguirre¹⁰⁷. Un mapa de Santiago, obtenido del libro que Alain Touraine (1974) escribió luego del golpe, muestra la distribución espacial del Hospital Psiquiátrico, el Hospital Colonia El Peral y el Hospital Barros Luco (Fig. 4).

¹⁰⁶ Luego del golpe, fue designado director del Hospital Psiquiátrico Claudio Molina Fraga. Según Escobar (2013), Molina Fraga “ejerció autoritariamente, denunciando funcionarias/ os y profesionales; algunos fueron asesinados; otros despedidos por ser ‘malos funcionarios (léase extremistas), en fin ejerciendo una represión permanente, generando consecuentemente un deterioro de la calidad de la atención. Como ejemplo de su actuar, eran conocidas sus denuncias nocturnas al regimiento cercano, apareciendo una dotación de militares armados hasta los dientes en el Servicio de Urgencia, donde se les explicaba la personalidad del director, por lo que se retiraban sin mandarle saludos a aquel”. Molina Fraga luego fue nombrado en 1979 director del Servicio Médico Legal y fue acusado de haber sido el responsable de que las osamentas encontradas en los hornos de Lonquén, en noviembre de 1978, fueran depositadas subrepticamente en una fosa común y no entregadas a sus familiares (El Mostrador, 2006; Cáceres, 2011).

¹⁰⁷ Véase capítulo 2, nota 78.

Fig. 4. Mapa esquemático de Santiago (1973)



Adaptado de Touraine (1974).

14. Hospital Psiquiátrico

15. Hospital Barros Luco

16. Hospital Colonia El Peral

3.2 Encierro/Destierro/Entierro

“Recuerdo que otro paciente de una época similar hablaba de una trilogía de destinos: encierro, destierro o entierro”
Horacio Foladori (2003, p. 38).

Empleando esta frase recuperada de Foladori nos situamos en los primeros años de la represión dictatorial en el Open Door. Observamos en estos años la presencia de un único vector de encierro/destierro/entierro:

- En primer término, el encierro remite a la función custodial de la institución. En 1974 se registra un nuevo “traslado de crónicos”, procedentes del Hospital Psiquiátrico, en su mayoría personas mayores¹⁰⁸. En aquella ocasión, la *stultifera navis* fue un prosaico camión militar.
- El destierro, en tanto, es la doble cara del proceso de exclusión social y del *exilio* interior de la condición asilar.
- Y el entierro, valga la aclaración, un exceso de mortalidad específico para aquel tiempo histórico, que explicaremos más adelante, pero que de modo más amplio podemos contemplar como una proyección que va de la exclusión a la *extinción* social signada por el silencio (Bialakowsky, Reynals, Zagami, *et al.*, 2004)¹⁰⁹.

Diferentes registros permiten aproximarnos a estos años de plomo y cada uno remite a disímiles *modos de ver* (Berger, 2000). Las imágenes narradas de dos testigos coinciden en describir escenas trágicas:

- En el invierno de 1974 hubo una gran mortalidad de pacientes que “murieron de frío”, “creo que fueron más de 60 pacientes”¹¹⁰.

¹⁰⁸ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

¹⁰⁹ Alberto Bialakowsky plantea la noción de extinción social para referirse a la posibilidad de la muerte social en zonas de fragmentación urbana donde las condiciones económicas constriñen la sobrevivencia hacia extremos cada vez más frecuentes. En términos empíricos se refiere a cuatro condiciones: “a. La extinción del ser sociocultural precedente para fracciones crecientes de la clase trabajadora y de la etnias locales, b. la contradicción máxima del sistema para autodestruirse y pasar de un capitalismo legitimable a una formación económica predominantemente coactiva, y c. la producción de población extinta o con muy baja capacidad de sobrevivencia a través de los procesos de indigencia, migración clandestina, criminalización, la emergencia de nuevas y viejas formas de patologización (sida, drogadicción, desnutrición, tuberculosis, locura y otras), y finalmente d. la fragmentación del espacio social urbano con intensos procesos de guetificación” (Bialakowsky, Reynals, Zagami, *et al.*, 2004, p. 123)

¹¹⁰ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017. La falta de insumos (ropa de abrigo, alimentos) y una infraestructura dañada (ventanas sin vidrios) agravaron la paupérrima condición asilar previa al golpe cívico-militar.

- [1976] “Las visitas de evaluación inicial fueron aterradoras: pacientes hacinados, tendidos en el piso de los pabellones, rodeados de sus propias deposiciones, semidescubiertas con aserrín, configurando un establo humano; desnutrición masiva de los enfermos, carentes de asistencia médica elemental; altísima mortalidad, exacerbada por el frío glacial en invierno, con uno o más cadáveres, esperándonos al llegar, cada mañana, en la caja de escalera; altísima morbilidad psiquiátrica de los médicos, muchos de ellos asilados crónicos, al igual que sus pacientes. Ausencia de atención de enfermos agudos y de rehabilitación efectiva de los crónicos, escasez de personal de enfermería, auxiliares y de servicio, etc.” (Marconi, 1998, p. 46).¹¹¹

En 1973 se redujo drásticamente el personal, entre médicos y funcionarios exonerados y otros trasladados al Hospital Sótero del Río, “bajando desde 450 a menos de 250 para atender una población de 1.070 pacientes” (Gómez y Villanueva, 2010, p. 33; Martínez, 1997). La dirección administrativa del hospital es ocupada por el Ejército, sucediéndose tres oficiales en esta función entre 1973 y 1974. Desde 1974 la dirección administrativa está a cargo del Suboficial Mayor José A. Sanchez (Zanghellini, 1977).

Al comparar los anuarios estadísticos de 1973 y 1975 se observa una reducción del personal en la mayor parte de los estamentos: médicos (10 a 8); dentistas (4 a 2); asistentes sociales (8 a 5); dietistas (6 a 3); auxiliares técnicos (7 a 4); kinesiólogo (1 a 0); auxiliares de enfermería (68 a 46); administrativas (58 a 46); y auxiliares de servicio (410 a 200). Sólo crecieron en número enfermeros (1 a 3) y farmacéuticos (2 a 3) (SNS, 1974; 1976). De acuerdo a Margarita Martínez (1997):

“En 1975 se contaba solamente con una planta de profesionales constituida por una enfermera (de más de 70 años), tres asistentes sociales, cuatro médicos de los cuales sólo uno era médico psiquiatra y una nutricionista” (Martínez, 1997, p. 2).

Las memorias de aquellos años también son confirmadas por las estadísticas hospitalarias. Cabe señalar que el Servicio Nacional de Salud (SNS) desagregaba la información estadística

¹¹¹ Marconi luego del golpe es exonerado de la Universidad de Chile. Radica en el exilio entre 1974 y 1976 en la ciudad de Córdoba, Argentina, donde realiza actividades de capacitación y programación en salud mental (siguiendo el modelo delegativo de funciones) para dicha ciudad, desde el Instituto Provincial de Asistencia Médica (Marconi, 1974a; 1974b). En 1976, reincorporado a la Sede Sur de la Facultad de Medicina, es parte de un convenio entre el Departamento de Salud Mental de la Facultad, y el recién renombrado Hospital Sanatorio El Peral.

por cada establecimiento hospitalario hasta el año 1975, y luego sólo disponemos de datos por área o servicio. Esto nos permite comparar los hospitales psiquiátricos respecto de la ocupación de camas, el promedio de días de estada, los egresos, los fallecimientos y el porcentaje de letalidad (razón muertes/egresos) en los años 1970, 1973 y 1975 (Tabla 2)¹¹². No disponemos de la información del año 1972 ni la del año 1974 y, por tanto, hemos optado por presentar estos tres años a modo exploratorio de alguna tendencia relacionada con el tiempo histórico. Según Solsona (1986), que estudió la serie 1964-1984 respecto de las tasas de hospitalizaciones por aborto en Chile, el Instituto Nacional de Estadísticas no emitió el Boletín de Estadísticas de Salud para el año 1974, ni tampoco el SNS hizo lo propio. No obstante, no reporta la falta del año 1972, así que ignoramos si este documento forma parte o no de la Colección Histórica citada anteriormente.

Tabla 2. Ocupación de camas, egresos y letalidad en Hospitales Psiquiátricos 1970-1975

AÑO		1970					1973					1975				
Región	Hospital	CAMAS	PDE	EGRESOS	MUERTE S	LETALIDAD (%)	CAMAS	PDE	EGRESOS	MUERTE S	LETALIDAD (%)	CAMAS	PDE	EGRESOS	MUERTE S	LETALIDAD (%)
V	Sanatorio de Putaendo	681	484	61	28	45.9	667	164	55	18	32.7	604	239	62	13	20.9
V	del Salvador (Valparaíso)	224	27	1321	114	8.6	227	47	1113	75	6.7	211	69	1305	29	2.2
Metro	Psiquiátrico (Santiago)	2456	215	4259	168	3.9	2392	168	4852	139	2.8	2435	214	4159	121	2.9
Metro	Colonia El Peral (Santiago)	1329	210	1516	65	4.3	1278	360	1195	89	7.4	1353	255	1650	167	10.1
IX	Psiquiátrico de Nueva Imperial						28	97	72	-	-	26	115	49	-	-
XII	Psiquiátrico de Punta Arenas	71	51	203	2	1.9	67	302	117	3	2.5	75	195	69	4	5.7

Elaboración propia con información de INE-SNS (1971a; 1971b; 1974; 1976) y SNS (1974; 1976).
 PDE: Promedio de días de estada.

Debemos considerar, al analizar estos datos, los diversos “traslados” masivos de hospitalizados vinculados a la reconfiguración de los espacios asilares. En la Colonia El Peral, bajo la dirección de la Dra. Mary Hamuy, entre 1967 y 1971, cerca de 200 personas fueron trasladadas

¹¹² Los anuarios estadísticos fueron obtenidos de la Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, disponibles en <http://www.bibliotecaminsal.cl/coleccion-historica/>.

desde el Hospicio de Santiago¹¹³ debido a su cierre definitivo, establecimiento del cual también era directora en ese entonces (Gomez y Villanueva, 2010).

En el caso del Sanatorio de Putaendo, observamos una letalidad elevada que en 1970 alcanza un rango de más de 45%, y luego desciende en 1975 a un 20%. Se trata de un sanatorio para tuberculosos reconvertido en asilo psiquiátrico en 1968 que recibió personas procedentes del Hospicio de Santiago, del Hospital Colonia El Peral y del Hospital Psiquiátrico de Santiago. En sus primeros años de funcionamiento no tenía personal adecuado en número ni formación (sin médicos y un enfermero en 1970, y tan sólo 3 médicos y un enfermero en 1971) (INE-SNS, 1970a; 1971)¹¹⁴. Estos tres médicos reportados el año 1971 eran tres Médicos Generales de Zona que estaban destinados al Hospital de Putaendo (hospital general) y realizaron turnos voluntarios los fines de semana durante la Unidad Popular (Quijada, 2010, p. 57). En 1974 se nombra como director médico a un traumatólogo que intentó crear en dicho hospital un centro de derivación nacional de traumatología sin éxito (Quijada, 2010, p. 58).

Tanto el Sanatorio de Putaendo como el Open Door reflejan las experiencias más extremas de extinción social, aunque en el caso de Putaendo el volumen de personas es menor y la tendencia relativa es hacia la reducción de la letalidad (Tabla 2). En el Open Door, al observar una serie más larga de letalidad (1962-1975) -de acuerdo a los registros disponibles de los anuarios de egresos hospitalarios¹¹⁵- se observa un aumento progresivo de la letalidad de 1971 a 1975 (3.48% a 10.12%), con un incremento del número de muertes de 89 a 167 entre 1973 y 1975 (Tabla 3). Si ponemos atención a las causas de muerte agrupadas por la CIE-8¹¹⁶, podemos observar que la mayor acumulación de muertes está en el grupo 5 (290-315: “enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad”) y en el grupo 8 (460-519: “enfermedades respiratorias”). En ambos grupos se registran diferencias en la letalidad relativa

¹¹³ Ya en 1887 el médico Antonio Montauban describía en su memoria de título al Hospicio como una “asilo de la miseria” (Montauban, 1888). Se trataba de un lugar para discapacitados físicos y psíquicos, “incapaces” de trabajar. Dentro de los “trasladados” a la Colonia El Peral la mayoría de ellos padecían de daño neurológico “grave” y déficit intelectual, y varios eran niños (Gomez y Villanueva, 2010; Martínez, 1997; Zanghellini, 1977). Otras personas del Hospicio, con “patologías más leves”, fueron trasladadas al Sanatorio de Putaendo (Zanghellini, 1977).

¹¹⁴ En 1968 el Sanatorio de Putaendo reportaba 654 camas de Tisiología (SNS, 1970); y en 1970, 681 camas de Otros servicios (Psiquiatría) (INE-SNS, 1970).

¹¹⁵ El egreso hospitalario puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro. En los anuarios de egresos se registra información desagregada solamente por grupo diagnóstico (CIE-8) o grupo etéreo, respecto de muertes y letalidad.

¹¹⁶ Entre 1968 y 1978 se ocupó en Chile la octava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) (Solsona, 1986).

(razón de letalidad de grupo/letalidad total) entre 1973 y 1975: en el grupo 5 la letalidad relativa disminuye levemente de 59,55% a 49,70%; y en el grupo 8 aumenta de un 12,36% a un 19,76%. Si comparamos los números brutos, en el caso de las “enfermedades respiratorias” destaca el incremento de 11 a 33 muertes (300% de incremento) en dicho intervalo de tiempo. Las condiciones materiales del hospital con sus fallas severas de infraestructura y de personal clínico y administrativo adecuado, el hacinamiento y las paupérrimas condiciones de salud agravadas por el déficit de alimentos confabularon para explicar este incremento de “enfermedades respiratorias”, que corresponde al *summum* expresado en lenguaje técnico para dar cuenta de la muerte por frío. Un dato a destacar respecto de este incremento de la mortalidad entre 1973 y 1975 es la distribución homogénea del incremento entre grupos de edad (Tabla 4).

Tabla 3. Egresos y letalidad en Hospital Colonia El Peral 1962-1975

AÑO	TOTAL		PENSIONADO		OTROS		MUERTES Y GRUPOS DE CAUSAS					
	EGRESOS	PDE	EGRESOS	PDE	EGRESOS	PDE	TOTAL	LETALIDAD	GRUPO 5	LETALIDAD RELATIVA GRUPO 5	GRUPO 8	LETALIDAD RELATIVA GRUPO 8
1962	1789	176.8	48	43.4	1741	180.5	59	3,30%	12	20,34%	3	5,08%
1963	1338	183.5	22	59.5	1316	185.6	71	5,31%	37	52,11%	6	8,45%
1964	1302	193.5	97	128.7	1205	198.7	76	5,84%	42	55,26%	1	1,32%
1965	1102	248.3	108	55.7	994	269.2	68	6,17%	40	58,82%	1	1,47%
1966	1140	324.2	117	55.8	1023	354.9	83	7,28%	48	57,83%	2	2,41%
1967	1338	201.4	103	43.5	1175	223.4	56	4,19%	30	53,57%	1	1,79%
1968	1831	490.8	181	42.6	1650	540.0	52	2,84%	20	38,46%	10	19,23%
1969	1753	523.7	167	107.6	1586	567.5	75	4,28%	29	38,67%	4	5,33%
1970	1516	210.7	-	-	1516	210.7	65	4,29%	33	50,77%	5	7,69%
1971	1726	165.4	191	53.1	1535	179.3	60	3,48%	27	45,00%	8	13,33%
1973	1195	360.3	129	53.7	1066	397.4	89	7,45%	53	59,55%	11	12,36%
1975	1650	255.7	104	45.9	1546	269.8	167	10,12%	83	49,70%	33	19,76%

Elaboración propia con información de SNS (1964; 1965; 1966a; 1966b; 1967; 1969; 1970) e INE-SNS (1970; 1971b; 1972; 1974; 1976). PDE: Promedio de días de estada. Grupo 5: “Enfermedades mentales”. Grupo 8: “Enfermedades respiratorias”.

Tabla 4. Muertes según grupos de edad en Hospital Colonia El Peral 1962-1975

AÑO	Total	<28d	28d-11m	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +											
1962	59	-	-	-	-	-	10	17,0 %	11	18,6 %	7	11,9 %	11	18,6 %	8	13,6 %	12	20,3 %					
1963	71	-	-	-	-	-	2	2,8 %	10	14,1 %	13	18,3 %	13	18,3 %	12	16,9 %	12	17,0 %	9	12,6 %			
1964	76	-	-	-	-	-	-	-	10	13,2 %	16	21,1 %	10	13,2 %	14	18,4 %	9	11,8 %	17	22,3 %			
1965	68	-	-	-	-	-	-	-	11	16,1 %	12	17,7 %	17	25,0 %	8	11,8 %	13	19,1 %	7	10,3 %			
1966	83	-	-	-	-	-	1	1,2 %	15	18,1 %	12	14,4 %	21	25,3 %	19	22,9 %	11	13,3 %	4	4,8 %			
1967	56	-	-	-	-	-	-	-	5	8,9 %	12	21,4 %	9	16,1 %	10	17,9 %	13	23,2 %	7	12,5 %			
1968	52	-	-	-	-	2	3,9 %	2	3,9 %	5	9,6 %	4	7,7 %	12	23,1 %	13	25,0 %	7	13,5 %	7	13,5 %		
1969	75	-	-	1	1,3 %	1	1,3 %	7	9,3 %	4	5,3 %	10	13,3 %	5	6,7 %	11	14,7 %	10	13,3 %	14	18,7 %	12	16,0 %
1970	65	-	-	-	-	-	-	-	-	10	15,4 %	8	12,3 %	10	15,4 %	12	18,5 %	11	16,9 %	14	21,5 %		
1971	60	-	-	-	1	1,7 %	2	3,3 %	2	3,3 %	4	6,7 %	7	11,7 %	5	8,3 %	16	26,7 %	9	15,0 %	14	23,3 %	
1973	89	-	-	-	-	-	-	-	3	3,4 %	16	18,0 %	19	21,4 %	14	15,7 %	8	8,9 %	10	11,2 %	19	21,4 %	
1975	167	-	-	-	-	-	-	-	-	27	16,2 %	28	16,7 %	27	16,2 %	26	15,6 %	25	15,0 %	34	20,3 %		

Elaboración propia con información de SNS (1964; 1965; 1966a; 1966b; 1967; 1969; 1970) e INE-SNS (1970; 1971b; 1972; 1974; 1976).

En otros regímenes autoritarios también se han descrito aumentos de mortalidad en asilos que dan cuenta, a su vez, de relatos subalternizados dentro de la propia historiografía psiquiátrica. Isabelle von Buelzingsloewen (2019) ha estudiado el caso de la Francia ocupada bajo el Régimen de Vichy en la IIGM, en el cual se reportan cerca de 45 mil muertes en los asilos psiquiátricos entre 1940 y 1945. Entre la hambruna y las precarias condiciones de vida una de las principales causas de muerte fue la tuberculosis. En los debates respecto de esta catástrofe, von Buelzingsloewen apunta que, en un principio, se la presentó como una muestra intencionada de “dejar morir” a los internos, emulando la eugenesia nazi, sobre todo desde el ala más crítica del sistema asilar (Von Buelzingsloewen, 2019). La historiadora contrasta a esta narrativa la documentación de directores de hospitales de la época que reflejan sus esfuerzos infructuosos por paliar esta situación y sitúa las críticas en un escenario de posguerra que moviliza a un sector de la psiquiatría por reformar la práctica psiquiátrica y busca otras opciones terapéuticas tales como las terapias de shock y la ergoterapia (Von Buelzingsloewen, 2008). En el caso del Open Door, es posible preguntarse también cuál fue la respuesta a esta crisis sanitaria. Por un testimonio de la época conocemos que existió una alerta en la “V Zona

de Salud” y la Contraloría General hizo un sumario administrativo¹¹⁷. El director, el Dr. Luis Dreckmann, no fue sancionado. Al depender administrativamente de la Zona de Salud, los insumos médicos y de ropería eran proveídos por la Central de Abastecimiento y Central de Talleres, respectivamente; mientras que el pan venía de la Penitenciaría. Esos recursos no llegaron a pesar de haber sido solicitados.

El Director del Servicio Nacional de Salud en los primeros años de la dictadura fue el médico Darwin Arriagada, quien participó activamente en la represión política, incluida la persecución de numerosos médicos de izquierda (Solimano, 2013). No obstante, tal como en el Régimen de Vichy, en la dictadura de Pinochet no hubo una intencionalidad manifiesta de dejar morir a las personas internas en el Open Door, aunque sí podemos observar un efecto de las políticas de “libertad” económica. El economista André Gunder Frank (1976a) escribió dos cartas públicas a Milton Friedman y Arnold Harberger (en 1974 y 1976), en las que expone la crisis social y económica a consecuencia de la aplicación de la doctrina neoliberal, de la cual él mismo tomó conocimiento siendo estudiante de ambos profesores en la Universidad de Chicago¹¹⁸. En estos artículos epistolares Frank describió este impacto, empleando un marco de referencia económico: recorte drástico del gasto público; desempleo estimado sobre el 20%; liberación de precios que implicó su alza a más de 5 veces los valores previos al golpe, y que implicaba que el costo del consumo de pan “normalizado” correspondía en 1975 casi al 74% del sueldo “vital”, entre otras consecuencias. En el contexto de una política de terrorismo de Estado dispersada por todo el país, estas medidas constituían para Frank un verdadero “genocidio económico” (Frank 1976a; 1976b). De este modo, podemos contemplar a diferentes escalas los efectos de la dictadura en un hospital psiquiátrico. La sobremortalidad asilar se trata, más bien, de una crisis “aguda” sobre una larga historia de abandono y que se refleja sobre todo en dos espacios asilares caracterizados por su condición de destino para “crónicos” (Open Door y Sanatorio de Putaendo).

¹¹⁷ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

¹¹⁸ En octubre de 1973, Pinochet y Merino, responsables de la conducción política y la conducción económica respectivamente dentro de la Junta Militar, asignaron a un grupo de economistas formados en Chicago, la gestión de la Oficina de Planificación (ODEPLAN). Comenzaba ahí un proceso de “modernización” del Estado (Hunneus, 1998). Las primeras medidas de reestructuración económica de estos “Chicago boys” fueron la abolición del control de precios y la devaluación de la moneda. Fue recién en 1975, luego de la visita de Milton Friedman y Arnold Harberger, cuando este grupo tecnócrata logró controlar el Ministerio de Economía (Collier y Sater, 1998).

En el escenario político de las postdictaduras argentina y brasileña, otras denuncias de opresión y abandono se revelaron en espacios asilares. En la Colonia de Barbacena, un antiguo manicomio de inicios del s. XX, ubicado en Minas Gerais (Brasil), en 1979 se encadenaron varias denuncias sobre las condiciones de “degradación humana” en un hospital donde llegaron a existir 5 mil internos en un edificio destinado a 200 personas. Primero, el periodista Hiram Firmino publicó una serie de reportajes rotulados como “Os porões da loucura” (“Los sótanos de la locura”) en el periódico *Estado do Minas*; y, a raíz de estos reportajes, surgió el cortometraje documental de denuncia dirigido por Helvécio Ratton, titulado “Em nome da razão” (Arbex, 2013). También en 1979, Franco Basaglia participó en varias conferencias en Brasil, y entre ellas estuvo en junio y noviembre en Belo Horizonte (Arbex, 2013; Basaglia, 2013). En estas conferencias, Basaglia parte de las denuncias ya conocidas sobre la Colonia, describiéndola como “hay lugares en el mundo en los cuales la historia se detuvo”, en referencia a una época pre-pineliana (Basaglia, 2013). Además, estas conferencias tuvieron la implicación del movimiento de trabajadores de la salud mental *mineiro*, y en ellas Basaglia cuestiona el marco privilegiado de un congreso médico para situar el debate en el terreno político que implicaba tanto un proceso de transformación de los propios trabajadores de la salud mental en clave gramsciana, como un proceso de democratización de la sociedad (Basaglia, 2013). Observado en retrospectiva, estos procesos han confluído en Brasil con la emergencia de un activismo sanitario vinculado al Sistema Único de Salud y al *Movimento da Luta Antimanicomial* (Movimiento de Lucha Antimanicomial,) a fines de los ochenta (Amarante y Nunes, 2018)¹¹⁹.

Así como Barbacena es un punto de clivaje en la emergencia de la *luta antimanicomial*, en la Argentina las denuncias de violaciones a los derechos humanos en la Colonia Montes de Oca (Partido de Luján en la Provincia de Buenos Aires) son un antecedente significativo en la génesis de un movimiento de derechos humanos en salud mental, aunque en la literatura regional este caso esté subrepresentado. Esta Colonia destinada para personas con discapacidad psicosocial -en jerga médica de inicios del s. XX, “anormales”- al igual que el Open Door fue creada como una colonia de “puertas abiertas”, en el paradigma del *No Restraint* introducido por Domingo Cabred en la Argentina (Balzano, 2012). El devenir custodial y el hacinamiento

¹¹⁹ En 1978 se constituye el Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental y comienzan a desplegarse una serie de articulaciones políticas con el movimiento por la reforma de salud, en el que se enmarcan las conferencias de Franco Basaglia, Robert Castel, Franco Rotelli y Franca Basaglia, entre otros (Amarante y Nunes, 2018).

fueron parte de la historia común a los espacios asilares y es a partir de la última dictadura argentina (1976-1983) cuando se registran las peores condiciones de vida con personas recluidas en celdas, desnudas y en completo abandono; y, entre otras causas de muertes no aclaradas, existieron pacientes declarados “fugados” de los cuales nunca se supo su destino. La desaparición de la psiquiatra Cecilia Giubileo en 1986 al interior de la Colonia¹²⁰, en el inicio de la transición, fue un indicio de otras denuncias que tardarían muchos años en ser reveladas (Scheper-Hughes, 2015)¹²¹. Las primeras investigaciones judiciales en 1986 fueron desestimadas; el juez instructor en vez de investigar al director de la Colonia, Florencio Sánchez, lo felicitó. En 1992 aparece un reportaje breve en el *British Medical Journal* sobre denuncias de tráfico de órganos (Chaudhary, 1992) y hubo un breve eco en la prensa local. Recuperando los debates de los ochenta, Galende (1988) señala como los efectos de la represión política que implicó el cierre de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), se unieron a un repliegue de los profesionales de la salud mental que tuvo dos consecuencias relevantes: por un lado, el mantenimiento del viejo modelo asilar, y un énfasis psicologizante en clave psicoanalítica que dejaba atrás las discusiones previas en la FAP sobre la relevancia del contexto sociopolítico como marco prioritario para cualquier proceso transformador de la salud mental¹²².

Barbacena, Montes de Oca, El Peral y el Sanatorio de Putaendo, además de haber sido creados en sitios bastante alejados de los centros urbanos, tienen en común esta historia de abandono social. Esta condición de estar “fuera de escena”, que Martínez (2013) describe a través de una semiosis de lo *obs-ceno*, remite al mismo sentido. Traslados masivos entre instituciones mediante “naves de locos” (*stultifera navis*), reclusiones con “puertas abiertas” y cerrojos, y una más o menos breve espera de la muerte configuran las manifestaciones más invisibilizadas de la extinción social (Bialakowsky, Reynals, Zagami, *et al.*, 2004). Esta condición “fuera de foco”, empleando una terminología óptica, ha dado pie, en el Open Door para nuevas estrategias experimentales que denominaremos, con Huertas (2008), laboratorios de la norma.

¹²⁰ Una historia no confirmada desde entonces ha sugerido que la joven psiquiatra iba a denunciar una serie de abusos en la Colonia, en particular tráfico de órganos (córneas y sangre) (Scheper-Hughes, 2015; Seda, 2016). En el proceso de búsqueda encontraron un cuerpo en un tranque de la Colonia que resultó ser de una paciente. En la revisión histórica de Rosetto (2009), director de la Colonia desde 2004, cuando se inicia la reconversión de la colonia en un proceso de desinstitucionalización de personas con discapacidad intelectual, no se menciona el caso de la Dra. Giubileo.

¹²¹ Véase Magrini y Ganora (2000) y CELS y MDRI (2008).

¹²² Para una descripción sobre el contexto autoritario argentino en este período véase Ablard (2003) y Ramos (2013).

3.3 *Laboratorios de la norma*

La respuesta a la crisis asilar fue “un rescate de la institución sin cuestionar el modelo”¹²³. A partir del 15 de marzo de 1976 por Resolución N° 02979 de la Dirección Central de Salud, el renombrado Hospital Sanatorio El Peral, fue integrado al complejo hospitalario del Área Sur de Santiago (Zanguellini, 1977; Marconi, 1998; Gómez y Villanueva, 2010). Ese mismo año se inició un convenio entre dicha Área de Salud y la Facultad de Medicina Sur de la Universidad de Chile. En aquel entonces Marconi ya había regresado del exilio¹²⁴, y junto al psicólogo Luis Montesinos¹²⁵, quien había sido exonerado de la Universidad Católica, diseñaron un programa de intervención conductual de “Economía de Fichas”¹²⁶, dentro de un modelo de replicación dentro del hospital que recuperaba el esquema de la delegación de funciones. Junto a este programa comenzó una colaboración en “psicofarmacología clínica” en el que participaron psiquiatras y trabajadores sociales¹²⁷. Una tercera experiencia fue conocida como “comunidad protegida”, y se desarrolló a partir de los ochenta, luego del cese del convenio.

Estas tres experiencias representan, cada una, una apuesta disciplinaria diferente: En la primera, se trata del conductismo aplicado a la institución asilar; en la segunda, la experimentación farmacológica; y en la tercera un modelo de “psiquiatría administrativa” (Greenblatt, 1991). En conjunto, sendas experiencias pueden ser consideradas como “laboratorios de la norma” (Huertas, 2008): espacios sociales que operan, al mismo tiempo, como territorios de exclusión y lugares de experimentación. Ellas tienen en común ser planteadas desde un modelo “rehabilitador” de personas con trastornos mentales graves, aunque difieren en el abordaje técnico-político y los preconceptos participativos¹²⁸ (Menéndez, 2006).

¹²³ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017.

¹²⁴ Ver nota 111 en este capítulo.

¹²⁵ Montesinos se formó en la Universidad Católica con Sergio Yulis, quien introdujo el conductismo en esta universidad y en la Universidad de Chile en 1969 (Quezada, Vergés y Laborda, 2014). Yulis fue psicólogo del Open Door entre 1963 y 1965 (*Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral*; Serie Documentos del Personal). En 1962 la tesis de grado de Yulis, en coautoría con Eduardo Barreiro, se titulaba “Un estudio biotipológico de la homosexualidad masculina”, y fue patrocinada por Carlos Whiting (psicoanalista formado por Matte Blanco) y Fernando Oyarzún (psiquiatra seguidor de la línea fenomenológica de “Antropología médica” de Laín Entralgo) (Quezada, Vergés y Laborda, 2014).

¹²⁶ Este programa sigue la propuesta de Teodoro Ayllon y Nathan Azron (1974). El término original en inglés es “*Token economy*” que posee la polisemia de *token* que el vocablo “ficha” carece. *Token* puede ser tanto una ficha como un símbolo, y de ahí que esta ficha pueda ser comprendida como un “reforzador simbólico”.

¹²⁷ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

¹²⁸ Menéndez (2006) ha observado cómo los presupuestos sobre la participación social, a menudo no reconocidos como tales, obstaculizan el desarrollo tanto de las estrategias de diversos agentes dedicados a promover la participación, así como a la propia reflexión teórica. En este sentido, observa que uno de

En 1976 el médico Germán Zanghellini ingresa a trabajar al Sanatorio El Peral, y en 1977 es nombrado director de la institución (Zanghellini, 1977). Montesinos en el año 1972 había iniciado una experiencia de “economía de fichas” en el Hospital Psiquiátrico (Patio 9), pero no alcanzó a ser concluida debido al golpe de Estado¹²⁹. En 1976 Montesinos llega al Sanatorio El Peral y observa:

“Julio Elías Musimessi (apodo de origen futbolístico) era uno de los internos que conocí en el Patio 9 del Hospital Psiquiátrico de Santiago y fue el primero que vi cuando se abrió la puerta hacia el patio del pabellón 10 en el Hospital Sanatorio El Peral. Como era nuestra primera visita al lugar tomé esto como un signo de buen augurio para nuestro proyecto. Desafortunadamente “Julio Elías Musimessi” moriría, como otros residentes, de frío, hambre y abandono” (Montesinos, 2018, p. 4).

Este territorio de destierro era también un lugar habitado por niñas y niños, como se registraba en las estadísticas de mortalidad (Tabla 4). Montesinos describe el abandono de la infancia institucionalizada:

“Era en el pabellón de niños donde por las mañanas esto cobraba ribetes dantescos, algunos deambulaban desnudos y sucios con excrementos a la espera de ser duchados y limpiados, las sábanas de la noche anterior estaban apiladas en el piso de los baños, otros lloraban de hambre después de alrededor de 12 horas de ayuno desde su última comida, el lugar estaba maloliente y la muerte se paseaba sin ropas” (Montesinos, 2018, p. 4).

El Programa de Economía de Fichas¹³⁰ comenzó con la misma *clase* (en el sentido de Hacking) de internos que había estudiado Larson: los “gatosos”. Es relevante observar justamente estos

los preconceptos más frecuentes es una valoración positiva de la participación “en sí”. Esto tendría diversas implicancias respecto a qué prácticas analizamos, sobre cómo definimos qué prácticas participativas efectivas realizan los conjuntos sociales y qué expectativas ponemos sobre ellos al intervenir en un ámbito específico.

¹²⁹ En 1972 Ayllón es invitado a Chile por Yulis, lo que motiva la introducción del manejo conductista de personas en instituciones psiquiátricas (Vera-Villarroel, Montesinos y Prieto, 2006, p. 49).

¹³⁰ El programa consistía en una aplicación del condicionamiento operante mediante reforzadores (fichas) que permitían “premiar” una conducta “adaptativa” (Montesinos, 1976; Montesinos, Bravo, Tediás, et al., 1978). Estos reforzadores en el Sanatorio El Peral correspondían a “privilegios” tales como cigarrillos, comida, ropa, “propiedad privada” (cepillo de dientes, peineta propia), *lockers*, libros, salidas del pabellón, acceso a sala de televisión, escuchar música, entre otros (Montesinos, 1976). Las conductas “metas” eran: levantarse y hacer su cama, ir solo al baño, bañarse, afeitarse, lavarse los dientes, peinarse, desayunar solo, recoger y entregar la bandeja en el repostero, realizar alguna actividad por tres horas, recoger la bandeja del repostero con almuerzo, sentarse en una mesa con otros pacientes, utilizar adecuadamente el servicio (cubiertos), realizar una actividad por dos horas, se repite rutina de almuerzo para la comida, retirarse a la cama a una hora adecuada, y conducta verbal (Montesinos, 1976).

looping effects institucionales en los cuales una categoría médica es blanco de intervención en diversos ciclos de la historia del asilo. Se trata de aquellas personas más deterioradas dentro del régimen asilar, y debemos subrayar que tras el deterioro no sólo constatamos la desnutrición y un mayor riesgo de morir, sino sobre todo una *identidad deteriorada* (en un sentido goffmaniano). Es en el Pabellón 10, reducto asilar para esta *clase*, donde se inició el programa de modificación conductual¹³¹. Montesinos remarca la lógica conductista, sosteniendo que:

“En este tipo de condiciones, ¿qué modificación cognitiva puedes lograr? ¿Cómo puedes parar las alucinaciones? ¿Cómo haces que el sujeto se active hablándole de sus sueños o analizando cualquier trauma que explique el por qué se comporta como se comporta? En muchas situaciones el origen del problema no es el problema. Lo que importa es cómo cambio el comportamiento de este sujeto hoy, aquí y ahora y cómo puedo predecir que las condiciones que controlan ese comportamiento van a estar presentes en el futuro” (Luco, 2010, p. 119).

Sobre las características de estos internos, sabemos que corresponden a hombres (niños y adultos) entre 10 y 70 años con un promedio de 18 años de “reclusión”, la mayoría no controla esfínteres, y han recibido diagnósticos de esquizofrenia, epilepsia y oligofrenia, entre otros (Montesinos, 1976; Montesinos, Bravo, Tédias, *et al.*, 1978). Desconocemos porqué no se incluyeron a mujeres, aunque sí sabemos que en los “traslados masivos” desde el Hospital Psiquiátrico al Open Door eran reubicados hombres “irrecuperables”, mientras que las mujeres permanecían en los “patios de crónicas” que describía Munizaga en los sesenta, o bien eran trasladadas a “Clínicas de Extensión”¹³².

El programa de Montesinos requería intervenir también en la infraestructura asilar: una “refacción arquitectónica” que incluyera espacios diferenciados de piezas, lavatorios, baños, “pieza de ducha y afeitado”, *lockers*, espejos, comedor sala-estar, repostero y lavadero (Montesinos, 1976). El desafío principal, sin embargo, era el personal: Montesinos fue el director técnico, mientras que Zanghellini fue el director administrativo (Montesinos, Bravo, Tédias, *et al.*, 1978); junto a ellos había asistentes sociales y se había contratado en 1976 a tres

¹³¹ C. Márquez llegó al Open Door en 1973 como administrativo y su primer trabajo fue en el Pabellón 10, describe a los “deficitarios” que ahí residían durmiendo en colchones de libros o de paja, con poca ropa, principalmente “camisolas” y “a pie pelao”. Entrevista en HPEP, abril 2017.

¹³² Las Clínicas de Extensión son clínicas privadas a las cuales se han trasladado “crónicos” y “crónicas” desde el Hospital Psiquiátrico desde 1970, bajo cargo al erario fiscal, y con la supervisión de psiquiatras del mismo recinto que desde entonces describen situaciones de abandono y encierro (Munizaga, 1984).

terapeutas ocupacionales (Montesinos, 2018). Además varios estudiantes de psicología participaban como tesisistas. Siguiendo el esquema delegativo: D1 correspondía al psicólogo experto en conductismo; y D2 a los otros profesionales. Sobre D3, la pieza clave en esta estructura, y que correspondían a los profesores y sacerdotes del medio “intracomunitario”, en el sanatorio fueron los auxiliares de enfermería. Eran ellos quienes estaban con los internos la mayor parte del tiempo. En el programa de entrenamiento participaron 15 auxiliares que cubrían los turnos, al igual que los profesionales, de modo de mantener un programa de 24 horas continuas. Al principio esto implicaba un ritmo de trabajo mucho más intenso para los auxiliares que el habitual del régimen asilar y hubo resistencias a los supervisores que vigilaban el desempeño, pero según Montesinos la “ética de trabajo” logró superar estos escollos (Montesinos, 2018, p. 5). Además, diseñaron estrategias de refuerzo “al agente rehabilitador” en este nivel (García y Montesinos, 1979).

El diseño cuasi-experimental del Pabellón 10 partía de un “grupo experimental” inicial de 32 sujetos elegidos en base a criterios médicos y conductuales, que demostraran un amplio repertorio conductual y que les permitiera participar como “ayudantes de pabellón” (Montesinos, 1976). Este grupo fue el primer D4 y, volviendo a la comparación con el modelo “intracomunitario”, equivaldría al de los alcohólicos recuperados.

“Un sujeto encargado del control del aseo personal, debe tener una alta emisión de este tipo de conducta para que pueda servir como modelo a imitar por los que están a su cargo. Cada uno de estos D4 estará encargado de dos a cinco personas con las que trabajará en una o en todas las áreas conductuales” (Montesinos, Bravo, Tedias, *et al.*, 1978, pp. 37-38).

El grupo D5 fue separado del resto de los internados en cuanto a uso de dormitorios y comedor, y se construyó una tienda destinada al canje de fichas (Araya y Leyton, 2021). Montesinos (1979, citado en Araya y Leyton, 2021, p. 556) agrega: “Se los dotó de ropa adecuada y de elementos mínimos (¡que no existían!) como cucharas, máquinas de afeitar, peinetas, etc.”.

Luego del primer año de intervención se reportaban resultados “alentadores” tales como un cambio en la apariencia personal, aumento de la conducta verbal en frecuencia y atingencia, y asociado a ella un aumento de las interacciones entre dos o más sujetos, así como un 90% de los sujetos que realiza alguna actividad laboral (la mayoría dentro del propio pabellón) (Montesinos, Bravo, Tedias, *et al.*, 1978, p. 37). Con el éxito del programa, este se expandió a los patios, y al conjunto de los 150 internos del Pabellón 10 y se proyectaba incluso abarcar el

conjunto de la institución. De aquella época contamos con dos registros documentales audiovisuales. En el documental de Alfonso Luco, *Pabellón 10*, se narra:

“El ambiente de un pabellón de crónicos está hecho para que la gente no se mueva, está deteriorado, con mugre, basura, tal y como de abandonada está la gente que allí vive. Están recluidos en un ambiente tan pobre en cuanto a estímulos, que el comportamiento más esperable es estar simplemente echados. Nosotros analizamos el ambiente y vemos qué cosas pueden hacer cambiar esta situación, desde cambios físicos, hasta que el personal se comporte de una manera diferente frente a los pacientes. Les enseñamos ciertas técnicas al personal, tenemos rutinas, programas diarios que cubren la mayor parte del tiempo en que están esos hombres en ese ambiente” (Luco, 1978, '5:15-'6:30).¹³³

Una retórica del “antes y después” se expresa en el uso de fotografías previas y posteriores al Programa de Economía de Fichas. Y el espacio también había experimentado una transfiguración: “El patio deja de ser un lugar de reclusión y se convierte en un centro de entrenamiento” (Luco, 1978, '10:40-'10:50).

El segundo registro es un álbum fotográfico encargado por Zanghellini en 1978 a un fotógrafo profesional. En este álbum se plasma la realidad del abandono asilar a través de 49 fotografías en blanco y negro tituladas en inglés (Tabla 5), el cual Zanghellini llevó personalmente en un viaje a Londres para conseguir apoyo financiero para la creación de un hogar protegido dependiente del hospital (Araya, Morales y Leyton, 2020). Mientras Zanghellini está en comisión de servicio, el médico Cristian Wulff lo reemplaza en la dirección¹³⁴.

El Álbum “Hospital Sanatorio ‘El Peral’ 76-78” (Tabla 5) adopta una mirada retrospectiva al espacio asilar: el “antes” es el abandono, la inmovilidad, los ajustes secundarios (“de lugar”) con internos en el suelo de los “patios de crónicos”, a veces desnudos, y por lo general aislados entre sí, y, así también, los espacios físicos a mal traer (ventanas, colchones, baños, etc); el “después” es la apariencia física “mejorada” de los internos, las actividades laborales, un comedor con conductas de mesa adecuada. En la Tabla 5 introducimos una columna respecto al análisis iconológico, respetando el orden original del álbum (Kossov, 2001).

¹³³ En el documental aparece un trabajador del Programa de Empleo Mínimo (PEM) fungiendo como auxiliar ayudante del programa (Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017). Ante la severa crisis económica a fines de los setenta, la dictadura creó puestos de trabajo precarizados en diversas reparticiones públicas.

¹³⁴ En una carta de Wulff al Jefe del Área Sur, en 1979, se observa la intención de dar un nuevo giro al rumbo institucional regresando a la laborterapia (Wulff, 1979).

Tabla 5. Álbum fotográfico “Hospital Sanatorio ‘El Peral’ 76-78”.

Identificación Archivo	Pág. álbum	Descripción del autor del álbum	Análisis iconológico
a1	1	Jardines del Hospital	Descripción de lugar
a2	1	Caminos de acceso al Hospital	Descripción de lugar
a3	2	Antigua Dirección	Descripción de lugar
a4	2	Oficinas Administrativas	Descripción de lugar
a5 y a6	3	Pacientes descansando en los jardines del Hospital	“Antes y después”
a7	4	Paciente trabajando en el Taller Textil	Ergoterapia
a8 y a9	4-5	Paciente en el Taller de Escobas	Ergoterapia
a10	6	Patio interior del Pabellón de pacientes mentales crónicos (Pab.7)	Patio de crónicos
a11	7	Sala de descanso (Pab.7)	Pabellones
a12	7	Comedor que usan los pacientes con mejores condiciones físicas y mentales (Pab.7)	Pabellones
a13	8	Paciente que muestra la mejor apariencia. Luce limpio, bien peinado y vestido como una persona normal (Pab.7)	“Antes y después”
a14	8	Patio de pacientes, antes de la implementación del programa de rehabilitación (Pab.7)	Patio de crónicos
a15	9	Esta fotografía muestra otro aspecto de las condiciones de vida de los pacientes, antes de comenzar el programa de rehabilitación (Pab.6).	Pabellones / Patio de crónicos
a16	10	Otro aspecto del mismo problema, antes de comenzar el programa de rehabilitación (Pab.6).	Patio de crónicos
a17 y a18	11	Actitud característica de pacientes en asilo. Sin rehabilitación: Inactividad, aburrimiento, enfermedad mental, negligencia (Pab.6)	Patio de crónicos
a19 y a20	12	Expresión facial de paciente, antes que se inicie el Programa de rehabilitación.	Pabellones
a21	13	Pabellón de mujeres. Pacientes en el suelo, a la izquierda algunas mujeres durante el día sin actividades (Pab.5)	Patio de crónicos
a22 y a23	14	Niños en típica actitud de asilo	Patio de crónicos
a24 y a25	15	Paciente antes de la rehabilitación	Patio de crónicos
a26	15	Ayudándose mutuamente en la desgracia	Patio de crónicos
a27	16	Las dos pacientes de la derecha están recuperadas. Ellas no pueden dejar el Hospital porque no tienen dónde ir. Por lo tanto, deben permanecer en el lugar en condiciones obviamente inadecuadas para ellas.	Abandono social
a28	16	Paciente con artrosis debido a inactividad prolongada. No ha sido tratada con rehabilitación por falta de personal	Pabellones
a29 y a30	17	Pacientes como se ven ahora.	“Antes y después”
a31	18	Pabellón 10. Donde los pacientes permanecen en peores condiciones. Nuestro Proyecto es volver a ser un Hospital de rehabilitación. Pacientes antes de iniciar el Programa de rehabilitación.	Patio de crónicos
a32 y a33	19	Las terribles condiciones en las que comen los niños (moscas, sin cucharas). Antes de que comience la rehabilitación.	Pabellones
a34	20	Terapia recreativa para un grupo de niños.	Espacios recreativos
a35 y a36	21	Fuera del pabellón antes que comience el programa de rehabilitación	Patio de crónicos
a37	22	Pabellón de niños. Sala de televisión	Espacios recreativos
a38	23	Niño aprendiendo hábitos de limpieza personal	Pabellones
a39	23	Niño postrado	Pabellones
a40	24	Niños como lucen hoy	“Antes y después”

a41	24	Malformación en niña que permanece postrada por un largo periodo sin actividad	“Antes y después”
a42	25	Resultados del Programa de rehabilitación después de dos años	“Antes y después”
a43 y a44	26	Enfermera alimentando a un niño de 12 años sufriendo por desnutrición en la nueva Enfermería. El asilo comienza a parecer un Hospital normal	Enfermería
a45 y a46	27	Condiciones de vida de pacientes antes de que comience el Programa. Nótese que las ventanas no tienen vidrios	Descripción de lugar
a47 y a48	28	La falta de dinero y personal mantienen los baños en horribles condiciones	Descripción de lugar
a49	29	La estructura física del Hospital ha sido adaptada al presente para habilitar el Programa de rehabilitación, donde el ser humano es el elemento más importante	Descripción de lugar

Fuente: Elaboración propia con datos de Zanghellini (1978).

Las fotografías del álbum tienen un parecido de familia con otras series fotográficas de denuncia como las imágenes de Barbacena empleadas por Helvécio Ratton (“Em nome da razão”) y las de los manicomios italianos publicadas en *Morire di classe* (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1969). Si bien estos dos últimos ejemplos enfatizan la violencia de la institución manicomial (el hacinamiento y el cerrojo), el álbum hace lo propio con la condición pasiva del asilado, del *deteriorado*, quien es también demostración de un programa exitoso de rehabilitación. No se trata de un análisis fenomenológico de los ajustes secundarios, como en los registros fotográficos furtivos de Hugo Rojas (2011) en *Sectores*. La impronta está orientada hacia la *presentación de la persona* (otra escena goffmaniana), en una nueva arquitectura asilar que abre la posibilidad de la “reinserción en la comunidad”. Se trata de una nueva temporalidad de las imágenes (Lynteris y Prince, 2016) que da cuenta de un vector contrario al encierro/destierro/entierro: el vector de la deshospitización/desinstitucionalización.

Esta posibilidad se concretó con la creación de un espacio físico simulado para la vida postasilar:

“Se diseñó un programa especial en que se reforzaban actividades de la vida diaria. El entrenamiento se realizaba en ambientes que simulaban una casa de clase media baja y en él participaban los familiares que recibirían al residente una vez que se diera el alta” (Montesinos, 2018, p. 5).

Según Marconi (1998, p. 47), del “Servicio de Alta” egresaron al cabo de dos años 17 (de un total de 20) “pacientes entrenados con repertorio laboral y social” a casa de sus familiares, manteniéndose 12 en su hogar después de 6 años de seguimiento en la Consulta Externa del

Hospital Barros Luco. Hasta 1980 otros 22 “pacientes” ingresaron a un hogar protegido ubicado en La Florida, financiado con los fondos obtenidos en el viaje de Zanghellini de 1979 (Martínez, 1997).

El cierre abrupto del programa hacia finales de 1978, provocó el éxodo de numerosos profesionales que habían sido entrenados en las “técnicas de análisis y modificación conductual” (Montesinos, 2018, p. 5). Para Marconi (1998, p. 53), la decisión vendría desde el Ministerio de Salud, aludiendo a que en 1978 recibió la visita del Asesor en Salud Mental del Ministerio con el fin de censurar la publicación “Psiquiatría Social en Chile” por sus contenidos ideológicos. Las presiones llegaron hasta el Sanatorio El Peral a diversos profesionales (aunque al parecer los psicólogos fueron los más señalados, según se registra en el documental *Pabellón 10* de Luco). En 1979 el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de Medicina Sur fue intervenido. Para Marconi (1998, p. 53), el “éxodo” duró 10 años y 4 meses, hasta su reintegración el 1 de julio de 1990.

En retrospectiva, para Montesinos (2018, p. 3) “[e]n los tiempos de la dictadura este lugar daba posibilidad de hacer cosas concretas para personas concretas en un tiempo en el que volar estaba prohibido”. Desde el punto de vista del preconcepto participativo, se trataba de una participación restringida al paradigma “rehabilitador”, bajo el cual la normalización comportamental contribuía a la posibilidad de la deshospitalización de aquellas personas que lograban ser retornadas a su lugar de origen, o bien a un hogar protegido. No obstante, en el plano institucional, las exigencias eran aún más desafiantes si consideramos la historia del Open Door. En aquella época, los auxiliares más antiguos en la institución, conocidos como “practicantes”, eran los jefes de pabellones de “crónicos”, y cuando los profesionales terminaban su jornada laboral ellos cubrían los turnos nocturnos. La experiencia del “Programa de Economía de Fichas” implicaba no sólo un trabajo intensivo desde el punto de vista del trato al interno, sino también una presencia continua de D2 (profesionales) supervisando sus labores. Y bajo el modelo de gestión, el laboratorio de la conducta también aplicaba para los D3 con actividades de vigilancia y reforzamiento conductual. Probablemente este factor interno fue tan relevante a la resistencia al programa como los factores del contexto dictatorial.

El segundo laboratorio podría ser considerado como un laboratorio del síntoma, o mejor dicho, como un laboratorio de la supresión del síntoma. El grupo de investigaciones en psicofarmacología representan un número acotado de publicaciones entre 1978 y 1984 bajo la

dirección de Raúl Schilkrut, también profesor del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Estas fueron realizadas en el edificio del Instituto de Reeducción Mental en el cual se habían organizado un Servicio de Agudos en 1976. Este programa funcionó como parte del convenio entre el hospital y la universidad, pero no tuvo mayor vínculo efectivo con el Programa de Economía de Fichas.

Raúl Schilkrut había realizado un perfeccionamiento en psicofarmacología, específicamente con neurolépticos, en la Universidad de Múnich con Hanns Hippus (Rüther, Schilkrut, Ackenheil, *et al.*, 1976; Schilkrut, Rüther, Ackenheil, *et al.*, 1976a; Schilkrut, Ruther, Ackenheil, *et al.*, 1976b). Tiempo y lugar históricos son relevantes, ya que la Clínica Psiquiátrica de Múnich era un laboratorio de avanzada en psicofarmacología. Su director, Hanns Hippus, en el marco del *Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum* de 1988 recordaba el vínculo de Kraepelin con la psicofarmacología, quien había trabajado en la misma ciudad desde inicios del s. XX, en su publicación de 1892 *Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel* (Influencia de algunos medicamentos en los procesos mentales simples) (Bunney, Hippus, Laakmann, *et al.*, 1990, p. VI). Asimismo, en 1980 el neokraepelinismo alcanzaba una posición hegemónica al publicarse el DSM-III en el cual se expresaba una racionalidad clasificatoria empirista y atórica tal como en Kraepelin (Martínez, 2000).

Es evidente el contraste de la realidad de abandono asilar con un laboratorio clínico de investigación en un hospital público en dictadura. En efecto, algunos estudios contaron con apoyo declarado de empresas farmacéuticas como Roche o Janssen (Duran, Schilkrut, Ercilla, *et al.*, 1980; Schilkrut, Haverbeck, Duran, *et al.*, 1981). Por otra parte, desde la Dirección se observa también un impulso a esta línea de trabajo: en 1977 se integran un neurólogo, dos médicos entrenados en electroencefalografía (EEG), un tecnólogo médico y se dispone de algunos instrumentos de laboratorio (electroencefalógrafo, fotómetro de llama e instrumental básico) (Martínez, 1997).

Otro efecto del convenio con la Universidad de Chile fue la labor docente de muchos médicos que atraían a becados para realizar su formación en el hospital. Al igual que con el Programa de Fichas, esto implicaba capacitación a los profesionales “no médicos” y personal auxiliar del hospital (Martínez, 1997). De un documento de 1978, Margarita Martínez (1997, pp. 3-4) contabiliza:

“En Atenciones ambulatorias:

- Policlínicos especializados: Flufenazina de depósito: 3600 atenciones anuales.
Penfluridol: 1920 atenciones anuales.
- Controles post alta: 1440 atenciones psiquiátricas anuales.
360 atenciones neurológicas anuales. [...]
- Laboratorio: Se instala en Noviembre de 1976, durante el primer semestre realiza 318 exámenes”.

Previo a esta experiencia, en el El Peral, al igual que en la mayor parte de los hospitales, el principal neuroléptico disponible era la Clorpromazina. El Haloperidol, hasta los setenta, se usaba principalmente como antiemético, pero contaba con un escaso margen de seguridad, sobre todo en niños, donde se reportaron varios casos de intoxicación atendidos en el Hospital Luis Calvo Mackenna en 1976, y que llevaron a desaconsejar su uso en esta población (Filippa, Toso, Cordero, *et al.*, 1976).

Los trabajos fueron publicados como “Servicio de Psicofarmacología Clínica”. Respecto de ellos, nos interesa destacar la invisibilización de los efectos adversos y los estudios sobre la resocialización. El primer trabajo publicado en la revista alemana *Arzneimittelforschung* (Drug Research) en 1978, se trataba de un estudio con 65 pacientes ambulatorios a quienes se les administró Decanoato de Flufenazina, más conocido como Modecate[®], durante 2 años (Schilkrut, Duran, Haverbeck, *et al.*, 1978). Los medicamentos “*retard*” (hoy “*depot*”, o de depósito intramuscular, aplicados de forma intermitente) fueron introducidos en los sesenta para sortear el problema de la “falta de adherencia” a la ingesta oral de neurolépticos (Guillemain, 2020, p. 90). De los resultados disponibles del estudio, podemos constatar respecto de los efectos adversos que:

“En los primeros 3 meses de tratamiento, la incidencia e intensidad de la rigidez aumentó hasta el punto crítico después de 24 semanas de tratamiento; en la semana 60 de tratamiento había desaparecido por completo. La acatisia alcanzó su punto máximo después de la primera y la 36^a semana, y se pudieron distinguir dos poblaciones diferentes. El 8% de los pacientes mostraron reacciones discinéticas hasta la 12^a semana; el 20% de los pacientes mostraron hiper y discinesia después de 72 semanas de tratamiento. Entre el 30 y el 40% de los pacientes necesitaron anticolinérgicos entre la 12^a y la 48^a semana; después de la 84^a semana esta medicación ya no era necesaria” (Schilkrut, Duran, Haverbeck, *et al.*, 1978).

Del reporte descrito se observan los efectos del psicofármaco de depósito sobre la motricidad (rigidez, diskinesias agudas y tardías, y acatisia¹³⁵), y se señala que la medicación anticolinérgica, a menudo empleada para paliar estos síntomas extrapiramidales, dejó de ser necesaria después de la semana 72 de tratamiento. Según Cordero (1984, p. 98), dosis de neuroléptico altas y mantenidas y la administración de drogas anticolinérgicas concomitantes estarían asociadas a la aparición de diskinesia tardía. La trabajadora social Eliana Morales (1984) comenta respecto de este estudio otra publicación citada¹³⁶ en la que comunican “un alto porcentaje de apatía, lo que se traduce en la reincorporación laboral, que se efectuaba preferentemente en actividades de tipo artesanal-doméstico o de pseudo-empleo, con un alto porcentaje de insatisfacción en sus tareas” (Morales, 1984, p. 33). Se trata de otros efectos adversos menos evidentes, y tampoco atribuibles a la apatía asilar (Ferreira y Martínez, 2003), en los que la indefinición de su estatus (¿síntoma o efecto adverso?) contribuye al malestar en las personas medicadas (Martínez, Pié, Serrano, *et al.*, 2020).

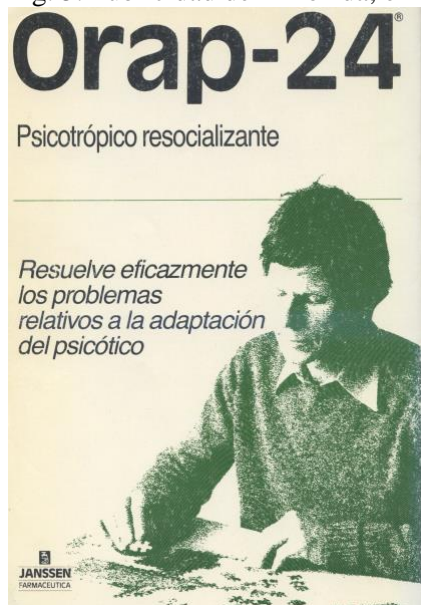
Luego del Modecate[®], el Penfluridol, otro neuroléptico de acción prolongada pero de uso oral, fue evaluado en su respuesta clínica y “psicosocial” (Morales, Levy y Schilkrut, 1981)¹³⁷. En las revistas médicas de la época era común el avisaje de las farmacéuticas, tal como el anuncio de un “psicotrópico resocializante”, la Pimozida, comercializada como Orap-24 en Argentina y Orap Forte en Chile por Janssen (Figura 5). El Penfluridol también fue descrito con “efecto resocializador”, en base a su acción sobre el “autismo” como síntoma de la esquizofrenia que ha tornado “más abiertos” a los pacientes, “desde la aceptación pasiva en la interacción hasta la participación grupal” (Morales, Levy y Schilkrut, 1981, p. 187).

¹³⁵ La acatisia es un estado subjetivo de inquietud motora y disforia (Gualtieri, 1993). Según Healy y Savage (1998), el primer registro del término acatisia relativo a los neurolépticos fue realizado por el psiquiatra alemán HJ Haase en 1959 en “The Role of Drug-Induced Extrapyramidal Syndromes” (Proc. Psychopharmacol. Symp., Intern. Congr. Psychiat., Zurich 1957. Little Brown & Co, Boston, USA). Junto al “pseudoparkinsonismo” y las distonías, formaban la tríada de las reacciones extrapiramidales agudas (Gualtieri, 1993, p. 102).

¹³⁶ Estos resultados fueron publicados en las Actas de las Jornada de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de 1976, como “Conducta social de pacientes en tratamiento con decanoato de flufenazina” de las trabajadoras sociales Clarisa Ahumada, M. Bórquez y Eliana Morales (Morales, 1984, p. 35).

¹³⁷ Una versión de este trabajo apareció en la Revista de Trabajo Social de la Universidad Católica en 1984 (Morales, 1984).

Fig. 5. Publicidad de Pimozida, en revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.



En el estudio del Penfluridol se describe el seguimiento a un año de 20 personas con diagnóstico de esquizofrenia (14 hombres y 6 mujeres), con un “primer brote” o con una “reagudización” sobre un curso crónico.¹³⁸ El *setting* terapéutico estaba compuesto por una dupla psiquiatra-trabajadora social. El estudio destaca por su propuesta de descripción y análisis respecto del comportamiento social y de la actividad laboral relacionada al efecto del neuroléptico¹³⁹. Dentro de los resultados se señala una mejoría en la escala clínico-social notoria a los 3 meses de seguimiento y cuya progresión se mantiene a un ritmo más lento a los 6 y 12 meses (Morales, Levy y Schilkut, 1981, p. 192). Respecto de la participación social (en una escala de 6 a 30 puntos), al inicio todos fueron puntuados con el valor máximo (peor indicador), y al año la mediana fue 10. La descripción de Eliana Morales señala:

“La observación directa y periódica de los pacientes en su contexto nos permite afirmar que existió una mejoría evidente en la participación social, que trasciende a todos los ámbitos de la conducta y de las relaciones interpersonales. Se observaron más abiertos y espontáneos y con

¹³⁸ Las edades del grupo de la muestra varían según género: los hombres fluctuaban entre 16 y 25 años y las mujeres entre 26 y 35 años (Morales, Levy y Schilkut, 1981).

¹³⁹ Se aplicaron cuatro instrumentos: una ficha psicosocial integral; un cuestionario clínico-social: una adaptación de la escala BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) cuya modificación era la traducción a “lenguaje simple y común” de las preguntas de la escala; una escala de participación social (6 ítems: vida familiar, comunicación, pareja, amigos, grupos informales, y grupos organizados) empleando la misma graduación de 5 niveles de respuesta que en la BPRS; y una valoración del nivel de actividad del paciente descrito por la trabajadora social.

una recepción adecuada de los estímulos provenientes de su entorno” (Morales, Levy y Schilkрут, 1981. p. 189).¹⁴⁰

La observación “directa y periódica” implicaba la realización de visitas domiciliarias frecuentes con el fin de profundizar en el “diagnóstico social” de la familia que, con Donzelot (2008, p.140), sabemos que pueden tomar la forma de una *investigación inquisitorial* más que una mera “observación participante”. Resultado de estas observaciones los familiares también eran investigados:

“La observación de la forma de vida de estas familias nos permite afirmar que en un 80% de ellas existía patología evidente de la dinámica familiar, en cuanto a su estructura y función de los roles. Además, existía un alto grado de patología parental, ya sea en ambos cónyuges o en uno de ellos, bajo la forma de personalidades anormales, psicosis y/o alcoholismo. Sólo en tres de las familias estudiadas se encontró que no había patología psiquiátrica evidente en los padres” (Morales, Levy y Schilkрут, 1981. p. 189).

En concordancia con los estudios relacionados con las familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia (Cordero, 1984, p. 100), se observó que en “siete de las familias estudiadas no hubo modificación del *status* familiar [deteriorado]; estas corresponden a los pacientes con menor respuesta clínica” (Morales, Levy y Schilkрут, 1981. p. 189). Esta alianza “psiquiátrico-social” ha tomado el rol de una prolongación “en la comunidad” del dispositivo asistencial a través, por ejemplo, de la intervención en el “30% de los pacientes que intentaron abandonar” el tratamiento, pero el “manejo ambiental efectuado por asistente social impidió que se concretara el *drop-out*” (Morales, Levy y Schilkрут, 1981. p. 190). Basada en el funcionalismo de los “roles” (Méndez, 1984), la labor del trabajador o trabajadora social ha proyectado sobre su campo de intervención la misma lógica auxiliar que instrumentaliza la relación terapéutica a través de un discurso monológico (Martínez, 2010). La unidireccionalidad de la intervención ha impedido “escuchar” las razones del “abandono” (*drop-out*) o del rechazo del tratamiento, ya que ha bastado con “impedir” su materialización.

A los estudios con tratamientos ambulatorios, se suceden otros con sujetos hospitalizados que abordan la dimensión biológica y farmacológica de otro neurofármaco, el Haloperidol, que

¹⁴⁰ Respecto del nivel de actividad: al inicio del tratamiento 17 de 20 “permanecían inactivos desde hacía meses a años. Al año de tratamiento, 13 reiniciaron su actividad laboral regular, 12 en su nivel previo, con rendimiento satisfactorio, y 1 con descenso de su nivel ocupacional, por carencia de plaza en el mercado laboral” (Morales, Levy y Schilkрут, 1981, p. 189).

incide en la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia (Moncrieff, 2013, pp. 64-66). En particular, el estudio de Schilkrut, Haverbeck, Duran, *et al.* (1981) compara una dosis standard y una dosis elevada de haloperidol en 24 personas con diagnóstico de esquizofrenia (15 hombres y 9 mujeres) de entre 17 y 45 años¹⁴¹. La respuesta clínica fue medida indirectamente por el nivel de prolactina (“respuesta de prolactina”), y se midieron sintomatología psiquiátrica y efectos extrapiramidales mediante instrumentos (escalas). Los resultados son interesantes, porque confirman presupuestos básicos, al mismo tiempo que cuestionan la hipótesis principal. Se confirma que a mayor dosis, mayor concentración plasmática del fármaco y un bloqueo “más completo” de receptores dopaminérgicos centrales¹⁴². Los autores observan una correlación entre bloqueo dopaminérgico y niveles de prolactina, sin desarrollo de tolerancia. Pero “no se encontró correlación entre efecto antipsicótico y niveles plasmáticos de neurolepticos, ni entre recuperación clínica y magnitud de la respuesta de prolactina” (Schilkrut, Haverbeck, Duran, *et al.*, 1981, p. 323). Esta falta de correlación es atribuida por los autores a “factores no farmacológicos”, pero a pesar de ello insisten en la hipótesis dopaminérgica, que como hemos visto es un elemento central del imaginario biologista. Sobre los síntomas extrapiramidales, fueron más frecuentes en personas con niveles más elevados de haloperidol, y hubo mayor severidad de dichos síntomas en este grupo, pero no hay una correlación dosis-efecto. Tal como se observa en un estudio descriptivo en el Hospital Psiquiátrico de 1985 (Retamal, Muñoz, Tarky, *et al.*, 1985), en este estudio también la información sobre tipo, frecuencia, severidad y curso de los efectos adversos está notoriamente subrepresentada respecto a la descripción de sintomatología psiquiátrica. Una excepción a esta falta de acuciosidad clínica es el artículo de Cordero (1984).

Isabel fue una enfermera que ingresó al Sanatorio El Peral en 1982, y refiere que en ese entonces estaba terminando el “estudio del Haldol”¹⁴³. Sobre el estudio señala que los efectos extrapiramidales eran “bastante indeseables”, y que hay un caso que recuerda de forma

¹⁴¹ El estudio se realizó durante 40 días: los primeros 10 días recibieron 0,25 mg/Kg peso corporal (Dosis Standard), los siguientes 20 días recibieron 1 mg/Kg peso corporal (dosis elevada), y los últimos 10 días recibieron 0,25 mg/Kg peso corporal. Los únicos fármacos adicionales permitidos fueron anticolinérgicos (Biperideno y Trihexifenidilo) para los síntomas extrapiramidales y Diazepam para el insomnio (Schilkrut, Haverbeck, Duran, *et al.*, 1981, pp. 316-317).

¹⁴² Para los autores esto podría fundamentar el uso de dosis altas de neurolepticos para “pacientes resistentes a las dosis habituales”. Una variante de esta línea, la “neuroleptización rápida” (Retamal, 1984), como sabemos, está asociada a mayor frecuencia y severidad de efectos adversos, tales como el Síndrome Neuroleptico Maligno (Valls, 2003; Viejo, 1995).

¹⁴³ Entrevista a Isabel A, enfermera, HPEP, abril 2017.

particular. Se trata de un profesor de Curicó que se recuperó de su delirio y que se dio cuenta de “lo que fue la enfermedad y de lo que había quedado de esta persona enferma”. Se sentía avergonzado de que sus alumnos y su entorno lo hubieran visto “loco”, y no quería dejar el hospital. Intentó suicidarse y saltó por la ventana, se fracturó la cadera y estuvo más tiempo hospitalizado, pero finalmente se fue de alta. Según Isabel no fue el único caso de intentos suicidas asociado a factores similares. Sobre otros fármacos empleados además de la clorpromazina, recuerda el uso de propranolol a dosis altas de hasta 480 mg/día como tranquilizante, “había que realizar control de signos vitales tres veces al día porque traían la presión por el suelo”.

Isabel estuvo después destinada al Pabellón 7, como única enfermera. Ahí ocurrió un primer enfrentamiento con su rol que terminaría motivando su salida. Ella era reticente a hacer “electros”, abreviatura para electroshocks, se decía “estoy matando neuronas”, “creo que es aberrante”. Agrega a su relato: “Yo veía a veces que el diazepam no le tomaba y los pacientes se acordaban de lo que les hacían. Para mí era un daño a la persona que le provocabas”. En una sala, había 6 o 7 camas, usaban un paño para que quien recibía el shock eléctrico no se mordiera la lengua y entonces empezaba la convulsión, pero “el paciente se acordaba”. Hugo Rojas (2011) describe cómo entre los internos de un patio de hombres del Hospital Psiquiátrico en la misma época se evitaba hablar de los electroshocks. Se consideraba que era violento y estigmatizante recordarle a un par que había recibido ese castigo, y por ese motivo era de uno de los temas de los cuales menos se hablaba pero que todos veían cuando ocurría. Un día de 1987 Isabel estaba de turno:

“El día 12 de mayo de 1987 todos se fueron a celebrar el día del enfermero y había como 15 electros que hacer y yo me puse a hacer los electros, e hice 15 electros ‘llorando’. Una colega que se quedó a ayudarme hizo 2 o 3 y se fue. Y yo dije ‘ya está — yo me voy’. Y me fui. Ese año me fui”.¹⁴⁴

Se desprende del testimonio de Isabel que los psicofármacos no sustituyeron a las terapias de shock, sobre todo la forma modificada de “Terapia Electroconvulsiva” (en adelante TEC modificada). Majerus (2019) describe este solapamiento entre neurolepticos y terapias de shock, en los mismos departamentos universitarios de psiquiatría donde se había introducido

¹⁴⁴ Entrevista a Isabel A. Enfermera, HPEP, abril 2017.

la clorpromazina desde los estudios de Delay y Deniker. En 1980 Eduardo Durán y colaboradores introducen su estudio señalando:

“La terapia electroconvulsivante (TEC) continúa siendo de utilidad en el manejo de las pacientes con psicosis afectivas y algunas formas clínicas de esquizofrenia. El empleo de premedicación anestésica y miorelajante disminuye la incidencia de complicaciones, pero tiene el riesgo de inducción de accidentes cardiorrespiratorio” (Duran, Schilkrut, Ercilla, *et al.*, 1980, p. 300).

El estudio del Flunitrazepam se proponía dentro de un contexto donde se establecía el empleo de anestésicos y bloqueantes neuromusculares como una “práctica de rutina en la clínica psiquiátrica” (Duran, Schilkrut, Ercilla, *et al.*, 1980, p. 306). No obstante, según Vukusich y Cordero (1987), el empleo de TEC modificada en Chile no superaba el 10% de los casos de TEC, a diferencia de los países del Norte global donde la TEC no modificada era excepcional. Para Varela, Tapia, La Roche, *et al.* (1986) el electroshock fue considerado “punitivo y antipsicoterapéutico” en el medio local desde los sesenta, y sólo “recientemente” (para los ochenta), han observado un “renovado interés” en el procedimiento. Al estudiar los egresos entre diciembre de 1981 y diciembre de 1982 del Servicio A del Hospital Psiquiátrico, encontraron que la TEC fue aplicada en el 27,5% de las 249 personas egresadas. Como “premedicación” se usó Atropina en el 96,5% de los procedimientos; Diazepam en el 23,5%; y Succinilcolina (bloqueante neuromuscular) sólo en el 5,2% (Varela, Tapia, La Roche, *et al.*, 1986).

Para Marconi (1998, p. 59) el predominio de la llamada psiquiatría biológica se impuso sin contrapeso durante la dictadura. De ahí se desprenden los enfoques tecnocráticos, institucionales, elitistas y orientados a la práctica privada que caracterizan a la psiquiatría chilena¹⁴⁵. Sobre el enfoque tecnocrático una veta local emergió en El Peral bajo la dirección de Cristian Wulff, a partir de 1982. En 1983, luego de un serio conflicto con la dirección se retira el equipo de psicofarmacología (Gómez y Villanueva, 2010, p. 33).

La experiencia de la “comunidad protegida” es el tercer ángulo desde el que observamos los laboratorios de la norma en El Peral. En este caso, se trata de un laboratorio del poder, a escala

¹⁴⁵ En 1990 se publica un Plan de Salud Mental en las postrimerías de la dictadura que tuvo un impacto tan mínimo que casi no es citado en la literatura nacional. Ahí se registra la disminución de camas psiquiátricas en hospitales producto de sismos, y como dato relevante, el aumento de las camas psiquiátricas en clínicas privadas de 500 en 1978 a 1000 en 1986 (MINSAL, 1990b, p. 8).

local, en el que constatamos un espíritu autocrático propio a los regímenes totalitarios que impregna el ambiente con ritos y cargos.

Esta experiencia ha sido descrita sucintamente en Gómez y Villanueva:

“En el transcurso de esta historia, desde 1983 y hasta 1990 se desarrolla la experiencia de creación de la “Comuna Protegida”, a cargo de un profesional “alcalde”, que procuraba otorgar mayor bienestar a los pacientes y permitir su acceso a actividades sociorecreativas, deportivas y laborales, organizándose la atención en unidades residenciales, atención clínica (policlínico adosado), departamentos y beneficios económicos. La concepción subyacente era que la institución sustituye a la comunidad, generando un espacio protegido que provee lo que los pacientes no pueden obtener en el medio comunitario natural. Los esfuerzos de mejoramiento institucional de la época contrastan con la creación de estructuras de alta seguridad (celdas y sectores cerrados) diseñadas para contener las conductas de mayor riesgo de aquellos pacientes más seriamente perturbados” (Gómez y Villanueva, 2010, p.35).

A este relato descriptivo, debemos contraponer el giro que le dió Wulff a la administración del Sanatorio. Mientras era director subrogante en 1979 ya señalaba su intención de retomar la idea originaria del hospital: “una granja agrícola que permita a los pacientes un trabajo, dignificación, autosubsistencia, reinstauración de habilidades perdidas, etc. No tenemos otra alternativa, dadas nuestras características culturales y socioeconómicas” (Wulff, 1979). En la misiva a Mario Romero, Delegado del Gobierno (Director de Área de Salud) y médico funcionario de Carabineros, Wulff le pedía intermediar en detener el remate de 150 hectáreas del sector oeste del establecimiento. En esa faja estaban los “asentados”, funcionarios ocupantes de las viviendas, cuya denuncia había motivado el sumario contra Yaikin en los sesenta. En 1980, el Delegado Director del Servicio Nacional de Salud Augusto Schuster responde al Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana respecto de la venta de la parte baja del Fundo El Peral, de la cual fueron excluidas las partes que correspondían a la antigua “residencia médica”, en ese entonces un Jardín infantil, y la que correspondía a los veintidós ex-asentados del Fundo (Schuster, 1980).

Sobre Wulff, la ex-secretaria de Dirección recuerda que él venía del Hospital de Calama. Antes era pediatra y luego hace la beca de Psiquiatría. En 1977 llega al Open Door, a trabajar en la Dirección con Zanghellini¹⁴⁶. Para María Angélica, Wulff “era especial”, “tenía mucho

¹⁴⁶ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

contacto con el personal”. Entre otras “innovaciones” descritas en el párrafo citado más arriba, en su dirección se compraron “bastones eléctricos” que eran utilizados en “pacientes agitados” por los paramédicos (auxiliares)¹⁴⁷. En el Pabellón 7 se crea la “Sala de Seguridad”, una celda enrejada cerrada con candado, al fondo de una gran sala. Carlos M. recuerda que un año Wulff ordenó la construcción de una celda pequeña en uno de los patios. Los otros internos molestaban al castigado, y el experimento duró poco.¹⁴⁸

Cuando Isabel A. llega en 1982 a trabajar en la institución, lo hace junto a otros 4 nuevos enfermeros y alcanzan a ser 12 a 14 en esa época¹⁴⁹. Para ese entonces la “economía de fichas ya estaba en decadencia”. Sobre la vestimenta de los internos recuerda que se vestían con mamelucos o ropa donada por empresas, en ocasiones todos vestían “uniformados” con una misma ropa de una empresa. Entre 1983 y 1984 se comenzó a comprar ropa “para diferenciarlos”¹⁵⁰.

Carlos M. trabajó con el enfermero Alejandro Riveros que liberaba la experiencia de la “comunidad protegida”, como “alcalde”. Carlos tenía a cargo del Departamento de Aseo y Ornato¹⁵¹ y lideraba una “cuadrilla de pacientes” que hacía el aseo de los pabellones y los patios¹⁵². En la misma época, estuvo a cargo de la administración del Pabellón 7. De ese tiempo, recuerda una experiencia que da cuenta de una historia trágica de un interno de apellido mapuche a quien llamaremos Calfullanca, quien “pasaba echado en el suelo”. Carlos había cambiado la rutina del pabellón, al cerrar el acceso de las salas después del desayuno -ya que muchos volvían a acostarse- y los pacientes debían ir al patio, con el fin de permitir el aseo, el cambio de ropa de cama, etc. Días después Calfullanca ve a Carlos y le tira un combo que alcanzó a esquivar. Lo toman dos funcionarios y se lo llevan a la “clínica”. “Después que se calmó, me pidió disculpas”. Carlos lo puso a trabajar con él en el aseo de la sala. Lo motivaron para llevarlo a un taller, el taller de mimbre, y ahí recibía un pago semanal. Calfullanca “empezó a surgir”. Se contactó a su familia en Osorno. Un día fue de visita al sur en tren: “lo dejé en la Estación Central, se lo encargué al chofer”. “Llegó muy cambiado, trajo regalos”.

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ Entrevista a Carlos M, administrativo, HPEP, abril 2017.

¹⁴⁹ Entrevista a Isabel A., enfermera, HPEP, abril 2017.

¹⁵⁰ Ibidem.

¹⁵¹ Los otros departamentos eran Capacitación y Empleo; Deporte y Recreación; y Beneficios económicos (Martínez, 1997).

¹⁵² Entrevista a Carlos M, administrativo, HPEP, abril 2017.

Un día se sintió mal, y en la posta lo despacharon rápido y lo mandaron de vuelta. “En la posta del Barros Luco nuestros pacientes no son [tomados en cuenta]. Fue varias veces y una de esas noches, tuvo mucho dolor, y subió al baño y se colgó”. En la autopsia informaron de una apendicitis complicada.¹⁵³

El ex-Fundo El Peral había cobrado una nueva transfiguración: pátina tras pátina, las historias de abandono adquirieron una versión *technicolor*. Un diaporama de 80 diapositivas titulado al igual que el álbum, “Hospital Sanatorio El Peral”, retrataba diversos espacios: “Servicio de Psiquiatría”, “Servicio de Kinesioterapia y Terapia Ocupacional” (la nueva laborterapia), “Comunidad protegida”, y “Servicio de Medicina General” (Contreras y Riveros, 1982).

En la sección “comunidad protegida” del Diaporama, se muestran los sectores de hombres, mujeres y niños. Hombre y mujeres aparecen en imágenes agrupados por “nivel conductual”. En el caso de los hombres de “bajo nivel conductual” todos visten un “uniforme” marrón. Una división sexual del trabajo se esboza en dos imágenes contrastadas: se trata de la misma escena, una persona barriendo un espacio común, pero en el caso del hombre el título de la diapositiva indica “Departamento de hombres. Personas de mejor nivel conductual” (d46), en cambio en la diapositiva de la mujer pone “Departamento de mujeres. Bajo nivel conductual” (d51). En las diapositivas numeradas de la 59 a la 68 se observan dos espacios de trabajo diferenciados: la granja agrícola y los talleres (cerámica, escobas, cestería y carpintería). Otros talleres aparecen representados en el Servicio de Terapia Ocupacional y Kinesioterapia (STOK), en el cual se incluyen talleres de costura y textiles (mixtos), junto a imágenes de registro de entrada al taller para puestos laborales de estafeta y portero (d31) y un almacén para “manejo de presupuesto y compras” (d33) (Contreras y Riveros, 1982; Martínez, 1997).

La “comunidad protegida”, si nos valemos de la terminología de Merton, tenía por función manifiesta proporcionar un espacio residencial y laboral a internos e internas, manteniendo la jerarquía hospitalaria y motivando a los funcionarios en un modelo de gestión administrativa piramidal, con delegados y jefes de departamentos, en los cuales el “alcalde” servía de líder¹⁵⁴.

¹⁵³ Ibidem. Gervas y Pérez-Fernández (2015, p. 197) informan que entre personas con diagnóstico de esquizofrenia se presenta un mayor retraso diagnóstico de apendicitis, con mayor incidencia de rotura (60% de los casos) y una mortalidad cuatro veces mayor.

¹⁵⁴ Un espacio inédito dentro de esta idea de “comunidad protegida” como municipio, fue la creación de una Escuela Especial, incluyendo la incorporación de Educadores Diferenciales a la planta: “El año 1987 se crea al interior del Hospital la Escuela Diferencial Open Door para dar atención a personas con

Tal estructura laboral no distaba de la vieja hacienda que gestionaba el fundo con inquilinos y gañanes; “asentados” y jornaleros. Al mismo tiempo, la función latente era una estructura de castigo con escarnio público, sin cepo, pero con cerrojos. Se configuraba, de este modo, un particular espacio social que no sólo reeditaba la vieja estructura social agraria en base a la dependencia de trabajadores “inquilinos” (a lo cuales se les brindaba vivienda) e internos “peones” (quienes sólo tenían su fuerza de trabajo para recibir un salario de supervivencia), sino que también se institucionalizaba el patronazgo como forma de relación social en la que se conjugaban protección y castigo entre los distintos estamentos de la jerarquía hospitalaria¹⁵⁵.

Otra dimensión de este patronazgo adoptó una manifestación ritual en la administración de Wulff mediante fiestas y olimpiadas. Carlos recuerda que “sábado por medio se organizaban bailes” con diversas bandas u orquestas en vivo, con participación de “hasta 150 pacientes”, de 8 a 10 de la noche¹⁵⁶. Asimismo, el año 1985 en El Peral se organizaron los Segundos Juegos Olímpicos de Salud Mental. Carlos diseñó el afiche de las Olimpiadas, en el cual se individualizan las instituciones asilares participantes, junto al Policlínico de Psiquiatría del Hospital Barros Luco (Figura 6 y 7). La primera versión de estas olimpiadas se había realizado en la Clínica del Carmen¹⁵⁷. Wulff tenía contactos en los talleres gráficos de la Fuerza Aérea y ahí se imprimieron afiches y programas¹⁵⁸.

En el escenario Carlos describe que se desplegaron la bandera del Hospital (con la figura de la pera), la bandera olímpica, la bandera nacional y la bandera de la Clínica del Carmen. Entre los artistas invitados estuvo el cantante “Pollo” Fuentes, quien más tarde sería animador de televisión, y el grupo folklórico “Santiago Cuatro”¹⁵⁹.

déficit intelectual del establecimiento, a través de un convenio entre la Corporación Municipal de Puente Alto y el Servicio de Salud Metropolitano Sur” (Gómez y Villanueva, 2010, p. 35).

¹⁵⁵ Sería una forma algo diferente de la *politics of patronage* descrita por Jane Goldstein para el caso del alienismo francés (Huertas, 2012, p. 76). El lugar del “patrón”, en este caso, sería investido a la autoridad administrativa (por sobre la técnica) quien ejercería su influjo sobre la institución.

¹⁵⁶ Entrevista a Carlos M, administrativo, HPEP, abril 2017.

¹⁵⁷ La Clínica del Carmen fue fundada el año 1930 por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Macul. Cristian Wulff fue director médico de la institución entre 1984 y 2014.

¹⁵⁸ Entrevista a Carlos M, administrativo, HPEP, abril 2017.

¹⁵⁹ Ibidem.

Fig 6. Programa Segundos Juegos Olímpicos de Salud Mental (1985)



Fuente: Serie Varios Fotografía. Subfondo Fotografías. Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral.

En 1986, durante unas Jornadas¹⁶⁰ en el Hospital Psiquiátrico, renombrado como Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak en 1978, se realizó una Mesa Redonda sobre “Administración en Psiquiatría” en la que participaron los cuatro directores de los hospitales psiquiátricos. En su intervención, Wulff menciona que “el trabajo meramente custodial para personal que ha sido formado dentro del ámbito de la salud y en general con ciertas expectativas respecto a mejoramiento y rehabilitación es un trabajo extremadamente desmotivante” (VV. AA, 1986, p. 15). Wulff apuntaba a la falta de políticas de salud mental como una causa del custodialismo y le preocupaba que se habían comenzado a manifestar agresiones hacia funcionarios (VV. AA, 1986, p. 18).

¹⁶⁰ Primeras Jornadas Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, noviembre de 1985 (VV. AA, 1986).

Fig 7. Segundos Juegos Olímpicos de Salud Mental (1985).



Fuente: Serie Varios Fotografía. Subfondo Fotografías.. Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral.

En estas Jornadas también se dictó la conferencia de Otto Kernberg (1986) “Aspectos dinámicos de la administración en psiquiatría”. En ella Kernberg introdujo conceptos de la Teoría de Sistemas aplicados a las organizaciones psiquiátricas, y se generó un debate en torno a cómo se seleccionan a los pacientes en el servicio de Urgencias para ingresar al hospital en el que participaron el propio Jefe de Urgencias (Enrique Escobar) y el subdirector médico (Patricio Olivos). Kernberg, con su experiencia como consultor en esta área en Estados Unidos, introducía puntos bastante polémicos como el límite de la Teoría de Sistemas respecto de los sistemas políticos (del que aislaba a las instituciones psiquiátricas). Es al menos curiosa la ausencia de cualquier referencia, aunque sea implícita, al contexto dictatorial. Pero deja de serlo si recordamos el rol del psicoanálisis en dictadura, del cual Luis Gomberoff¹⁶¹ refleja su *pathos* discursivo (Radiszcz, Sabrovsky y Vetö, 2014). Por Pesutic¹⁶² (1989), conocemos cómo

¹⁶¹ El psicoanalista y psiquiatra Luis Gomberoff Jodorkovsky fue Director del Hospital Psiquiátrico entre 1979 y 1989.

¹⁶² Sergio Pesutic, ex-psiquiatra, escritor y luego pediatra, publicó en 1986 su célebre novela “La Hinteligencia Militar”, colmada de páginas en blanco.

la denuncia de la persecución política contra dirigentes del Colegio de Enfermeras en una asamblea improvisada fue silenciada en el Hospital Psiquiátrico en 1986¹⁶³, al igual que había ocurrido con una reunión clínica en la cual se había abordado la atención de los torturados en 1984. Cuando a Pesutic no se le renovó el contrato como post-becado en el Servicio de Urgencias, comenzó un intercambio epistolar en el que aparecen citados numerosos psiquiatras de los cuales hemos hecho referencia antes¹⁶⁴, junto a un poblador anónimo del sector sur de Santiago, con sendas cartas publicadas en el diario La Época (Pesutic, 1989).

Poco tiempo después de la conferencia de Kernberg, Carlos Munizaga (1986), como profesor del Departamento de Antropología de la Universidad de Chile, dictó una conferencia titulada “Patología de una organización y su diagnóstico”. En esta ponencia, Munizaga introduce una crítica antropológica a la presentación de Kernberg. Tomando como símil el diagnóstico de un “sistema paranoide” en la organización psiquiátrica presentada por el psicoanalista, Munizaga le replica con cierto sarcasmo su observación de otras patologías organizacionales como el “etnocentrismo” y el “tradicionalismo” al interior de las mismas estructuras. La propuesta de Munizaga es rica en comentarios sobre el rol de los enfoques transculturales aplicados a la propia psiquiatría; el abordaje de la “sordidez sociológica” al interior de instituciones amuralladas (en una veta más bien goffmaniana); el estudio de los patrones socioculturales de los patios de crónicos (que venía abordando desde los sesenta); la crítica a la aplicación mecanicista del conductismo (que observó en Putaendo en una experiencia de economía de fichas); las interrelaciones entre psiquiatría y espacio arquitectónico; la crítica de la laborterapia como terapia enajenante; el estudio de los “huecos de poder” en espacios asilares; y el cuestionamiento del estándar “normal” de producción en el trabajo sanitario (Munizaga, 1986). En 1987, abunda en la dimensión “oculta” de las organizaciones psiquiátricas (en un énfasis mertoniano) abordando tanto la formación de nuevas relaciones sociales, como en los registros proporcionados por trabajadores no profesionales en su trato cotidiano con los internos (Munizaga 1987a; 1987b). Ejemplo de esto último es su observación de un reporte

¹⁶³ En 1985 Gladys Corral y Margarita Reusch, presidenta y secretaria del Colegio de Enfermeras, respectivamente, habían escrito una carta al Ministro de la Cortes de Apelaciones José Canovas para agradecerle sus gestiones en la investigación del secuestro y asesinato de José Manuel Parada, Manuel Guerra y Santiago Nattino, así como del asesinato del sindicalista Tucapel Jimenez. En 1986 ambas dirigentes fueron denunciadas y detenidas por injurias a carabineros (Pesutic, 1989).

¹⁶⁴ En otros psiquiatras, figura María L. Cordero entrando a la polémica en defensa de Gomberoff, luego Gomberoff por sí mismo, y luego un largo listado de 68 firmantes, trabajadores del psiquiátrico apoyando a su director (entre ellos Riquelme, Escobar y Dörr, entre otros). El único psiquiatra que respalda a Pesutic en estas epístolas es Eduardo Pérez, junto al poblador del área sur (Pesutic, 1989).

diario de una auxiliar: “Entrego 40 pacientes tranquilos”, que sintetiza la prescindencia de cualquier alusión a la vida real que allí aconteciera (Munizaga, 1987, p. 199).

Estas tres experiencias nos han permitido ahondar en una peculiar y fragmentada mirada bio/psico/social en el custodialismo tardío de El Peral en dictadura. Conductismo, psicofarmacología y psiquiatría administrativa confluyen en este subcampo político que no cesa de brindar nuevas posibilidades de análisis. Los límites políticos de la rehabilitación psicosocial se han manifestado en las estructuras asilares en sus énfasis conductuales y adaptativos sin interrogarse, salvo excepciones, por la subjetividad de los principales actores en esta historia (Martínez, 2009). El modelo de la *comunidad* puede ser también desadaptativo si por comunidad entendemos un fundo anclado en un Chile tradicional mientras el neoliberalismo arrecia los cimientos sociales de la nación¹⁶⁵.

3.4 ¿El fin del asilo?¹⁶⁶

“El viejo mundo se muere
El nuevo tarda en aparecer
En este claroscuro surgen los monstruos”.
Gramsci

El fin de la dictadura estuvo marcado en El Peral por una nueva crisis de hacinamiento producto del terremoto de 1985. El antiguo pabellón 12 donde estaban las oficinas administrativas y las bodegas quedó inutilizable; y el pabellón 10, donde funcionaba el STOK, quedó destruido y, años más tarde, se incendió (Gómez y Villanueva, 2010). Haydée Lopez, médica salubrista y primera directora de El Peral postdictadura, describía la situación:

“Los actuales pabellones de crónicos del Hospital Sanatorio El Peral presentan un hacinamiento extremo y deficientes condiciones de infraestructura como resultado de los daños provocados tanto por el terremoto de 1985, incendio de 1990, reducida o casi nula inversión en la última década, como por la carencia de políticas definidas sobre hospitalización de crónicos” (López, 1993a, p.2).

¹⁶⁵ Martínez (1998, pp. 66-70) apunta las aporías de la *Gemeinschaft* y la *Gesellschaft* (“comunidad” y “sociedad”, respectivamente) a propósito del trabajo de rehabilitación psicosocial que busca artificialmente situar a un rehabilitado en una red densa cuando su red de origen es una red dispersa en áreas urbano-industriales y viceversa.

¹⁶⁶ El título de este apartado ha sido tomado de Klein, Guillemain y Thifault (2018) quienes estudian la experiencia de desinstitucionalización en el ámbito francófono.

La crisis de gestión hospitalaria devino pronto en una crisis de legitimidad interna. No se trataba sólo de falencias de presupuesto y recursos físicos, sino sobre todo de una incipiente denuncia interna sobre las vulneraciones a los derechos humanos de las y los internos que se constataban como un lastre de la condición asilar de la institución. No obstante, el esfuerzo por reformar el asilo se enfrentó nuevamente a una serie de resistencias internas y gremiales, que ante la ausencia de un debate de mayor profundidad sobre un cierre definitivo de las instituciones custodiales, se configuró en una escena local centrada en la supervivencia de esta institución.

La ausencia de un imaginario radical por construir otras prácticas de salud mental en el Chile de los noventa se puede comprender en el contexto del proceso transicional concomitante. Algo similar describe sobre la reforma psiquiátrica en España, Manuel Desviat:

“Hay que tener en cuenta que en España, la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos. Son muchos los que dicen que buena parte de las insuficiencias que tiene la democracia española tiene que ver con la forma posibilista y cautelosa con la que se hizo la transición democrática” (Desviat, 2010, p. 261).

En Chile, este posibilismo transicional se desplegó, también, asegurando la impunidad de los crímenes de lesa humanidad que el presidente Aylwin plasmó en su tristemente célebre frase sobre hacer “justicia en la medida de lo posible” (Aylwin, 1990)¹⁶⁷. Asimismo, el posibilismo se plasmó en una perdurable adaptación de las políticas sociales a las medidas de ajuste estructural impulsadas por el Banco Mundial (Montoya, 2013). Y en la esquina más recóndita de esta (in)justicia transicional yacen invisibilizadas las muertes al interior de los asilos psiquiátricos antes descritas, y la propia noción de vulneración a los derechos humanos al interior de las instituciones de salud es un tema de debate que cada tanto hace noticia a pesar

¹⁶⁷ La primera Comisión de Verdad fue realizada al inicio del gobierno de Aylwin, en la cual se reconocieron las consecuencias de la represión dictatorial y se identificaron a las víctimas de ejecuciones y desapariciones forzadas (Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, 1991). Desde estos primeros actos públicos de reconocimiento de la responsabilidad del Estado en la represión no se incluyó información sobre los perpetradores ni se comprendió el impacto a largo plazo de la violencia política en la sociedad en su conjunto. En el ámbito sanitario, a partir de los primeros hallazgos de fosas comunes se comenzó un programa de reparación en salud dirigido a los familiares de las víctimas denominado Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (en adelante PRAIS) (Morales-Sáez y Espina-Sandoval, 2021). Los primeros equipos PRAIS se localizaron en Iquique, asociado al hallazgo de la fosa de Pisagua, y en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, dado el gran número de víctimas de este territorio.

del silencio gremial. Otro tanto ha ocurrido con la reconfiguración público-privada de la asistencia sanitaria, cuyo ejemplo paradigmático de externalización de servicios es la Clínica Gaete, una “clínica de extensión” del Instituto Horwitz que con financiamiento público del Servicio de Salud Metropolitano Norte mantiene la institucionalización de mujeres en un dispositivo asilar privado¹⁶⁸.

A pesar de un relato múltiples veces reproducido que asume la verticalidad de un mandato *top-down* que se habría difundido en la región desde la Declaración de Caracas de 1990, aquel encuentro se trató de más bien del apoyo de la Organización Panamericana de la Salud a procesos que ya estaban en curso, principalmente en Brasil (a escala federal), y con algunas experiencias locales demostrativas como la de Río Negro en la Argentina (Desviat, 1994). Es ilustrativo del lento avance del reconocimiento de la situación de los derechos humanos de las personas psiquiatrizadas que recién en 1991 se promulgaran en la Asamblea General de las Naciones Unidas (Res. 46/119) los “Principios para la protección de las personas con padecimientos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” (Degener y Koster-Deeser, 1995, pp. 376-391)¹⁶⁹. La década de los noventa será mucho más reconocida por el triunfalismo “neuro” como la “década del cerebro” (Vidal, 2009) que como un clivaje en el reconocimiento de derechos conculcados.

La refundación del Hospital Psiquiátrico en los ochenta como principal centro formador público de la especialidad de psiquiatría (Gomberoff, 1986) lo posicionó hegemónicamente como replicador del imaginario biologista en la arena médica junto a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Igualmente, la impronta biologista y gremial de la psiquiatría ha tenido su principal vocería en la SONEPSYN (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía), y en menor medida en otros órganos vinculados al Hospital Psiquiátrico como la Sociedad Chilena de Salud Mental. El Peral, en cambio, ha tenido períodos acotados como centro formador, por ejemplo, durante el funcionamiento del Servicio de Psicofarmacología, o a inicios de los noventa mientras estuvo Martín Cordero. Este rol periférico respecto de la formación especializada contrasta, sin embargo, con la excepcionalidad de su transformación en postdictadura, siendo la institución psiquiátrica que deshospitalizó más internos en el país:

¹⁶⁸ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017. La Clínica Gaete se ubica en Puente Alto, relativamente próxima al Hospital Psiquiátrico El Peral. Para más información consúltese MINSAL (2014, pp. 56-57).

¹⁶⁹ En el numeral 17 de estos principios se incluye el *Review Body* u “Órgano de Revisión”, cuya función es regular las internaciones involuntarias (Degener y Koster-Deeser, 1995, p. 377).

pasó de tener 605 camas de larga estadía en 1990 a sólo 57 en 2012 (Gómez, 2012, p. 74; MINSAL, 2014, p. 57).

El subcampo asilar postdictatorial en El Peral ilustra las tensiones por transformar el legado manicomial. Desde el sector profesional, con Mauricio Gomez como médico del IRM (Agudos) y el retorno del exilio de Martín Cordero y Andrea Bahamondes, lograron que llegara a la Dirección una reconocida salubrista, Haydée López, quien había sido directora del Hospital Regional de Temuco en los sesenta cuando Martín Cordero llegó al Servicio de Neuropsiquiatría de dicho hospital¹⁷⁰. López replicó en El Peral experiencias previas de presupuestos participativos que había desarrollado como consultora de la OPS y UNICEF, además de una perspectiva de Derechos Humanos (Palestro, 2008). María Angélica recuerda que la nueva directora organizó un consejo con la participación de pacientes, familiares y trabajadores en el que se discutía el presupuesto del hospital¹⁷¹. Cordero trajo a Douglas Bennet quien asesoró esos primeros años (Gómez y Villanueva, 2010, p. 36).

Una de las primeras tareas fue la reorganización de la infraestructura hospitalaria. El Servicio de Psiquiatría de Agudos (IRM) tenía 100 camas que debía responder a los Servicios de Salud Sur, Sur-Oriente en la Región Metropolitana, además de la Región de O'Higgins (llamada VI Región en el proceso de regionalización dictatorial) (López, 1993a). En 1991 se crea la Residencia Médica del Servicio, el que contaba además con una unidad de EEG, y otra de TEC. López señala al respecto que “si bien ha mejorado al introducir la anestesia, ha sido motivo de permanente conflicto por la tendencia histórica en este hospital a sobreutilizar este procedimiento” (López, 1993a, p. 6)¹⁷². Otro aspecto relevante que señala Haydée López es el seguimiento post-alta inadecuado, que lleva a rehospitalizaciones, así como un insuficiente trabajo con las familias (López, 1993a). Un estudio relevante acerca de las representaciones de los familiares respecto de la hospitalización en el Servicio de Agudos fue realizada por dos tesis de psicología de la Universidad ARCIS dirigidos por Cordero, quienes reportaron que

¹⁷⁰ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017. Una breve entrevista a Haydée López se encuentra en Palestro (2008).

¹⁷¹ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

¹⁷² En un memorándum de mayo de 1993 dirigido a Rodolfo Bolzman -Jefe de Agudos-, la Dra. López cuestionaba la labor del médico destinado a TEC, Ricardo Suárez, quien ocupaba horas de Residencia médica para dicho procedimiento y quien había aumentado notoriamente el número de sesiones en dicho tiempo (López, 1993b). El memo finaliza afirmando que: “El Hospital no dispone de personal de enfermería ni de auxiliar y tampoco de otros recursos e insumos para investigaciones de interés personal para los médicos” (López, 1993b).

sólo el 43% de los familiares comprendía el diagnóstico proporcionado, el 50% no comprendía el tratamiento, y el 63% no comprendía el pronóstico informado (Cabello y Rendón, 1993).

Respecto del Servicio de Larga Estadía, del cual se hace cargo Gómez, una de las primeras medidas fue suspender el ingreso de “nuevos casos de enfermos crónicos”. A la par, una línea regulatoria definida por el Ministerio de Salud señalaba respecto de la reestructuración de la atención psiquiátrica que no se edificarían nuevos hospitales psiquiátricos en el país (Gómez, 2012). A pesar de que no se habían concretado aún grandes transformaciones, en 1992 hubo un quiebre en el equipo por la elevada resistencia interna al discurso reformista, lo que provocó la renuncia de Martín Cordero, Andrea Bahamondes, Álvaro Barrera y Héctor Duque¹⁷³. A consecuencia de esto se dejaron de recibir becados de la Universidad de Chile¹⁷⁴.

Un testimonio externo a la institución proviene de Tom Harrison, psiquiatra inglés que realizó un *teaching fellow* patrocinado por la farmacéutica Lundbeck en 1991. Harrison (1991) relataba su “first direct experience of severe human deprivation”, y se describía a sí mismo abatido tras la indiferencia de un gobierno y una sociedad “relativamente civilizados”. Sobre el Pabellón 8, la unidad de niños con discapacidades intelectuales y trastornos del desarrollo, presentaba cómo se empleaban medidas de restricción física tales como celdas y vendajes de fijación a pilares, ilustradas en las fotografías de la publicación (Harrison y Espejo, 1993). Asimismo, nuevamente imágenes de incontinencia fecal retrataban el manicomio. El psiquiatra se frustraba ante el escaso impacto para generar cambios que tenían las charlas para los profesionales, ofrecidas en el marco de su estancia, y proponía un plan a mediano plazo de intercambios recíprocos. La sombra del *gatismo* nuevamente emergía como trans-figuración inefable. Pero esta vez sí se daban algunas condiciones para la reforma de la vida asilar.

Se edificó hacia 1992 un nuevo pabellón en el que fueron reubicados personas “con retraso mental” y “postrados” del Pabellón 9 (López, 1993a, p. 7). La reubicación de las personas con “retardo mental”, los niños de la dictadura, permitió el trabajo de Educación Diferencial y se comenzaron a observar “claros progresos conductuales” (López, 1993a, p. 7). A su vez, al

¹⁷³ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017. En 1991 se realizaron en el hospital las “Jornadas de Alternativas a la Hospitalización en Psiquiatría” en conjunto con el Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile, en las cuales participaron Juan Marconi, Mario Vidal, Rubén Alvarado, y Alejandro Gómez, entre otros (Folleto Jornadas en Serie Varios Fotografía, Subfondo Fotografías, Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral).

¹⁷⁴ Entrevista a Isabel A. Enfermera, HPEP, abril 2017.

existir más espacio, se pudo refaccionar los pabellones 5 y 6 que fueron destinados para personas “autovalentes”, aquellas que preferentemente trabajaban fuera del hospital, y se les dotó de cocina y comedor propios¹⁷⁵. De ahí egresaron varias personas al hogar protegido creado en 1994 con financiamiento del propio hospital (Gómez, 2012, p. 75).

La situación familiar de los “crónicos” fue abordada por el Departamento de Servicio Social en 1992 (López, 1993a) (Tabla 6).

Tabla 6. Situación familiar según Pabellón de Residencia

Pabellón	Con familiares				Abandonados sin familia		Total
	Responsables		No responsables		Nº	%	
Pabellón	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
5 (Mujeres)	10	8.3	70	58.3	40	33.3	120
6	11	9	55	45.5	55	45.5	121
7	7	4.8	96	65.7	43	29.4	146
8 (Niños y adolescentes)	14	32.5	20	46.5	9	20.9	43
9	4	4.3	61	65.6	28	30.1	93
10	5	10.8	20	43.5	21	45.6	43
Total	51	8.9	322	56.6	196	34.4	569

Fuente: López (1993a).

Respecto de los lugares de origen un 14,1% provenía del SSM Sur y un 12,5% del SSM Sur-Oriente; otro 23,4% provenía de otras áreas de la Región Metropolitana y un 20% de otras regiones; y un 29.7% no tenía domicilio registrado (López, 1993a).

Haydée López se retira en 1993 y es nombrado director Claudio Fuentealba. Gómez asume, entonces, la subdirección médica. El egreso de personas con condiciones médicas (postrados de origen neurológico) es paulatino hacia diversos dispositivos residenciales. Hacia 1996 se registran en la Larga Estadía 502 personas (Gómez, 2012, p.75)¹⁷⁶. Ese mismo año se marca un hito relevante del impulso contrarreformista: los 4 directores de los hospitales psiquiátricos

¹⁷⁵ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017.

¹⁷⁶ Respecto del Servicio de Agudos, se contaba con 95 camas: 79 de psiquiatría y 16 de adicciones (Gómez, 2012, p. 74).

se reúnen por primera vez en Putaendo. El contexto era de cierto estancamiento, si bien existía una “Política y Plan Nacional de Salud Mental” desde 1993 (MINSAL, 1993), no existía una orientación clara respecto el destino de las instituciones asilares y tampoco se habían elaborado de forma sistemática alternativas a la hospitalización. Tal vez la única señal clara al respecto fue la creación progresiva de servicios de psiquiatría en Hospitales Generales, junto al reforzamiento de los existentes¹⁷⁷. Respecto de los Centros Comunitarios de Salud Mental en dicha época casi siempre excluían a las personas con diagnóstico de psicosis (Gómez, 2005, p. 290).

A partir del primer encuentro se emite la “Declaración de Putaendo”¹⁷⁸, y se propone realizar un estudio de los cuatro hospitales que resultó en el documento llamado “Diagnóstico Hospitales Psiquiátricos Chilenos” de 1997. Este documento inédito aporta información relevante, aunque algunas cifras no cuadran, en particular las referidas al Instituto Psiquiátrico, que excluye del diagnóstico de las camas de larga estadía a la Clínica Gaete (N=303) al incluirla dentro del “dispositivo comunitario” (Boisier, 1997). A pesar de esto, si tomamos como válidas las cifras reportadas el panorama de 1997 se resumiría de la siguiente forma:

- Total de Camas psiquiátricas en Chile: 2.288
- Total de Camas Hospitales Psiquiátricos: 1.881 (82% del total)
- Total de Camas de Larga estadía: 1.314¹⁷⁹ (70% de camas de Hospitales Psiquiátricos y 57% del total de Camas psiquiátricas)
- Promedio de años internación en Larga estadía: 17,8 años¹⁸⁰
- Usuarios en condiciones de externalización en Larga estadía prolongada: 974 (de 1.255) (78%)

¹⁷⁷ En 1993 se crearon 18 camas de urgencia psiquiátrica en el Hospital Barros Luco (Gómez, y Villanueva, 2010, p. 38).

¹⁷⁸ La Declaración reivindica el rol de los hospitales psiquiátricos (subrayan las 1500 camas que ocupan el mismo número de personas “institucionalizadas”); apunta que la controversia respecto de dicho rol es “propia de ideologismos psiquiátricos polarizados de los años 60” (nótese el mismo argumento de Dörr y Mundt en 2015); y concluye, entre otros puntos, que se debe elaborar un “plan de desarrollo en cada hospital psiquiátrico, defendiendo la especificidad y complejidad de sus funciones”, mencionando entre ellas la “atención clínica psiquiátrica de alta complejidad” (*sic*), la “atención de urgencias psiquiátricas”, la “formación de pre y postgrado de diversos profesionales de la salud”, el “desarrollo de la psiquiatría forense”, e inclusive las “actividades de promoción y prevención primaria y de salud mental” (Morlans, Boisier, Acevedo, *et al.*, 1997).

¹⁷⁹ La distribución de camas de Larga estadía corresponde a Horwitz 250; El Peral a 496; “El Salvador” de Valparaíso a 40; y “Philippe Pinel” de Putaendo a 528 (Boisier, 1997).

¹⁸⁰ La distribución de años de promedio de años de internación corresponde a Horwitz 20,5; El Peral, 21,3; “El Salvador” de Valparaíso, 12; y “Philippe Pinel” de Putaendo, 17,55 (Boisier, 1997).

- Usuarios sin condiciones de externalización en Larga estadía prolongada: 281 (de 1.255) (22%)¹⁸¹.

La pregunta clave para Gómez al comentar este documento era ¿qué se estaba ofreciendo a ese 22% de la población asilar? Para El Peral la cifra ascendía a un 29% (N=136, de 473). Y el modelo fue similar a la Unidad de Autovalentes: romper con las medidas coercitivas y de manejo “masivo” de los internos. Otro insumo relevante fue un diagnóstico participativo realizado en 1998 de internos con red social quienes reportaron: “falta de libertad”, “experiencias de maltrato físico y verbal”, “estigmatización”, “falta de personal”, “pérdida de lazos afectivos”, “problemas generados por la convivencia con gran cantidad de personas con hábitos, valores y costumbres diferentes” (Gómez, 2005, p. 288).

En 1998 se formula el Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico El Peral, centrado en la “atención integral a personas con trastornos psiquiátricos de alta complejidad”, la “rehabilitación psicosocial orientada a la reinserción comunitaria”, y la “participación de la comunidad [...], ONGs y otros sectores del estado” (Gómez, 2005, p. 288). Hacia fines de los noventa existió un apoyo de Francisco Torres de la Universidad de Granada que motivó varias experiencias de intercambio¹⁸². Respecto del primer eje hacia 2001 ya se habían logrado implementar Unidades de Mediana Estadía para personas con diagnósticos de trastornos del desarrollo (1 unidad) y psicosis (dos subunidades) (Gómez, 2005, p. 292). Gomez destaca la gestión de Ximena Peñailillo en ese proceso de reconversión, que no estuvo exento de resistencias del personal auxiliar “por el aumento de carga de trabajo” a pesar de tratar con menor cantidad de internos¹⁸³. Como ocurría en la mayor parte de las instituciones, una vez que los profesionales se retiraban de la jornada diurna, “el peso de la noche” asilar regresaba con contenciones mecánicas y rutinas de manejo masivo.

¿Cuál fue entonces el motor del proceso de cambio? Para Gómez se trataba de un “motor interno”, en el sentido que sólo desde el interior de la institución era posible impulsar una reforma significativa¹⁸⁴. Si bien la meta era ambiciosa -cerrar el hospital desde dentro-, los pasos que se dieron fueron transformando progresivamente el paisaje asilar local. Parte del

¹⁸¹ La distribución de usuarios “no externalizables” corresponde a Horwitz 124; El Peral, 136; “El Salvador” de Valparaíso, 11; y “Philippe Pinel” de Putaendo, 10 (Boisier, 1997).

¹⁸² Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017.

¹⁸³ Ibidem.

¹⁸⁴ Ibidem.

éxito de ese tiempo fue asegurar el financiamiento estable de la institución, aumentando la capacidad de trabajo y diversificando los servicios. Los debates entre ajustes “psicosociales” sin tocar las instituciones psiquiátricas y la apuesta por una “psiquiatría comunitaria” tensionaron la escena de los noventa (Sepúlveda, 1998). La economía neoliberal había ido permeando el aparataje burocrático sanitario sin proveer los servicios sociales que en el campo de la salud, y en particular en el de la salud mental, constituyen un piso mínimo para sostener la vida. El neocomunitarismo vio florecer planes y dispositivos, que configuran nuestro próximo capítulo (y subcampo). La experiencia de El Peral servirá de puente, y este se inicia con una radio, la “Estación del Paraíso”, un micromundo radiofónico abierto a los extramuros.

4. El espejismo del neocomunitarismo

4.1 *Una radio extraviada*

“Era un pobre diablo que siempre venía cerca de un gran pueblo donde yo vivía; joven rubio y flaco, sucio y mal vestido, siempre cabizbajo... ¡Tal vez un perdido! Un día de invierno lo encontraron muerto dentro de un arroyo próximo a mi huerto, varios cazadores que con sus lebreles cantando marchaban... Entre sus papeles no encontraron nada... los jueces de turno hicieron preguntas al guardián nocturno: éste no sabía nada del extinto; ni el vecino Pérez, ni el vecino Pinto. Una chica dijo que sería un loco o algún vagabundo que comía poco, y un chusco que oía las conversaciones se tentó de risa... ¡Vaya unos simplones! Una paletada le echó el panteonero; luego lió un cigarro; se caló el sombrero y emprendió la vuelta... Tras la paletada, nadie dijo nada, nadie dijo nada...”
Carlos Pezoa Véliz (1912, p. 79), *Nada*.

El Open Door no cerró, pero cambios relevantes ocurrieron con el cambio de siglo. En ese contexto emerge un taller de radio que fue el origen de la *Radio Estación del Paraíso* a partir de 1999. Los primeros años de esta experiencia al interior del hospital fueron filmados en el documental de Francisco de 2001 *La furia de los caballos sin patas*, donde encontramos las voces de internos e internas que muestran una escena asilar en transformación. En las primeras escenas observamos cómo paulatinamente se van apropiando del espacio, instalando los primeros equipos de radio. Los propios miembros del taller de rehabilitación psicosocial que había dado origen a la experiencia habían nombrado de forma democrática tanto a la radio, y lo propio ocurrió con el título del largometraje que los documentaba¹⁸⁵. Las autoridades casi no se muestran en el documental, salvo en actos públicos como en la inauguración oficial de la radio donde vemos a Gómez y a Minoletti. Los primeros programas nos muestran una estructura de taller con un rol más acentuado de los profesionales, pero a medida que las

¹⁸⁵ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

internas y los internos cobran protagonismo en la gestión de los programas, los profesionales se van alejando del plano principal. La estructura asilar aparece a retazos, principalmente las viejas dependencias del Pabellón 12, donde la radio comenzó a operar¹⁸⁶. Para Paolo Miranda (2010, p. 18), al inicio de su práctica profesional, “los pacientes, como un reflejo de los profesionales y funcionarios que ahí trabajaban exhibían un aire de soledad y tristeza”. Para Rubén Nilo, la impresión inicial estuvo dada por las condiciones de miseria que aún se observaban en las personas institucionalizadas, así como en ciertos espacios físicos. Pero, al mismo tiempo, El Peral era relevante por formar parte del “área de demostración nacional” del proceso de reforma psiquiátrica, en curso desde el Área Sur de Santiago, y en línea con el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado ese mismo año, impulsaba el Plan Estratégico de la institución reseñado en el capítulo anterior (Gómez y Villanueva, 2010, p. 41). Al respecto, Gómez señala un rol activo del propio equipo de El Peral en el mencionado Plan Nacional, proponiendo la incorporación de un apartado sobre intersectorialidad que no estaba en el borrador¹⁸⁷.

La intersectorialidad podría ser comprendida como una estrategia que desborda el ámbito estrictamente sanitario para tejer redes con otros actores estatales y ciudadanos. En el campo de la salud mental la intersectorialidad implica abordajes en ámbitos fundamentales para la “vida en comunidad” tales como la vivienda, el trabajo, la educación, y el espacio público, entre otros. Como veremos en este capítulo, se trata de unas condiciones de posibilidad que la transición chilena no aseguró, y que dan cuenta de la perspectiva predominantemente médica que adoptó tanto la deshospitalización, como el cambio de modelo en el cual “lo comunitario” fue subalternizado por “lo clínico” (Madariaga, 2005, pp. 52-53). Esta subalternización de la práctica comunitaria devendrá una constante en los espacios institucionales observados.

La radio *Estación del Paraíso* transitó desde un hospital psiquiátrico (1999-2002) a un hospital general (2002-2003), y de ahí a una radio comunitaria (2003-2006). La historia de esta

¹⁸⁶ El taller fue iniciado por una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, junto a dos psicólogos en práctica que luego, como ya graduados, acompañarían la experiencia de la radio en su trayectoria de deshospitalización. Se trata de Rubén Nilo, uno de nuestros informantes, y Paolo Miranda.

¹⁸⁷ Entrevista a Mauricio Gómez, exdirector del HPEP (2000-2010), febrero 2017. En noviembre de 1999, se realiza en el EL Peral el “Segundo Encuentro de Psiquiatría Comunitaria” con el subtítulo de “Rol de los Sectores del Estado en la Salud Mental y Psiquiatría”. En el encuentro presentaron: Débora Jadzinsky sobre la experiencia de Río Negro; Irma Rojas, enfermera del SSMS, sobre el Plan de Desarrollo de la Red de Salud Metal Sur; Alberto Minoletti, del MINSAL, sobre la intersectorialidad en el Plan de Salud Mental; y Manuel Pereira, de la Comisión Nacional del Adulto Mayor.

desinstitucionalización radiofónica es también la historia de la “rehabilitación psicosocial” en un escenario de precariedad económica y fragilidad de lazos sociales. La crisis del custodialismo reeditaba, entonces, viejas preguntas: ¿era posible rehabilitar a alguien desde el espacio asilar?, o como decía Ey, citado por Basaglia respecto del objeto de la psiquiatría: “ya no es el paciente que asusta, sino el enfermo que tiene miedo” (Basaglia, 1981, p. 253). Y también, ¿cómo acompañar a los ex-internos en los espacios postasilares? Pezoa Véliz replica, desde el epígrafe, con el trágico destino anónimo de los errantes.

La dicotomía entre reconvertir y cerrar el hospital generó controversias y debates. La dirección de Gómez apostaba por una transformación interna que condujera a un cierre, a contracorriente de los otros tres hospitales psiquiátricos¹⁸⁸. Junto a él estaban algunos profesionales jóvenes y el apoyo técnico del Servicio de Salud Metropolitano Sur que en las reuniones clínicas se enfrentaban con otros psiquiatras que se oponían al proceso. Rubén recuerda que un psiquiatra joven les replicó que

“estas personas iban a quedar desprotegidas, de que era peor lo que les esperaba en el mundo de afuera que el lugar que tenían ahí en El Peral. Y esto tenía cierto sentido, porque el mundo de afuera podía ser peor para ellos, la gran mayoría eran personas que estaban abandonadas”¹⁸⁹.

La retórica del abandono de la responsabilidad estatal tras el cierre de los asilos era un argumento común al gremio médico (Scull, 1985, p. 546). Dörr apuntaba falazmente que “los insanos que están en la calle también están ligados a un aumento de la criminalidad” y, con resabios eugenistas, agregaba que “se trata de gente muy agresiva, dentro de la cual se incluye la cantidad de niños salvados por la pediatría con daños cerebrales, los oligofrénicos -faltos de espíritu-, que constituyen la segunda causa de internación” (Molina, 1993). La cuestión de la criminalidad, desde la “teoría hidráulica” de Penrose (1939) que establecía una correlación inversa entre poblaciones asilares y penitenciarias, se ha señalado como una consecuencia de la desinstitucionalización de personas diagnosticadas con trastornos mentales (Mossman,

¹⁸⁸ En 1993, en un reportaje de *El Mercurio*, se presentaba el reclamo del Instituto Psiquiátrico Dr Horwitz, en voz de Otto Dörr quien reclamaba más recursos ante los problemas de infraestructura del hospital, así como contra las políticas de desinstitucionalización, calificándola como una “ilusión, porque hay un porcentaje de que no tiene ninguna posibilidad de reintegrarse” (Molina, 1993). Desde el Ministerio de Salud, Alfredo Pemjean exponía el plan de redistribuir los recursos a dispositivos ambulatorios como los Centros de Referencia en Salud (CRS) y fortalecer equipos de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Sobre el destino del Instituto, proponía que se dedicara sólo a actividades docentes y de investigación (Molina, 1993).

¹⁸⁹ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

1997). Adrian Mundt en un estudio sobre esta correlación en América Latina (Mundt, Chow, Arduino, *et al.*, 2015) ha mostrado estadísticas que podrían dar pie a un debate, aunque como señalan Winkler, Barrett, McCrone, *et al.* (2016), este tipo de estudios ecológicos han mostrado sólo una parte de la población desinstitucionalizada¹⁹⁰. A pesar de estos sesgos, Dörr y Mundt (2015) insisten en una tribuna editorial del 2015 en cuestionar la desinstitucionalización aduciendo nuevamente falta de capacidad de respuesta en las urgencias psiquiátricas y disponibilidad de camas. Esta tendencia, compartida por Sisti, Segal y Emanuel (2015), promueve “traer de vuelta el asilo” con una fuerte carga de ahistoricidad y es parte de la tendencia secular al custodialismo, a pesar de que las políticas globales tienden a la ampliación de la respuesta en hospitales generales y dispositivos comunitarios por sobre las instituciones asilares y residenciales de larga estadía (Salisbury y Thornicroft, 2016).

Regresando a El Peral, además de la radio no había muchas otras alternativas de participación en el proceso de reforma interna. María Angélica recuerda la instalación de una lavandería, para uso de los internos que funcionó con el apoyo de una terapeuta ocupacional¹⁹¹. Rubén señala un espacio para reuniones, donde se celebran cumpleaños y otras celebraciones¹⁹². Con todo, eran pocos los espacios de autonomía en el asilo, y el contraste con la participación en la radio emergía:

“Había una política de puertas abiertas, había interés en que esas cosas ocurrieran, muchos voluntariados, pero no recuerdo de ninguna instancia en la que sí hubiera un trabajo orientado hacia la autonomía, no recuerdo una práctica de ese tipo. El tema del asistencialismo, estaba grabado en los pacientes, el infantilismo, las relaciones de autoridad, y el servilismo. Cuando llegaba gente de fuera era el tema de ir a pedir, ese tipo de relaciones estaba muy instalado y eran muy pocos los que lograban salir de eso. No recuerdo otras instancias para salir de eso. Se empezaron a realizar sesiones psicoeducación a pacientes y familiares en la Mediana Estadía, probablemente tenían que ver con un fomento de autonomía, pero ninguna como una experiencia comunitaria o colectiva, que era la experiencia del mismo grupo que se juntaba dos veces por semana, durante dos años y que de alguna forma tenía que ver con el sentido de pertenencia. Había un sentido de pertenencia, desde que nos mandábamos a hacer credenciales con la foto y el nombre de cada uno, con el nombre y el logo de la radio. Eso hacía que no

¹⁹⁰ Los autores apuntan que “diferencias en la duración de la hospitalización, distribución por sexo, lugar y medio de alta, disponibilidad de servicios comunitarios y el año del alta fueron detectadas en los estudios incluidos y dificultan las comparaciones directas” (Winkler, Barrett, McCrone, *et al.*, 2016, p. 425).

¹⁹¹ Entrevista a María Angélica C, secretaria de Dirección, HPEP, abril 2017.

¹⁹² Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

hubiera ninguna experiencia como esta en ese sentido. La autovalencia, como se decía, “es capaz de comer solo”, “es capaz de ir al cine solo”.

[Entrevistador] El tema de las habilidades.

Ese modelo, ese era el foco. Como había una presencia importante de terapia ocupacional en el hospital, el foco era trabajar ese tipo de cosas, la autovalencia, pensando en el egreso. La autovalencia es ‘vaya y haga Ud. esta cosa’. Que es todo lo contrario de la autonomía, que es preguntarle al otro ‘¿ud. quiere hacer algo? ¿o no quiere hacer nada?’. Más bien era otro modelo el que prevalecía y que era muy funcional a la rehabilitación psicosocial, que tampoco se les preguntaba si querían rehabilitarse. A la base de ese concepto estaba la idea de que ellos podían ser “rehabilitados”, para que pudieran salir a “funcionar”, estaba también esta idea de lo funcional. Tenía que ver con funciones, el modelo de ocupación humana. Distinto a lo que nosotros hacemos que tenía que ver con pedirles que fueran ellos los que se tomaran el micrófono, de lo que querían hablar, nosotros dábamos cierta estructura, pero nosotros no aparecíamos jamás en el programa, jamás se nos ocurrió agarrar el micrófono para dar nuestra opinión como profesionales. No era relevante eso, lo que le interesaba a la gente que escuchaba el programa no era escuchar a un psicólogo acerca de la antipsiquiatría, sino que tenía que ver con escuchar hablar a un loco que lleva 25 años en un manicomio, y la gente lo escuchaba y decía ‘parece que no estaban tan locos’, ‘qué importante lo que dice’. Ese era el tipo de cuestiones que generaban en las personas que los escuchaban y, más importante aún, lo que generaba en ellos, escucharse en una radio o que alguien de afuera los escuchara, lo recibiera. Eso para ellos era abrirles una ventana que en el fondo era alucinante, era protagonismo de verdad. Algo que decir que a otro le importa escuchar. Creo que por eso funcionaba muy bien, creo que por eso teníamos un grupo estable y que se comprometían con el proyecto, y participaban. La radio estaba abierta a cualquier persona que llegara”¹⁹³.

La brecha que se abría entre el modelo rehabilitador y el modelo de participación colectiva auguraba los rumbos de la radio que paulatinamente se iría desmarcando del ámbito clínico. El modelo rehabilitador, propio a las ciencias de la ocupación y del comportamiento, padecía del individualismo metodológico y estratégico que se acoplaba estructuralmente a la búsqueda de resultados (egresos, reconversión de camas, etc), atribuyendo los fallos en el proceso al estigma. Tendría que pasar una década y un lustro para que en Chile se planteara el problema del cuerdismo como aquella forma de discriminación específica desde el movimiento en primera persona en salud mental¹⁹⁴. Si bien el término había sido acuñado en inglés como

¹⁹³ Ibidem.

¹⁹⁴ Véase el próximo capítulo.

mentalism por Judi Chamberlin ya desde 1975, apuntando a una forma específica de opresión resultado de las “prácticas psiquiátricas deshumanizantes” (Chamberlin, 1975, p. 44), el foco de la crítica reformista prevalecía en la institucionalización centrada en el manicomio, y no en la psiquiatría misma. La brecha abierta por la participación en la radio movilizaba otra forma de subjetividad, no ya la de “paciente” sino una más centrada en aquello que Martín Correa-Urquiza describe al señalar a la radio -en particular *Radio Nikosia* de Barcelona- en una nueva geografía normalizada (en el sentido de cotidiana) como una plaza pública, y también una plaza *íntima* (Correa-Urquiza, 2010). El ejercicio de la plaza pública fue justamente un momento registrado en la *Furia de los caballos sin patas*, cuando se representó teatralmente ante el hospital el debate presidencial Lagos-Lavín a fines de 1999 (Schultz, 2001). La contingencia electoral rompía la temporalidad asilar, tras la gestión de la dirección de Gómez de inscribir en los registros electorales a quienes antes habían estado excluidos de este derecho de voto. En otras palabras, un ejercicio de imaginación política que redundaba en una práctica de ciudadanía.

El programa de radio era también un espacio para hablar de vulneraciones y coerciones cotidianas en el espacio asilar: electroshock¹⁹⁵, contenciones mecánicas, relaciones sexuales a cambio de cigarrillos y otras formas de abuso sexual, incluyendo abuso de funcionarios, varios denunciados¹⁹⁶. Uno de los temas más recurrentes era el abandono social: varios pedían en el programa que los fueran a visitar, algunos familiares eran también “familiares putativos” de otros a quienes nadie visitaba. El suicidio, también, aparece retratado en el documental de Schultz: un hombre joven que participaba de la radio aparece un día ahorcado en la portería, y algunas comentan que los médicos no comprendían lo que le pasaba, se sentía profundamente solo. Rubén describe que fue testigo de suicidios tanto al interior del hospital como en personas que ya vivían en hogares protegidos¹⁹⁷.

En ocasiones el proceso de egreso era reversible. Un participante de la radio a quien llamaremos Freddy había ingresado en 1992, por alcoholismo, y trabajaba en el mismo hospital a cargo de la central telefónica. En la ola de egresos, él también fue a vivir a un hogar protegido en la

¹⁹⁵ En un microprograma, reproducido en el documental citado, uno de los participantes realiza una descripción técnica y aséptica del procedimiento, dando cuenta de una valoración positiva global (se trataba de una sesión de TEC modificada). Para Rubén, entre los participantes de la radio había opiniones a favor y en contra sobre este asunto (Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017).

¹⁹⁶ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

¹⁹⁷ Ibidem.

comuna de El Bosque, pero no se adaptó: “las casas eran muy chicas”, “éramos unos seis hombres”¹⁹⁸. Rubén recuerda que Freddy era uno de los más activos de la radio y estaba confundido en ese tiempo, por una parte “se le acababa el mundo”, y por otra dejaría de estar encerrado. En la disyuntiva, Freddy recae en el alcohol mientras estaba en el hogar y Rubén lo va a buscar varias veces para traerlo al hospital y finalmente es reingresado¹⁹⁹. Nunca dejó de ir a la radio mientras los programas se hacían en el hospital, pero una vez que la radio se trasladó al Barros Luco, Freddy quedó resentido: el hospital “quedó vacío”²⁰⁰, nos cuenta en el 2017. Freddy experimentaba el mismo vacío que Basaglia explicaba con la fábula de la serpiente (Amarante, 1996)²⁰¹, la cual representaba el efecto de la institución sobre el individuo. Para Rubén en el proceso de desinstitucionalización:

“Había distintas realidades, distintas perspectivas, otros estaban muy contentos, algunos iban a vivir a hogares protegidos, otros iban a vivir con su familia de vuelta, lo cual era otro desafío también. Era un proceso contradictorio que vivimos muy de cerca porque todos los integrantes empezaron a ser egresados y eso hizo que nosotros estuviésemos de acuerdo en que el próximo paso de la radio tenía que ser darnos de alta. O sea, egresarnos nosotros mismos del hospital y mudarnos al Barros Luco, que era donde toda esta gente se iba a empezar a atender ambulatoriamente en el Servicio de Psiquiatría. Y eso hicimos con el costo que eso implicó para el proyecto”²⁰².

La apuesta fue apoyar el cierre del asilo, y seguir el curso de los ex-internos en la vida post-asilar. Es este gesto el que convierte a la historia de esta radio en una experiencia notable, a diferencia de diversos otros proyectos de radio que se han adaptado a la lógica de la rehabilitación psicosocial. No era un taller a ser “ocupado”, sino un grupo humano que salía a los extramuros y se llevaba la radio consigo. En el 2002 la Radio *Estación del Paraíso* deja el ex Open Door, para alojar en otra dependencia precaria, un galpón del sector de Abastecimiento del Hospital Barros Luco en la comuna de San Miguel.

¹⁹⁸ Entrevista a Freddy, interno, HPEP, abril 2017.

¹⁹⁹ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

²⁰⁰ Entrevista a Freddy, interno, HPEP, abril 2017.

²⁰¹ «Durante todo el tiempo en que la serpiente había mantenido sobre él un dominio absoluto, el hombre se había acostumbrado a someter por completo su voluntad, deseos e impulsos a la voluntad, deseos e impulsos de la serpiente, y por ello había perdido la facultad de desear, querer y actuar con autonomía... En vez de la libertad, sólo hallaba el vacío..., pero con la partida de la serpiente perdió su nueva esencia, adquirida durante su cautividad» (Basaglia, 1968 [1970], pp. 168-169).

²⁰² Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

El mismo año, en el mes de septiembre, se cierra el Pabellón 7, y se consolidan los equipos de Mediana Estadía (Gómez, 2005, p. 297). El cierre del Pabellón de hombres N° 7, aquel edificio de dos pisos en el que se encerraba en salas de aislamiento a los “agitados” y donde los métodos coercitivos eran el pan de cada día, marca un hito en el proceso de reconversión hospitalaria. En las figuras 8 y 9 se aprecia una sala del pabellón, antes y después del cierre.

Fig. 8



Pabellón 7, Mauricio Gómez, circa 2001.

Fig. 9



Pabellón 7, Nicolás Morales, 2017.

El director del Servicio de Salud de aquella época, Osvaldo Salgado decía en *La Nación* “la sociedad debería pedirles perdón por lo que aquí vivieron” (La Nación, 2002). En la misma nota, un antiguo funcionario que ponía fin a 39 años de servicio en el Pabellón cuenta su

historia: “Vine a reemplazar a mi padre en este lugar y me quedé todos estos años. Llegué cuando aquí había 512 pacientes y 42 funcionarios” (La Nación, 2002).

Por el 2000, Rubén supo de la experiencia de *La Colifata*²⁰³, tomaron contacto con ellos y Alfredo Olivera visitó El Peral. Una influencia que reconoce Rubén fue comenzar a editar las grabaciones y generar microprogramas que se podían lanzar al aire²⁰⁴. A diferencia de la radio *Estación del Paraíso*, en *La Colifata*, así como en el Frente de Artistas del Borda, no estaban por el cierre del hospital (ni la deshospitalización), sino por su reforma interna²⁰⁵. Estas diferencias nos permiten abordar tres categorías que confluyen en los procesos de reforma psiquiátrica: desinstitucionalización, deshospitalización y desmanicomialización. En Argentina, el proceso de desmanicomialización ha enfrentado la resistencia corporativa del gremio médico desde las primeras experiencias de reconversión de instituciones psiquiátricas “monovalentes” provinciales en Río Negro y Sante Fé (Faraone, Valero, Bianchi, et al., 2009; Guirado y Gil, 2021). De este modo, conviven experiencias de desinstitucionalización asociadas al cierre de instituciones psiquiátricas asilares (Río Negro es el ejemplo paradigmático), con experiencias de “resistencia” al interior de instituciones psiquiátricas como es el caso de El Borda. El encuadre ético-político de estas experiencias, representa para Silvia Faraone, la “promoción de modelos de abordaje alternativos al orden psiquiátrico hegemónico, centrándose en el trabajo comunitario y en la defensa por los derechos a la salud y a la libertad” (Faraone, 1993, p. 4). La desmanicomialización, en este sentido, así como la *luta antimanicomial* brasileña, dan cuenta de una historia común de los movimientos de defensa por los derechos humanos de las postdictaduras que entroncan con reivindicaciones específicas del campo sanitario (Stolkiner, 2005; Amarante, Oliveira, Torre, et al., 2016)²⁰⁶. El término

²⁰³ LT22 *Radio La Colifata* comienza también al interior de un hospital psiquiátrico, el hoy denominado Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, en Buenos Aires en 1991. A pesar de ser presentada como la primera radio en emitir desde un hospital psiquiátrico, la primera “radio loca” fue en realidad la *Rádio Tam Tam*, creada en 1989, en el proceso de cierre del hospicio Casa de Saúde Anchieta, en Santos, en el Estado de São Paulo, y que transmitiría hasta 1996 (Streppel y Palombini, 2011, p. 503; Ballesteros y Makowski, 2021, p. 111).

²⁰⁴ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

²⁰⁵ *Ibidem*.

²⁰⁶ En América Latina, en los ochenta un espacio de participación relevante en esta articulación entre Derechos Humanos y Salud Mental fueron los Encuentros de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría: el primero en Cuernavaca en 1981 (Marcos, 1983); el segundo en Belo Horizonte en 1983; y el tercero en Buenos Aires en 1986 (COLAT, 1987) (Ver Figura 10). En este siglo, fueron los doce Congresos Internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos organizados por la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo en Argentina entre 2002 y 2013. Para las actas del primer congreso, véase Kazi (2004).

desinstitucionalización, por otra parte, es más ambiguo considerando que en ocasiones es usado como sinónimo de deshospitalización²⁰⁷ (Saraceno, 1990). El motivo de esta metonimia es que, si bien la deshospitalización es el hecho concreto y crítico en el proceso de clausura asilar, el significado de la desinstitucionalización implica la emergencia de otro proceso paralelo, instituyente y anclado en el territorio que acoga a los “externados” (Venturini, 2005; De Leonardis y Emmenegger, 2011, p. 36). Esta es tal vez la clave para comprender la democratización de la psiquiatría en la experiencia de Trieste (Rotelli, 2014). De acuerdo a Venturini, la deshospitalización sería el grado cero del proceso de desinstitucionalización; el primer paso, la “rehabilitación psicosocial”, luego “su inclusión social”; y el tercer paso del proceso, una transformación de las representaciones sociales y culturales (Bonini, 2005, p. 149).

Fig. 10



Fuente: COLAT (1987)

²⁰⁷ Parte de este imaginario de deshospitalización fallida ha sido reportado por Gerald Grob al dar cuenta de la experiencia estadounidense luego de la *Community Mental Health Act* de 1963: tras el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos, las personas dadas de alta no fueron atendidas en los *Community Mental Health Centers*, ya que no hubo un proceso coordinado de seguimiento y los perfiles de pacientes se diversificaron de acuerdo a las diversas administraciones locales atendiendo a personas con problemas de salud mental menos graves (Grob, 2005, p. 150). Olivera, a su vez, interpreta la deshospitalización como un “abandono por parte del Estado de sus obligaciones de brindar servicios en salud”, y opone la desmanicomialización como “desandar la construcción manicomial que cada uno aloja en sus mentes y sentires. ESTIGMA” (Olivera, 2005).

La articulación de los componentes destituyentes (asilares) e instituyentes (comunitarios) ha sido compleja como la experiencia chilena también muestra. En la etapa asilar de la radio también comenzaron a realizar muchos programas de forma itinerante, en los mismos hogares donde iban instalándose los participantes (el principal era el ubicado en la Gran Avenida, en la comuna de El Bosque) o en otras actividades al aire libre (en la Plaza de Armas o en poblaciones)²⁰⁸.

“Y en esos programas participaban pacientes de los hogares que nunca habían estado en la radio y en ese juego también tuvimos una participación... conocimos varios hogares. Lo que nos impresionó al principio que eran lugares muy dignos, desde la infraestructura, eran casas como una persona de clase media, bien conservada, en un barrio relativamente bueno, San Miguel, La Cisterna, El Bosque, casas grandes, limpias, eso nos impresionó, y bueno, con el tiempo fuimos perdiendo contacto con los hogares. Después teníamos la intuición de que no había mucha actividad dentro de los hogares, dentro de lo que nos contaban los pacientes. La radio siguió siendo un espacio importante, porque el hogar no absorbió ni mucho menos los deseos de participación de estas personas, sino que seguían intactos. En el hogar se reproducían dinámicas institucionalizantes.

[Entrevistador] ¿Tenían algún monitor?

Tenían distintos niveles de “autovalencia”, como les decían ellos. Había hogares que estaban a cargo de un monitor, muchas veces esos monitores se supervisaban entre el hospital El Peral, el Servicio de Salud y la agrupación de familiares. Había hogares que estaban a cargo de familiares, había otros que estaban a cargo de un monitor. Había hogares en los que vivía un monitor, otros en los que estaba el día completo, otros en los que estaba medio día y había hogares sin monitor, y según esos perfiles eran los residentes que tenían esos hogares. Había distintos grados en términos de adecuar esos espacios y yo no tengo información muy de cerca de cómo funcionaban las relaciones al interior de esos hogares. Una parte muy pequeña vivía al igual que las otras personas, sino que había estas lógicas institucionales, de normas, horarios estrictos, de jerarquía, claro que a un nivel mucho menor que en El Peral y sin los problemas de El Peral en relación a las violaciones de sus derechos humanos²⁰⁹”.

La mejoría de las condiciones de vida recuerda los límites a los horizontes de posibilidad de la “reinserción”: no sólo se trata de una vida en servicios de calidad, sino del derecho a una “vida de calidad” en la comunidad, y en particular del derecho a la ciudadanía (Rodríguez del Barrio, Bourgeois, Landry, *et al.*, 2008). En un documental de la Organización Panamericana de la

²⁰⁸ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

²⁰⁹ *Ibidem*.

Salud dedicado a los avances de la reforma psiquiátrica en Chile observamos la historia de César, un antiguo paciente de El Peral que vive en un hogar protegido, él refiere: “Cuando llegué acá me colocaron como el ‘paciente estrella’ porque yo ayudaba en todo” (Organización Panamericana de la Salud, 2015). La experiencia del hogar le permitió a César ser “autovalente”; trabaja con 65 años como jardinero. La monitora del hogar cuenta en el mismo relato que: “Mi función es como una mamá... estar preocupada de todo”; “La idea es que sean ‘aún más autovalentes’ de lo que son” (Organización Panamericana de la Salud, 2015)²¹⁰. Para Rubén la falta de opciones laborales implicaba que se ofrecieran puestos como “estafetas en el Barros Luco”²¹¹;

“[...] sin red de apoyo, sin instancias que favorecieran su participación en la sociedad, nivelación de estudios, ningún tipo de instancia de ese tipo que permitiera que ellos pudiesen efectivamente incorporarse a la vida en comunidad. Nosotros también vivimos en carne propia eso de tirarse un piscinazo sin agua”²¹².

En 2002 la radio pasa a depender de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco, aunque no existió un trabajo coordinado sino sólo supervisión formal²¹³. El financiamiento de ese período fue por un fondo de FONADIS (Fondo Nacional de la Discapacidad). La radio había obtenido reconocimiento como agrupación comunitaria con personalidad jurídica y había postulado a una señal de radiodifusión en la SUBTEL (Subsecretaría de Telecomunicaciones) pero no prosperó la autorización. Mantuvieron la forma de trabajo autogestiva, y se incorporaron otros “pacientes ambulatorios” más jóvenes que también iban al Barros Luco. Es interesante notar que antes, en El Peral, en los programas no aparecía ningún cuestionamiento a los tratamientos farmacológicos, pero luego,

“con pacientes que nunca habían sido hospitalizados, no estaban institucionalizados, ni estaban cronificados como los que venían de El Peral, se comenzó en varios, sobre todo en los jóvenes que nunca habían estado institucionalizados, un discurso anti-fármacos”²¹⁴.

²¹⁰ La retórica familista también se registra en una nota de prensa de 1999: “Hernán y sus compañeros fueron elegidos para una nueva vida [...] Y es que tal como el nombre lo dice, en estos hogares protegidos los pacientes comparten penas y alegrías con sus pares y con el monitor, una especie de hermano mayor que se preocupa de los remedios, de que nada falte en casa” (Carvajal, 1999).

²¹¹ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

²¹² Ibidem.

²¹³ Ibidem.

²¹⁴ Ibidem.

En un principio no había una elaboración mayor del problema entonces, pero tampoco había censura en ningún tema, y Rubén cree que eso puede haber molestado al Servicio de Psiquiatría.

En esa época también surge el programa “Locos por Hablar”, primero grabado y luego en vivo:

“[...] el paso siguiente fue tener llamadas telefónicas, con conversación al aire, y eso era muy potente. Teníamos auditores fieles, y eso había tomado un nivel de profesionalismo que nunca hubiésemos pensado en 1999 cuando partimos con una grabadora en mano [...] El efecto que eso tenía para ellos era tremendo [...] y si bien nunca incitamos abiertamente a que nadie dejara los psicofármacos, sí teníamos un discurso crítico frente al modelo psiquiátrico tradicional. También fue una conversación de varios años la que nos llevó a ponerle ese nombre al programa y dejar de hablar de pacientes psiquiátricos y hablar de locos entre nosotros. Eso fue un proceso, y eso puede que no haya gustado”²¹⁵.

El punto de quiebre se produjo abruptamente el 2003, después del término del financiamiento de FONADIS. Rubén recuerda que un día llegaron a trabajar y “había un candado nuevo”,

“eso significó que nunca pudimos volver entrar ahí, ni siquiera para sacar nuestras cosas. Y lo que ocurrió después de eso, después de esa expulsión, perdimos nuestros cassettes y nuestros discos. Y [...] nuestro colectivo se negó a desaparecer y tratamos de seguir funcionando, duramos unos 3 años más. Y ese periplo fue un choque con la realidad, fue como vivir la realidad que viven los pacientes psiquiátricos en Chile. La realidad de falta de recursos, la inexistencia de redes, la inexistencia de políticas públicas, de instituciones públicas que fomenten iniciativas de cambios, de proyectos, de investigación, y eso fue lo que a nosotros nos tocó ver”²¹⁶.

Sobre los motivos del cierre nadie dijo nada, ni los jefes de turno, ni el guardián nocturno. Los participantes de la radio estaban confundidos, desde el Barros Luco les dijeron que la radio iba a continuar pero eso nunca ocurrió. “Locos por hablar” quedó en la calle, pero habían logrado hacer redes y tuvieron apoyo de Corporación La Morada²¹⁷ y la Corporación Tour Marginal. El programa comenzó a transmitirse desde la Radio Tierra²¹⁸ ubicada en el Barrio Bellavista y

²¹⁵ Ibidem.

²¹⁶ Ibidem.

²¹⁷ La Corporación La Morada es una asociación feminista creada en 1983, y tuvo rol muy relevante en la reconfiguración del movimiento feminista en dictadura (Townsend, 2015).

²¹⁸ La Radio Tierra, como medio de la Corporación feminista La Morada fue un espacio de comunicación alternativa en la avasalladora concentración de medios de la postdictadura. Ahí convergieron en sus inicios comunicadoras asociadas a movimientos de base con comunicadoras profesionales, abriendo espacios para un diálogo acogedor de diversos movimientos sociales (ecologismos, diversidades sexuales, entre otros) (Poblete, 2007). Radio Tierra formó parte de la Asociación Mundial de Radios Comunitarias (AMARC) y a través suyo, el programa “Locos por

las reuniones de pauta las hacían en el Parque Forestal. A pesar de las dificultades, lograron sobrevivir tres años. Rubén destaca de esa época de desinstitucionalización definitiva que “se comenzaba a hablar de la locura de algo distinto a la enfermedad mental, y se tomaban los problemas con cierto humor y cierta filosofía”²¹⁹:

“De El Peral nos fuimos el 2001, del Barros Luco nos fuimos el 2003. Del 2003 al 2006, estuvimos recibiendo el apoyo al colectivo, no al grupo de enfermos, comenzó a establecerse otro tipo de relación, ellos seguían siendo una directiva, y nosotros éramos un colectivo que hacía un programa de radio y eso fue interesante también”²²⁰.

El epílogo trunco de la radio desinstitucionalizada nos lleva al subcampo neocomunitarista. Nuevos actores emergen para viejos problemas en el campo político de la salud mental en otro territorio del sur de Santiago. Su historia nos retrotrae a los largos sesenta y luego a la dictadura cívico-militar. Y contra el presupuesto dentro del imaginario reformista, ya antes mencionado, que versaba sobre el “hiato narrativo” que habría implicado este último período en el proceso de desarrollo de la salud mental comunitaria, sostenemos que su carga de trágica historicidad perdura hasta el presente. Nada fue igual en las arenas políticas bajo la sombra de la represión, y las consecuencias políticas del período nos muestran nuevas posiciones en el campo, con una nueva distribución del poder.

4.2 Territorio, represión y transición

Hasta 1991, San Miguel y La Cisterna abarcaban gran parte del territorio urbano al surponiente del casco histórico de Santiago. Ese año, se creó la comuna de Pedro Aguirre Cerda, en parte del territorio de San Miguel, incluyendo la Población La Victoria y Lo Valledor Norte. Lo propio ocurrió con la comuna de Lo Espejo²²¹, escindida del territorio de La Cisterna (Ver Fig. 11).

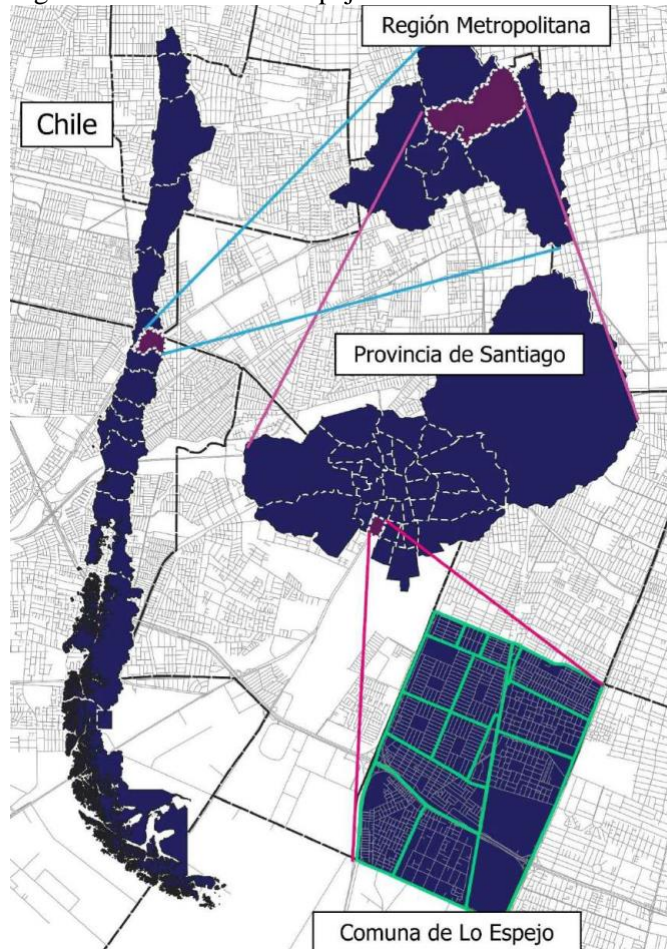
hablar” también participó de dicha organización, junto a la radio Vilardevoz que transmitía desde el hospital homónimo de Montevideo.

²¹⁹ Entrevista a Rubén Nilo, psicólogo, febrero 2017.

²²⁰ Ibidem.

²²¹ De las poblaciones que conforman la comuna de Lo Espejo en la actualidad, “la primera en establecerse fue la población Anita (1945), seguido de la Fraternal Ferroviaria (1950), Lo Valledor (1958), José María Caro y Clara Estrella (1959), Santa Adriana (1960), Santa Olga (1968), Lo Sierra (1972), Lo Sierra D (1973), Las Turbinas (1985). Posteriormente alrededor del año 1990 se constituyeron las siguientes poblaciones: Lo Sierra 2, Valenzuela Llanos, Los Lebreles, Las Dunas, Las Palmeras, Santa Ana de Los Arcos y Gil de Castro.” (Secretaría Comunal de Planificación, 2022).

Fig. 11. Comuna de Lo Espejo.



Fuente: Secretaría Comunal de Planificación (2022).

En 1957, la “Toma de la Victoria” gatilla el primer programa de vivienda social en el gobierno de Alessandri (Moya, Videla y Valladares, 2005). El movimiento de pobladores había tenido un rol relevante en la disputa por la participación popular en salud en este lugar durante la Unidad Popular:

“Este papel revolucionario en salud lo demostró la activa y decisiva participación del Club de Abstemios La Victoria en la toma del Consultorio La Feria, durante agosto de 1970, a raíz de la muerte de una dirigente popular por deficiente atención médica de urgencia en el hospital base. La comunidad exigió del Servicio Nacional de Salud, y obtuvo en 15 días, la instalación de atención médica de urgencia en La Feria y la creación, con cuatro horas médicas y participación de líderes D3 y D4, de una consulta Externa en Alcoholismo” (Marconi, 1972, p. 10).

En la Victoria, uno de los primeros actores que se incorporaron al programa intracomunitario fue el sacerdote Sergio Naser que pasaría a ser un D3 (Norambuena, 2017). Naser llegó en

1968 a La Victoria como diácono para la ordenación sacerdotal, “en su año pastoral”²²². El párroco de entonces, dentro de otras actividades propias al rol, le encarga a Naser: “Preocúpate de los *curaos*, que hay muchos”. Al día siguiente de esta encomienda, una catequista le dice “padre, sabe que un vecino, mi compadre, tiene 8 hijos, estaba en la línea del tren listo para suicidarse, y un amigo lo salvó y el padre Santiago me dijo que Ud. tenía que mejorarlo”. Visitó en su casa a este hombre quien era panificador y llegaba ebrio cada día después de recibir el jornal. Luego de hablar con él le dijo el hombre: “Nunca un amigo me había dado la mano. Le prometo, padre, que no tomo más”; “Ese hombre estuvo 30 años *chantao* y murió de otra cosa”. Después de la charla, “él no quiso ir al médico; yo le decía que fuera porque tenía un síndrome de privación alcohólica moderado. Lo iba a ver todos los días a la salida de la *pega*, aunque fuera 10 minutos, alentándolo, y cada día el hombre estaba mejor. Al tiempo después le consiguió trabajo a los hijos mayores, y empezó a construir su casa de ladrillo. Después, con él empezamos a convencer a sus amigos, jugábamos brisca, y si se *nos caía uno al frasco*, lo salíamos a buscar entre todos y lo sacábamos adelante. Llegamos a tener un Club de Abstemios, el Club de Abstemios de La Victoria”. Poco después del golpe, lo “infiltraron malamente”, cambió el párroco (el padre Santiago tuvo que salir del país) y el Club cambió de directiva por personas de un partido afín a la dictadura. Entonces, dejó de asesorarlo²²³.

Otro territorio que también tendrá un lugar relevante en la atención comunitaria al alcoholismo será la población José María Caro. “La Caro”, como es conocida popularmente esta población, sería la “población más grande de Santiago” (Garcés, 2013, p. 175). En junio de 1972, a raíz del acaparamiento de alimentos orquestado por los propietarios de un supermercado, pobladores y militantes del MIR se toman el recinto para abastecer directamente a la comunidad (Hernández y Leiva, 2020)²²⁴. Como represalia de la activa participación popular en los territorios del sur de Santiago, la represión dictatorial se cebó con particular crudeza: allanamientos masivos; vejaciones sexuales; amedrentamientos con helicópteros desde los que vociferaba una voz militar por altoparlante; y focos que iluminaban las casas en la noche (Moya, Videla y Valladares, 2005, pp. 113-117). En la Santa Adriana se registraron “balaceras

²²² Entrevista a Sergio Naser, sacerdote, abril 2017.

²²³ Ibidem, para citas previas. “*Curao*” quiere decir ebrio; “*estar chantao*”, estar en abstinencia; “*caerse al frasco*”, recaída en el consumo de alcohol; y “*pega*”, trabajo.

²²⁴ Entre las actividades del MIR en estos territorios se ha documentado el trabajo de Abastecimiento Directo a través del Centro Comunitario de “La Caro”, y acciones coordinadas de movilización con el Cordón Cerrillos-Maipú a partir de 1972 (Hernández y Leiva, 2020).

como lluvia” y el rastro de material de armamento como vainas y casquetes por las calles (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2010, p. 40).

“La vida de todos se volvió anormal. Las empresas y fábricas del sector sur de esta ciudad son repentinamente cerradas. En los primeros meses se carece, incluso, de los servicios asistenciales. En términos de la organización del barrio, son intervenidos las juntas de vecinos y los centros de madres, lo que implicó un retiro inmediato de esas organizaciones por parte de los vecinos. Es el tiempo de la desconfianza y la desorganización comunitaria se muestra como un primer impacto de una situación impensada. Se suma el cierre de las organizaciones políticas, fuertemente reprimidas, acciones que marcan la vida no sólo de la Santa Adriana, sino del conjunto de las poblaciones y sectores populares del país” (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2010, p. 40).

La médica Estrella Gutiérrez llegó a trabajar con Sergio Naser en los primeros años de la dictadura:

“Sergio andaba buscando algún médico que lo ayudara con el descalabro que había quedado con el programa intracomunitario en la zona sur después del golpe militar. Efectivamente muchos dirigentes obreros, vecinos y amigos de él, habían sufrido persecución, arrestos, habían sido relegados o exiliados. Varios perdieron la vida. Sus familiares más directos caían en la desesperación. Muchos de sus pacientes que otrora se atendían en el programa intracomunitario empezaron a recaer en el alcoholismo, deprimidos y angustiados por la situación política” (Gutiérrez, citada en Rojas, 2010, p. 100).

Cornelio Lemmers y Hugo Toro realizaron su tesis de grado en psicología en 1979, con el apoyo de Marconi antes de ser exonerado del Departamento de Salud Mental Sur de la Facultad de Medicina. En el mismo territorio estudiaron a los monitores D4 y caracterizaron los escasos recursos disponibles (Tabla 7). En el nivel D1 incluían a psiquiatra, médico o psicólogo, y probablemente el recurso informado se trate de E. Gutiérrez en el policlínico de S. Naser. Respecto de D2, informan que corresponden a trabajadoras sociales con pocas horas de dedicación a salud mental y destacan el bajo número de alcohólicos recuperados (D4) (Lemmers y Toro, 1979).

Tabla 7. Recursos en Salud Mental por Policlínico en el Área Urbana

Policlínico	D1	D2	D3-Auxiliar enfermería	Club*	D3-comunidad	D4
La Feria		3		La Victoria	1	7
				San Lucas		6
				San Joaquín		3
Dávila - Villa Sur		1		Villa Sur		1
Lo Valledor 3		1		J. M. Caro	1	1
				Nuevo Hogar		6
Clara Estrella		2		Los Amigos		0
Vicaria Solidaridad	1	1	1	(Todos los recursos anteriores)		
Total	1	8	1	7	2	24

*Clubes de alcohólicos recuperados por jurisdicción de cada policlínico. Fuente: Lemmers y Toro (1980, p. 69).

La reorganización del movimiento poblacional se observó a partir de los ochenta, con las primeras protestas masivas cuyo auge se alcanzó entre 1983 y 1986 (Collier y Sater, 1998). Surgió, entonces, la Coordinadora Caro-Ochagavía que agrupaba a las poblaciones La Victoria, Villa Sur, Dávila, Santa Olga, José María Caro y Santa Adriana (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2010, p. 45). A nivel local, la respuesta organizativa creció al alero de las Iglesias y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). En la Santa Adriana, una de las primeras tareas fue ayudar al cuidado infantil, mediante un Jardín Infantil financiado en 1987 por CEANIM (Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer) (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2010, p. 46). Luego, surge una “casa laboral” con talleres para hombres y mujeres: “Entre protestas y actividades de solidaridad, el pasar de la población era evidentemente a base de mucho esfuerzo” (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2010, p. 49).

La movilización popular actualizó la experiencia represiva. Un testigo recuerda: “La represión en el 83 fue más fuerte porque ya había coordinación, empezaron las protestas” (Moya, Videla y Valladares, 2005, p. 113). En la jornada de protesta del 4 de septiembre de 1984 la policía se cernió sobre La Victoria y una bala de Carabineros atraviesa la parroquia dando muerte al sacerdote francés André Jarlan. Ese mismo año ocurre un atentado incendiario contra la capilla San Martín de Porres de Lo Valledor Sur (Hernández y Leiva, 2020, p. 110). Las resistencias se expresaron también en escuelas de verano, boletines (*La Semilla, Razón Popular, Portavoz, Nuestro Despertar*), la iniciativa Comprando Juntos y las ollas comunes (Hernández y Leiva, 2020, p. 110).

En el ámbito sanitario, una las “modernizaciones” de la dictadura involucró la municipalización de la Atención Primaria de la Salud (APS), y sobre todo su “alcaldización”, dejando en manos de alcaldes designados por el régimen la atención médica en los llamados “consultorios periféricos” (Scarpaci, 1989; Merino, 2021, p. 135). A pesar de que en teoría la administración local de los centros de salud acercaría a los residentes de los barrios, esta transformación desincentivó la participación de la comunidad (Scarpaci, 1989, p. 178). En particular, la experiencia acumulada en diversos talleres y grupos de salud no fue aprovechada por los nuevos centros de salud, que en su mayoría desconocían la existencia de los mismos (Scarpaci, 1989, p. 179). Julia Paley (2001) reconstruye la historia de uno de estos grupos de salud -el grupo *Llaretta*- desde los últimos años de la dictadura hasta el primer lustro de los noventa, inscrita en la historia más larga de la población La Bandera en San Ramón, al suroriente de Santiago²²⁵.

La municipalización, no obstante, fue sólo uno de los ejes de la “modernización”. Para que el conjunto de reformas que incumben el “centro del modelo” fuera aplicada se requirió, según Naomi Klein (2007), un “tratamiento de choque”, en el que el Estado-nación llamado Chile fue sometido a repetidas “descargas eléctricas”. Klein aludió a la metáfora médica, tomando prestado el argumento del economista Milton Friedman sobre la necesidad de profundas reformas estructurales en la economía chilena. En el *Newsweek* del 14 de junio de 1976, Friedman comentó que:

“A pesar de mi profundo desacuerdo con el sistema político autoritario de Chile, no considero malvado que un economista preste asesoramiento técnico económico al Gobierno chileno, como tampoco consideraría malvado que un médico diera asesoramiento técnico médico al Gobierno chileno para ayudar a acabar con una plaga médica.” (Friedman citado en Letelier, 1976, traducción personal).

Pero esto no es sólo una metáfora. En un espeluznante juego de escalas de análisis, durante la dictadura, estas “descargas eléctricas” fueron utilizadas por los agentes represivos del régimen en el interrogatorio de miles de presos políticos en todo el territorio (Agger y Jensen, 1996). A la par, eran parte de las medidas disciplinarias de los hospitales psiquiátricos.

²²⁵ Se trata de uno de los pocos trabajos de antropología política de la salud realizados a profundidad en Chile (Morales-Sáez, 2021). El trabajo de Julia Paley se apoya en la experiencia de acompañamiento de la Fundación EPES (Educación Popular en Salud) que hasta el día de hoy se mantiene activa en la comuna de El Bosque.

La mayoría de las recomendaciones de Friedman y del grupo de economistas chilenos (*Chicago boys*) aplicaron las fórmulas de la ortodoxia (neo)liberal. El objetivo era reducir la intervención del Estado en la economía privatizando empresas públicas y reduciendo el gasto público en sectores como la sanidad, la educación y la vivienda. En 1979, el SNS se desmembró en 28 Servicios de Salud²²⁶. También en 1980, la Constitución Política de la República de Chile consagró la "libertad de elección" entre un seguro público de salud (administrado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA) y un seguro privado de salud, administrado por las recién creadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La seguridad social se transformó radicalmente a través de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Como consecuencia de largo plazo de estos cambios, a fines de 2017, la mitad de los pensionados recibía menos de 170 mil pesos mensuales como pensión contributiva, menos de la mitad del sueldo mínimo (Durán y Kremerman, 2019).

Hizo falta la caída de la "cortina de hierro" para que dicho experimento se aplicara en el resto del mundo (Gledhill, 2008). Las medidas de ajuste estructural a partir de los ochenta formaron parte de las recetas de los organismos financieros globales (FMI, Banco Mundial, entre otros) y tomaron como modelo el caso chileno (Unger, De Paepe, Solimano, *et al.*, 2008). Si bien la Conferencia de Alma Ata promovió la Atención Primaria de Salud como una práctica transformadora para enfrentar el acceso desigual a la salud, las medidas de ajuste estructural cercenaron el componente integral y participativo de la iniciativa para aplicar una serie de paquetes de bajo costo (Pfeiffer y Chapman, 2010). Uno de ellos fue el paquete GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) como parte de la llamada atención primaria selectiva (Cueto, 2004; Cueto, Brown y Fee, 2019: pp. 170-202).

Partiendo de la definición de neoliberalismo como "una forma de gobernar el capitalismo que enfatiza la liberalización de los mercados y hace de las fuerzas del mercado la base de la coordinación económica, la distribución social y la motivación personal" (Sparke, 2016, p.

²²⁶ En 1979, mediante el Decreto Ley 2763 del mes de agosto de 1979, el antiguo Servicio Nacional de Salud centralizado, se reorganiza en un Sistema Nacional de Servicios de Salud a lo largo del territorio nacional. En 1979 se conforman 28 Servicios de Salud en trece Regiones, que incluyen 6 Servicios en la Región Metropolitana: Central, Sur, Sur Oriente, Oriente, Norte y Occidente. El decreto establece que "Los Servicios [de Salud] son organismos estatales funcionalmente descentralizados. [] Dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine la presente ley" Decreto Ley N° 2763.

238), es posible indagar sus efectos en la economía política de la salud. Una característica clave del período posterior a la dictadura ha sido la perpetuación del orden macroeconómico a través de la desmovilización política. El neoliberalismo nos ha atrapado en una deuda multi-modal que nos acompaña desde la juventud hasta la vejez (Han, 2022). Desde los dos primeros períodos presidenciales de la Concertación, fueron repetidas dos consignas principales: "modernización" y "governabilidad".

La "modernización" implicó mantener los principales lineamientos del sector salud de la dictadura: un sistema de salud "mixto", con un sector público en ruinas que requería fuertes inversiones en recursos humanos e infraestructura, y un rol del Estado limitado a regular y fiscalizar, pero no a prestar directamente los servicios de salud (Montoya, 2013). Un aspecto relevante fue la hegemonía de la lógica individual de cobertura de salud: el Estado no protegería la "salud" sino sólo ciertas prestaciones de salud financiadas por FONASA, delegando en los prestadores (hospitales de los Servicios de Salud o municipios) la gestión administrativa a través de indicadores de desempeño, productividad y control de costos. Otros aspectos a destacar son la introducción del "copago" según estratificación de ingresos, y el aumento del gasto de bolsillo en medicamentos (Montoya, 2014).

En los noventa se practicó la "governabilidad" como un ejercicio de negociación y consenso que, asumiendo las limitaciones de los "amarres" de la Constitución Política de la dictadura, subsumía las demandas colectivas bajo el mandato de una democracia reformadora. En este ejercicio, la "pacificación" de la protesta social implicó una serie de mecanismos de hegemonía cultural que en el campo de la salud adoptaron la retórica de la participación social (Paley, 2004; Menéndez, 2015). Primó, en este caso, el presupuesto participativo de la valoración positiva "en sí misma" (Menéndez, 2006). En este sentido, la advertencia de Fassin sobre sus consecuencias es precisa: "la retórica de la participación constituye un obstáculo para la comprensión de los procesos políticos que los movimientos sociales actuales llevan en sí mismos" (Fassin, 2006). Estas observaciones reflejan lo relevante que es la dimensión material de la participación (Blencowe, Brigstocke y Noorani, 2015).

La historicidad de esta transición política a la medida de los criterios de gobernabilidad y modernización dio forma también al tratamiento de las secuelas de la violencia política. Como señalamos antes respecto del asilo, no había lugar para el reconocimiento de traumas sociopolíticos en la atención de personas que llegaban a la urgencia psiquiátrica (Pesutic,

1989). Asimismo, en el ámbito comunitario la atención de la salud mental de los represaliados ha constituido una brecha irresoluta que permite caracterizar el clivaje histórico hacia este subcampo neocomunitarista.

La experiencia de las agrupaciones de Derechos Humanos y los equipos de ONGs en los ochenta que acompañaron a cientos de represaliados y represaliadas ha sido poco estudiada desde el punto de vista de sus aportes al campo de la salud mental²²⁷ (Lira, Weinstein, Dominguez, *et al.*, 1984; CODEPU, 1989; Brinkmann, Guzmán, Madariaga, *et al.*, 1992; Monasterio, 1994; Agger y Jensen, 1996; Lira, 1996; Del Villar, 2018). Sin profundizar en esta veta de análisis, es remarcable que la institucionalización de la asistencia a las víctimas a través del PRAIS desde 1990 fue posible mediante un proceso de subalternización de saberes que no permeó las renacientes políticas de salud mental en los noventa²²⁸ (Bustamante-Danilo y Carreño-Calderón, 2020). Un ejemplo de la falta de claridad conceptual se observó a partir de la “Política y Plan Nacional de Salud Mental” al incluir el “Programa de Salud y Violencia” en 1993 (MINSAL, 1993. pp. 81-84). Se intentó -infructuosamente- crear equipos especializados en violencia, incluyendo en el PRAIS el abordaje de la violencia intrafamiliar, pero despolitizando esta última forma de violencia, atribuyendo su dimensión a un problema de “particulares” (léase individuos) (Frazier, 2006, pp. 268-269). Además, a pesar de consignar los efectos transgeneracionales en la Norma Técnica²²⁹ y en los criterios de inclusión al programa, ha existido escasa reflexión teórica sobre dichos efectos a largo plazo en la sociedad chilena (CINTRAS, EATIP, GTNM-RJ, *et al.*, 2009; Faúndez, 2013). Recientemente, estudiamos con Joel Espina el caso de Paine, donde nos distanciamos de la categoría trauma como entidad psicopatológica para profundizar en los diálogos intergeneracionales en torno a la experiencia represiva (en este caso desaparición forzada), y la experiencia social de la identificación forense en tres generaciones de familiares (Morales-Sáez y Espina-Sandoval, 2021). A casi 50 años del golpe cívico-militar la impunidad aún es un factor cronificador de los padecimientos asociados (CODEPU y DIT-T, 1996; Brinkmann, 2012). Con todo, la principal traba a una comprensión más amplia de esta dimensión ha estado dada por la “privatización del daño” (Gómez, 1992).

²²⁷ Entrevista a Carlos Madariaga, psiquiatra, septiembre 2015.

²²⁸ El PRAIS se inicia en Iquique y Magallanes en 1990, y a partir de 1991 en Antofagasta, Valparaíso, Concepción, Servicio de Salud Metropolitano Sur y Metropolitano Occidente (MINSAL, 1993, p. 82). En el SSMS el PRAIS se ubica en el Hospital Barros Luco.

²²⁹ La Norma Técnica para la Atención en Salud de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990, fue publicada en el 2002 (MINSAL, 2002).

La “privatización del daño” fue tratada por Gómez (1992), desde el CINTRAS, como un fenómeno propio de la experiencia represiva en un contexto de impunidad, pero con el paso de los años, se ha institucionalizado como respuesta programática a través del tipo de relación clínica que construyen los equipos PRAIS con los usuarios y usuarias que atienden. La hegemonía del abordaje biomédico y la falta de formación del personal sanitario en Derechos Humanos han contribuido a la invisibilización en el propio campo de la salud mental comunitaria respecto de la historia del trabajo de Salud Mental y Derechos Humanos²³⁰. Ya en 1984 Elizabeth Lira daba cuenta de cómo la psiquiatría asilar reproducía su abordaje biologista sobre un hombre que había sido torturado, calificándolo de irrecuperable. Gracias a la insistencia de su sindicato fue enviado a tratarse al extranjero con el apoyo de la solidaridad internacional, contra la opinión de cinco profesionales altamente calificados de Chile y logró iniciar su recuperación:

“Las primeras fases de los esfuerzos terapéuticos desplegados con él permiten señalar los límites de la psicoterapia y los riesgos de la atención clínica desprovista de un encuadre social adecuado, y de una evaluación crítica de los obstáculos y fracasos con el paciente. [] José Segundo es un ejemplo de los riesgos de un diagnóstico rígido, descontextualizado, que puede llegar a completar el pronóstico represivo, al marginar definitivamente a un sujeto de su proyecto histórico” (Lira, 1984, p. 132).

Otra consecuencia de la “privatización del daño” ha sido una reducción temática del ámbito de los Derechos Humanos a la atención de los represaliados de la dictadura, invisibilizando la participación de agentes estatales del campo sanitario en tratos inhumanos y degradantes, y la aplicación de diversas formas de tortura a personas con diagnóstico psiquiátrico. Como si se tratase de un reducto de especialización diferenciada, la atención de los equipos PRAIS rara vez dialoga con los equipos de atención primaria y de psiquiatría comunitaria. Esta diferenciación de los espacios de trabajo clínico conduce a ignorar los fenómenos de represión política que no fueron documentados por las comisiones de verdad. En su etnografía en La Pincoya (Área Norte de Santiago), Clara Han (2022) describe debates de largo cuño entre militantes de la resistencia la dictadura: el acto de testimoniar ante las comisiones de verdad, las paradojas de la reparación económica, participar en calidad de “víctimas” ante agentes del

²³⁰ Entrevista a Carlos Madariaga, psiquiatra, septiembre 2015.

Estado mientras que previamente este mismo Estado fue un ente represor, el secreto de la Comisión Valech, entre otros.

La memoria traumática, que había sido una categoría relevante para comprender y atender la tragedia de las guerras y las masacres fue subsumida en la entidad clínica PTSD/TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) perdiendo profundidad y capacidad heurística (Young, 2007)²³¹. Recuerdo una reunión con Cecilia Vera, psiquiatra que nos acompañaba una vez a la semana en el PRAIS del Barros Luco y quien trabajaba entonces en el COSAM de Pedro Aguirre Cerda, sobre el relato de una mujer que consultaba por fobia a las ratas y no fue hasta meses después que le preguntaron si había sufrido represión política y, efectivamente, había sido torturada con la introducción de estas bestias en su cuerpo²³². Así, en dos años (2012-2013) se recibieron en este PRAIS no más de dos consultas desde Lo Espejo por otras formas de abordaje de la experiencia represiva desde el CESAM (Centro de Salud Mental Comunitaria) de Lo Espejo.

Las organizaciones comunitarias en los noventa resintieron los efectos de la desmovilización social: las iglesias en su mayoría replegaron sus apoyos al movimiento popular y mantuvieron su rol tradicional; el cierre de los apoyos financieros internacionales mermaron el trabajo de las ONGs, y la competencia por los escasos recursos afectaron las alianzas, como la instancia previa de la Coordinadora de Equipos de Salud Mental (también llamada CESAM) (Agger y Jensen, 1996, pp. 370-382; Paley, 2001). La noción de democracia fue cada vez más vaciándose de sentido, y el gatopardismo de la nueva administración neoliberal contribuyó a la

²³¹ La deshistorización del trauma ha implicado discusiones al interior de los equipos PRAIS no sólo respecto de la medicalización de las experiencias traumáticas a propósito de las categorías biomédicas de la depresión y las formas severas de ansiedad, sino que también se ha debatido desde algunas aproximaciones psicodinámicas sobre el modo de llevar las categorías propias al psicoanálisis más allá de la teoría hacia el encuentro con la historia real de los afectados y las afectadas: para el caso de Chile, véase los artículos de Angélica Pizarro (2014) y de Ignacio Fernández y Natalia Hurtado (2014); para Europa véase el libro de Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière (2011).

²³² No es sino en los últimos quince años que las secuelas de la tortura sexual como técnica represiva han salido a la luz pública a partir del segundo Informe de la comisión Valech abierto en el primer gobierno de Bachelet (Comisión Asesora Presidencial para la Calificación de Detenidos Desaparecidos, Ejecutados Políticos y Víctimas de Prisión, Política y Tortura, 2011) y, en particular a través de la causa judicial sobre el Centro de Detención, Tortura y Exterminio conocido como “Venda Sexy”, en Macul, al oriente de Santiago. Para el impacto de este tipo particular de violencia política contra las mujeres, véase Das (2008). En Chile, luego de Julieta Kirkwood (1986), la mayor parte de los trabajos recientes sobre este tema han sido realizados por historiadoras; entre otras, refiérase a la tesis doctoral de Brandi Townsend (2015) y a las publicaciones de Hilary Hiner (2016; 2019).

sensación de *statu quo*²³³. La democracia procedimental prevaleció con una progresiva expulsión de los jóvenes de la arena política: la *paideia* democrática también fue reprimida pero pocos la echaron de menos (Castoriadis, 1996). El “vínculo comprometido” que había caracterizado el *ethos* profesional en el campo de la salud mental y los Derechos Humanos durante la dictadura se fue disipando con las nuevas generaciones de profesionales de la postdictadura (Agger y Jensen, 1996). La supervivencia del activismo profesional en Chile quizás se encuentre en los hilos de dichos vínculos pasados.

4.3 Legados de Marconi en Lo Espejo

“[...] Lo que comenzó como un lenguaje de resistencia y crítica fue transformado, sin duda por motivos fuertes, en un discurso experto y en una vocación profesional: la comunidad es ahora algo a ser programado por los Programas de Desarrollo Comunitario, desarrollado por los Funcionarios de Desarrollo Comunitario, vigilada por la Policía Comunitaria, custodiada por los Programa de Seguridad Comunitaria y hecha inteligible por los ‘estudios comunitarios’ realizados por sociólogos. Las comunidades se convirtieron en zonas a ser investigadas, mapeadas, clasificadas, documentadas, sus vectores aplicados por futuros-profesionales-iluminados en incontables cursos universitarios, y para ser tomadas en consideración en innumerables entrevistas entre los profesionales y sus clientes, cuyas conductas individuales, ahora, se vuelven inteligibles en términos de los valores y creencias de ‘su comunidad’” (Rose, 2007).

El inicio de la transición inauguró el subcampo neocomunitarista: no se trataba ya del comunitarismo de los largos setenta, sino de un nuevo modelo de sociedad. Y el espejismo del neocomunitarismo reflejaba otro: el espejismo de la reconciliación política (Loveman y Lira, 2002). En un Chile fragmentado, la participación fue codificada a partir de los noventa en el lenguaje de la estética comunitarista descrita en el epígrafe por Rose (2007), o de la “comunidad percha” señalada por Bauman (2003). Siguiendo a Burnham (2016), podríamos decir también que la desinstitucionalización implicó un cambio de paradigma global: la cultura obrera fue subsumida por la cultura de los “servicios” y los “consumidores”:

“La dictadura, además de reprimir a las organizaciones sociales populares, destruyó la estructura económica en la que estos movimientos se habían sostenido por décadas. Al tiempo que en el campo se aprovechó la desestructuración del latifundio para instalar allí la moderna agroindustria capitalista, en la ciudad se aprovechó la quiebra del sector industrial y la derrota política de sus propietarios para eliminar el proyecto desarrollista y reconvertir al país en una economía monoexportadora y extractiva de materias primas. A su vez, los viejos espacios de

²³³ Entrevista a Cecilia Vera, psiquiatra, septiembre 2015.

las capas medias más progresistas (por ejemplo, las universidades) se vieron atacados a través del cierre o jibarización de las instituciones públicas. Esta transformación general de la economía, en la que la oligarquía volvía a definir sus ritmos y sus horizontes, eliminó socialmente a la clase obrera, pues esta ya no tenía donde reproducirse, fragmentándola en una inasible economía de servicios; terminó con el viejo campesinado, reduciendo su tamaño y transformando el trabajo agrícola. El único movimiento que permanecía en pie tras los años setenta era el de pobladores, pero luego de protagonizar las revueltas antidictatoriales de 1983 a 1986 desaparecería del escenario, ya fuese por el desprecio y abandono de los partidos de los años de la transición o porque la contradicción que le daba origen (la falta de vivienda en la ciudad) se encontraba en vías de solución por subsidios estatales o porque el mercado comenzó a organizar con eficacia la ciudad” (Thielemann, 2017, p. 420).

Lo Espejo condensa un espacio social urbano segregado y estigmatizado por la violencia y el narcotráfico situado entre autopistas y cruzado por la línea férrea (González, 2017). A pesar de ser una de las comunas de la metrópolis con mayor densidad poblacional cuenta con el menor número de servicios urbanos (98.804 habitantes en un área de 7,2 km²; densidad de 13.722,7 h/km²) (Secretaría Comunal de Planificación, 2022). El Centro de Salud Mental Comunitaria de Lo Espejo fue creado desde la municipalidad en mayo de 2010, bajo el modelo de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (en adelante COSAM) (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Los primeros COSAM²³⁴ se formaron en 1990 a partir de los antiguos Centros de Adolescencia y Drogas mandatados a la gestión municipal desde 1982 por el régimen dictatorial²³⁵. Desde entonces su dependencia ha sido heterogénea, incluso dentro de un mismo Servicio de Salud, aunque la mayoría son gestionados por los municipios donde se ubican²³⁶.

El CESAM ocupa una vieja escuela pública junto a otras dependencias municipales²³⁷: el Centro Comunitario de Rehabilitación (unidad rehabilitación física) y la UAPO (unidad de atención primaria oftalmológica). Mi introducción al espacio se da en el marco de una reunión

²³⁴ En 1990 los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar se abreviaban como CCSMF (MINSAL, 1990a). Luego, en la primera Memoria de 1991 se utiliza la expresión COSAM que prevalecerá hasta la actualidad, y en algunos centros de dependencia municipal se registra CESAM como en Lo Espejo o en San Joaquín (MINSAL, 1991).

²³⁵ Entrevista a Cecilia Vera, psiquiatra, septiembre 2015. Véase también MINSAL (1994).

²³⁶ En 1994 había 4 COSAM en el SSMS de un total de 28 a nivel nacional (MINSAL, 1994). A ellos se suman el CESAM San Joaquín en 2009 y el CESAM Lo Espejo al año siguiente (Vera, 2010).

²³⁷ El CESAM se ubica en la Población Santa Adriana, en el extremo norte de la comuna y se accede por el Callejón Lo Ovalle.

clínica del equipo a cargo de la población adulta: luego de exponer mi objetivo de investigación e interesado por las actividades comunitarias del CESAM solicito acceso a las reuniones, consultorías (con Atención Primaria), visitas domiciliarias, talleres y actividades de las agentes comunitarias. Mi entrada se hubo de retrasar cerca de un mes porque en octubre de 2016 el centro había adherido a las movilizaciones del Sector Público por reajustes salariales, había paralizado sus actividades regulares y había limitado su atención a los casos más urgentes. Al indagar cómo el equipo profesional se visualizaba respecto de su lugar en la red de salud mental, la posición de pivote articulador que esperaba encontrar se enfrentó a la autopercepción del equipo local de ser “el pariente pobre” dentro de la red de salud²³⁸. Una de las primeras observaciones que registré, entonces, fue la ausencia de los médicos en las reuniones clínicas. Bajo el yugo del “rendimiento”, se había priorizado la respuesta a la demanda de atención individual por sobre la participación colegiada de los médicos en la coordinación clínica²³⁹. La naturalización de las lógicas de trabajo neoliberales se ha asociado con más burocracia, como ha sido agudamente señalado por David Graeber (2015). El efecto desmovilizador de estas lógicas no es sólo individual, ya que reconfigura los espacios de trabajo, de cuidados y de educación.

Uno de los aspectos más críticos de los COSAM ha sido la alta rotación de sus trabajadores. Para Andrea, psicóloga que justamente se trasladaría a otra región durante mi estancia en el centro, entre los factores que afectan la permanencia se encuentran las condiciones laborales precarias, los problemas de infraestructura, y la escasez de recursos para hacer actividades diferentes de las intervenciones individuales²⁴⁰. Paradójicamente, la población que accede al nivel secundario de atención tiende a permanecer “bajo control” por períodos prolongados, en particular aquellos con situaciones de salud más graves, transformándose en los “nuevos crónicos”, institucionalizados en la comunidad (Aparicio y Sánchez, 1990; Comelles y Martínez, 1994). A través de acciones ritualizadas como el contenido estereotipado de las entrevistas, frecuencias inalteradas en función del neuroléptico *retard* o de la costumbre, hasta

²³⁸ El tropo del “pariente pobre” a menudo aparece en los debates a propósito del escuálido porcentaje destinado a salud mental dentro del presupuesto general de salud. En este caso, se trata de una posicionalidad periférica de una dependencia municipal (a menudo considerada como una unidad más que debe rendir cuentas al alcalde sobre su gestión) respecto de la centralidad y hegemonía del aparato hospitalocéntrico (Comelles, 1994; Colina, 2016).

²³⁹ El criterio economicista del “rendimiento” (número de atenciones individuales/hora) es reflejo de las políticas neoliberales sobre la gestión administrativa a través de indicadores de desempeño, productividad y control de costos.

²⁴⁰ Entrevista a Andrea, psicóloga, febrero 2017.

las crisis adquieren un patrón “crónico” y recurrente (Desviat, 1994, pp. 117-118). Curiosamente esta “población cautiva” era, para Andrea, una posibilidad de llegar a construir relaciones de más largo plazo²⁴¹.

Sobre los trabajadores de la “salud mental comunitaria” Weinstein (1990) presentaba en el I Congreso de CCSMF una apuesta que tardíamente se ha recuperado:

“Un dirigente vecinal activo en la formación de grupos de recreación en el barrio, por ejemplo, es más propiamente un trabajador de la Salud Mental Comunitaria, que un profesional de un consultorio o centro cuya labor esencial sea la atención a individuos sin referencia a sus interacciones, a su cultura barrial, a su hábitat” (Weinstein, 1990, p. 24).

Insistiendo en el foco *poblacional* más que en el *comunitario*, Weinstein planteaba un abordaje ético y ecológico para la “elaboración del duelo por el período autoritario” (Weinstein, 1990, p. 30). Sobre el tema del poder, central al ejercicio de la salud mental, este no aparecía legitimado en la discusión, sino sólo tratado indirectamente a través de “terrenos colindantes como el de la participación o el de la cultura autoritaria” (Weinstein, 1992, p. 64). El atributo de “comunitario” prevaleció elusiva o retóricamente para la definición del campo de acción, soslayando la dimensión societaria (Comelles y Martínez, 1994), dentro de la cual problemas como el academicismo o el clasismo hubieran sido relevados al son de la interacción entre los equipos profesionales y las personas “de la comunidad”, incluyendo trabajadores locales (Weinstein, 1992, p. 63).

Para Carmen, trabajadora social, el ámbito de lo comunitario adquirió un perfil técnico al verse delegada por la dirección del CESAM a la gestión de este ámbito²⁴². No se trataba de que el equipo en su conjunto tuviera una “lógica comunitaria”, sino del reforzamiento continuo de la especificidad de los roles profesionales como se manifestaba abiertamente en cada reunión clínica. Carmen recuerda otros profesionales que hace no muchos años intentaron cuestionar el *statu quo* pero acabaron por irse del centro. Cuestionar la subalternización del trabajo comunitario, implicó dejar por completo el trabajo comunitario.

Víctor, un psiquiatra que había trabajado en uno de los Centros de Salud Familiar (en adelante CESFAM) de la comuna, “la cercanía con la comunidad” la veía reflejada más en el trabajo de

²⁴¹ Ibidem.

²⁴² Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017.

la atención primaria, que tenía una raigambre de larga data en el territorio, que en el CESAM, cuya historia es más reciente, a pesar de lo cual tampoco observaba un trabajo comunitario “bien establecido”²⁴³ en la primera. Mientras que para Andrea, que también trabajó en APS, observaba allí equipos más fragmentados, donde no había ni siquiera un espacio de reuniones clínicas y escaseaba la coordinación entre tratantes.

Respecto del CESAM, Andrea reconoce que cuando se va a la comunidad, “es por necesidades de la clínica”, por ejemplo para realizar una visita domiciliaria o un rescate de un paciente inasistente²⁴⁴. Estas perspectivas contrastantes dan cuenta de cómo, nuevamente, el problema no se trata de una especialización del conocimiento, sino de una diferenciación del poder. La lógica de subalternización permite sostener una retórica “comunitaria” acorde, pero sin cuestionar las bases estructurales del trabajo sanitario.

El financiamiento está orientado a la actividad clínica individual tal como se colige de las metas sanitarias, los convenios de prestación de servicios y los criterios de rendimiento profesional; y por tanto, el trabajo de los equipos se va reduciendo progresivamente a esta función dejando de lado del quehacer cotidiano la “actividad en terreno”, que es conceptualizado como el afuera de la institución (Canals, 1994). Y el “afuera” se expresa también como vector de abandono: Un ex-paciente rehabilitado del programa de adicciones que había trabajado como estafeta en el CESAM recayó en el consumo y fue expulsado de su casa por su familia. Víctor comenta, “uno ve a Don Roberto pidiendo plata afuera del CESFAM” (Se refiere al CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón), a lo cual agrega, “entonces, el trabajo también te impide salir a la comunidad”²⁴⁵.

En la propia atención primaria, la instalación de un Modelo de Salud Familiar y Comunitario ha sido un proceso lento, que ha requerido décadas de formación de trabajadores de la salud²⁴⁶. El “consultorio periférico” de la dictadura, no sólo lo era en función de su ubicación territorial

²⁴³ Entrevista a Víctor, psiquiatra, abril 2017.

²⁴⁴ Entrevista a Andrea, psicóloga, febrero 2017.

²⁴⁵ Entrevista a Víctor, psiquiatra, abril 2017. Durante el 2016 Víctor contabiliza sólo dos visitas domiciliarias realizadas para evaluar a personas que no podían salir de sus casas, y de forma excepcional se autorizó su salida del centro.

²⁴⁶ Desde el 2020 un colectivo de docentes agrupados en “Ues por el Territorio” desde diferentes universidades públicas y privadas del país impulsa la formación de pregrado en las carreras de la salud orientada a la inserción territorial junto a equipos de atención primaria y experiencias comunitarias, para hacer contrapeso al “currículum enfermo” que privilegia la formación biomédica.

sino también dentro de su posición subalterna en la jerarquía sanitaria (en el mismo sentido del “pariente pobre” descrito antes por el equipo de CESAM)²⁴⁷.

Un punto de clivaje importante ocurrió en el primer lustro de los noventa. Desde las organizaciones sindicales de la Atención Primaria, apremiadas por las condiciones laborales que les imponía el Código Laboral de 1980, tenían dos frentes de lucha: la desmunicipalización y la mejora en el financiamiento de la atención primaria. Esteban Maturana, dirigente histórico de la APS, reconoce que las negociaciones decantaron por asegurar las mejoras gremiales:

“Al constatar que no teníamos la fuerza para desmunicipalizar, ni vimos la voluntad del gobierno de Aylwin para realizar ese cambio, cambiamos nuestro objetivo: un nuevo estatuto funcionario municipal” (Maturana, citado por López, 2018, p. 118).

El nuevo Estatuto de Atención Primaria permitió a los trabajadores de la salud municipalizada tener una legislación laboral propia con carrera funcionaria. Otra reforma que amortiguó la inequidad territorial del sistema de salud fue la realizada al modo de financiamiento: se pasó del FAPEM (pago asociado a prestación) al “per cápita”, con recursos asignados de acuerdo a población inscrita en establecimientos de APS (Barros, Pacheco, Fuentes, *et al.*, 2021). Otros programas específicos complementaron los recursos: las Salas IRA para enfrentar los brotes recurrentes de enfermedades respiratorias infantiles; y el programa psicosocial para abordar los trastornos emocionales²⁴⁸.

La participación social que había sido uno de los ejes de Alma Ata se canalizó a escala de los Centros de Salud en los Consejos de Desarrollo Local (en adelante CDL). Como había planteado Weinstein (1990), uno de los aspectos menos problematizados desde un punto de vista de la *praxis* han sido los desafíos que dicha participación implica al sistema de salud

²⁴⁷ Dagoberto Duarte, citado por López (2018, pp. 103-104) da cuenta de esta perspectiva desde la segunda mitad de los ochenta, donde “la gente que trabajaba en los consultorios sentía que eran personal de segundo orden”. En la transición, la “Dirección de Atención Periférica” del SMSS de los ochenta, pasó a denominarse “Dirección de Atención Primaria”, el mismo *locus* administrativo que realiza los convenios y metas pactados entre la dirección del Servicio de Salud y los alcaldes.

²⁴⁸ El arribo de los psicólogos a la atención primaria comenzó también a partir de los noventa impulsada por la Unidad de Salud Mental del MINSAL. Previamente habían existido experiencias locales de trabajos de capacitación desde psiquiatras hacia médicos de atención primaria en los ochenta (Vega y Okseberg, 1990; Rojas, Koppmann y Sepúlveda, 1994). En 1990 se publica desde el Programa de Salud Mental del SSMS el *Manual de Técnicas para Grupos de Personas con Trastornos Emocionales*, siguiendo metodologías de educación popular que dan cuenta de la participación inicial de las ONGs en programas de salud en los primeros años de la transición (Gómez, Raffo, Riveros, *et al.*, 1990; Magdenzo, Aguirre, Bunge, *et al.*, 1989).

respecto del trabajo con organizaciones comunitarias (Hevia, 1989). Desde CORSAPS planteaban en 1991 considerar los siguientes aspectos, entre otros:

“Relaciones de poder; existe una tendencia a reproducir el modelo medicalizado de las relaciones de poder con la comunidad, por el manejo del conocimiento; hecho que se traduce en esquemas autoritarios de funcionamiento interno.

Desarticulación con organizaciones sociales que actúan en los mismos espacios; se observa una tendencia a no integrarse a un quehacer social más global, permaneciendo celosos de su acción funcional. [...]

Falta de capacidad propositiva y de visión amplia; uno de los factores que origina la falta de capacidad orgánica, es el carácter ‘fluctuante’ de la participación de sus miembros y el carácter de los programas de formación, que han privilegiado los contenidos biomédicos, dejando de lado los aspectos de formación social y política” (Marshall, Sáez y Salinas, 1991, p. 37).

Regresaremos sobre estos puntos al tratar el trabajo de las agentes comunitarias, pero primero introduciremos dos experiencias que permiten dar cuenta de un panorama más amplio en Lo Espejo respecto a organizaciones que surgen inicialmente al alero de la Iglesia católica y que abordan problemas de consumo de drogas y alcohol: Caleta Sur y el Policlínico de Alcoholismo Obispo Enrique Alvear.

Caleta Sur inicia en “la Caro” en 1986 como Programa Poblacional de Servicios para Drogadictos La Caleta, cuando fue despedido en masa el equipo del hogar “San Francisco de Asís”, un internado para consumidores de *neoprén*²⁴⁹ que dependía del Arzobispado de Santiago (Bravo, 1990, p. 34). Los despedidos emprendieron un proyecto alternativo y la Vicaría de la Zona Sur les cedió en préstamo el mismo terreno. El programa operaba en base a “monitores sensibilizados con el problema y capacitados para buscar alternativas concretas para los inhaladores, como el trabajo” (Bravo, 1990, p. 35). Además, se formó una escuela, que incluía una unidad de alfabetización²⁵⁰ y realizaban intervenciones grupales con las madres de los “neopreneros”. El proyecto tenía un carácter predominantemente poblacional con escasa presencia de profesionales y no se definía así mismo como una experiencia de “salud mental”

²⁴⁹ El *neoprén* fue un inhalante vendido como pegamento hasta 1999, que contenía tolueno y otras sustancias químicas tóxicas. Muchos niños, jóvenes y adultos lo consumían dentro de bolsas plásticas, generaba una dependencia severa, así como una carrera de mendicidad y conductas delictivas asociadas a la “marginalidad urbana” (Bravo, 1990, pp. 34-40).

²⁵⁰ Hoy en día Caleta Sur es un complejo educacional de adultos.

(Bravo, 1990, p. 38-40). Sobre la relación con el aparato sanitario, el trabajador social Javier Román expresaba:

“El problema es que si nosotros no trabajamos con ellos nadie lo hace. Los Centros de Adolescentes ahora se llaman Centros de Salud Mental Familiar, por tanto el adolescente ya no es el sujeto central, como tampoco lo fue antes” (Román, citado por Bravo, 1990, p. 39).

En 2003 se registra que Caleta Sur se crea formalmente en 1992 luego de la escisión con Caleta Norte en Conchalí (la otra unidad paralela que funcionaba desde 1987). A partir de entonces diversificó su accionar hacia la Reducción de Daños (en prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas), y mantuvo trabajos en las áreas de infancia y atención para usuarios de drogas, incluyendo además un centro de acogida en La Pintana (División de Organizaciones Sociales/SEGEGOB, 2003, pp. 29-34).

El Policlínico de Alcoholismo Obispo Enrique Alvear atiende en “la Caro” bajo esta denominación desde 1987, dependiente de la Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción (PANAD) (Marconi, 1998, p. 36). Luego del cierre de las seis postas antialcohólicas que funcionaban en la zona Sur en 1973, Naser mantuvo el trabajo junto a Estrella Gutiérrez haciendo visitas ambulatorias en bicicleta y atendiendo en un consultorio parroquial “muy pobre” en la Villa Sur (Pedro Aguirre Cerda) (Bravo, 1990, p. 31)²⁵¹. En 1977 el Vicario de la zona Sur, el obispo Manuel Vial, gestiona el traspaso de un antiguo policlínico en desuso del SNS que pertenecía a la Iglesia. En el mismo recinto funciona la Pastoral de Alcoholismo que edita un boletín (Bravo, 1990, p. 31). Naser ha liderado el tema dentro de su labor pastoral: desde 1987 se realizaron cuatro seminarios nacionales de la Pastoral de Alcoholismo y Drogas; ha organizado caminatas anuales “Por una vida sin drogas”; y hasta hoy conduce un programa radiofónico en Radio María²⁵². El eje del programa de atención es la abstinencia aplicando la delegación de funciones aprendida en el programa intracomunitario. Actualmente funciona un Programa Ambulatorio Básico en Alcohol y Drogas (PAB) con financiamiento público (SENDA)²⁵³.

²⁵¹ En esa parroquia también funcionaban durante la dictadura dos talleres, uno de hojalatería y otro de talabartería (Entrevista a Sergio Naser, sacerdote, abril 2017).

²⁵² Entrevista a Sergio Naser, sacerdote, abril 2017.

²⁵³ SENDA es el acrónimo de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y depende del Ministerio del Interior y Seguridad.

Víctor trabaja algunas horas en el policlínico y gracias a él consigo entrevistar a Sergio Naser en el mismo recinto. Víctor concibe su trabajo en el PAB como una prolongación de su labor en el CESAM (“el que enferma del alma es más vulnerable”, comenta) y admira la consolidación del trabajo antialcohólico en Lo Espejo como “un árbol que ha hecho raíces profundas”²⁵⁴. Otra ventaja que observa el psiquiatra es la vía directa de entrada al programa, a diferencia del CESAM. El sostén del programa son los “alcohólicos recuperados”, el ya descrito D4, que se reúnen mensualmente, y sostienen un grupo de prevención de recaídas. Naser en su rol apostólico y pedagógico ha sincretizado su enseñanza de la lucha antialcohólica con mensajes cristianos; ha elaborado folletos con contenido preventivo que ha intentado incluir en el libro oficial de catequesis pero no ha tenido apoyo de sus superiores jerárquicos²⁵⁵. A menudo, Naser introduce imágenes que “golpeen” a su interlocutor como fotografías de autopsias (Bravo, 1990, p. 32)²⁵⁶. Las intervenciones se resumían del siguiente modo:

“Clordiazepóxido por tres días, luego disulfiram por dos años y controles periódicos. Psicoterapia personal y familiar, capacitación a la pareja en cuatro sesiones para que ‘se ponga a tono’ y a la familia, sugerencias para inscribirse en algún grupo de rehabilitación como un Club de Abstemios o Alcohólicos Anónimos, además de la promesa de nunca más volver a probar al alcohol son algunos de los elementos del tratamiento que el Policlínico entrega” (Bravo, 1990, p. 33).

El alcohol no desaparecerá como problema sanitario aunque sí será invisibilizado en la atención primaria, en un proceso también descrito por Menéndez y Di Pardo (1996) para México a partir de los noventa²⁵⁷. Para Weinstein (1995), “la matriz cultural de Chile” mostraba signos profundos de malestar, con una preocupación emergente respecto de la depresión. Asimismo, Clara Han (2022), a partir del caso de una pobladora, va a describir esta época bajo el sintagma

²⁵⁴ Entrevista a Víctor, psiquiatra, abril 2017.

²⁵⁵ Entrevista a Sergio Naser, sacerdote, abril 2017.

²⁵⁶ Naser mostraba fotografías de cerebros normales y luego imágenes de autopsias de personas alcohólicas con cerebros con hemorragias en “centros vitales”. Le explicaba al interlocutor, después, en un lenguaje llano: “a este se le borra la película, habla cabezas de pescado, ve monos [], en vez de decirle ‘tiene alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas, cinestésicas u olfativas’”. También mostraba imágenes de personas cirróticas y aplicaba test breves: “¿cuántas personas le dijeron ‘salud, amigo?’” (Entrevista a Sergio Naser, sacerdote, abril 2017).

²⁵⁷ Marconi (1999) se mantendrá optimista con la creación de la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes en 1990 (predecesor de SENDA) y los “avances de la Reforma psiquiátrica” impulsadas por dos de sus discípulos desde el MINSAL (Pemjean entre 1990 y 1996, y Minoletti entre 1996 y 2010).

de la “depresión neoliberal”, a cuyo auxilio se desarrollarán una serie de programas de atención primaria y secundaria que intentarán paliar “la deuda histórica de la salud mental”²⁵⁸.

Otro ángulo para observar los legados de Marconi en el área Sur son los grupos de “agentes comunitarias”. Mercedes llegó a la población Santa Adriana en 1963, desde un campamento en la población Estrella Polar, cuando su primer hijo tenía 3 meses. De a poco fueron construyendo su casa “CORVI”²⁵⁹. Su “policlínico” más cercano ha sido el Clara Estrella. Su participación comunitaria comenzó después de la muerte de su marido, porque él “le hacía la guerra”²⁶⁰. A partir de ahí ha participado en la Junta de Vecinos, en el CDL del CESFAM Clara Estrella, y también en un grupo de Adultos Mayores. Hasta la entrevista, su actividad principal fue el grupo de agentes comunitarias. A fines de 2016 Mercedes participó de un homenaje póstumo a Marconi en el Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile, junto a agentes comunitarias de El Bosque y Pedro Aguirre Cerda. Ahí las docentes Gladys Montecinos²⁶¹ junto a Cecilia Vera se reúnen periódicamente en la Mesa Territorial y organizan actividades de capacitación en las que participan médicos residentes de psiquiatría, quienes cumplen con un programa temático en salud mental de orientación predominantemente biomédica²⁶². Para Montecinos, Vera, López, *et al.* (2014, p. 206), los “Agentes Comunitarios de Salud Mental (ACSM) son el puente entre los equipos de salud y la comunidad, desarrollando actividades promocionales, preventivas, de apoyo al tratamiento y la rehabilitación”. Dentro de las actividades que destaca Mercedes se encuentra un taller para familiares, en el cual les sugerían como estrategia “convencerlos de que tenían que tomarse las pastillas... con palabras, no con retos... con cariño”²⁶³. Las familias se quejaban de que “nadie les enseña”, “no tienen tiempo para hablar”, y del trato impersonal entre profesionales y usuarios. Otras tareas corresponden a coordinaciones con organizaciones sociales, participar en el CDL del CESFAM, y recibir a la Mesa Territorial según un calendario rotativo entre comunas.

²⁵⁸ Una investigación reciente realizada por la socióloga C. Cuthbertson (2015) también ha abordado el manejo de la depresión desde la noción de ciudadanía biológica en Santiago.

²⁵⁹ Entrevista a Mercedes, agente comunitaria, abril 2017. La Corporación de la Vivienda (CORVI) era un programa de vivienda fiscal que edificó viviendas básicas entre 1953 y 1976.

²⁶⁰ Entrevista a Mercedes, agente comunitaria, abril 2017.

²⁶¹ Psicóloga que fue parte de la experiencia de psiquiatría intracomunitaria durante la Unidad Popular. Habría ingresado primero como tesista, asesorada por Marconi (Norambuena, 2017, p. 79).

²⁶² En sus apuntes de clases, las agentes comunitarias de Lo Espejo tienen impresas las presentaciones de los médicos residentes que cubren temas psiquiátricos siguiendo diversos grupos de diagnósticos, como en la CIE (Diario de campo, 2017).

²⁶³ Entrevista a Mercedes, agente comunitaria, abril 2017.

Carmen ha acompañado al grupo desde su origen en 2014. El grupo se formó a partir de un diagnóstico participativo en el que confluyeron diversas organizaciones de la comuna²⁶⁴. Ese mismo año comenzaron a formarse en la Universidad de Chile²⁶⁵. La mayoría de las agentes han sido mujeres; uno hombre formado en 2016 se mantiene trabajando en la parroquia San José Obrero de “la Caro” donde conduce un grupo de apoyo a personas con necesidades educativas especiales, y no asiste a las reuniones periódicas del grupo.

Dentro de las proyecciones de las agentes comunitarias están acompañar a los trabajadores de atención primaria a realizar EMPAs (Exámenes de Medicina Preventiva) en espacios vecinales y realizar actividades educativas en “la comunidad” (en tales instancias), como por ejemplo, abordar los problemas de automedicación²⁶⁶ y entregar información sobre “enfermedades mentales” tales como la “depresión encubierta” a partir de listas de síntomas²⁶⁷. Mercedes muestra cierta cautela frente a algunas demandas de apoyo del equipo profesional quienes parecerían delegar tareas que para ella forman parte de la responsabilidad de ellos. Estas tensiones dan cuenta de aspectos que Marconi preveía al abordar el problema del etnocentrismo y el colonialismo cultural entre saberes profesionales y populares en los largos sesenta. En aquella época los aportes de la antropología médica eran incipientes aún, pero hoy en día llama la atención la hegemonía de la biomedicina en un proceso formativo de “agentes de salud mental comunitaria” con un cúmulo de experiencias locales, nacionales e internacionales que han reflexionado sobre estos temas. Quizá la delegación en médicos residentes de psiquiatría sin formación en ciencias sociales contribuya a este sesgo. En este sentido, por más que en los planes nacionales de Salud Mental y Psiquiatría se aborde como un eje la participación social, si no se problematiza desde la materialidad de los actores y los procesos de construcción de sentido, las trabas asociadas a la representación del poder, la desarticulación con el conjunto

²⁶⁴ Entre ellas, varias de las mujeres que conforman el grupo provenían de un grupo de mujeres monitoras en prevención de violencia intrafamiliar, capacitadas por el Centro de la Mujer comunal y de personas que practican Terapias Alternativas (Reiki, Flores de Bach, Reflexología, entre otras). Otras son ex-pacientes o bien familiares de usuarios.

²⁶⁵ Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017.

²⁶⁶ En la mayor parte de las ferias libres hay puestos de venta ilegal de medicamentos, entre los que se ofrece sin ningún tipo de regulación diversos psicofármacos (benzodiazepinas, inhibidores de recaptación de Serotonina y neurolépticos atípicos). He observado estos puestos en ferias libres de “la Caro” como en la Santa Adriana, así como en otras comunas de Santiago.

²⁶⁷ Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017. La “depresión encubierta”, en este caso, refleja un imaginario de un problema de salud extendido en la población pero poco reconocido, más que la forma clínica que llama de este modo a una depresión con predominio de síntomas físicos.

de organizaciones sociales y la falta de formación política persistirán en el trabajo comunitario (Marshall, Sáez y Salinas, 1991). Pero otro fenómeno ha ocurrido en este proceso de reproducción de la subalternización del saber popular que opera en la pedagogía biomédica del residente de psiquiatría hacia las “agentes de salud mental comunitaria”. Es posible, siguiendo a Correa-Urquiza (2009, p. 148), advertir la subalternización de los “saberes profanos” al interior del propio espacio popular, en este caso del “saber loco”. Se trata de:

“un saber efectivo, real en sus dinámicas de existencia, un saber que brinda la experiencia y de alguna manera se articula como un corpus desde donde también es posible construir un tipo de relato sobre la problemática. Erudición que es producto de la elaboración de las vivencias que determinan y corporizan el sufrimiento, que constituye en sí mismo un tipo de conocimiento con aplicaciones prácticas y efectivas y que debería formar parte del discurso global desde donde se construye permanentemente el ensamble teórico alrededor del dolor y la salud mental” (Correa-Urquiza, 2009, p. 148).

Finalmente, así como el propio trabajo comunitario aparece desdibujado y como “tema pendiente” de abordar por el propio equipo profesional, el esfuerzo de Carmen por dar continuidad al trabajo de las agentes parece infructuoso ante las distorsiones del uso instrumental de los “clínicos”. Andrea Cornwall (2017) ha descrito, siguiendo a Mohanty, cómo la participación también puede constituir un “espacio vacío” que puede canalizar las energías hacia formas burocráticas que poco contribuyen a profundizar la democracia. Estas nuevas formas burocráticas del neocomunitarismo van sedimentando años de participación popular y, de este modo, los actores de este subcampo pueden confundir un espejismo de comunidad con un espacio social que busca respuestas.

5. “Sin loc@s, no hay revolución”

“A los que por ansiedad fuman dos paquetes diarios
A los que no son sociables
Ni aptos
Ni lúcidos
Ni extrovertidos
Ni empáticos
Ni asertivos
Ni normales

A los que nunca superarán un test psicotécnico
A los que llevan medicación en el bolso y el monedero vacío
A los que están atados ahora a una cama y no nos oyen” .

Princesa Inca. *A los que se quedaron dormidos en el nunca* [Fragmento] (Espar y Parramon, 2017).

5.1. *En primera persona*

“Una mañana fría y sin mucho trajinar por los pasillos del segundo piso del Centro de Diagnóstico y Tratamiento donde se ubica Salud Mental, Víctor, uno de los pacientes que se atiende allí, había llegado a la hora para su control. Cuando ya llevaba un poco más de treinta minutos de espera, se dio cuenta que la cosa iba para largo. Se acercó a preguntar qué pasaba a la ventanilla de recepción pero la señora a cargo le contestó de mala manera y le indicó que sólo debía aguardar.

Él había dejado su casa con la intención de establecer un vínculo terapéutico, psicológico y social, en el otro espacio institucional que completaba junto a su familia su reducida red de interacciones sociales. Pero en vez de encontrar equilibrio, halló inestabilidad. Cuando ya había pasado una hora y media de espera, el psiquiatra que lo atendía se asomó por una puerta y vociferó su nombre. El paciente se acercó y le pidió explicaciones por tanta demora. Sin duda, era una situación tensa y la crítica con la que interpeló al profesional tuvo por respuesta, ya en el box, una cruel alza de la voz que no contemplaba un ponerse en el lugar del otro, sino un ejercicio abusivo de poder basado en la institución que amparaba al médico. Víctor, desde el momento en que tuvo el intercambio con el psiquiatra, sufrió una inestabilidad psicológica consecuencia del abuso de poder y del tiempo que había esperado para ser atendido. Pero la indiferencia al sentir de las personas parece ser una constante en los servicios de salud mental. Experiencias como las de Víctor pueden transformarse en gatillador de crisis y debieran evitarse pensando en dar una mejor calidad de vida a quien padece un problema de salud mental. De ahí que los derechos en salud mental deben constituir una bisagra ética para transformar la relación de los profesionales y los usuarios, además de representar una esperanza de cambio de las reglas

que dan sentido a una sociedad para hacerse cargo de los padecimientos que ella misma produce.

También con diagnóstico de esquizofrenia, Violeta es una mujer de mirada dulce y tranquila. Es una tarde de invierno y a sus años se la ve risueña. Pero cuando recuerda los primeros años en que se atendió en el sistema de salud mental, su voz tiembla y ella y su cuerpo, se ponen inquietos. Fue a los 19 años cuando se le gatilló la crisis. Esa noche había llorado mucho y sus lágrimas se debían a que en su familia tenían un grave problema de lealtades, puesto que se descubrió que su padre tenía una relación paralela con otra mujer y que incluso tenía un hijo. Ella no resistió el conflicto, así que la llevaron al Hospital Psiquiátrico. Allí quebró unos vidrios y ante ello le inyectaron tranquilizantes, también le administraron electroshock sin ningún consentimiento, recuerda intranquila. ‘Fue algo muy fuerte para mí’, confiesa. Junto al sentimiento de desolación propio del descubrimiento de la infidelidad de su padre, tuvo que tolerar los malos tratos por parte de profesionales y auxiliares que veían en la violencia un recurso válido para contenerla. Ella recuerda todo esto perturbada. Se mueve sentada tras una mesa y cambia de posición en plena dicción de su historia. Su cuerpo lleva las marcas de la memoria. Su cuerpo lleva las huellas del acallamiento que intentaron ejercer sobre ella. Se trata, como en muchos casos en la experiencia cotidiana del sistema de salud mental, de un silenciamiento no sólo de la voz, sino un acallamiento del cuerpo. Es, a todas luces, una forma de disciplinamiento que está tan naturalizado que llega a parecer ‘normal’ bajo la apariencia de ‘tratamiento médico’. Ese es el significado del proceso de dopaje: para mantener el *statu quo*, acallar la expresión. Y eso se logra con medicamentos de fuerte alcance, medidas de coacción psiquiátrica que no es sino el ejercicio de la violencia, una violencia que no es sólo física, sino también simbólica, emocional.

Es en el contexto de ambas situaciones antes descritas, donde no se han respetado los derechos de los usuarios, que se inscribe el gesto simbólico y ético que pretende ser este *Manual de Derechos en Salud mental*. Quizá estas situaciones vengán a parecer moneda corriente en las prácticas cotidianas de las instituciones de salud mental del país, pero no por ello deben dejar la estela significativa de algo que por común debe perpetuarse. Otros dirán que son casos aislados, sin embargo, no por ello dejan de expresar una realidad de vulneración de derechos que han vivido personas iguales a nosotros que se atienden en la red de servicios de salud mental.

Somos un grupo no establecido de usuarios y ex usuarios de esta red. Como tales, hemos vivido, experimentado en carne propia, el estigma, la discriminación, el maltrato físico y psicológico, la postergación, segregación y variadas otras formas de violación de derechos humanos en el sistema de atención de salud mental. Ello nos faculta a afirmar con vehemencia que sabemos de lo que estamos hablando.

Pero la vulneración de derechos no sólo afecta a los espacios médicos y terapéuticos. También se observa en las propias relaciones primarias de orden familiar. A veces, son nuestros mismos seres cercanos quienes nos excluyen. Paralelamente, en el espacio público, la búsqueda policíaca de la anormalidad y el castigo simbólico de ella, nos lleva a ser objeto predilecto para recibir las violencias con las que nos castiga una sociedad opresiva y segregadora. Quizás las situaciones de vulneración del modelo de atención de salud mental que acá hemos descrito, sólo sea el reflejo de las barreras sociales previas desde las cuales dichas prácticas tienen existencia y sentido” (Locos por nuestros derechos, 2015, pp. 4-5).

Estas son las primeras páginas del manifiesto “Locos por nuestros derechos” que abre el *Manual de derechos en salud mental* (en adelante el *Manual*) publicado por el grupo de usuarios y ex-usuarios homónimo (Locos por nuestros derechos, 2015). El grupo, que había sido convocado por el psicólogo Juan Carlos Cea en el marco de un proyecto²⁶⁸, funcionó como un espacio de encuentro de “expertos por experiencia”, apoyado por “expertos por formación”, que configuró “una grieta en el sistema”, en palabras de Rodrigo, quien era un ex-usuario, y el único “no medicado” del grupo²⁶⁹ (Cea y Fredes, 2019). La “grieta” abrirá una brecha profunda al interior del subcampo neocomunitarista, espacio político desde el cual se forjará un subcampo propio, el subcampo activista, que es el foco de este capítulo.

Algunos autores del *Manual* participaban, además, en un Programa llamado *Critical Time Intervention-Task Shifting (CTI-TS)*²⁷⁰ (Cea y Fredes, 2019). Este programa se basaba en el trabajo de pares de apoyo (PSW, *peer support workers*) quienes, junto a trabajadores comunitarios, acompañaban a usuarios con diagnóstico de psicosis que ya se encontraban en tratamiento en dispositivos ambulatorios (por ejemplo en un COSAM o un CESAM) y orientaban su acompañamiento hacia un proceso de recuperación (*recovery*) (Agrest, Le, Yang, *et al.*, 2019). La forma específica de aplicación en Chile implicó la “delegación de tareas” (*task*

²⁶⁸ El grupo se creó como parte de un proyecto de investigación liderado por Alberto Minoletti en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el cual abordaba la calidad de atención y el respeto de los derechos de los pacientes en los servicios de salud mental (Minoletti, Toro, Alvarado, *et al.*, 2014; Cea, 2019a).

²⁶⁹ Entrevista a Rodrigo, activista, abril 2017.

²⁷⁰ Este programa fue una experiencia de investigación realizada en el marco del proyecto internacional (enfocado a América Latina) denominado *RedeAmericas* y cuyo equipo local fue liderado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile a partir del modelo de intervención de “tratamiento asertivo comunitario” creado en la Universidad de Columbia para personas en situación de calle en los noventa (Alvarado, Schilling y Jorquera, 2015; Agrest, Le, Yang, *et al.*, 2019). Para una etnografía del ACT (*Assertive Community Treatment*) desde el punto de vista de los clínicos, véase Brodwin (2013). Para el punto de vista de los usuarios, véase Estroff (1981).

shifting) (Alvarado, Minoletti, Valencia, *et al.*, 2013, p. 88; Conover y Restrepo-Toro, 2013), reproduciendo la estrategia participativa vertical del programa intracomunitario²⁷¹.

Violeta, par trabajadora, testimonia su experiencia de psiquiatrización en el manifiesto antes citado con un pseudónimo. Al igual que Rodrigo, su edad fluctúa entre los 40 y los 50 años. Violeta y su hermana Rosa participaron del programa *CTI* en Lo Espejo, aunque su participación en él no fue comentada en ninguna de las instancias observadas en las cuales se abordó el “caso” de ambas en las reuniones clínicas del equipo de adultos del CESAM. Ambas tienen diagnóstico de esquizofrenia y, durante el trabajo de campo, Rosa permanecía hospitalizada en la Unidad de Corta Estadía del Barros Luco en espera de un cupo para la Unidad de Mediana Estadía de El Peral²⁷². Violeta se había destacado por escribir poemas, cantar y tocar la guitarra. De hecho, en años previos era a menudo invitada a participar de actos públicos en el mismo CESAM cuando llegaban autoridades de visita. En una publicación de 2014 que no podemos citar para mantener la confidencialidad de sus datos personales, Violeta había firmado un poema con el apellido Parra sin el nombre de pila. En el poema describe su itinerario hospitalario desde los 19 años por “el Hospital Psiquiátrico de Recoleta” y “El Peral” hasta su lugar como paciente ambulatoria donde le encontraron “remedio” -“voces” apaciguadas-, e insta al lector a seguir adelante para que la psicosis “no te alcance”. La auténtica, histórica y abandonada Violeta Parra Sandoval se suicidaría en 1967, mientras que Violeta de Lo Espejo en una de sus crisis fue hospitalizada en el Barros Luco y luego la trasladaron a otro hospital, probablemente el Hospital Sótero del Río, para realizarle sesiones

²⁷¹ No encontramos referencias explícitas a la “delegación de funciones” ni en el programa *CTI-TS* ni en la capacitación a las agentes comunitarias en Lo Espejo, pero en ambas instancias se emplean herramientas pedagógicas (un manual y una capacitación, respectivamente) en las cuales se inviste (al *trabajador par* o a la *agente*) de un rol facilitador (*broker*) entre el dispositivo clínico y el usuario del servicio. El “legado” comunitarista se limita a la legitimidad/pertenencia del facilitador dentro de su propia comunidad, pero no se han problematizado los contenidos a trabajar que vienen prediseñados por los investigadores/profesionales.

²⁷² En una de las reuniones clínicas se proponía también hospitalizar a Violeta bajo el argumento que habría una circularidad en la evolución sintomática de ambas, “cuando una se descompensa, al rato, se descompensa la otra”, y que sería recomendable “hospitalizarlas al mismo tiempo” en la Mediana Estadía de El Peral para romper esta circularidad. A pesar de que se había informado desde la reunión de coordinación entre la Corta Estadía y Lo Espejo que Rosa no consentía el traslado a El Peral esto no hacía eco en el equipo. De hecho, otra trabajadora social que estaba a cargo de completar el formulario de derivación a la Mediana Estadía para Violeta se quejaba de que faltaba información en la ficha clínica y sólo comentaba al paso que Violeta no quería regresar a El Peral por su mala experiencia con el electroshock, omitiendo que un requisito básico, más allá del formulario, era contar con la voluntariedad de ingreso a la Mediana Estadía.

de TEC, que apagaron su espíritu, dejó de cantar, y nunca más fue la misma²⁷³. Antes había testimoniado en el “Manifiesto” donde ya había narrado lo traumático del electroshock y se interpretaba: “Su cuerpo lleva las marcas de la memoria. Su cuerpo lleva las huellas del acallamiento que intentaron ejercer sobre ella”. Y también el olvido.

Wladimir también es habitante de Lo Espejo y cohabitante del espacio clínico del CESAM de Lo Espejo desde su creación. Su relato nos permite aproximarnos al mundo de vida del barrio, la historia de la Santa Adriana, y su experiencia de psiquiatrización. Nos reunimos en el patio de una iglesia cerca del centro de salud un día de abril de 2017 por la tarde, sentados en una banca²⁷⁴. Fue ingresado por primera y única vez, alrededor del 2000, en la Corta Estadía del Hospital Barros Luco, donde egresó con un diagnóstico de trastorno bipolar, se mantuvo en seguimiento en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del mismo hospital y luego fue referido al CESAM en el 2010. Justo antes de su ingreso, su hermano mayor Alex se había suicidado en la casa materna donde aún vive²⁷⁵. Wladimir creció en la Santa Adriana, no terminó los estudios secundarios y trabajó como lustrabotas en el centro de la ciudad y luego en una barraca maderera. En los ochenta había participado elaborando panfletos contra la dictadura en imprentas clandestinas, pero ocultó esta actividad incluso a sus hermanos. El padre no lo dejaba militar por miedo a la represión. Una vez estuvo detenido por andar en la calle durante el toque de queda, lo retuvieron un par de días en la comisaría de la Santa Adriana: “A otros se los llevaban a Pisagua”²⁷⁶. Sobre esa época resume apesadumbrado: “La dictadura hacía lo posible por destruir la honra del pueblo”.

Su mayor pesar es la soledad, su madre falleció hace 10 años, y vive sólo con una pensión de discapacidad que apenas le alcanza para sobrevivir. Sus hermanos le controlan sus actividades: “si salí, a donde voy”. Lleva un registro diario de sus actividades y su hermana le prepara el pastillero: Litio, Diazepam y Carbamazepina. En el CESAM no hay farmacia por lo que debe ir al CESFAM Clara Estrella a retirarlos con la receta del psiquiatra. Sobre la atención, refiere buen trato aunque se queja de que “hacen esperar mucho rato a los pacientes, después de la

²⁷³ Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017; y Entrevista a Rodrigo, activista, abril 2017. La entrevista a Violeta fue programada en 2017 pero no pudo concretarse por diferentes motivos.

²⁷⁴ Entrevista a Wladimir, Lo Espejo, abril 2017.

²⁷⁵ Alex se había enganchado al *neoprén* en el último tiempo.

²⁷⁶ Wladimir recuerda que “los *pacos* [carabineros] más malditos eran los de La Victoria”; “Ahí viene el zorrillo, ahí viene el guanaco... métale piedras” en las jornadas de protesta (en referencia a los carros lanza gases y lanza aguas, respectivamente).

hora de almuerzo”. Así como en su familia, la participación política de Wladimir es ignorada en el centro de salud mental. Últimamente las conversaciones han rondado en torno al “síndrome acuoso” que le estaría provocando el carbonato de litio, con exceso de ingesta de agua asociado a su uso prolongado.

Wladimir participa de la “Agrupación de usuarios y familiares” y a veces lo invitan a talleres de terapia ocupacional²⁷⁷. Antes consumía anfetaminas (el *desbutal*), pero le dieron crisis epilépticas y las dejó; ahora sólo fuma marihuana²⁷⁸. Sus amigos del barrio “son todos drogadictos y alcohólicos”; algunos vecinos se burlan de él, y a veces le tiran piedras en la calle o le dicen “loco” o “perro” si se deja crecer la barba²⁷⁹. La idea del suicidio le ha rondado desde que vive solo: “Si me suicido no seré ni el primero ni el último”. Cuando no acude a sus citas lo llaman por teléfono o lo van a buscar: “Si no me vinieran a buscar, dejaría la terapia, me quedaría en mi casa encerrado”, concluye Wladimir²⁸⁰.

Víctor, Violeta, Rosa y Wladimir han vivido diversas experiencias de psiquiatrización en una cultura asistencial neocomunitarista. El ideal de “recuperación” (*recovery*), que desde el

²⁷⁷ Los talleres de terapia ocupacional que operaban entonces eran la amasandería donde se producía pan y el taller de mosaicos. Parte del trato cotidiano se grafica en que los usuarios (de diversas edades con trastornos “crónicos”, esquizofrenia y otras psicosis, y también discapacidad intelectual) llamaban como “tíos/tías” a los y las profesionales (algunos más jóvenes que ellos) reproduciendo la forma de relación que se da en establecimientos educativos preescolares en Chile entre niños y parvularias. La infantilización también se observó en actividades recreativas, tales como la celebración de navidad en la cual todos llevaban “gorros de cumpleaños”, aunque más que tratarse del objeto mismo, destaca la forma de relación asimétrica donde se posiciona al usuario en un lugar de obediencia y heteronomía.

²⁷⁸ “La dictadura trajo la droga de Estados Unidos”; “con el gobierno de Nixon empezó a llegar la droga”, en referencia a introducción de la pasta base de cocaína en las poblaciones, en palabras de Wladimir.

²⁷⁹ Sergio González (1982), en una tesis dirigida por Carlos Munizaga, describió para una población vecina a la Santa Adriana, la Villa Sur, una serie de correlatos lingüísticos para categorías de “enfermos mentales”. Para los trastornos psicóticos los más frecuentes fueron “loco o loquito” (55%) y “trastornado” (20%), seguidos de “insano”, “rayado”, “alienado” y “orate”; para los epilépticos: “el de los ataques” (43%) y “el de las convulsiones” (25%), seguidos de “el que se desmaya”, “enfermo de la cabeza” y “enfermo del cerebro”; para los alcohólicos: “alcohólico” (42%), “borracho” (22%) y “bebedor” (13%), seguidos de “curado”, “cocido” y “cirrótico”; para el “débil mental”: “tonto” (37%) y “retrasado” (28%), seguidos de “cretino, idiota o imbécil”, “asopado”, “torpe” y “mongólico”; y para los trastornos neuróticos: “nervioso” (45%) y “enfermo de los nervios” (28%), seguidos de “mal genio”, “angustiado”, “atormentado”, “saltón”, “ansioso” y “apurado”. En sus conclusiones observaba un mayor rechazo para psicóticos y “débiles mentales”, seguido de los alcohólicos; y una mayor aceptación de epilépticos y neuróticos.

²⁸⁰ Entrevista a Wladimir, Lo Espejo, abril 2017.

modelo ideal de la Organización Mundial de la Salud debería estar “centrado en la persona”²⁸¹, contrasta con los resultados del estudio que aplicó la pauta de *QualityRights* en Chile: “de las principales debilidades de los centros estudiados, se encontraba la falta de control de los usuarios sobre sus planes de recuperación y el insuficiente apoyo que ellos reciben de los equipos, para ejercer su capacidad jurídica en los centros” (Minoletti, Toro, Alvarado, *et. al.*, 2014, p. 30). Como ha sido señalado también por Brodwin (2013, p. 98), esta contradicción entre los intereses declarados de promover la agencia del usuario en los planes de tratamiento y la experiencia de suplantación de esta agencia bajo la pauta de trabajo de los clínicos en los programas médicos, da pie a situaciones donde los tópicos habituales del movimiento de “recuperación” (adherencia, apoyo social, pertenencia, ciudadanía y esperanza, entre otros)²⁸² sirven sólo para un discurso difuso que busca evitar la fuga de pacientes.

El estigma a pesar de la “recuperación” (Jenkins y Carpenter-Song, 2008) forma parte de la vida cotidiana que personas diagnosticadas como Wladimir enfrentan en el ámbito vecinal y familiar (por ejemplo, si Wladimir se dejaba crecer la barba, era inmediatamente discriminado). Si su recuperación pasa por “la adherencia al tratamiento”, entonces las estrategias de vigilancia sobre sus actividades y asistencias a citas implican un condicionamiento del *self* hacia la pauta de otros (su médico tratante, su hermana, entre otros). Se acaba por padecer formas de “cuidado reaccionario” a través de las cuales se reproducen formas de disciplinamiento social y se favorece el aislamiento social (Alegre-Agís, García-Santesmases, Pié-Balaguer, *et al.*, 2022). A pesar de formar parte de una “agrupación de usuarios” a Wladimir no se le ha ofrecido una alternativa *instituyente*; al contrario, al igual que muchos y muchas sólo le ha permitido lidiar con su sufrimiento *despolitizado* (Pérez, 2003, p. 59). ¿Qué sentido podría tener un *recovery* despolitizado? ¿Qué forma de ciudadanía se construye a partir de un sujeto estigmatizado?

A partir de la experiencia del grupo del *Manual* se creó el colectivo *Locos por nuestros derechos*. Al mismo tiempo, como colectivo hermano emergió *Autogestión Libre-Mente* al que se sumaron otros ex-usuarios y usuarios de servicios de salud mental de Santiago que se

²⁸¹ La OPS ha publicado en 2022 la serie de *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, disponible en <https://iris.paho.org/>.

²⁸² Para una descripción de este modelo ideal de recuperación aplicado al programa *CTI* en Chile y en Brasil, véase Agrest, Alves-Nishioka, Le, *et al.*, 2021. Para una perspectiva crítica véase Woods, Hart y Spandler (2022).

identifican como “sobrevivientes de la psiquiatría”. Como parte de las acciones de difusión del *Manual* en 2016 un grupo de activistas de *Libre-Mente* visitó el CESAM de Lo Espejo.

El día del “conversatorio” se congregaron en la cancha de la antigua escuela varios usuarios, algunos familiares, algunos profesionales (terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) y unas pocas autoridades municipales (en período preelectoral). La instancia servía al centro de salud para debatir sobre algunos procedimientos como el consentimiento informado que se incluye en el *Manual*²⁸³. Para Patricio de *Libre-Mente*, era una oportunidad para narrar su experiencia en primera persona, ante una audiencia que reflejaba su propia posición hace unos años atrás²⁸⁴. Por este motivo él había anticipado una reacción de asombro en la audiencia ante la presencia *entre pares* de experiencias disímiles respecto a la psiquiatría. Carmen recordaba cómo a partir de hablar del consentimiento informado se discutía sobre la posibilidad de decidir “qué pastillas sí, qué pastillas no, a qué tipo de profesional debe acudir cuando él está descompensado” y sobre el ejercicio de voluntades anticipadas²⁸⁵. La reacción del entorno fue llamativa, algunos psiquiatras que no estaban participando de la actividad se acercaron a escuchar para saber de qué iba la actividad. El director del centro también se acercó, nervioso, y preguntaba “si no era contraproducente que nuestros usuarios estén escuchando eso y después estén pidiendo que les saquen los medicamentos”. Para Patricio los usuarios estaban sorprendidos de escuchar a personas “que no estaban relegadas a los medicamentos”, que estaban en “otra *pará* [parada, postura]” y esto generaba muchas preguntas y dudas que salían a la luz. De hecho se prolongó más de dos horas un debate que originalmente estaba programado para media hora. La reacción “paranoide” de los psiquiatras y el director, según Carmen, encendía alarmas innecesarias y evidenciaba que el interés generado en los usuarios de Lo Espejo por el tema se relacionaba con la ausencia de este tipo de diálogos en la experiencia típica de interacción con los profesionales. Esto apareció luego en una conversación entre un usuario y Carmen días después:

- “¿Esto significa que tengamos que dejar los medicamentos?”
- No, pero sí que en algún momento puedan ir reduciendo las dosis, pero sobre todo que esto se pueda conversar²⁸⁶.

²⁸³ Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017.

²⁸⁴ Entrevista a Patricio, activista, abril 2017.

²⁸⁵ Entrevista a Carmen, trabajadora social, abril 2017.

²⁸⁶ *Ibidem*.

La respuesta de Carmen confirmaba que esa instancia de diálogo era necesaria y no se estaba produciendo. Pero otro aspecto también había llamado la atención, el hecho de que los testimoniantes se denominasen “sobrevivientes de la psiquiatría” había “shockeado” a algunos presentes. Y surgía, así, otro factor poco reconocido en las relaciones entre profesionales y usuarios: el clasismo, el prejuicio de clase. Para el director del CESAM en una conversación que sostuvimos cuando le planteé como actividad de devolución el realizar una charla sobre Gestión Autónoma de la Medicación, respondía del siguiente modo: recordó el conversatorio aludiendo a que él observaba que se trataba de una experiencia no replicable en Lo Espejo porque se trataba de “gente con otro tipo de recursos”, que eran “profesionales”. Parecía que no era posible imaginar un usuario de Lo Espejo con una experiencia similar. Patricio, en su propia experiencia de interacción con el sistema de salud había experimentado este tipo de prejuicio: “La gente asocia educación a capacidad económica”, explicaba²⁸⁷. Luego de las seis de la tarde se empezaron a ir los funcionarios y como el espacio era abierto las personas de *Libre-Mente* se quedaron hasta cerca de las nueve de la noche hablando con la gente:

“No tienen información, lo mismo que me pasaba a mí. No hay espacios de conversación y esa es la reacción que he visto en todos los lugares donde hay usuarios. El impacto... ‘este tipo está mintiendo’, ‘esto no es posible’, y sí es posible... yo he estado ahí”²⁸⁸.

... “Yo he estado ahí” verbaliza la experiencia en primera persona. Tal como se afirmaba en el *Manual* al sostener que “[e]llo nos faculta a afirmar con vehemencia que sabemos de lo que estamos hablando”. Sobre este lugar de enunciación podemos distinguir algunos niveles de análisis. En primer término, se encuentra el contraste de las voces gramaticales: “primera persona” versus “tercera persona”. A partir de la experiencia de ser narrados en tercera persona los locos y las locas han sido interpretados por otros, ya sean sus propios familiares en la interacción con los “tratantes” (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, etc.); los profesionales a cargo de “su caso” que entextualizan su experiencia en una narrativa medicalizada (Kuipers, 1989, pp. 109-110); o los antropólogos que hablan de sus historias ante una audiencia académica²⁸⁹. La voz “en primera persona” reivindica el lugar de enunciación de quién habla de su propia experiencia de psiquiatrización, que es a la vez una experiencia de deshumanización. La primera persona puede hablar “en singular” en clave autobiográfica, o

²⁸⁷ Entrevista a Patricio, activista, abril 2017. Él había estudiado derecho, usaba traje habitualmente, y se relacionaba de forma directa con los profesionales.

²⁸⁸ Ibidem.

²⁸⁹ Entrevista a Rodrigo, activista, abril 2017.

bien en “plural”, dando cuenta del colectivo que comparte la misma experiencia (Huertas, 2020, p. 31). Como voz plural, en la pedagogía freireana la concientización de la opresión opera como “restauración de la intersubjetividad” (Salas Soneira y Pié Balaguer, 2018, p. 16): es la voz en primera persona la que habilita romper con el discurso opresor. Emerge, de este modo, un segundo nivel de análisis: el político; que remite a los activismos “en primera persona”. Con fines analíticos, aunque comprendiendo que se trata de un mismo proceso, abordaremos, primero, el movimiento de “sobrevivientes” (*survivor movement*) que encarna el giro de lo personal a lo político en el apartado subsiguiente. Y más adelante, el lugar del cuerpo y las vulneraciones en clave de género en el movimiento “No es lo mismo ser loca que loco”. Antes, empero, introduciremos algunas reflexiones sobre el lugar que ocupan los psicofármacos en estas trayectorias.

5.2 *Pharmakon y mercancía*

“Súbitamente
De la hija de Júpiter, de Helena,
La mente ocupa una imprevista idea;
Verter hace en los vinos preparados
El Nefentes que dictamo es precioso
Que a las almas procura dulce ensalmo
Para que olviden las pasadas penas.
En todo el largo día el que lo beba
Conocer no podrá lo que sea llanto.
Aunque a sus ojos pareciera el padre;
Que la madre espirase a su presencia;
Que viese hermano o hijo asesinados
Por el hierro enemigo , quedaría
Inaccesible cual funéreo mármol
Tan gran secreto Helena poseyera,
Que Polidamia, del egipcio Tonis
La consorte sagaz, se lo enseñara.
En Egipto se encuentran sin medida
Venenos fieros, dúplices sustancias
Y saludables plantas”

Homero [1851], *La Odisea*, Canto cuarto. 85-86.

Locos por nuestros derechos y *Libre-Mente* forman parte de las “personalidades múltiples” del “activismo en primera persona” en Santiago, en referencia a que muchos comparten militancia en ambos espacios. Entre noviembre de 2016 y mayo de 2017 acompañé las asambleas de *Libre-mente* que se realizaban todos los lunes en la Librería Proyección, espacio abierto a

movimientos sociales en el centro de Santiago. Uno de los temas más debatidos en estos espacios era el uso y la retirada de los psicofármacos.

Los psicofármacos pueden ser comprendidos desde la experiencia ambivalente del *pharmakon*²⁹⁰. Como en el canto de Homero, los medicamentos (φάρμακα, *pharmaka*)²⁹¹ se sitúan en el frágil equilibrio de lo saludable y de lo mortífero. La referencia a los psicofármacos es aún más sugerente si tomamos en cuenta la escena: Helena agrega un medicamento al vino, para que quien lo beba aplaque cualquier dolor y cualquier cólera. Siguiendo este mismo uso, el fármaco egipcio tendría una propiedad “ataráxica”, la misma que describía Laborit, el creador de la clorpromazina, para hacer notar la indiferencia que se producía en quienes la recibían (Healy, 2002: 116).

En la Grecia clásica, el significante *pharmakon* (Φάρμακον) aludía al mismo tiempo a un remedio benéfico y a un veneno (Rinella, 2010). El término podía abarcar no sólo a los medicamentos²⁹². De acuerdo a Rinella:

“A *pharmakon* could be a remedy used in medicine or an ointment applied as part of bodily training, but it could also be the basis of a spell, charm, or talisman used in sorcery or divination, and it could be an analogue to the power of the spoken word and its ability to place an audience under the influence of the speaker” (Rinella, 2010: xxii).

La naturaleza proteica del *pharmakon* es también para Gutiérrez (2017:11) aquello que lo caracteriza como falto de forma o *eidos*. Derrida (1972 [1997:191]) ha difundido su interpretación del *pharmakon* como “el movimiento, el lugar y el juego (la producción) de la diferencia”. Basándose en el *Fedro* de Platón, Derrida asimilaba al *pharmakon* con el acto de escritura, una forma narrativa que elude la dimensión pragmática que se relaciona con el

²⁹⁰ Los párrafos relativos al *pharmakon* han sido publicados en Morales-Saéz (2022).

²⁹¹ El texto homérico en griego ha sido citado por Herodoto como “φάρμακα, πολλά μὲν εὐθλά μὲμυμένα, πολλά δὲ λυγρὰ” (Euterpe CXVI.15-20 en Schweighäuser, 1818: 163). En el epígrafe, la traducción es algo barroca: “Venenos fieros, dúplices sustancias y saludables plantas” (Homero, 1851, p. 86). El mismo ha sido traducido al inglés como “all sorts of drugs, many beneficial, many poisonous” (*Odyssey*, IV. 245, tr. S. Lombardo [2000]). La referencia a *Nepentes* (*Nepenthes sp.*) se debe probablemente a un apunte de Linneo sobre esta planta “del Viejo Mundo” que el botánico asume referida en el texto homérico. La etimología de *Nepenthes* remite a “sin dolor”.

²⁹² El *pharmakon* también tenía otras acepciones en la Grecia clásica, tal como el ritual del *pharmakos*, que analiza Girard (1972) a propósito de la figura del chivo expiatorio, la víctima expiatoria de la ciudad enferma.

habla²⁹³. En nuestro caso, optamos por utilizar la ambivalencia inherente al término que ya ha señalado Emily Martin (2006) para el caso estadounidense. Se trata de una aproximación más empírica que apunta a la experiencia del uso de psicofármacos en sus diversos tipos y modos de administración como actos con significados tanto positivos como negativos. Notablemente, Emily Martin da cuenta del fenómeno de desplazamiento (*displacement*) de los aspectos peligrosos de los medicamentos, que opera como una estrategia de la industria farmacéutica y de los prescriptores a través de la miniaturización de los efectos secundarios. Una estrategia que ya observábamos cuando discutimos la introducción de las *terapias de shock*.

Nos centraremos en los efectos sobre el *self*, en una dimensión que Janis Jenkins ha denominado como *self farmacéutico* (Jenkins, 2011). Para Jenkins, el *self* es “the sum of processes by which the subject is oriented in the world and toward other people, then a pharmaceutical self is that aspect of self oriented by and toward pharmaceutical drugs” (Jenkins, 2011, p. 23). Para este objetivo se tomarán como referencia las voces en primera persona de tres activistas de *Libre-Mente* quienes han se han desprendido de la “adherencia a la conciencia opresora” (Salas Soneira, 2017) y han problematizado sus trayectorias de politización. Trayectorias que podríamos comprender colectivamente como formas de contrahegemonía.

En una reunión que marca la antesala de *Libre-Mente*, Rodrigo les pregunta a los miembros de un colectivo de estudiantes de psicología denominado Centro de Acción Crítica en Salud Mental (en adelante CAC) “¿quién de ustedes toma medicamentos?”, a propósito de que ellos planteaban una postura contraria a los fármacos desde la teoría, y efectivamente ninguno lo hacía:

“[A] ellos les quedó dando vueltas; que estaban hablando desde la teoría no más y pensaron que sería bueno organizar talleres de autoformación. Entonces la idea era invitar a locos y locas que estuvieran tomando medicamentos para compartir experiencias. Y de ahí surgió *Libre-Mente*. De CAC quedaron 2 o 3, y de ahí surgieron ideas de hacer un movimiento, de organizar conversatorios, y así empezamos... a organizarnos”²⁹⁴.

²⁹³ Algunos autores, como por ejemplo Biehl (2005, pp. 257-259) y McDowell (2017), refieren al *pharmakon* bajo la lectura que realizó Jacques Derrida.

²⁹⁴ Entrevista a Rodrigo, activista, marzo 2017. Para los planteamientos del CAC véase Centro de Acción Crítica en Salud Mental (2013).

Patricio tomó psicofármacos durante 28 años hasta discontinuarlos por completo en 2016. La ambigüedad del *pharmakon* operó bajo la forma de una inversión del significado atribuido a los psicofármacos. Primero medicación, luego drogas. Entremedio un tortuoso trance. Sentados en la sala de estar del departamento de sus padres en al sur de la ciudad reconstruye su largo periplo por la psiquiatría pública y privada.

“Ese fue el modelo que yo recibí, con muchos diagnósticos, que me hablaban de una enfermedad biológica, genética, para toda la vida, una enfermedad en la que no podía vivir sin fármacos y era irrecuperable y en la que me mencionaban muchas veces que yo tenía que educarme en el diagnóstico”²⁹⁵.

Sobre la educación en los síntomas, que hoy para Patricio están condicionados en gran medida por la medicación, lanza: “Nos tiraron un flotador y nos dijeron que teníamos que decir estas cosas para flotar, y las decimos”. El flotador no era suficiente, el suicidio lo había rondado la mayor parte de su vida, y se había aislado al mismo tiempo que había renegado de una identidad de enfermo:

“Yo me había rebelado a la psiquiatría, por ejemplo me negué a aplicarme electroshock, también me negué a jubilarme. Yo sentía que si lo hacía, *chao*. Otra cosa que yo logré durante mucho tiempo fue nunca me trataran como enfermo en mi entorno familiar, ni mis vecinos, ni en mi trabajo, ni mi pareja. Pero eso a la vez tuvo una contrapartida, fui una persona muy sola, porque me mamé las crisis de pánico solo, las crisis de vértigo, me moría solo, me estaba extinguiendo solo. No tuve ningún tipo de solidaridad, porque no lloré tanto, no grité todo lo que quería gritar. Me retuve a dejar lo que estaba pasando en mi mente, porque si yo lo soltaba, me iba, me volvía loco, y trataba de volver. Hubiese querido cantar en la calle y gritar. Cuando estaba muy mal, fui generando un espacio, en la pieza me anquilosé, no quería que nadie me viera así, era decisión mía. Por un lado no podía salir, pero tampoco quería que nadie me viera así, tenía un agotamiento tremendo, se me caía la cara. Muchas veces no contesté el teléfono, porque estaba tremendamente confundido, confundía a las personas, confundía las materias de las que estábamos hablando... Sentía que no era yo, sentía que algo pasaba, pero nunca pude descubrir que era. Ahora miro en retrospectiva y un factor importante eran los medicamentos, de los cuales yo nunca dudé. Nunca los miré como drogas, nunca les vi el efecto adictivo, nunca les vi los efectos secundarios, nunca”²⁹⁶.

²⁹⁵ Entrevista a Patricio, activista, abril 2017.

²⁹⁶ Entrevista a Patricio, activista, abril 2017.

Un día lo invitaron a una presentación del *Manual*. En ese momento Patricio escucha la frase “¿y si esto no existe?”, y se dio cuenta de que nunca se lo había cuestionado²⁹⁷. A partir de ahí se replantea la cultura médica en la que se había educado, y comienza, de forma solitaria, un duro proceso de desintoxicación que en una primera etapa dura cuatro meses en los que va retirando todos los medicamentos a la vez paulatinamente (Carbonato de Litio, Lamotrigina, Quetiapina, Clonazepam y Tonaril). Tardaría un año en total en recuperarse pero al primer mes ya notaba que podía leer. A los tres meses estaba jugando dominó y le pidió a quien lo acompañaba que grabara un video. Lo primero que notaron sus hijos que viven en el extranjero al verlo fue la ausencia del temblor que siempre lo había acompañado. En ese tiempo dejó de ir a *Libre-Mente*, sólo mantenía el contacto por whatsapp.

Los síntomas de discontinuación fueron intensos: *rash* cutáneo, alteraciones de analíticas del riñón y del hígado; dolores neurálgicos, deshidratación, calambres; “sentía ruidos, que me estaba volviendo loco en un momento determinado”; “crisis de pánico, día por medio sentía que me iba a morir”; crisis de vértigo; insomnio; “orinaba demasiado, a veces perdía control de esfínteres”; “fue un período complicado, sin salir a la calle; no sabes cuando va a terminar. Estaba convencido de que estaba en lo correcto y caí un par de veces en la urgencia”²⁹⁸.

Las primeras veces en la urgencia les comentó a los médicos que estaba discontinuando psicofármacos y lo único que recibió por respuesta fue un mandato ciego de retomar la medicación. Irónicamente, Patricio les preguntaba cuando iba con el *rash* cutáneo: “¿Cuál de estos remedios es para la piel? ¿La Quetiapina? ¿El Clonazepam? ¿El Litio? ¿Cuál es para la alergia?”. La ignorancia y la ausencia de cualquier apoyo técnico para superar el proceso lo llevaron a que durante la siguiente visita a la urgencia sólo acudiera a buscar un paliativo para un síntoma acuciante; Patricio sentenció “No tienen capacidad de respuesta, ¡tanta inteligencia inmovilizada!”²⁹⁹.

Al igual que Patricio, Rodrigo también tenía “conciencia de enfermedad” y “adherencia al tratamiento”:

²⁹⁷ En el cortometraje *¿Qué pasa si esto no existe?* se abordan las historias de tres activistas de *Libre-Mente*, entre ellos Patricio y Rodrigo (Riquelme, 2018).

²⁹⁸ Ibidem.

²⁹⁹ Ibidem. Sólo encontró apoyo en un amigo médico que le aplicó *terapia neural* en su consulta, al que acudió cuando estaba con muchos síntomas.

“Yo me creía el cuento, que tenía un problema en el cerebro y era *cuático*³⁰⁰ con los medicamentos.

[¿En qué sentido?]

Era *urgío*³⁰¹ porque no quería pasar por lo que había pasado antes y tenía la asociación de la psicoeducación de que si yo no me tomaba los medicamentos me iba a pasar eso y algo peor. Y había dos medicamentos que yo compraba y dos que me conseguía un amigo que trabaja en un laboratorio. Tenía bolsas con medicamentos y tenía pastilleros para 7 días, dos en mi casa y otros los tenía mi compañera, y las bolsas tenían medicamentos para un mes, ‘por si terremoteaba y no podía conseguir la droga, así de *brígido*³⁰². Y empezó a pasar que a pesar de que me tomaba los medicamentos estaba más *p’a la cagá*, empecé a tener problemas de memoria *heavy*, no podía leer porque en el segundo párrafo me tenía que devolver porque no me acordaba de lo que había leído. [...]

Fui en el 2008 a ver a mi hija a EEUU. [...] Algo no estaba funcionando, me acuerdo que mi hija me preguntó cuando yo le dije que tenía bipolaridad... y ella me preguntó ‘pero ¿quién eres tú? ¿el de antes que no tomaba medicamentos o el de ahora que toma medicamentos?’ Buena pregunta... tenía problemas sexuales, había subido de peso, no podía hacer ejercicio, era un deterioro *heavy*. Ahí empecé a pensar ¿qué pasa? Y empecé a buscar, y empecé a *cachar* que había otras opiniones, gente que había dejado los medicamentos”. [...]

“Empecé también a mirar a otras personas que tomaban medicamentos y empecé a observar que estaban *p’a la cagá* con temblores, babosos, gordos, con problemas de riñón, de la memoria. [...]

Y empecé a cachar el rollo de derechos humanos, empecé a meterme, participé de algunas actividades, grupos, y entonces pensé en algún momento... de empezar a dejar los medicamentos. Al principio lo hice con el psiquiatra, hablé con él y le dije ‘no quiero seguir tomándolos’. Por supuesto él me dijo que no, que era peligroso, lo típico. Le dije ‘Bueno, yo lo voy a hacer igual, contigo o sin ti’. Y responde ‘ya, pero vamos de a poco, vamos por tales o cuales, y estuve como 3 meses, y me dí cuenta de que no sabía hacer el proceso, que no le interesaba realmente. [...]

Empecé solo y cometí los errores que la mayoría hace. Uno empieza a ver resultados y apuras algunas cosas. Yo tomaba varios medicamentos. 4 drogas. Lo pasé mal, tuve semanas, casi un mes mal, con sensaciones físicas, psicológicas, pensaba que me iba a intentar matar de nuevo, que no valía la pena... pero salí adelante”³⁰³.

³⁰⁰ Chilenismo que se refiere a algo exagerado, escandaloso o extravagante.

³⁰¹ Urgido.

³⁰² Chilenismo que se refiere a una situación intensa.

³⁰³ Entrevista a Rodrigo, activista, marzo 2017. Rodrigo antes había dejado la Quetiapina de forma abrupta porque le había provocado una tartamudez severa; entonces tuvo una crisis asociada a la retirada y fue reingresado en una unidad de Corta Estadía. El último proceso de discontinuación fue exitoso y

Claudio, a diferencia de Patricio y Rodrigo ya había dejado los psicofármacos cuando llegó al activismo. Llegó buscando un grupo de apoyo y acabó participando del movimiento activamente. Su experiencia con los psicofármacos remite a años atrás:

“Lo que pasa es que yo tomé una vez Risperidona. Yo estaba trabajando con una vecina que tenía unos buses, arrendaba un espacio que tenía cerca de la casa.

Al cuarto año, estaba ahí y tenía que revisar los buses. Y no podía, me daba *una flojera...*, y dejé de bañarme. Y me acuerdo que estuve así mucho tiempo, no me cambiaba ropa. Un mes tocó que no fui a buscar los medicamentos al hospital y pasó el mes, y de ahí empecé a hacer lo que había dejado de hacer, empecé a lavar la ropa, empecé a bañarme y hablo con la médico y me dice ‘tienes que volver...’. Volví y a los tres meses empecé igual. Entonces yo dije... lo que pasa es que yo empiezo algo y no lo termino, yo dije ‘esta *wea* no me sirve’, sigo con medicamentos y ‘estoy en las mismas’, sigo con los problemas y a raíz de eso dejé la Risperidona... Lo que me pasaba es que yo dejaba los medicamentos y pasaba una semana en que andaba hiperacelerado y eso me asustaba y volvía a tomar medicamentos. Una vez fui a la Clínica Psiquiátrica de la Chile y me dieron Risperidona en gotas... Y los últimos medicamentos fueron Meleril con Fluoxetina, eso me lo dieron en el COSAM y empecé con la misma sensación. Yo dije, puede que sea una depresión, y dejé el Meleril y seguí una semana con la Fluoxetina, y seguía igual, la dejé y afortunadamente anduve bien. En ese momento, lo dejé...”³⁰⁴.

En las asambleas del Colectivo *Autogestión Libre-Mente* varios participantes habían pasado por procesos de discontinuación de psicofármacos (Castillo, 2018). La “desmedicalización” para algunos de ellos hace referencia tanto a la retirada de los psicofármacos como al abandono de los códigos diagnósticos y terapéuticos que fundamentan su prescripción³⁰⁵. Se trata de un proceso de recuperación respecto de la psiquiatría en su conjunto, y no de la recuperación referida a un trastorno mental (Delano, 2012). Es en el encuentro entre pares que han vivido procesos similares que podemos articular esta dimensión contrahegemónica más allá de experiencias individuales de “recuperación”. Rodrigo recuerda que hacerse activista fue una decisión, así como podría haberse dedicado al montañismo, por poner un ejemplo, pero al darse cuenta que no era “su problema”, sino que lo que había pasado a él también les pasaba a otros,

duró un año y medio, aunque a veces cuando apuraba el ritmo terminaba “pagando las consecuencias” (Fredes, 2019, p. 101).

³⁰⁴ Entrevista a Claudio, activista, abril 2017.

³⁰⁵ Los párrafos relativos al *pharmakon* y el fetichismo de la mercancía han sido publicados en Morales-Saéz (2022).

se decantó por el activismo. Esta trayectoria en primera persona del singular dio paso a la primera persona en plural, en un proceso que reverberará en la arena política local a través de la expansión de la grieta dentro del subcampo neocomunitarista.

Para muchos de quienes han compartido su experiencia en las asambleas, foros o entrevistas, la retirada de la medicación ha sido difícil, con numerosos síntomas de discontinuación. Los ex-usuarios destacan como factores relevantes el apoyo de familiares o bien de pares que han vivido el proceso antes, junto a la participación en colectivos como *Libre-Mente* (Hall, 2019; Larsen-Barr, Seymour, Read, *et al.*, 2018). Pero esta experiencia “contrahegemónica” de discontinuación de la medicación no se ha transformado en una pauta de conducta o de exigencia para nadie del grupo. El grupo sanciona el respeto a quienes continúan tomando psicofármacos, y en ocasiones surge el tema durante la asamblea dejando en cada quien la decisión sobre cómo proceder. Para quienes quieran comenzar la retirada de fármacos se generó otra instancia que sesionaba como “grupo de desmedicalización”, en formato de grupo de apoyo mutuo en paralelo al espacio de reunión, pero mientras realicé observación un conflicto alteró su desarrollo. Se trataba entonces de una experiencia incipiente que según Patricio requería de bastante implicación por la complejidad del proceso.

Recapitulando, en las experiencias ambivalentes del *pharmakon* descritas observamos diversas configuraciones del *self farmacéutico* que encarnan una transfiguración tanto del propio remedio/tóxico como del propio sujeto asujetado por una prescripción psiquiátrica. Se trata de un sujeto que ha aprendido una nueva farmacognosia, una ecología de nuevas prácticas que a menudo se asocia a una politización a través del activismo en primera persona.

A partir de 2016, se discute dentro de las asambleas la situación de la prescripción de psicofármacos a niños y niñas, y se decide crear una campaña “por una niñez libre de drogas psiquiátricas” (Centro de Acción Crítica en Salud Mental, 2016). Dos antecedentes relevantes enmarcaban el debate. Previamente se había discutido a propósito del TDAH, de su creciente diagnóstico en Chile y del amplio uso del Metilfenidato, y, por otra parte, se recordaba el caso de un niño de 10 años de edad, infractor de ley institucionalizado quien había recibido el medicamento Clozapina al interior de un hospital pediátrico de Santiago. Este niño había sido diagnosticado con una etiqueta de “desregulación emocional severa” en el año 2009, una entidad gnoseológica descrita por Leibenluft, Charney, Towbin, *et al.* (2003) y recientemente

incorporada al DSM-5 como “*Disruptive Mood Dysregulation Disorder*” como un diagnóstico alternativo al Trastorno Bipolar Pediátrico (Parry, 2014).

En 2016, a partir de caso de una niña fallecida en una institución residencial en Santiago dependiente del SENAME (Servicio Nacional de Menores)³⁰⁶, la reivindicación por una niñez sin drogas psiquiátricas se vuelve un imperativo ético al bregar por la defensa de niños bajo custodia estatal. A la denuncia de las prácticas de medicación psiquiátrica con fines de control conductual en niños y niñas en situación de vulnerabilidad (Cea, 2016), se suman denuncias de los propios niños de diversas formas de violencia institucional, entre las cuales se enmarca el fallecimiento señalado. Dos informes de autopsias difieren en la causa de muerte de la niña: arritmia por efecto de un psicofármaco prescrito (Olanzapina) y asfixia por sofocación. El Fiscal a cargo de la investigación concluye en 2017 que la niña fallece por la segunda causa, debido a la violencia ejercida por las personas responsables de su cuidado, sometiendo a proceso a 8 personas por el delito de tortura y apremios ilegítimos (Comité de los Derechos del Niño, 2018).

En Centros bajo administración directa del SENAME en la Región Metropolitana se administraban “10 mil dosis mensuales” de psicofármacos (entre antidepresivos, antipsicóticos y tranquilizantes) (Albert y Sepúlveda, 2016). De acuerdo a una investigación del Instituto Nacional de Derechos Humanos (2018), denominada “Misión de Observación SENAME 2017”, un 43% de los niños encuestados estaban consumiendo algún tipo de psicofármaco. Llama la atención que los antipsicóticos ocupan el primer lugar de prescripción con un 40.4%, seguidos de los antidepresivos (22,1%) y los estimulantes del SNC (20,5%) (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018). Los organismos institucionales destacan que hay una notable falta de atención psiquiátrica de estos niños, con largas listas de espera y controles médicos esporádicos, junto a una administración tercerizada en organismos privados, falta de personal suficiente para los cuidados diarios, entre otros factores. Desde *Libre-Mente* denuncian que estos casos no son aislados y llaman a una transformación radical de la sociedad donde se respeten a los niños como sujetos de derechos y se evite el uso de drogas psiquiátricas.

³⁰⁶ En 2021 el SENAME es renombrado como Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia “Mejor Niñez”.

Estas breves notas sobre la medicalización de las infancias tensionan la dimensión más subjetivante que hemos esbozado en torno a la ambigüedad del *pharmakon*. Si con Hardon y Sanabria (2017), sostenemos que “*there is no pure (pharmaceutical) object that precedes its socialization*”, debemos reconocer que el campo de la psiquiatría infantil se presenta como un lugar privilegiado para su análisis. En este campo no sólo está en juego el avance de la tercera fase del proceso de medicalización que proponen Comelles y Perdiguero (2014), relacionado al marketing y al *disease mongering*, representados en este caso por el *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* y el Trastorno Bipolar Infantil, sino también una nueva forma de abordar las pragmáticas del *pharmakon* en sujetos (niños) “en riesgo”. En este sentido, Rojas, Rojas, Castillo, *et al.* (2018) proponen una aproximación matizada a la medicalización, desde un enfoque *bottom-up* representado por una agrupación de familiares, la Asociación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional (ANPANDA), en contraposición a la tendencia a concebir la medicalización desde una óptica universalista y unidireccional *top-down* desde la industria y los prescriptores.

Siguiendo a Gutiérrez (2017), una antropología del *pharmakon* requeriría de la recuperación de la experiencia sensible, sensorial y efectiva en la construcción de conocimiento y de las relaciones ecológicas implicadas en las pragmáticas del *pharmakon*. Esta dimensión cosmopolítica se complementa con la segunda de las aproximaciones antropológicas de nuestro interés: el fetichismo de la mercancía.

El fetichismo de la mercancía sigue la reflexión de Marx (1976) sobre la relación entre el producto del trabajo humano y su conversión bajo el capitalismo en un ente enajenado como mercancía. En el análisis de Lukács (1971), tras el fetichismo de la mercancía subyace la reificación de las relaciones entre sujetos a través de una “*phantom objectivity*”. En la noción de reificación, no obstante, cabría precisar que Lukács no asume todo el potencial dialéctico que este concepto expresa en Marx (Martínez, 2008: 158). Este potencial se expresaría en la antítesis entre la personificación de las cosas y la reificación de las personas³⁰⁷. En este sentido, Martínez (2008: 157-159), comenta la interpretación parcial que realiza Taussig (1980) al aplicar la categoría lukacsiana de reificación al dominio de la salud y la enfermedad. Para Taussig: “*signs and symptoms of disease, as much as the technology of healing*” no son “*things-*

³⁰⁷ El traductor de Marx apunta: “‘Personifizierung der Sachen und Versachlichung der Personen’, que quiere decir: ‘Personification of things and reification of persons’” (Marx, 1976, p. 209 *infra*).

in-themselves”, sino “*signs of social relations disguised as natural things*”. El problema, para Martínez, es la limitación del análisis a la reificación y la mistificación, es decir, el problema de la conciencia de clase –o mejor dicho- la conciencia de paciente. Se trataría de profundizar en la personificación de las cosas, en este caso, de las propias categorías diagnósticas que adquieren un valor atribuido intrínseco, propio, y que se vuelven autónomas de los sujetos que las padecen y de los artefactos técnicos que las ejecutan (psicofármacos, imágenes cerebrales, etc).

¿Cómo se pone en juego la capacidad heurística del fetichismo de la mercancía respecto de los procesos de subjetivación y la conformación del *self farmacéutico*? Tenemos, por un lado, que la cosificación de las personas implica un proceso de desocialización que Martínez (2006) expresa como el fetichismo de la enfermedad. En él, “el objeto (la aflicción) es reducido a una situación presocial, a un mundo de neurotransmisores, sinapsis neurales y principios farmacológicos activos a los que se les supone una eficacia biológica” (Martínez, 2006: 49). Nos encontramos, entonces, en el terreno de la “*phantom objectivity*”. Del otro lado, tenemos la personificación de las cosas, en este caso, los psicofármacos. La medicación no es un ente pre-social, como hemos recordado antes con Hardon y Sanabria (2017), no ha sido simplemente “descubierta” para un fin dado. El proceso mediante el cual el psicofármaco emerge como neutral agente eficaz requiere de una desocialización a una escala más grande. De esta forma, el proceso de objetivación médica “evita cualquier interpelación [...] sobre lo social del sujeto (el psiquiatra, el sistema asistencial, la presión de los laboratorios farmacéuticos, la cultura profesional, etc.) y permite desocializar las propias interpretaciones clínicas” (Martínez, 2006: 49). Resumiendo, la clínica se mimetiza con la relación consumidor-mercancía (Martínez y Correa-Urquiza, 2017), y, añadiríamos, los fetiches diagnósticos y psicofarmacológicos pueden circular como una marca más en la cadena de la producción-distribución-consumo del complejo médico-industrial.

Este imaginario de mercantilización sostiene la hegemonía de la práctica psiquiátrica a nivel global. No obstante, los profesionales y los usuarios de los servicios de salud mental no han sido colonizados completamente (Martínez y Correa, 2017, pp. 275-276). Desde el punto de vista del *self farmacéutico* habría que distinguir sobre qué sujeto hablamos. Si hablamos del mundo profesional, probablemente tengamos que recurrir a las nociones de *neurochemical selves* (Rose, 2003) y *cerebral subject* (Vidal y Ortega, 2017) para dar cuenta de una serie de imaginarios superpuestos en la práctica clínica: el imaginario de la localización cerebral (Vidal,

2011), el imaginario de los *brain scans* (Dumit, 2004) junto a las ya citadas teorías del desbalance químico cerebral. No obstante, hay también voces críticas dentro de la psiquiatría que impugnan la transformación de la atención de la salud mental infantil bajo la patologización y la mercantilización (Timimi, 2010). Si hablamos del mundo profano, si bien hay que reconocer que las neuronarrativas han permeado parcialmente el lenguaje cotidiano de los usuarios de psicofármacos, especialmente en el caso de los antidepresivos (Martínez, 2019), desde hace un par de décadas un creciente movimiento global de usuarios y exusuarios de servicios de salud mental ha ido emergiendo justamente a la par de este proceso de mercantilización. ¿Emergerá un nuevo imaginario radical a partir de este activismo en primera persona que haga frente a estos imaginarios farmacéuticos? El campo político en Chile nos puede dar algunas pistas.

En el manifiesto “Locos por nuestros derechos”, los participantes del *Manual* declaran que:

“Habitualmente, los psiquiatras no demuestran una real preocupación por el otro y su atención se vuelve mecánica ¡No se dan cuenta que somos personas y que sólo con el medicamento no basta! Tenemos derecho a decirles que los fármacos no resuelven nuestras necesidades -nos hacen como zombies- más bien disminuyen los recursos psicológicos para resolver nuestros problemas.” (Locos por Nuestros Derechos, 2015)

La reflexividad del colectivo apunta justamente a una relación clínica mecanizada, o en los términos de Lukács, reificada. Esta conciencia de haber sido oprimidos se manifiesta en *Libre-Mente* a través de su participación en diversas actividades de debate en ámbitos clínicos y universitarios. La ruptura de la reificación les ha conducido a una creciente politización del sufrimiento psíquico y a una problematización de la formación de los futuros profesionales de la salud mental.

Estas aproximaciones antropológicas a los psicofármacos nos resitúan frente a las demandas psicopolíticas en tiempos de salud mental neocomunitarista. A diferencia de lo señalado por Han (2017), la psicopolítica neoliberal no ha dejado de recurrir a prácticas disciplinarias en una combinación *ad hoc* de coerción con *enhancement*. La psicopolítica de Han se presenta como una explicación al gobierno de la vida en el neoliberalismo, desplazando a la biopolítica de

Foucault³⁰⁸. Pero, considerando los *self farmacéuticos* que hemos esbozado en este apartado, creemos necesario ir más allá de Foucault y Han.

5.3 Sobrevivir la psiquiatría

“A medida que crece, el saber cambia de forma. No hay uniformidad en el verdadero saber. Todos los auténticos saltos se realizan lateralmente, como los saltos del caballo en el ajedrez. Lo que se desarrolla en línea recta y es predecible resulta irrelevante. Lo decisivo es el saber torcido y, sobre todo, el lateral”.
Elías Canetti (1994).

Si pudiéramos definir los saberes profanos, los saberes *locos*, diríamos, con Canetti, que son saberes torcidos, laterales. La lateralidad, apuntan Martínez y Correa-Urquiza (2017), puede constituirse en una forma de deshacer el nudo comunicativo de los saberes expertos. Y una parte importante de esta búsqueda de sentidos ha pasado por reconocer las *cadena*s aplastantes de la psiquiatría en las vidas de quienes se han hecho activistas. Se trata de comprender el desanudamiento no-lineal desde las experiencias en primera persona.

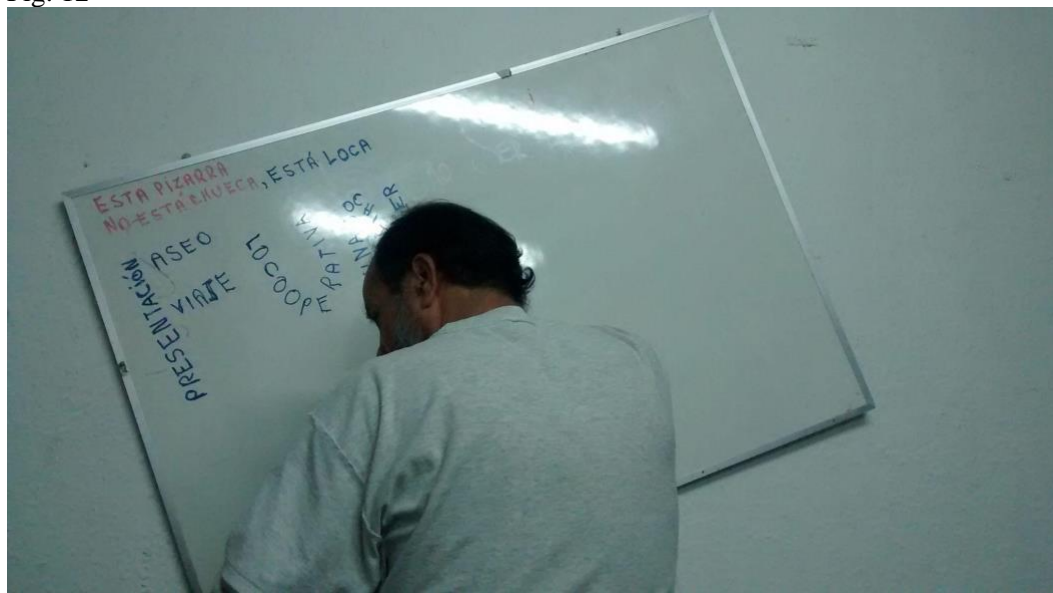
En una de las asambleas de los lunes Claudio anotó “esta pizarra no está chueca, está loca” (Fig. 12). Y este gesto contrahegemónico representa a otros gestos que el propio colectivo ha venido nombrando como “a lo *Libre-Mente*” que se relacionan con reivindicar saberes *laterales* y que problematizan diferencias asentadas entre lógicas institucionales y lógicas autogestivas. Las asambleas observadas dan cuenta de un efecto coral donde los objetivos del colectivo, reforzados en la tabla/pizarra, intentan ser abordados a través de quien ejerza el turno de moderador/a. Durante los meses en que participé del espacio, además de las asambleas de los lunes se organizaban en paralelo actividades de la campaña “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas”, la segunda “Marcha del orgullo loco”, y luego la campaña “No es lo mismo ser loca que loco”. Recién en noviembre de 2016 se había realizado el “Festival de las Artes, Salud mental y Derechos Humanos” (Cea, 2022). Esta última actividad había sido organizada como un espacio “separatista”, en la que sólo podían participar personas con experiencia de psiquiatrización³⁰⁹. Esto había gatillado para Claudio el recuerdo de la anécdota que Rodrigo

³⁰⁸ Para una crítica de la psicopolítica de Han desde la antropología médica, véase Martínez (2020).

³⁰⁹ En el Estado Español a este tipo de espacios se les denomina “No mixto”, bajo la misma lógica. De acuerdo a Javier Erro “con su implementación no se están creando espacios de exclusión, sino espacios de seguridad en los que poder hablar de ciertos temas sin miedos y con la tranquilidad necesaria. Excluir

contaba sobre la pregunta que había formulado cuando conoció a quienes habían empezado el CAC. Del Festival destacaba que habían logrado invitar a personas del norte y del sur de Chile. Una parte importante del financiamiento para este tipo de actividades relevantes para cohesionar al grupo provenía de las actividades de capacitación como las “Escuelas” y “Encuentros” organizados por *Libre-Mente*³¹⁰ y *Locos por nuestros derechos* en las que participan estudiantes y profesionales vinculados a la salud mental (principalmente de psicología, trabajo social y terapia ocupacional).

Fig. 12



Asamblea Libre-Mente, Nicolás Morales, 2017.

Las demandas psicopolíticas se sitúan en el centro de la crisis de legitimidad de la psiquiatría, en un proceso en el cual el movimiento de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría ha tenido un lugar central (Chamberlin, 1990). Los “expertos por experiencia” han reivindicado su conocimiento y *expertise* en procesos de recuperación a través de estrategias de apoyo mutuo (Noorani, 2013; Hall, 2016). Además,

“We have joined together because we recognize our own humanity when others have denied it. We have found support and friendship from others who have shared our experiences. Often, we have been lone voices speaking out about problems other people don’t want to think about. It’s

no tiene por qué ser negativo. [...] Además, los espacios no mixtos se dan en un contexto más amplio en el que existen todo tipo de espacios” (Erro, 2021, p. 204 *infra*).

³¹⁰ En enero de 2017 participé de la Escuela de Verano “Salud mental y ciudadanía: herramientas prácticas para el ejercicio de derechos”, y en mayo del mismo año del Segundo Encuentro de trabajadoras(es) de la salud mental “Crear desde la comunidad”.

easy for others to assume that the issues of mental illness and its treatment are being dealt with by experts. But the experts have not experienced our pain and our determination to change the conditions we have experienced. Our expertise comes from our lives” (Chamberlin, 1998, p. 408).

La reivindicación de la *expertise* que señala Judi Chamberlin nos remite a una estrategia de vida y a un proceso de aprendizaje colectivo. En este sentido, con Susan DiGiacomo (2022), cabe explorar en el saber *experiential* que no es el del paciente-experto que comparte un saber profesional, sino el conocimiento adquirido fruto de su experiencia de vida³¹¹.

En el colectivo *Libre-Mente* diversas voces expresan diferentes aproximaciones al diagnóstico psiquiátrico, en ocasiones empleando etiquetas profanas para presentarse en las rondas de presentación iniciales en cada asamblea. Algunas veces el uso de etiquetas profanas está cargado de ironía respecto a las etiquetas clínicas, como en la identidad *hater*, el acrónimo PAS (persona altamente sensible) o el *trastorno punky de la personalidad*. En otras, también se emplean etiquetas biomédicas para explicar algún punto de la narrativa personal, en particular aquellas referidas a experiencias traumáticas, tales como el Trastorno de Estrés Postraumático o el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Con todo, la mayor parte del tiempo las etiquetas no son relevantes e importa más la empatía respecto a experiencias previas o actuales de violencias psiquiátricas.

Las violencias psiquiátricas requieren ser problematizadas ya que movilizan énfasis disímiles según el lugar y la época que se aborde. En el segundo capítulo, hemos comentado el caso del primer catedrático de Psiquiatría, Oscar Fontecilla, asesinado por un paciente en abril de 1937 (Ver Nota 66). En junio del mismo año, el psiquiatra Waldo Iturra, junto los legistas Jaime Vidal y Volney Quiroga (quien había sido uno de los primeros residentes del Open Door) publican su informe pericial en la causa contra Carlos Rebolledo, autor confeso del crimen:

“El día 30 de marzo pasado, el reo Rebolledo que asistía a la consulta del Dr. Fontecilla y mientras éste dándole la espalda, hablaba por teléfono, disparó tres tiros de revólver, hiriéndolo mortalmente pues falleció pocas horas después en la Asistencia Pública, Posta Central, a donde

³¹¹ Este conocimiento experiencial para Susan DiGiacomo (2022) provenía de la experiencia de sobrevivir el cáncer en primera persona. La estrecha noción de “sobrevivida a 5 años” era problematizada en la compleja sobrevivida de la remisión a largo plazo, del mismo modo que la “recuperación de la psiquiatría” para los sobrevivientes de la misma es una dimensión más integral que una “recuperación” de un trastorno específico.

fue conducido. El hechor no huyó, siendo aprehendido poco después, confesando desde el primer momento su actuación en el homicidio. Como por sus declaraciones y por la propia expresión del Profesor Fontecilla poco antes de morir, había sobrados fundamentos para pensar de que se trataba de un enfermo mental, ese Tribunal ordenó el examen de sus facultades mentales por peritos psiquiatras” (Iturra, Quiroga y Vidal, 1937, p. 401).

De la detallada anamnesis es posible destacar que el reo se trataba de un hombre de 21 años, soltero, oriundo de Valdivia, de una familia de hacendados, que había estudiado hasta sexto de Humanidades y que había manifestado deseos de estudiar derecho contraviniendo a su padre que quería que fuese ingeniero. En el verano de 1936 había consultado en Santiago por “molestias que radicaban en el plexo solar y regiones vecinas (estómago, hígado)”, consultando primero con el profesor Vidal, y luego con los doctores Allende Navarro y Fontecilla. Recibió tratamientos eléctricos (electroterapia) prescritos por el último facultativo, hasta agosto de ese año y luego volvió a su casa³¹². En marzo de 1937 regresó a Santiago a la consulta del Dr. Fontecilla (Iturra, Quiroga y Vidal, 1937, p. 402). Además de las notas clínicas analizadas, una carta escrita por Rebolledo a Iturra después del examen pericial refleja el punto de vista del confeso:

“Mi vida entera dependía del plexo solar, ahí localizaba la felicidad o la dicha verdadera y le otorgaba el poder de ser el dinamo de la energía que dirige el mundo.

Al hacerme las galvanizaciones transestomacales experimenté con las cuatro primeras una reacción de un día, después con las siguientes vino un período raro, de emociones internas y al cabo de unas diez aplicaciones más, sentí nuevamente una reacción, pero un bienestar forzado, pero artificial. Esta nueva reacción y ninguna de las siguientes duró más de un día y siguió un período de contracciones internas de los músculos de esa región, parece, y eliminaba en la orina sustancias extrañas.

Al cabo de unas doce o quince aplicaciones o más sentí nuevamente una reacción pasajera y comenzó nuevamente otro período de contracciones (el Dr. me decía que esto sería porque se estaba eliminando la enfermedad) y que como me sentía la primera vez me iba a sentir siempre, y eliminaba en la orina sustancias de color blanquizco, también sentía una sed y deseos de comer frutas; al cabo de unas 18 o 20 aplicaciones más sentí una reacción otra vez, pero que, como las otras disminuían relativamente en intensidad con relación con la primera y vinieron nuevamente los malestares raros acompañados de sensaciones agudas como si los nervios

³¹² En la antesala de las “terapias de shock”, la electroterapia era un método que había sido difundido para tratar diversas condiciones médicas desde la segunda mitad del s. XIX, y entre ellas había sido empleada por Charcot para la histeria. Después de la I GM entraría en desuso. Para una reseña del período véase Araya y Leyton (2009).

estuvieran heridos, aumentó las eliminaciones del concho de la orina y el resto aparecía espeso al parecer debido también a sustancias extrañas. Creyendo que el deseo de comer fruta se manifestaba porque el organismo necesitaba la sustancia que contienen con la autorización del Dr., tomé Rytarmón y al cabo de unas 25 aplicaciones más sentí una nueva reacción pero mucho menos intensa que duró muy poco, al completar las 85 aplicaciones (entre esas me hice también unas lluvias eléctricas) y sentí una paralización como inflamación, en el plexo solar, no podría explicar bien pero fue sensación proveniente de esa afección. Al mismo tiempo me vino un peso en el cerebro, que tengo hasta ahora, en la región frontal, se entorpeció la inteligencia y con la supresión completa de la vida espiritual la abolición absoluta emocional, desaparecieron también la totalidad de las condiciones superiores y fuera de haber quedado con la inteligencia entorpecida, me he encontrado con una ruina de personalidad de carácter, me han convertido en un andrajo moral y psíquico y con ello también la vida se ha vuelto puro sufrimiento; vivir significa para mí ahora, soportar el martilleo constante del desenvolvimiento de mi existencia en contraposición con mis instintos y tendencia” (Iturra, Quiroga y Vidal, 1937, p. 404).

Vidal apuntaba en una nota médica que en agosto de 1936 Rebolledo se quejaba de que no tenía ganas de vivir y que Fontecilla le había atrofiado el plexo “con sus aplicaciones eléctricas” (Iturra, Quiroga y Vidal, 1937, p. 403). Los peritos concluyen que Rebolledo presentaba “alucinaciones cenestésicas, ideas delirantes hipocondríacas, ideas persecutorias e interpretaciones delirantes” configurando un caso de “Delirio crónico sistematizado” (Iturra, Quiroga y Vidal, 1937, p. 407). En el informe los peritos desacreditan la interpretación del periciado respecto de sus acusaciones de estar siendo objeto de un tratamiento experimental que le ha arruinado la vida. Las quejas somáticas son interpretadas como parte del cuadro alucinatorio cenestésico y la acusación de daño remitidas a las ideas delirantes. Esta negación de los efectos adversos de distintas formas de “terapias”, como hemos señalado antes, constituyen una continuidad histórica que podría echar luz sobre episodios tan sorprendentes como este asesinato en una consulta privada. Más allá de lo excepcional del desenlace, es relevante releer a Rebolledo como testigo clave del biologismo que asomaba como vector de proyección de la disciplina.

A partir de los largos sesenta las críticas se centraron en el custodialismo y sus violaciones sistemáticas a la dignidad humana. A pesar de que las experiencias antipsiquiátricas anglosajonas (Kinsgely Hall con Laing y Villa 21 con Cooper, entre otras) se introducen a menudo al debate y se tiende a desdibujar que estas fueron también experimentos de psiquiatras que buscaban otras salidas al encierro en las que se recurría, por ejemplo, al psicoanálisis en

casos de crisis (Jervis, 1979), otros movimientos cobran más relevancia en esta discusión. El movimiento de sobrevivientes a la psiquiatría, por lo general subsumido en el rótulo de la antipsiquiatría, es un movimiento social heterogéneo y diverso (Morrison, 2005; Crossley, 2006).

Es interesante cuestionar un presupuesto asentado en algunas publicaciones recientes de militantes del Centro de Estudios Locos³¹³ que establecen un legado *vis à vis* entre la “antipsiquiatría clásica” y la “nueva antipsiquiatría” protagonizada por el movimiento de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría (Cea y Castillo, 2016; 2018). Una fuente probable de esta interpretación histórica proviene del activismo académico de Carlos Pérez (2012) y su amplia difusión en círculos universitarios críticos, tales como el CAC, y antes en el Centro de Estudios de Contrapsicología (CEC) (Cea, 2022)³¹⁴.

En este punto, siguiendo a Cresswell y Spandler (2009), cabe recuperar la propuesta de una epistemología política planteada por Peter Sedgwick (1982). En *Psychopolitics*, Sedgwick establece contrapuntos con quienes representaban las tendencias más críticas a la psiquiatría en los setenta (Goffman, Foucault, Laing y Szasz). En particular, cuestiona la cercanía conceptual entre las críticas más acérrimas a la noción de enfermedad mental que representaba Thomas Szasz y las tendencias privatizadoras que comenzaban a mostrar las reformas neoliberales. En este sentido, la crítica a Szasz es sobre todo una crítica política. Por los extremos, el liberalismo “antiestatista” de Szasz se acerca bastante al libertarianismo neoliberal de Milton Friedman. La defensa de las libertades individuales y su crítica a la coerción en psiquiatría le llevó a cofundar junto a la Iglesia de la Cienciología la *Citizens Commission on Human Rights* (CCHR), una rama de defensa jurídica y de abogacía contra la psiquiatría (Huertas, 2018, p. 61; Pérez, 2012, p. 22). Si bien Szasz era ateo es llamativo su apoyo sostenido a una organización como la CCHR sostenida por una teología antipsiquiátrica (Westbrook, 2017).

³¹³ La vertiente más académica de las identidades múltiples del movimiento loco se expresaba primero en la Cátedra Libre Franco Basaglia, y posteriormente en la conformación del Centro de Estudios Locos en 2018, como organizador del “1er Encuentro Latinoamericano de Salud mental y Movimientos sociales” (Cea, 2019; 2022, p. 40). El mismo año, en Lima, se conformaría la Red Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial (2019).

³¹⁴ *Pánico en crisis: boletín de contrapsicología y estudios críticos* fue una publicación del CEC, y en su primer número de 2009 Carlos Pérez publica el texto “Sobre antipsiquiatría y antipsicología”. Pérez es un aliado de *Libre-Mente* y ha compartido con el colectivo en múltiples instancias académicas y activistas. Para una reseña sobre la contrapsicología en Chile y España véase Erro (2021, pp. 93-106).

En *Cura y control*, Menéndez señalaba cómo el “redescubrimiento” del estructural-funcionalismo en representantes de la teoría del etiquetamiento, incluyendo a Szasz, les llevaba a equívocos teóricos en su argumentación del “mito de la enfermedades mentales” como forma de control social (Menéndez, 1979, pp. 34-38). Berlinguer (1977, p. 20), por otra parte, le ha criticado que tras el “mito” se manifiesta una grave omisión de los factores “morbígenos” propios a la violencia de la sociedad capitalista³¹⁵. Quizás sería hora de reconsiderar la inclusión de Szasz entre las “alternativas a la psiquiatría” en los debates actuales. A Basaglia también se le ha tildado de antipsiquiatra, a pesar de que su vida y su obra lo alejan bastante de la etiqueta (Saraceno, 2020, pp. 59-61). Basta ver el debate televisado en México en 1975 para contrastar los planteamientos disímiles entre ambos psiquiatras y la necesidad de problematizar estos posicionamientos (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 1975)³¹⁶.

La historia del movimiento de sobrevivientes a la psiquiatría está aún por ser escrita (Huertas, 2020), pero ha ido creciendo paulatinamente en fuentes y aproximaciones (Cea, 2022). En los setenta emergieron en EEUU el *Insane Liberation Front* (Portland), el *Mental Patient Liberation Project* (Nueva York), el *Mental Patient Liberation Front* (Boston), y el *Network Against Psychiatric Assault* (San Francisco) (Chamberlin, 1990)³¹⁷. En la misma década surgieron en el Reino Unido la *Scottish Union of Mental Patients* y la *Mental Patients' Union* (MPU, en Londres) (Crossley, 2006, p. 128). Un aspecto relevante en el movimiento de sobrevivientes ha sido la participación en espacios de politización en los que convergen activistas profesionales y sobrevivientes de la psiquiatría. En el caso de los activistas británicos, establecieron relaciones con el movimiento de Psiquiatría Democrática en Trieste y esa experiencia redundó en los ochenta a la emergencia de la revista *Asylum: A Magazine for Democratic Psychiatry* (Crossley, 2006). Asimismo, Leonard Roy Frank, de San Francisco, participó en Cuernavaca en 1981 en el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la

³¹⁵ Véase también los comentarios de Martín Baró (1973) respecto a los posicionamientos “anti” y sus implicancias respecto de la sociedad en su conjunto. Castel, asimismo, (1984) ha cuestionado la deriva generalizante de la antipsiquiatría que ha perdido el foco sobre la práctica profesional. Para una perspectiva panorámica véase Huertas (2018).

³¹⁶ En el debate también participaron Eliseo Verón (sociólogo y semiólogo), Marie Langer (psicoanalista) e Igor Caruso (psicoanalista), junto al psiquiatra mexicano M. A. Pérez. Un tratamiento detallado del debate televisado escapa a nuestros fines, pero sin duda se trata de un documento de época. Póstumamente, en 2008, se ha revelado que Igor Caruso participó en la Clínica Infantil de Spiegelgrund de Viena durante el nazismo, la misma donde Hans Asperger trabajó e investigó con niños en plena vigencia de los crímenes eugenésicos (Czech, 2018; List, 2008).

³¹⁷ Parte de este movimiento se describe en el texto de Judi Chamberlin (1977), *On our own*.

Psiquiatría donde denunció los tratamientos forzados que padeció, tales como los ingresos involuntarios, shocks insulínicos y TEC (Frank, 1983).

En 1991 se creó la *World Federation of Psychiatric Users* (WFPU), que pasó a llamarse en 1997 la *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP). En septiembre de 1999, en Santiago de Chile la WNUSP se reunió y adquirió un carácter más formal, asociándose a la *International Disability Foundation* (IDF)³¹⁸. Como miembro de la IDF, la WNUSP participó activamente de la elaboración de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en adelante la *Convención*) (Burstow, 2019).

Definir las violencias psiquiátricas desde una antropología política de la salud supone dilucidar en qué medida se trata de fuerzas directas aplicadas sobre una persona o bien de un ejercicio de poder mediante el consenso, en otras palabras, de hegemonía. El problema, como veremos, es epistémico. Se trata de cuestionar la noción de normalización, pero no sólo desde una crítica al poder disciplinario, como habitualmente se realiza desde enfoques foucaultianos, sino también de cuestionar la normalización heurística (Ver nota 16 del capítulo 1). Nos referimos, por ejemplo, a la crítica de las prácticas que Dorothy Smith (1978) ha señalado como procesos de enjuiciamientos cotidianos y performativos que sancionan conductas desviadas e identifican síntomas de un padecimiento mental.

En la dimensión de la fuerza, las violencias directas han sido las más reconocidas como violaciones a los derechos de las personas, en término de acciones contra la voluntad como las internaciones forzosas, los tratamientos de shock, o las esterilizaciones quirúrgicas (Figuroa, 2017). Esta vertiente de denuncia se nutre sobre todo de la *Convención*, específicamente del artículo 12 sobre el reconocimiento de la capacidad jurídica (Burstow, 2019).

Pero también deberíamos estar atentos a relaciones de hegemonía/contrahegemonía, como en las experiencias de la ambigüedad del *pharmakon*, en el giro que va del medicamento como benéfico a la droga psiquiátrica que perjudica. Siguiendo este hilo, la psicoeducación también puede ser una estrategia represiva.

³¹⁸ Véase wnusp.net/index.php/history-of-the-world-network-of-users-and-survivors-of-psychiatry.html

Las violencias psiquiátricas comparten con la violencia obstétrica la resistencia de los profesionales implicados a su legitimidad como categoría (Selfa, Arce y Gardoki, 2021). Como figuras contenciosas su señalamiento despierta mecanismos de defensa más que reflexividad y autocrítica. Su lugar intersticial entre diversas arenas políticas contribuye al estudio de este campo social contencioso (Sesia, 2020, p. 224). Además, su conceptualización permite comprenderlas como una forma de violencia epistémica que reduce la agencia de las mujeres (en el caso de la violencia obstétrica) y de todas las personas (en el caso de la violencia psiquiátrica), y “refuerza las relaciones de poder sociales y de género que las sitúan en desventaja” (Sadler, 2021, p. 370).

Giovanni Jervis ha sintetizado la falsa dicotomía entre la “vieja psiquiatría manicomial” y la “nueva psiquiatría comunitaria” anudando varios aspectos centrales a las violencias psiquiátricas que nos permitirán, luego, hilar en torno a las experiencias de los activistas de *Libre-Mente*:

“Oponer con optimismo a la antigua y más tradicional psiquiatría (la del manicomio y el electrochoc, del diagnóstico «médico» y los medicamentos psicótropos, la del autoritarismo y la peor tradición académica), una *nueva* psiquiatría, antagonista de la primera, puede significar, y de hecho significa, negarse a ver que esta «nueva» psiquiatría es -sin ninguna solución de continuidad- idéntica, consecuente y coherente con la antigua.

Se vuelve hoy en día falsamente creíble, sobre la base del sensacionalismo periodístico y de las modas culturales, y con la complicidad de una parte de la izquierda, la imagen de una psiquiatría no opresiva, liberadora, anticonformista y humana. No se repara en que no se trata de ruptura sino continuidad (e incluso, si se observa bien, de persistente contigüidad) entre el hecho de contención y la «camisa de fuerza farmacológica», entre la utilización de drogas psicótropas y el uso de las técnicas psico-institucionales autoritarias y opresivas, entre la opresión evidente de los antiguos servicios asilares y otras formas de opresión menos manifiestas pero más eficazmente manipuladoras, hasta la pseudoautogestión moralizante de la «comunidad terapéutica». Así ocurre que no hay disociación entre el hospital psiquiátrico y la «psiquiatría en la comunidad» (por el contrario el manicomio se da un barniz de tecnificación médica y social, muestra un desarrollo aperturista hacia el exterior, mientras que el hospital general y los dispensarios periféricos se manicomizan): y el enfoque rudo y autoritario de los antiguos psiquiatras es sustituido por la intervención, mucho más difusa, sutil e indolora, de los «nuevos psiquiatras» y psicoterapeutas, psicoanalistas más modernos y terapeutas de la familia, sin contar la multitud de psicólogos, asistentes sociales y estudiantes, todos ellos deseosos de colaborar en el bien social” (Jervis, 1979, pp. 24-25).

En la historia de Rodrigo, sobrevivir a la psiquiatría, implicó pasar por el fenómeno de la “puerta giratoria”: sobremedicación, discontinuación, “recaída”, “reingreso”;

“Y yo estaba *p’a la cagá*, porque llevaba mucho tiempo así... Y fuimos a otro psiquiatra, y la misma historia, entré, me preguntó... y me puse a llorar. Hizo pasar a mi señora.. ‘Que está muy mal, tiene depresión grave’... y me dejó 600 de Quetiapina y me dijo literalmente ‘¡te tengo que botar...!’”, y no entendía qué era eso, me sonaba como que iba a descansar... y tengo una semana de mi vida borrada... una semana...

Y pasó el tiempo y yo seguía mal... y me llevaron a otro psiquiatra. Todavía tomaba esos medicamentos... tengo algunos recuerdos vagos... y me mandaron a internar en la Unidad de Corta Estadía del Sótero del Río, estuve 40 días encerrado, super medicado... según supe después, porque yo pedí la copia de mi ficha... aparece mi firma ahí, pero según yo nunca estuve de acuerdo, no recuerdo el momento en que firmé. Estuve 40 días ahí, ahí me corté las muñecas, la primera vez con un palo, porque yo tenía un plan para escaparme. Y me dieron permiso para la navidad para la casa... yo estaba muy mal, veía tiburones que me comían la pierna. Mi familia se asustó y de ahí de vuelta... y después me dieron de alta con muchos medicamentos, y me dieron mucha Quetiapina, y la Quetiapina me dejó tartamudo como 6 meses y la dejé... y me fui *a la chucha*... me traté de ahorcar, me tomé una caja de pastillas y me llevaron al Horwitz y no había cama y me llevaron de vuelta a la Corta Estadía por segunda vez y ahí estuve un día. Porque en la noche intenté quebrar un espejo porque yo me quería matar... Y quisieron contenerme, le pegué a un montón de gente, y amanecí al otro día amarrado en la cama, en aislamiento, y al otro día llamaron a mi señora y me dieron el alta administrativa porque ‘no podían tener a una persona como yo en un lugar como ese’; ¿si no la pueden tener ellos dónde *chucha?* y me mandaron *p’a la calle y p’a la cagá de medicamentos*. Y ahí me llevaron a una clínica privada y estuve como 20 días. Ahí me dieron *caleta* de Olanzapina, me hicieron subir como 10 kilos. Comía y no podía parar de comer. Después me dieron de alta, el psiquiatra era más o menos buena onda, y ahí yo empecé a recuperar un poco la lucidez y le pregunté ‘¿qué me pasa?’ Y él me dijo que tenía bipolaridad tipo II, me explicó que era una enfermedad crónica, para toda la vida, que tenía que tomar medicamentos, lo típico”³¹⁹.

Antes de ir al primer psiquiatra, Rodrigo había ido a un Centro de Atención Primaria en Ñuñoa, donde le dieron una interconsulta³²⁰ para el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, pero la cita le llegó un año después.

³¹⁹ Entrevista a Rodrigo, activista, marzo 2017.

³²⁰ Derivación realizada entre médicos que permite solicitar una cita con un especialista específico.

“La primera vez que llegué, el primer control con el médico, yo pensé que iba a entrar a un box, pero me hicieron pasar a un auditorio lleno de *weones* con delantal blanco, como ratón de experimento, sin preguntarte, sin decirte nada... Creo que era el famoso Raúl Riquelme. Yo le dije que no quería estar ahí, y me dijo ‘ud. no puede decir lo que yo hago en mi consulta’, ‘bueno, pero yo no puedo estar obligado aquí’, ‘si quiere se va’, ‘me voy po’. Afuera lo hablé y me cambiaron de psiquiatra, y me cambiaron a otro peor”³²¹.

Antes de *Libre-Mente*, Rodrigo había participado del *Movimiento Social Emancipador por los Derechos de las Personas en Situación de Discapacidad*:

“Ahí trabajábamos con dos mujeres que tienen distonía, un ciego y otro joven que estaba diagnosticado con esquizofrenia y andaba en silla de ruedas, lo habían hecho mierda con electroshock. Hacíamos marchas, nos tomamos el SENADIS una semana. Me han tomado preso, me han pegado, lo típico que le pasa a una persona que empieza a meterse”³²².

Para Patricio su experiencia de cinco lustros con la psiquiatría le hace recapitular varios encuentros con tratantes. Respecto de la invisibilización de los efectos adversos de los psicofármacos señala:

“Ellos saben de los problemas de memoria, saben que el temblor venía de ahí, ellos saben que uno tiene problemas para dormir, saben de los problemas alimenticios... A uno le dan unas pastillas, que te dicen ‘cuidate que te puede hacer engordar’, yo llegué a pesar 120 kilos... Nunca ningún tipo me explicó nada, ni de la importancia de la alimentación, no te explican nada solo ‘tómate la pastilla’...

Entonces yo digo, tenemos un montón de efectos secundarios y no nos entregan información... vamos sumando, problemas de temblor, de sobrepeso, que no puedes tener relaciones sexuales, de que se te olvidan las cosas, entonces ¿qué vida están proponiendo estos tipos? ¿Cuál es la mejoría? Entonces la psiquiatría, la verdad, es un negocio, es un campo tremendamente especulativo y que se vende desde la publicidad como una ciencia exacta, irrefutable, de conceptos científicos acabados, falso, falso, falso...”³²³.

Cuando estaba en proceso de “desmedicalización”, lo transparenta en la cita de control con el psiquiatra:

“Yo me había propuesto la gradualidad... iba de a poco bajando los medicamentos. Fui al Barros Luco y no me di cuenta de que yo ya estaba manejando otros conceptos... ya no eran

³²¹ Entrevista a Rodrigo, activista, marzo 2017.

³²² Ibidem.

³²³ Entrevista a Patricio, activista, abril 2017.

fármacos, eran drogas, no era diagnóstico era etiqueta, y de repente me di cuenta que yo estaba conversando y el tipo se dio cuenta. Me amedrentó, me dijo que esto no lo podía hacer, se enojó, se trató de imponer. Estaba con otra psiquiatra, ‘es que no puedes ser tan irresponsable...’. Al iniciar la conversación yo les había dicho que estaba bien... ‘yo te he confesado que he disminuido fármacos y tú me quieres convencer que yo estoy mal’. El tipo no sabía cómo reaccionar, se descontroló. Revisó toda la ficha para atrás. Primero me trató de amedrentar y se dio cuenta de que no estaba dando resultado y pasó a la etapa del amigo, empezó a decir ‘yo te entiendo, pero cuéntame lo que está pasando, para apoyarte’, pero su mirada estaba ida, quería obtener información, él no tenía el control.

[¿Te dejó la receta igual?]

Sí, me dejó la receta. De hecho me dijo ‘si no me hubieras dicho que habías bajado, yo esta vez te iba proponer que bajaras un poco la Quetiapina. Esta vez tómatela toda’. A mi me sobraron un montón de fármacos.

[¿No te buscaron después? ¿No te hicieron rescate?]

No, cacharon, yo sé que les ha llegado información. Además que en *Libre-Mente* han estado al menos tres compañeros que son del Barros Luco y hay un cuestionamiento sobre *Libre-Mente* y hay un interrogatorio permanente sobre lo que pasa ahí”³²⁴.

Claudio enfatiza en su proceso de cambio respecto a su participación como activista. Recuerda algunas experiencias vinculadas al tipo de relación vertical que se establece entre profesionales y usuarios de servicios de salud mental:

“Si tú asistes a un taller o a un grupo determinado siempre está dado por lo que el profesional dice. En general uno tiende a tener una actitud reactiva frente a eso, no activa; [...] lo más que podías alcanzar era la rebeldía, se partía de la base de un desconocimiento pleno.

[...]

Alguién me invitó, un compadre, la Comunidad Terapéutica (de Peñalolén), él era paciente... y ahí fui. Me gustó porque había un invernadero e hicimos un camino de madera. En general yo no pude aprovechar la posibilidad ahí. Era sólo reactivo, no decía ‘sabe que necesito esto’. Había reuniones en la mañana, después los talleres, el almuerzo, el *empepado*³²⁵ y otra actividad en la tarde. El Pato comenta mucho de la *nanaiterapia*³²⁶, ahí ocupan tu tiempo, pero no un tiempo productivo, porque ahí yo hice muchas cosas, pero lo único que encuentro productivo

³²⁴ Ibidem.

³²⁵ “Empastillado”.

³²⁶ Nombre de uso habitual en *Libre-Mente* que condensa diferentes formas de terapia ocupacional (talleres de arte, manualidades, etc) que expresan paternalismo e infantilismo en el trato (Fredes, 2019, p. 99). Deriva de la expresión familiar usada en Chile que acompaña el acto de acariciar a un niño con dolor: “nanay”, derivado del quechua *nanay*, doler (Pacheco, 2000).

fue el camino de madera. Te hacían pintar, te hacían gimnasia, música, y no era en un sentido de que tú ibas a desarrollar algo ahí. No se daban las relaciones humanas (a diferencia de *Libre-Mente*).

[...]

Aquí no se da también un trato de igual a igual. Me dolió tanto, yo me hago responsable por no haber dicho nada, el miedo a sentirse... y lo que viene es la rebeldía y la reacción después. Mi compadre estaba a cargo de un taller de agricultura en la Comunidad Terapéutica y logró que se hiciera un invernadero. Empezamos a trabajar y al final cuando se iba a hacer la actividad del cierre del año, aparece el hijo de la secretaria que estaba estudiando agronomía, sin embargo él apareció como el responsable del trabajo. Pero mi compadre había conseguido una sala para trabajar en eso en la Comunidad Terapéutica. Otra vez fue en un taller de velas. Algo le pidió la terapeuta a un compañero y se enfureció con él, y no supe como reaccionar. Yo tenía una buena relación con esa terapeuta...³²⁷.

Estas experiencias eran compartidas por la mayor parte de los activistas sobrevivientes de la psiquiatría, aunque en el grupo también participaban de modo habitual profesionales jóvenes aliados y algunos familiares. En la circulación iterativa de las palabras se iban tejiendo múltiples historias de vida, trayectorias personales con la psiquiatría y la psicología, problemas familiares, proyectos de colaboración entre pares y, también, muchos estudiantes que llegaban con tareas de asignaturas o proyectos de tesis.

En junio de 2017 en las XXVII Jornadas Estatales de Salud Mental AEN organizadas por “La Madrileña” (Asociación Madrileña de Salud Mental) escuché a Helen Spandler hablar sobre verdad y reconciliación en la psiquiatría. Su experiencia como profesional aliada en el activismo en salud mental en el Reino Unido y como editora de *Asylum* proporcionaban a su relato una reflexividad particular sobre los debates en el seno del movimiento de usuarios y sobrevivientes. El punto principal era que la psiquiatría no había reconocido su historia de abusos: se trataba de una omisión de la verdad histórica, y por consiguiente, de una imposibilidad de reconciliación, al menos en los términos planteados en el marco de la justicia transicional. Spandler (2016) comentaba que se trataba de “ciclos de retraumatización de los servicios de psiquiatría: se llega con miedo, ansiedad, sufrimiento y se genera violencia, y de nuevo trauma”. Estos procesos también han afectado a los trabajadores y la propuesta era generar más espacios de escucha en profundidad. Quizás este fenómeno contribuya a explicar

³²⁷ Entrevista a Claudio, activista, abril 2017.

por qué en el seno de las asambleas de *Libe-Mente* los profesionales y estudiantes en formación en el área de la salud mental que participan como aliados y aliadas tiendan a desinvertirse de su identidad profesional como forma de romper con el trauma vicario que reproduce la propia historia de las disciplinas.

En el seno del activismo en primera persona no hay consensos establecidos. Algunos estarían de acuerdo con la tendencia al abolicionismo del sistema psiquiátrico, pero no todos (Spandler, 2017).

“Hace 30 años estábamos debatiendo acerca de los cuidados postmanicomiales. ¿Cómo sería la red comunitaria? ¿Sería adecuado? ¿Qué podemos aprender de la experiencia italiana en la ‘Psiquiatría Democrática’? Quizás estamos ahora en una fase de cuidado “post-comunitario”. Si la era manicomial significaba abuso psiquiátrico, ¿será la era de la recuperación sinónimo de abandono psiquiátrico? Ciertamente recuperación (*recovery*) cada vez se usa más como una justificación para no ofrecer apoyo y servicios comunitarios.

Puede que quizás, solamente quizás, esto no sea algo malo. Quizás, como el título del libro de Liz Sayce, es parte de una progresión ‘de paciente psiquiátrico a ciudadano’. Después de todo, gente como Franco Basaglia argumentaba que los dispositivos comunitarios son solamente un paso transicional en el camino hacia la igualdad completa y la liberación. Quizás nos forzarán, como sociedad, a verdaderamente abrazar la locura y la angustia. Quizás los usuarios supervivientes serán libres para desarrollar sus propios sistemas de apoyo, lejos de la psiquiatría estatal. Con suerte veremos una proliferación de genuinas ‘alternativas’” (Spandler, 2017, p. 34).

Este tipo de reflexividad también resuena cuando escucho a Rodrigo hablar de construir alternativas:

“[E]l sistema nos secuestra los términos también, se disfrazan de comunitaria, de psiquiatría comunitaria, y en verdad es ponerle un adjetivo. Es como ponerle el recubrimiento del medicamento, para que lo puedas tragar, entonces es más psiquiatría no más. [...]

Lo más significativo es recuperar espacios de lo común, lo gregario, lo consensuado. Uno tiende a pensar que ‘hemos perdido tal y tal cosa’, porque lo mira desde la ciudad donde uno vive, pero seguro también hay otros lugares donde esto ocurre. Probablemente son la minoría y por eso estamos como estamos.

A mí me gusta el ejercicio de hacerlo, creo que es lo valioso, el ejercicio de atreverse a juntarse, eso ya es un ejercicio de resistencia, juntarse a conversar lo que nos interesa. Además es un ejercicio de independencia. En la mayoría de las personas está instalado que el sistema tiene

que dar la solución, prestaciones, etc. Pero el sistema es el que provoca que estés así y puede que te libere algunas cositas para adormecerte.

Hacer ese ejercicio de colaboración, de familia (entendida como algo más amplio que lo parental). Todo eso es parte de lo que estamos haciendo. Hay cierta verticalidad a veces, hay horizontalidad, a pesar de que me gustaría tener una reunión para debatir ese término de la horizontalidad, porque se asume que la horizontalidad es lo mejor. Y no sé si siempre funciona la horizontalidad. Creo que a veces es necesario que haya personas que salgan de la horizontalidad para mostrar algo, hay otros que están abajo de la horizontal para mostrarnos algo”³²⁸.

Este ejercicio de imaginación política es fundamental en el proceso de construcción de un imaginario instituyente radical y ahí reside la potencia de los saberes locos. Pero ante estos escenarios contenciosos, como hemos planteado más arriba, se refuerzan las resistencias desde ciertos sectores profesionales. Se trata de un ejercicio del poder médico que se reconoce en la figura de la coerción y que Verbeke, Vanheulea, Cauwea, *et al.* (2019) señalan como una estructura de desubjetivación. Sashidharan y Saraceno (2017) confirman una tendencia creciente hacia la institucionalización y las medidas coercitivas en Europa. Paradojalmente, se trata de una articulación moderna de *care* (cuidado, en este caso cuidado institucional) y *constraint* (restricción) (Lovell y Rhodes, 2014). En este tipo de espacios de gestión psiquiátrica contemporáneos, los formularios de consentimiento informado pueden operar junto a formas coercitivas que contradicen la ética profesional (Brodwin, 2013, p. 153) o los ideales de autonomía pueden ser relativizados frente al ejercicio de relaciones asentadas en prácticas institucionales que refuerzan la “responsabilidad” del tratamiento más que un proceso reflexivo propio (Velpry, 2008, pp. 308-309).

En un escenario reformista como el chileno, este tipo de movimientos sociales como *Libre-Mente* puede ser interpretado como fuera de lugar (Montenegro, 2018b). Así, cuando desde el “nivel central” del Estado, el MINSAL, se invita a participar en la elaboración de la política pública la discusión interna en las asambleas gira en torno a la cuestión de “¿para qué si el documento ya está escrito?”³²⁹. Por tanto, para el Estado, este activismo “incívico” no calza en

³²⁸ Entrevista a Rodrigo, activista, abril 2017. Esa construcción de alternativas se refleja en espacios emergentes que no alcancé a observar pero que han ido emergiendo en los últimos años tales como la *Locooperativa* (una cooperativa para “trabajar como loco”) (Cea, 2021) y la *Granja Loca*, un espacio de “recuperación” en el sentido amplio en un campo de la zona central (Erro, 2021).

³²⁹ Esta discusión se daba en el año 2016 en el marco del nuevo Plan Nacional (MINSAL, 2017).

la estructura de gobernabilidad institucional como vimos en el capítulo anterior y se hizo necesario “construir” un interlocutor válido como ANUSAAM (Montenegro y Cornish, 2019)³³⁰. El activismo “incívico” se mueve en el terreno de lo *no permitido* por la Agenda de la Sociedad Civil institucionalizada (Thayer y Rubin, 2017); y recurre a otros métodos como el *escrache*, conocido en Chile como *funa*³³¹.

Sobre la primera jornada de protesta contra el Electroshock en Santiago Javier Erro reseña:

“El Día Mundial contra el Electroshock tiene tres protagonistas: Ted Chabasinski (Estados Unidos), Mary Maddock (Irlanda) y Deborah Schwartzkopff (Estados Unidos), que, en diferentes circunstancias, recibieron sesiones de TEC que les dejaron secuelas para toda la vida y les hicieron convertirse en activistas en salud mental. Los tres coordinaron un día de protesta internacional contra la TEC el 16 de mayo del 2015, meses antes de la muerte de Leonard Roy Frank. En Santiago de Chile, el colectivo *Autogestión Libre-Mente* se sumó a la convocatoria con una concentración a las puertas del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak” (Erro, 2021, p. 154).

En los años sucesivos se ha realizado una Marcha contra el Electroshock, en el centro de la ciudad de Santiago durante el mes de junio. Un registro de la primera Marcha de 2016 se observa en el cortometraje *La locura es la cura* (Colectivo Autogestión Libre-Mente, 2016). Cea y Castillo (2020) describen un uso extendido de la TEC en Chile. El principal hospital psiquiátrico es donde más realiza este procedimiento: “[S]ólo en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Santiago, entre los años 2012 y 2017, se realizaron 2.022 sesiones de Terapia Electroconvulsiva en promedio de manera anual” (Cea y Castillo, 2020). Se trata, nuevamente, de un campo contencioso donde si bien existe una Norma Técnica del año 2000, la regulación sobre su uso es muy precaria.

Otro frente de lucha se presenta en la Marcha del Orgullo Loco, organizada en Santiago por *Libre-Mente* por primera vez en 2015. Retomando la reflexión sobre el fetichismo de la mercancía, se ha contrapuesto en estas manifestaciones públicas al diagnóstico psiquiátrico una crítica de la economía política de su uso (Beneduce, 2013, p. 210). Contra la etiqueta

³³⁰ ANUSAAM es la Asociación Nacional de Usuarios del Servicio de Salud Mental creada en 2001 luego de comenzar a implementar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000).

³³¹ La etimología de *funa* proviene del mapudungun *funan*, podrirse (Schmeisser, 2019). Las primeras acciones de *funa* se dieron en Chile por la Comisión Funa de la agrupación Acción, Verdad y Justicia (HIJOS-Chile), en actos de repudio público a perpetradores civiles y militares de la dictadura chilena. La consigna principal fue “¡Si no hay justicia, hay funa!”.

diagnóstica se ha enarbolado un “orgullo loco” en los que las diversas campañas de *Libre-Mente* se visibilizan en forma de pancartas y lienzos (Tabla 8). Un aspecto central de la protesta es desmontar el concepto de “enfermedad mental” (Fig. 13) (Obregón, 2022). Desanudar esta identidad reificada ha permitido la emergencia de una historicidad propia, aquella de los y las sobrevivientes de la psiquiatría que se organizan como colectivo retomando las primeras experiencias de *Mad Pride* en Toronto (Figs. 14 y 15) (Castillo, 2021).

Tabla 8. Pancartas y lienzos de las Marchas del Orgullo Loco (2015-2018)

La locura no es enfermedad. Deja las pastillas y abraza mucho más
Abajo los manicomios. Que la comunidad se haga cargo de su propia locura
No a las pastillas, si a las terapias alternativas
Jesús me liberó y sacó de la psiquiatría
No es sano estar adaptado a una sociedad enferma
El mundo es nuestro ¡Soy loco!
Las enfermedades mentales no son contagiosas, no puedes contraerlas por ser amable
+ alegría, - pastillas
+ afecto, - fármacos
Salud social, el camino hacia el bienestar mental
No soy anormal solo soy diferente
La tortura nada cura, obviamente tampoco la locura
De sabio, poeta y loco todos tenemos un poco
Abriendo mentes, cerrando estigmas
No más violencia psiquiátrica, todos somos personas
Por la defensa de la locura y el derecho al delirio
Sin loc@s no hay revolución
Locos por nuestros derechos
No es sano estar adaptado a una sociedad enferma
No a la tortura psiquiátrica, akatisia, distonía, no + medicalización
Todos somos diferentes eso nos hace iguales
El único resultado del electroshock fue la cuenta de Chilectra*
Somos (de)mentes diferentes
Lokura: ¿Un mal que se cura o un bien que se cultiva?
Incluye & ama
¡Loc@s a la calle!
Mejor escuchar voces que no ser capaz de escuchar
Ser normal es solo la consecuencia de estar bien adiestrado
La cordura es una locura

Fuente: Castillo (2021, pp. 137-138). **Enel* hoy en día.

Castillo (2021) señala que aunque el término cuerddismo no se exprese en las consignas, su especificidad forma parte de las manifestaciones simbólicas contra una sociedad excluyente.

Figs. 13, 14 y 15

2^{da} Marcha del Orgullo Loco



Queremos recuperar el sentido de la palabra "locura", que originalmente nos dañaba, a través de la celebración y la reivindicación de nuestro derecho a no ser considerados "enfermos mentales". Contra el estigma, los prejuicios y la discriminación, afirmamos que es normal ser diferente.

f Autogestión Libre-Mente
f Locos por nuestros derechos

17
Diciembre
Plaza Italia
Santiago de Chile
10:00 hrs



2^a Marcha del Orgullo Loco, Nicolás Morales, 2016.

En la marcha no se encuentran expresiones propias a demandas de corte más institucionalizadas como el “derecho a la salud mental”, que se expresan tradicionalmente en el Día Mundial de la Salud Mental, el 10 de octubre³³². Con todo, la consolidación de la categoría *cuerdismo* probablemente sea parte de un proceso de largo alcance tal como ha ocurrido con el racismo y el sexismo (Huertas, 2020, p. 154).

5.4 “No es lo mismo ser loca que loco”

“Mujeres encerradas en los manicomios, fuertemente medicadas, al punto de no poder cambiar de posición la cabeza, babeándose, orinándose encima. Mujeres atadas por horas a una camilla, sintiendo hambre, dolor e incomodidad. Mujeres que por manifestar deseo sexual les suben las dosis de psicofármacos. Mujeres a quienes les practican electroshock bajo engaño y sin su consentimiento. Mujeres a quienes les practican esterilizaciones forzosas. Mujeres a quienes el aparato judicial obliga a consumir grandes dosis de drogas psiquiátricas y vigilan mediante exámenes de sangre ese consumo porque está en cuestión su capacidad de ser madres. Como mujeres no tenemos derecho a elegir no parir y como locas no tenemos derecho a criar hijos. Porque la cuerpa de las locas es terreno ajeno. Porque el Estado ampara esta violencia. Porque la sociedad nos segrega. Y la psiquiatría nos somete. La psiquiatría, brazo armado del patriarcado y del capital, no sólo nos arrebató nuestras subjetividades reduciéndonos a una etiqueta diagnóstica, anulando así toda nuestra complejidad, acalla nuestros malestares y patologiza todas nuestras conductas cuando no se ajustan al rol impuesto, sino que se apodera con fuerza de nuestras cuerpos. Somos presas, víctimas de una violencia específica e invisibilizada, cerco de silencio que desde el feminismo, en este frente y otras campañas de protesta pretendemos romper, hasta que cada una de nosotras sea libre y autodeterminada”.

Colectiva “No es lo mismo ser loca que loco”. *El Cuerpo de las Locas* [Panfleto]

La colectiva “No es lo mismo ser loca que loco” según se puede leer en su página de Facebook cesó sus actividades a inicios de 2020. Las experiencias, narrativas y posicionamientos políticos de este apartado se relacionan a mi participación en *Libre-Mente* cuando surge la campaña “No es lo mismo ser loca que loco” a la que colaboré hasta abril de 2017. La colectiva como tal se organizó con posterioridad y fue acogida como otro colectivo más en el espacio de

³³² Desde la primera marcha del 2015 se lee el Manifiesto Orgullo Loco, véase Apéndice. La lectura del Manifiesto se observa en la Fig 14, en la escalinata del frontis de la Biblioteca Nacional de Santiago.

la Librería Proyección y lanzó una página web que está disponible a la fecha³³³. Como muchas de las actividades de *Libre-mente*, las reuniones de la campaña se realizaban en espacios públicos como bibliotecas, centros culturales o plazas.

Las violencias psiquiátricas contemporáneas están en el centro del activismo loco y la articulación y emergencia del mismo no se pueden comprender a cabalidad sin contemplar en el horizonte de las demandas sociales el auge de los feminismos que alcanzó su mayor grado de expresión en Chile durante el 2018 con la multitudinaria marcha del 8M. La primera participación de la campaña “No es lo mismo ser loca que loco” en la marcha del 8M fue en 2017 (Fig. 16).

Fig. 16



Marcha 8M Santiago, Nicolás Morales, 2017.

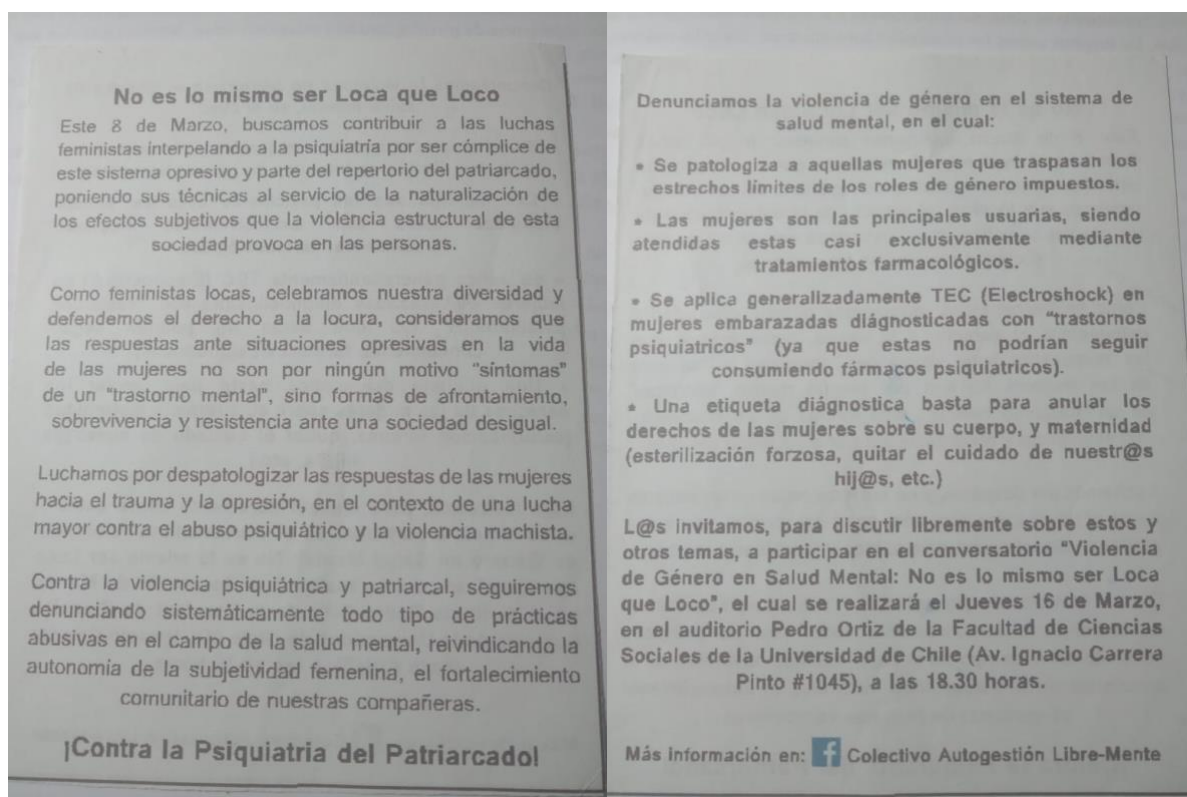
Las violencias psiquiátricas contra las mujeres preceden, por cierto, la enunciación de sus denuncias. Hemos indicado su uso como sujetos de experimentación con el coma insulínico en el Manicomio Nacional; su relegación en *patios de crónicas* y en Clínicas de Extensión que perduran hasta hoy; situaciones recurrentes de abuso sexual en instituciones cerradas; y secuelas permanentes del uso del electroshock en Violeta. Un factor clave, asociado a la impunidad de estas violencias, ha sido el *silencio*. Itxaso Martin Zapirain (2017) exploró algunas historias de mujeres psiquiatrizadas durante el franquismo en el País Vasco, y articuló los diferentes silencios que se encontró en su propia historia familiar y en los archivos de un hospital psiquiátrico privado comprendiéndolos más como *vacíos* y *huecos* que como ausencias: silencios familiares, silencios institucionales (psiquiátricos), silencios de la

³³³ <https://locurafeminista.wordpress.com/>

historia³³⁴. Se trata en su mayoría de silencios forzados, y esa carga es la que se proyecta sobre el presente.

Mari Luz Esteban (2019) recupera una pregunta recurrente en el feminismo “¿quién es el sujeto legítimo para hablar?”. En las reuniones de la campaña “No es lo mismo ser loca que loco” se trabajaba en varios frentes de organización vinculados a conocer la perspectiva de diferentes feministas sobre el movimiento en primera persona en salud mental, conseguir estadísticas oficiales y preparar la participación en la marcha del 8M y en un conversatorio sobre “Violencia de género en salud mental”, que abordaremos más adelante. En la elaboración de los contenidos a ser presentados en el conversatorio sólo participaron mujeres con experiencia de psiquiatrización que se juntaron en jornadas dedicadas a ese fin durante el verano, y el resto del grupo sólo colaboramos en actividades más prácticas en reuniones ampliadas. El día de la marcha del 8M se repartió el siguiente panfleto (Fig. 17):

Fig. 17



³³⁴ Agradezco a Mari Luz Esteban haberme compartido el acceso a esta tesis que ella dirigió, que aún no está traducida al castellano. Una breve reseña se encuentra en Martín Zapirain (2019).

La interpelación al feminismo desde las mujeres psiquiatrizadas es posible de ser rastreada en los escritos de Judi Chamberlin en los setenta. En 1975 se refería críticamente señalando: “Feminists who have written on the subject of psychiatric oppression have done so from an outside viewpoint -they have not been mental patients” (Chamberlin, 1975, p. 39). Y agregaba, “sexism is only one component of their psychiatric oppression. The feminist leaves the rest untouched” (Chamberlin, 1975, p. 39). El silenciamiento de la perspectiva loca por parte del feminismo “antipsiquiátrico experto” era también otra forma de opresión para Chamberlin. Una de las principales críticas estaba dirigida al libro escrito por la psicóloga feminista Phyllis Chesler, *Women and Madness*, de 1972. Al respecto Tatiana Castillo señala que : “las terapeutas feministas compartían el discurso dominante de rechazo hacia la locura, bajo el predominio del ‘cuerdismo’ [...], como forma de opresión” (Castillo, 2019, p. 408)³³⁵.

En la experiencia de la campaña, estas anotaciones más que un cuestionamiento al feminismo, proponen abrir un campo. Como se señala en el lienzo principal de la marcha (Fig. 16), el movimiento se posiciona “contra la psiquiatría patriarcal”. Y el llamado a la reflexión y la solidaridad respecto de la situación de las mujeres oprimidas por ambas estructuras de poder (psiquiatría y patriarcado) es hacia el conjunto de la sociedad, y en particular a las alianzas con el resto del movimiento feminista.

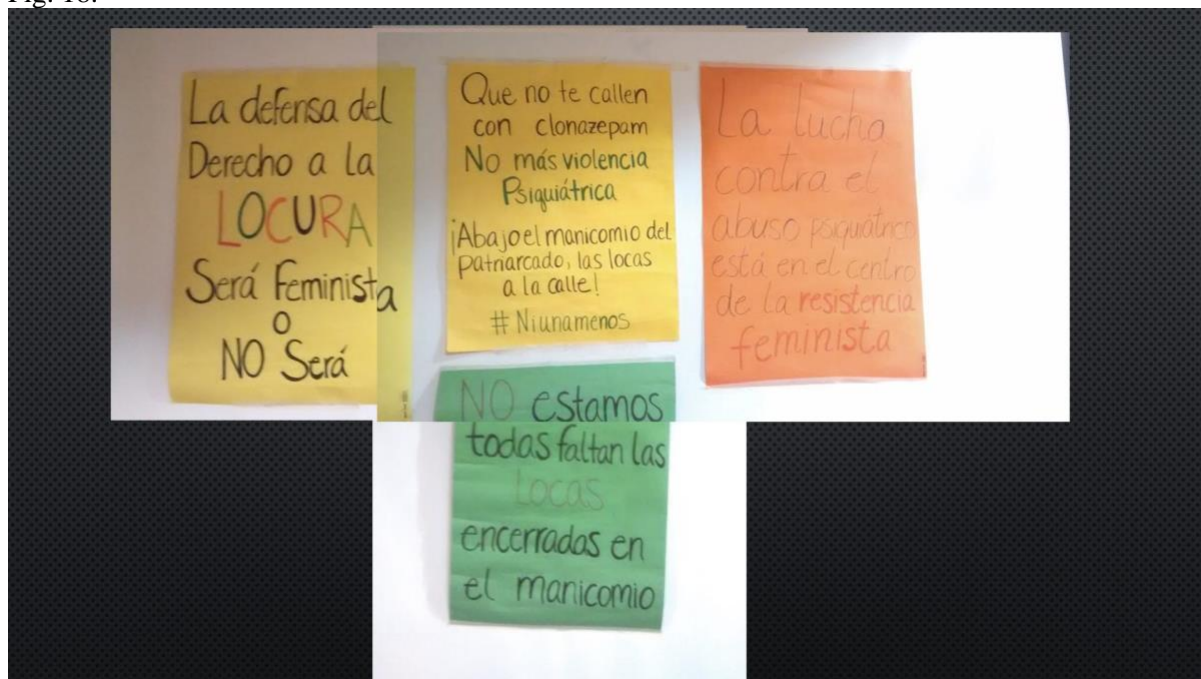
El 16 de marzo de 2017 se realizó en el Auditorio Pedro Ortiz de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile el conversatorio “Violencia de género en salud mental: No es lo mismo ser loca que loco”. Junto a la mesa del panel, donde colgaban los lienzos usados en la marcha, se colocaron algunos carteles (Fig. 18).

Cuatro mujeres con experiencia de psiquiatrización presentaron ante la audiencia de estudiantes y profesionales de la psicología y de la salud que colmaron el auditorio aquel día. La introducción la realizó una compañera aliada a nombre de *Libre-Mente* en la que se señalaba la estadística que “en los últimos 5 años”, el número de mujeres que ingresó a los programas de salud mental públicos (tanto en APS como en especialidad) dobló al número de hombres.

³³⁵ En 1994, en un dossier de *Feminism & Psychology* dedicado a revisar el libro de Chesler 20 años después, Chamberlin (1994) vuelve a la carga arguyendo que quizás antes Chesler tenía alguna excusa para ignorar el movimiento de sobrevivientes pero que a la fecha eso ya no era válido y a pesar de ello insistía en posicionarse como terapeuta experta que silencia las voces de las psiquiatrizadas. Chesler (1994) le replica en un tono paternalista que “no llevará la discusión a un terreno personal” y en distintos momentos del texto la invita a calmarse.

Se problematizó, además, las carencias de información estadística fiable respecto de esterilizaciones quirúrgicas, así como la violación a la *Convención* en los protocolos de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM). Los temas abordados desde la experiencia en primera persona fueron “maternidad y diagnóstico”; “mujer y electroshock”; “psiquiatría y disidencia sexual”; y “mujer y medicalización”³³⁶. Julieta abrió las palabras comenzando por resumir su situación jurídica y reproductiva: es una madre “judicializada” a quien un Tribunal de Familia obliga a permanecer bajo tratamiento psiquiátrico, para poder tener visitas con su hija menor.

Fig. 18.



Julieta debe medirse los niveles de Litio en la sangre para demostrar su “adherencia al tratamiento”; a diferencia de otras mujeres ella “no puede elegir dejar los medicamentos”. Su primer ingreso al Horwitz fue a los 17 años por “angustia, manías y vicios”. De esa primera internación recuerda “baños a la pared con mangueras gigantes de agua helada”, “la catatonia de los fármacos”, y “el caminar como zombie de todas”. Para sus familiares se convirtió en la “loquita de la familia”. Después del nacimiento de su primera hija tuvo un largo período de bienestar. En su segunda internación en el mismo hospital doce años después sufrió acoso y abuso sexual por otra interna y sólo conseguía “más medicación” cuando pedía ayuda. Se hizo dependiente de la Quetiapina, y tuvo una nueva pareja: un maltratador que le pegaba y al mismo

³³⁶ En las líneas siguientes se presentan extractos de los testimonios presentados en el conversatorio, los entrecomillados corresponden a citas de las voces en primera persona.

tiempo le proveía la Quetiapina. Al denunciar al marido pierde la custodia y queda “inhabilitada como madre” a causa de sus diagnósticos psiquiátricos. En el presente del relato, Julieta comenta que tiene una nueva pareja con quien logró armar un nuevo hogar y tienen un hijo, pero continúan batallando con el aparato judicial porque al nacer le dijeron que nunca iba a poder criarlo y lo mandaron a una residencia bajo protección del Estado.

Otra testimoniante publicó su experiencia en el blog *locura feminista*:

“Me callaron mediante la tortura, mediante ese proceso conocido como terapia electroconvulsiva, una forma de tortura que nadie se atreve a denominar así, ya que se da en un contexto médico, en un hospital público, por lo tanto, avalado por el estado.

El patriarcado me coartó, metió corriente en mi cuerpo, y se adueñó de él.

En Chile, la TEC (Terapia Electroconvulsiva – Electroshock) es una prestación incluida y financiada por el sistema de salud, el financiamiento de un tratamiento completo (entre 8 y 12 sesiones) asciende a 657.770 pesos.

Para este tratamiento, no existe sistema alguno que fiscalice su administración, y la única fuente disponible de información son las facturas de prestación que rinden los servicios de salud al Estado.

Algunas cifras, entre los años 2010 y 2015, solo en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, se aplicaron un total de 18.897 electroshocks (6 al día), y sólo en el año 2015, el sistema público de salud, financió 113 tratamientos completos de TEC, lo que implicó un gasto de más de 74 millones de pesos.

Creo que es importante destacar que cuando lxs profesionales de la salud mental exigen más financiamiento para su área, lo que en el fondo están pidiendo es más dinero para electroshock, psicocirugías, contenciones físicas (y químicas), y medicamentos, todo esto, sin cuestionar su quehacer profesional, ni estas violentas prácticas.

Desde los espacios institucionales se sostiene que la TEC es indicada sólo para casos específicos, y cuando todas las alternativas de tratamientos han fallado, sin embargo, las cifras expuestas y testimonios como el mío demuestran que los protocolos no son respetados, y los electroshocks son aplicados a granel.

En hospitales públicos y en clínicas privadas, es común que el uso del electroshock se promueva como primera opción de tratamiento, siendo las adultas y adultos mayores, mujeres embarazadas (como alternativa al agresivo tratamiento farmacológico) y niñas, quienes están más expuestas a este tipo de violencia psiquiátrica.

El electroshock no cuenta con evidencia científica que lo respalde, y es en esencia, un procedimiento dañino y perjudicial, provocando un daño cerebral severo y discapacitante en

lxs usuarixs, lxs cuales, tras este tratamiento, se vuelven dóciles y manejables, lo cual es interpretado erróneamente como una señal de mejoría.

El electroshock es una forma de tortura practicada por la psiquiatría y financiada por el estado, la cual existe a vista y paciencia de miles de familias que por desconocimiento o con tal de “sacarse el cacho de encima” dan el consentimiento para su aplicación.

La realidad del electroshock está sumamente invisibilizada en Chile, de hecho, si yo no hubiera sido víctima de este tratamiento, probablemente tampoco sabría al respecto, y por eso como colectivo consideramos necesaria la concientización de esta forma particular de violencia que ejerce la psiquiatría a diario”³³⁷.

Ella testimonia a lo largo de esta experiencia diversas vejaciones: entre el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico y la Sala permaneció varios días “amarrada” y “drogada”, sin alimentos, “solo comía drogas”. Un día “la llevaron a otro sitio sujeta una silla y al regresar estaba completamente ‘inerte’”. Luego, a través de familiares supo que dicho procedimiento era electroshock. Estando en el hospital notó que tenía “los brazos morados por las inyecciones y los amarres”. No recibió información sobre ningún procedimiento, ni sobre las posibles secuelas que ha notado desde entonces, como “un adormecimiento del brazo izquierdo”, “la mandíbula que se desencaja”, y “falta de concentración”. La tercera sesión fue aplicada bajo engaño, una supuesta “terapia de sueño”. Luego verificó en el informe del hospital que era otra sesión de electroshock. Según el mismo informe su crisis de salud mental se debió a un quiebre sentimental, pero ella rechaza categóricamente esa interpretación.

Fran habló sobre cómo la psiquiatría ha patologizado la disidencia sexual, y ha estigmatizado a las lesbianas como locas. Mientras la criminalización de la homosexualidad masculina en la historia los condujo a la prisión; a las lesbianas se les enviaba al manicomio. Uno de los aspectos que más relevó en su intervención fue la invisibilización de la psiquiatrización de las mujeres lesbianas, y la falta de fuentes para estudiar este fenómeno³³⁸.

Elisa cerró las palabras articulando su historia personal con el proceso de medicalización. Ella desde temprana edad fue separada de su familia de origen y creció en una residencia del entonces SENAME. Elisa es escritora y expone su punto de vista con firmeza. Desde los 8 años

³³⁷ <https://locurafeminista.wordpress.com/category/material-difusion/>

³³⁸ Otras reflexiones se pueden revisar en esta cápsula de video sobre el conversatorio, disponible en <https://locurafeminista.wordpress.com/category/material-difusion/> (Enlace directo en <https://youtu.be/D085lcw-ePw>).

fue medicada por su conducta agresiva “sin aparente motivo”. “No sé qué medicamentos eran, pero recuerdo sus efectos. Recuerdo estar babeando, y gritando sonidos guturales, me dolían las piernas y el cuello”. Debido a las dosis altas de fármacos presenta crisis convulsivas, y tuvieron que bajarle la cantidad de medicación. No obstante, ante un nuevo diagnóstico, recibió una nueva medicación. Al igual que muchas niñas y niños, la emoción principal era la rabia y los deseos de fuga. “En ocasiones me suspendían los medicamentos por mi mal comportamiento y me dejaban experimentando por días el síndrome de abstinencia, hasta que no podía más y me iba a la calle a buscar drogas. Me sentía más a salvo en la calle”. “Dijeron que no tenía remedio pero me seguían medicando”.

Elisa apunta que las mujeres en Chile son más medicalizadas, más diagnosticadas, más psiquiatrizadas y les cuesta más dejar los fármacos. “Incluso a nosotras mismas nos han convencido de que es necesario medicarnos”. “Una de las herramientas que me ayudó fue darme cuenta de que lo personal es político”.

“Acá habemos cuatro expositoras. Pero a esta hora en los psiquiátricos hay cientos de mujeres sufriendo violencia y abuso.

Como mujer loca espero algún día ver a las locas presas libres del manicomio y también espero ver arder cada una de esas cárceles llamadas psiquiátricos porque no son otra cosa para mí que cárceles del pensamiento”.

Tras un aplauso cerrado del auditorio se abrió el debate donde personas hablaron de experiencias similares en primera persona y otras del mundo laboral aportaron experiencias como el uso habitual de psicofármacos en las salas de hospital para mujeres ancianas en el postoperatorio de cirugía de cadera. Lo personal y lo político, como decía Elisa citando a Carol Hanisch, confluían en un espacio social protegido por las afinidades y los afectos. No se trataba de un espacio “terapéutico” donde poner en circulación un sufrimiento, sino de una politización de malestares y sufrimiento al mismo tiempo individuales y colectivos. En este sentido, el conversatorio fue exitoso en “abrir un campo” y la colectiva participó en el primer y segundo Encuentro Plurinacional de Mujeres que Luchan realizados en Santiago en diciembre de 2018 y enero de 2020, respectivamente.

El conversatorio también expresó diversas formas de dominación contras las mujeres que se entroncan con debates políticos previos. Uno de ellos es expresado por Franca Basaglia (1983) cuando reflexiona sobre los flujos y reflujos del movimiento feminista, en el sentido de evitar

el “corporativismo” y trabajar en un sentido hegemónico, y agregaríamos nosotros, relativo a la “guerra de posiciones” (Gramsci, 1986a). Este trabajo se relaciona, también, a la “sobrevivencia” y a la “recuperación”, comprendidas ampliamente, como una repolitización de la vida (Fassin, 2018) y un proceso de aprendizaje colectivo.

Este tipo de alianzas entre diversas corrientes feministas, locas y “cuerdas de remate”, como suelen decir en *Libre-Mente*, podrían servir de ejemplo a otras formas de alianzas entre activismos profesionales críticos y activismos en primera persona que se propongan mancomunadamente obrar por la justicia epistémica, y acá nuevamente la experiencia de la lucha contra la violencia obstétrica podría ser de utilidad (Sadler, 2021). Se trata, con todo, de arenas políticas en formación (Erro, 2021), cuya irrupción probablemente desplace viejas estructuras de poder, como ha ocurrido en las últimas décadas.

6. Coda y Remate

“Atravesar la noche es pasar de la noche del malestar
a la noche de la resistencia”.

López Petit (2015, p. 149), *Hijos de la noche*.

6.1. Coda

En esta *coda* volveremos sobre los argumentos expuestos para articularlos en las conclusiones de investigación, cuyo hilo conductor atravesará los diversos imaginarios señalados en esta tesis.

Con Jenkins (2011) definimos el imaginario como aquella dimensión de la cultura orientada hacia posibilidades concebibles para la vida humana. Y con Castoriadis (2013), aprendimos que la sociedad instituida es sólo una configuración de lo posible, un universo abierto a la transformación. En este sentido, el *campo político* de la salud mental trazado previamente describe una configuración específica (a un territorio), contingente (a las unidades analíticas abordadas) e histórica (fruto de una lectura diacrónica del campo).

La articulación de los tres subcampos ha permitido dar cuenta del valor heurístico del concepto de *arenas políticas*:

Subcampo asilar

1. En Chile, el proceso de profesionalización de la psiquiatría asilar, partir de los treinta, implicó la incorporación progresiva de diversas *terapias de shock* (Araya, 2015; Araya y Leyton, 2009) y, desde entonces, al interior del subcampo asilar emergió un núcleo hegemónico construido en torno al imaginario biologista, el cual agrupa el imaginario de la localización cerebral (Vidal, 2011), el modelo centrado en la enfermedad (Moncrieff, 2013) y el imaginario farmacéutico (Jenkins, 2011). A partir de este núcleo hegemónico se estructuró la formación médica en psiquiatría y salud mental, incluyendo el abordaje del alcoholismo, que cuando se enfrentó a su límite (de ineficacia), abandonó este último problema de salud como asunto relevante desde el punto de vista del saber disciplinar (Menéndez, 1990 [2018]) y favoreció, de este modo, la conformación de un subcampo propio en el ámbito comunitario en una primera escena reformista a fines de los sesenta.

2. Dentro de este mismo subcampo es posible observar, también, cómo el proceso de especialización del conocimiento, por ejemplo, entre orientaciones más organicistas versus otras más psicodinámicas, no fue óbice para el despliegue hegemónico de las terapias biológicas como el electroshock apoyadas por autoridades del psicoanálisis como Ignacio Matte Blanco (en Chile) y Enrique Pichon-Rivière (en Argentina). Un proceso similar fue observado por Lakoff (2005) respecto de las transacciones entre psicoanalistas y médicos de orientación biologista respecto de la introducción de nuevos psicofármacos en Buenos Aires, y en el contexto chileno, ocurre lo propio en instituciones públicas y privadas.
3. Un elemento de continuidad en la transfiguración del custodialismo ha sido la denuncia de condiciones precarias de infraestructura, insumos, personal y otras, que ha implicado mecanismos de presión diversos hacia la administración estatal. Es posible trazar esta historia en la antigua Casa de Orates con la demanda del inglés Benham en 1875 (Camus, 1993); en el diagnóstico de Zilleruelo en 1896; en el artículo de Vivado, Larson y Arroyo en 1939; en la descripción del déficit de camas psiquiátricas en el Senado *ad portas* del centenario del Manicomio en 1952 (Allende, 2022a); en Zanghellini (1978) y Wulff (VVAA, 1986) en El Peral dictatorial; en el debate entre Pemjean y Dörr en *El Mercurio* en 1993 (Molina, 1993); en el documento *Diagnóstico Hospitales Psiquiátricos Chilenos* de 1997 dirigido por los directores de los cuatro hospitales psiquiátricos al MINSAL (Boisier, 1997); y en la crítica a la desinstitucionalización de Dörr y Mundt (2015), en sintonía al posicionamiento de SONEPSYN frente al borrador del último Plan Nacional de Salud Mental en 2015³³⁹. En diferentes épocas médicos y psiquiatras han labrado una *arena política* específica en pos del modelo asilar (ya sea en su expansión, ya sea en su beneficio), en tribunas académicas, ministeriales, parlamentarias o mediales. Esta posición hegemónica de la psiquiatría asilar fue contestada en dos momentos claves, minoritariamente por Marconi y su equipo durante en los largos sesenta (Muñoz, Horwitz y Marconi, 1966; Marconi, 1972); y de modo atrincherado en la experiencia reformista liderada por Gómez en El Peral postdictatorial (Gómez, 2005; 2012).³⁴⁰

³³⁹ “Otro aspecto que nuestra sociedad considera crítico en el documento es la visión unilateral y con cierto sesgo ideológico que deja fuera otras visiones de la psiquiatría. Asimismo, si bien es cierto SONEPSYN comparte el énfasis puesto en los Derechos Humanos de los pacientes, le parece riesgoso asociar la responsabilidad del tema a los actuales trabajadores y profesionales de la salud mental, desconociendo que la raíz antropológica del “Manicomio” surge, la mayoría de las veces, de cierto desconocimiento y prejuicio a nivel de las culturas locales, de la propia sociedad y del entorno” (SONEPSYN, 2015).

³⁴⁰ Resuena en esta coda: “Lo que permanece sólido e incommovible es el modelo hospital psiquiátrico, pero lo que intenta nacer, ya sea una simple comunidad terapéutica dentro de ese modelo, ya sea un

Subcampo neocomunitarista

4. El reformismo psiquiátrico que agitó el subcampo (neo)comunitarista en los largos sesenta en un contexto de polarización política ilustra los límites de la diferenciación entre profesionales y legos de la salud mental. En la propuesta de delegación de funciones de Marconi, en armonía con la movilización *top-down* que el gobierno de la Unidad Popular promovía desde el SNS (Programa de Desarrollo Socio-Cultural), se planteaba el problema del tecnocratismo (Weinstein, 1977), que con el auxilio del culturalismo antropológico pretendía llegar a las masas obreras y campesinas. Desde algunos sectores obreros que ensayaban formas *bottom-up*, como en la Villa Nonguén y el Campamento Lenin en Concepción, el trabajo de base cuestionaba el poder médico y ejercía formas originales de “control obrero”, apoyadas en la metodología que Paulo Freire había generado con los campesinos de la Reforma Agraria. El conflicto socio-cultural atravesaba el imaginario reformista en salud mental azuzado por la posición mayoritaria dentro del gremio médico contra el proceso revolucionario (Valenzuela, 1973). Es la movilización del conjunto de los sectores subalternos hacia un proyecto socialista la que impulsa una serie de transformaciones sociales, culturales y políticas que encarnan en el sujeto popular a un actor cuya participación política había estado antes fuertemente constreñida. A pesar del modelo conductista de Marconi, la fuerza participativa del período impuso un sentido transformador a la práctica y, al mismo tiempo, socializó un modelo de trabajo psiquiátrico extramural inédito en el contexto chileno. Cuarenta años después, la aplicación del mismo modelo en una sociedad fragmentada y desmovilizada por los efectos del neoliberalismo se ha reducido a utilizar la misma pirámide para los fines de la alfabetización en salud mental. Así, las "agentes comunitarias de salud mental" ocupan la base de la pirámide limitándose a reproducir el discurso psicoeducativo y biomédico de los profesionales. De esta manera, lo que queda del modelo original es sólo la estructura formal, es decir, la pirámide de conocimiento, pero limitada a la lógica de la implementación *top-down* (Montenegro y Ortega, 2020).

servicio de psiquiatría moderno en un hospital general, o un programa comunitario en un área de salud es, con demasiada frecuencia, quebrado, reprimido, privado de recursos o asfixiado de mil maneras por el dictador de turno” (Marconi, en Alarcón, 1990, p. 423).

5. La segunda ola del imaginario del reformismo psiquiátrico comenzó en la postdictadura. Con el cambio de siglo observamos un proceso que resumimos como la "desinstitucionalización de una radio". Esta trayectoria, de una escala relativamente pequeña si se quiere, proporciona un ejemplo significativo del truncado y limitado proceso de reforma psiquiátrica que ha tenido lugar en el país, donde experiencias que en principio contribuyeron al fin de las lógicas asilares acaban convertidas en experiencias de abandono y soledad, y con sus protagonistas reintroducidos en el circuito de la medicación, reingresados o suicidados. El "vacío" de Freddy luego de la partida de la radio nos recuerda también las secuelas de la institucionalización a largo plazo en la fábula de la serpiente (Amarante, 1996).
6. En el *campo de fuerzas* del asilo (Stoler, 2010), los vectores del encierro/destierro/entierro y de la deshospitización/desinstitucionalización no se refieren a fenómenos lineales. En este sentido, las reformas psiquiátricas en Chile, Argentina y Brasil nos enseñan que se trata de procesos recursivos (Colina, 2020; Faraone y Barcala, 2020): como ha ocurrido en Brasil, donde incluso se puede hablar explícitamente de una contrarreforma psiquiátrica (Amarante, 2022). El incremento de las medidas coercitivas también ha sido reportado en el ámbito anglosajón (Sashidharan y Saraceno, 2017).
7. Los efectos del neoliberalismo en el sistema sanitario se incrustan en las formas de trabajo a través de metas de gestión donde se observan programas, pero no territorios (Spinelli, 2016). La economía política de la salud condiciona la estructura de trabajo clínico a través de la producción de servicios individualizados (Moncrieff, 2022) y el trabajo comunitario es subalternizado como herramienta útil de supervisión de la "adherencia al tratamiento" y de psicoeducación delegada, como la experiencia de Mercedes ilustra.
8. El *self* farmacéutico es una categoría relacional y puede ser constreñido por diversas fuerzas instituyentes. Estas fuerzas, que denominamos con Jenkins, como imaginarios farmacéuticos, pueden en ocasiones operar como bloque hegemónico, con la conjunción de una industria farmacéutica expansiva, una medicina mercantilizada y regulaciones sanitarias pobres o inexistentes. El *self* farmacéutico puede, también, tomar la forma de un movimiento organizado y contestar a la psiquiatría, introduciendo brechas en el imaginario dominante. Al interior de estos espacios activistas, el *pharmakon* psicotrópico mantiene su naturaleza proteica, pudiendo conducir a un proceso de discontinuación farmacológica o permaneciendo estable en identidades más o menos reconocibles tales como la de "paciente ideal" o "experto por experiencia". El imaginario farmacéutico puede adquirir también rasgos distópicos cuyo carácter aparentemente excepcional se deba más bien a la

insuficiencia de investigaciones en los espacios de reclusión y *constraint*. Algunos profesionales, con todo, han comenzado a plantear alternativas que toman distancia del fetichismo de la mercancía en el cual ellos mismos se han visto reificados, a menudo siguiendo la senda del movimiento de usuarios, ex-usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría (Morales-Sáez, 2022).

Subcampo activista:

9. En el párrafo precedente, decíamos, el *self* relacional ha sido impelido por este complejo médico-industrial a buscar formas de rebelarse. Retomando una metáfora empleada por Rodrigo, se trata de dejar ingerir la “píldora” de la psiquiatría, por más que venga con un “recubrimiento” comunitario. Es la grieta en el sistema que planteaba Rodrigo en otra imagen sugerente, una grieta que emerge desde el interior del subcampo neocomunitarista y contribuye a dar forma a este subcampo activista. Las huellas de esta grieta aún son visibles para el equipo del CESAM de Lo Espejo que observaba cómo estos ex-usuarios, hoy autodenominados como sobrevivientes de la psiquiatría, señalaban una vía de salida hacia “fuera” del sistema. En esta escena lo que nos interesa destacar es el terreno que la propia “psiquiatría comunitaria” ha abonado con la temporalidad estancada de la nueva cronicidad, la perpetua “falta de expectativa de mejoría”, que “es negar la experiencia discapacitante del control sintomático, es reproducir el imaginario de lo irrecuperable, así como viejas rutinas asilares de infantilización y falta reinserción social” (Mata, 2018). El gesto contrahegemónico, justamente, es servir de ejemplo viviente, ante sus pares de la psiquiatría pública, que “ellos también estuvieron ahí”, en ese mismo espacio clínico y social.
10. La contrahegemonía, sin embargo, presenta el riesgo de pensarse como un vector simplificador y generalizable del repertorio social de prácticas potenciales para los usuarios (Pié, 2021; Rose, 2018). Recuperar la fuerza de la experiencia en primera persona podría aminorar este riesgo, favoreciendo marcos dialógicos de trabajo.
11. Las violencias psiquiátricas están en el centro del activismo loco y se han expresado, en Chile, con particular fuerza en la lucha contra la práctica del electroshock, los efectos adversos de los psicofármacos, y las violencias de género en salud mental. Las violencias psiquiátricas pueden ser comprendidas en el marco más amplio de las violencias epistémicas, y en esta tarea la contribución de los estudios feministas e interseccionales se vislumbra clave.

12. El activismo loco ha abierto la “jarra de Pandora” de la medicación psiquiátrica. Su gesto prometeico desafía el imaginario instituido y, al mismo tiempo, abre el camino a un nuevo imaginario instituyente por construir, el cual probablemente requerirá pensar la procomunización de los cuidados (Pié, 2021). Podemos concordar con Fassin (2006), como lo hacíamos antes respecto de las “Brigadas de Liberación Obrera”, cuando afirmaba que “las mayores posibilidades de encontrar experiencias susceptibles de transformar el espacio político de la salud, se hallan fuera del campo tradicional de la salud misma”.

El *campo político de la salud mental* ha devenido en un *campo de luchas*, una estructura cambiante que nos ha facilitado, desde una perspectiva procesual, aprehender las *arenas políticas* que han movilizado actores profesionales y legos en instituciones y otras organizaciones colectivas para decantar en un “hospital de la transfiguración”, un “legado” del comunitarismo en el neoliberalismo, y la emergencia del activismo loco en primera persona.

6.2 Remate

En este remate presentamos algunas notas metodológicas; las limitaciones de la investigación; las interrogantes emergentes; y algunas reflexiones finales.

La elección del Área Sur como territorio de estudio ha contribuido a un tratamiento del reformismo psiquiátrico allí donde efectivamente la carga de la historicidad estuvo del lado de las transformaciones, más que del *statu quo*. Esta tarea se hubiera dificultado si hubiéramos analizado el subcampo asilar desde el Área Norte de Santiago, cuyo rasgo distintivo ha sido el efecto de fuerza centrípeta e inhibitoria del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak (ex Casa de Orates, ex Manicomio, ex Hospital Psiquiátrico de Santiago) respecto de otros dispositivos de corte reformista. La historicidad de las arenas políticas, en este sentido, ha requerido de una representación espacial adecuada. Asimismo, el hilo territorial ha permitido observar el fragmento de ciudad que hoy llamamos Lo Espejo en diferentes momentos claves de su historia. Dado que el movimiento activista en primera persona abarca el conjunto de la ciudad, fue más difícil establecer alguna correspondencia espacial, aunque la perspectiva de Patricio facilitó justamente abordar este mismo territorio.

La conjugación de las perspectivas diacrónica y sincrónica fue un desafío metodológico que adoptó un carácter exploratorio en el contexto local, y cuya diversidad de aristas de

convergencia, consideramos, enriquecen la mirada y aportan nuevas líneas de investigación. Concentrarnos en tres subcampos seguramente ha ayudado a evitar extraviarnos entre múltiples puntos de fuga.

Identificamos dos limitaciones principales de este trabajo. La primera se relaciona con los puntos ciegos que la propia transfiguración del custodialismo ha creado. La segunda, con la ausencia en esta monografía de una crítica profunda a la epidemiología psiquiátrica.

En mi experiencia profesional previa conocí algunas residencias irregulares que operan en Buin y Paine (las comunas más meridionales del SSMS). Se trata de espacios de extinción social, recintos privados gestionados por microempresas familiares que ocupan el nicho del viejo asilo donde se reproduce el trato masivo e indiferenciado a sus residentes, y las escasas “salidas” son a las citas de control médico. La supervisión sanitaria de estos espacios es mínima; tan sólo uno de ellos ha sido clausurado en Buin ante la evidencia flagrante de constatar a internos enjaulados en su interior, a inicios de la década del 2010. Estos mismos espacios cohabitan con las Clínicas de Extensión como la Clínica Gaete en Puente Alto que, en términos de gestión clínica y financiera, es una extensión del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. El tercero de estos espacios de “transinstitucionalización” corresponde a los hogares protegidos. Ninguno de ellos se ubicaba en Lo Espejo, conformando puntos ciegos de esta investigación.

La segunda limitación ha sido la falta de una reflexión más profunda respecto de la epidemiología psiquiátrica. Sólo se han comentado algunos datos respecto a la primera epidemiología del alcoholismo en los sesenta, y décadas más tarde, en el uso de categorías biomédicas para subsumir las experiencias traumáticas, asunto que los equipos técnicos del PRAIS aún no han sido llamados a revisar. Con esto queremos señalar que observamos un hilo crítico que va de las categorías clínicas a las epidemiológicas en la investigación en salud mental que requieren ser repensadas radicalmente. Una tarea así de considerable hubiera requerido, probablemente, hacer otra tesis. Parte de este esfuerzo, se relaciona con incorporar con más fuerza en el análisis al propio campo científico, en el cual incluimos a la antropología médica que, como hemos visto, ha tenido una participación activa a lo largo del desarrollo de este campo político de la salud mental.

Otras interrogantes emergentes se relacionan a las contribuciones de la antropología visual sobre este campo y a la relación entre psiquiatría y racismo en Chile y su contexto latinoamericano.

A lo largo de la investigación fui explorando diversas fuentes fílmicas, algunas de las cuales he citado para el caso chileno. En su conjunto, conforman obras documentales y de ficción (véase el Apéndice) que me han motivado muchas preguntas, y considero que un tratamiento con mayor detención de este corpus podría servir no sólo para futuras investigaciones, sino también para general material pedagógico y de difusión. Desde las series de televisión de la BBC (*Takin' Over the Asylum*) en los noventa sobre una radio en el ocaso del custodialismo escocés, y la miniserie de la RAI (*C'era una volta la città dei matti*) en 2010 sobre la experiencia basagliana, hasta producciones más recientes como *Zauria(k)* en el País Vasco sobre la salud mental desde un punto de vista feminista; *87 ore* sobre la muerte de Francesco Mastrogiovanni bajo contención mecánica en el Hospital Vallo della Lucania; y *Los fuegos internos* sobre procesos comunitarios en espacios posasilares en Buenos aires; todas ellas iluminan estos espacios *fuera de escena* que caracterizan a la locura y su apropiación psiquiátrica.

Los apuntes a una genealogía de la antropología física racista de Aichel y Westenhöfer pasando por los médicos del Manicomio en los treinta (Juvenal Barrientos y Edgardo Schirmer), junto a las breves notas sobre una psiquiatría racista y filo-nazi que va de Auersperg a Dörr y otros discípulos del médico austríaco en Concepción, han sido temas insuficientemente estudiados en un ámbito de investigación restringido hasta ahora al modelo de la etnopsiquiatría y una psiquiatría cultural folklorizante en Chile. Desde la historia cultural de la psiquiatría estos temas complejizan el campo político de la salud y serían líneas de profundización fecundas para quienes nos interesamos por ellas.

Las reflexiones finales enlazan las últimas transformaciones de El Peral, el caso de José Vergara y el debate en torno a la TEC no modificada en Valparaíso. Estos ejemplos ilustran el rumbo incesante de las arenas políticas en el campo político de la salud mental.

En 2010 un terremoto de alta magnitud azotó el territorio chileno. En El Peral la mitad de los edificios resultaron afectados pero nadie resultó herido. En el último año de gestión de Mauricio Gómez esto sirvió para realizar una de las últimas transferencias de recursos desde el

hospital psiquiátrico hacia otros dispositivos asistenciales: egresaron 48 personas a hogares protegidos y se crearon dos unidades de Corta Estadía en el Hospital Barros Luco y en el Hospital El Pino, ambos del área Sur (Gómez, 2012). La resistencia interna fue intensa, entre sindicatos y el gremio médico unidos contra el director, incluyendo denuncias, reportajes de televisión, amenazas, muros rayados y una dilatada polémica que aún resuena en los pasillos del hospital. Sin un “motor interno” legitimado, las fuerzas conservadoras y gremiales lograron frenar más cambios, en el primer gobierno de la derecha después de la dictadura.

En 2015, el caso de José Vergara, de Alto Hospicio (Región de Tarapacá), llamó a la solidaridad del movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría. Un joven de 21 años, diagnosticado con esquizofrenia, fue llevado desde su domicilio por funcionarios de Carabineros bajo el supuesto de conducirlo a un servicio de Urgencias ante una crisis. José se encuentra desaparecido desde el 13 de septiembre de 2015 y la familia no ha encontrado justicia en los tribunales chilenos y ha elevado su caso a la CIDH. En *El dolor invisible* se registra parte de esta historia de violación a los Derechos Humanos (Bravo y Bravo, 2022).

En 2022, la Ministra de Salud Begoña Yarza puso una denuncia en la Fiscalía de Valparaíso luego de una visita de inspección al Hospital Psiquiátrico del Salvador. Se trataba de una sospecha del delito de torturas y tratos crueles y degradantes ante la aplicación de TEC no modificada en el hospital. Las directivas regionales y nacionales del Colegio Médico apoyaron a los médicos del Hospital, aludiendo falta de recursos humanos e insumos, pero desde Santiago, tuvimos una opinión discordante en el Departamento de Derechos Humanos y Género del Regional Santiago, y quisimos incidir en un debate gremial y técnico que no prosperó frente a la opinión mayoritaria dentro de las autoridades de cuestionar a la Ministra a quien llevaron al Tribunal de Ética (Barrera, Molodynski, Penzenstadler, *et. al.*, 2022).

Una antropología política de la salud mental podría también contribuir a visibilizar e incidir en los debates más amplios sobre las vulneraciones a los Derechos Humanos en el campo de la salud mental. Parafraseando a Santiago López Petit, hace falta atravesar la noche y pasar de la noche de la resistencia a la noche de la justicia.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolas Morales Sáez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Bibliografía

Abercrombie, Thomas (2006). *Caminos de la memoria y el poder. Etnografía e historia en una comunidad andina*. La Paz: Sierpe Publicaciones, IFEA.

Ablard, Jonathan D. (2003). Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentina, 1943-83. *History of Psychiatry* 14(3): 361-376.

Ackerknecht, Erwin (1932). Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848. *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin* Bd. 25, H. 1 (Januar 1932): 61-109 y Bd. 25, H. 2 (April 1932): 113-183.

Ackerknecht, Erwin (1975). H. Rudolf Virchow und die Sozialmedizin. *Sudhoffs Archiv* Bd. 59, H. 3 (1975 3. QUARTAL): 247-253.

Agger, Inger; y Jensen, Sören B. (1996). *Trauma y cura en situaciones de Terrorismo de Estado*. Santiago: CESOC.

Agrest, Martín; Le, PhuongThao D.; Yang, Lawrence H.; Mascayano, Franco; Alves-Nishioka, Silvia; Dev, Saloni; Kankan; Tanvi; Tapia-Muñoz, Thamara; Sawyer, Samantha; Toso-Salman, Josefina; Dishy, Gabriella A; Jorquera, Maria José, Schilling, Sara; Pratt, Charissa; Price, LeShawndra; Valencia, Eliecer; Conover, Sarah; Alvarado, Rubén; y Susser, Ezra S. (2019). Implementing a community-based task-shifting psychosocial intervention for individuals with psychosis in Chile: perspectives from users. *International Journal of Social Psychiatry* 65 (1): 38-45.

Agrest, Martín; Alves-Nishioka, Silvia; Le, PhuongThao D.; Dishy, Gabriella A; Kankan, T., Dev, Saloni; Mascayano, Franco; Dahl, Cararina M., Vera, Norha; Abadi, Daniel; Whitley, Rob; Cavalcanti, María T; Valencia, Eliecer; Alvarado, Rubén; Yang, Lawrence H.; y Susser, Ezra S. (2021). Utility of a multidimensional recovery framework in understanding lived experiences of Chilean and Brazilian mental health service users. *Revista Iberoamericana de Psicología* 14 (2): 117-132.

Aichel, Otto (1927). “La importancia de la herencia en la especie humana”. *Revista Universitaria de la Universidad Católica de Chile*, noviembre de 1927. Compilado en César Leyton, Cristián Palacios y Marcelo Sánchez (2015), *El Bulevar de los Pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros, pp. 252-269.

Alarcón, Renato (1990). *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Albert, Catalina; y Sepúlveda, Nicolás (2016, 28 abril). El uso y abuso de psicofármacos en los hogares del Sename. *Centro de Investigación Periodística (CIPER)*, 28 de abril de 2016. Disponible en: <https://ciperchile.cl/2016/04/28/el-uso-y-abuso-de-psicofarmacos-en-los-hogares-del-sename/>

Alegre-Agís, Elisa; García-Santesmases, Andrea; Pié-Balaguer, Asun; Martínez-Hernández, Àngel; Bekele, Deborah; Morales-Sáez, Nicolás; y Serrano-Miguel, Mercedes (2022). Unraveling reactionary care: the experience of mother-caregivers of adults with Severe Mental Disorders in Catalonia. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 1–24. doi.org/10.1007/s11013-022-09788-z

Allende, Salvador (1939). *La realidad médico-social chilena*. Santiago: Ministerio de Salubridad.

Allende, Salvador (2022a). Centenario del Manicomio, en “Legislatura Ordinaria 1952”, *Allende Senador 1951-1953*, Archivo Parlamentario Salvador Allende. Santiago: Biblioteca Clodomiro Almeyda, pp. 259-263. Disponible en <https://www.socialismo-chileno.org/PS/APSA/sag.html>

Allende, Salvador (2022b). Nuevas Facultades Extraordinarias al Ejecutivo, en “Legislatura Extraordinaria 1948-1949”, *Allende Senador 1845-1949*, Archivo Parlamentario Salvador Allende. Santiago: Biblioteca Clodomiro Almeyda, pp. 542-557. Disponible en <https://www.socialismo-chileno.org/PS/APSA/sag.html>

Allevi, José Ignacio (2017). *La construcción de un espacio de ciencia y clínica psiquiátrica: Instituciones, expertos y redes en Rosario, Argentina (1920-1944)*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1517/te.1517.pdf>

Alvarado, Rubén; Shilling, Sara; y Jorquera, María José (2015). Uso de la Intervención Critical Time Intervention en personas con primer episodio de psicosis. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* 72(4): 331-338.

Alvarado, Rubén; Minoletti, Alberto; Valencia, Eliecer; Rojas, Graciela; y Susser, Ezra (2013). “The need for new models of care for people with severe mental illness in low and middle-income countries”. En G. Thornicroft, M. Ruggeri y D. Goldberg (eds.), *Improving Mental Health Care: The Global Challenge*. Chichester, UK: John Wiley, pp. 78-95.

Alvarado, Rubén; Minoletti, Alberto; Torres, Francisco; Moreno, Berta; Madariaga, Carlos; y Sepúlveda, Rafael (2012). Development of community care for people with schizophrenia in Chile. *International Journal of Mental Health* 41 (1): 48-61.

Alvarado, Rubén; Rojas, Graciela; Minoletti, Alberto; Alvarado, Francisca; y Domínguez, Carlos (2012). Depression program in primary health care: the Chilean experience. *International Journal of Mental Health* 41 (1): 38-47.

Alvarez, Sonia E.; Rubin, Jeffrey W.; Thayer, Millie; Baiocchi, Gianpaolo; y Lao-Montes, Agustín (eds.) (2017). *Beyond Civil Society: Activism, Participation, and Protest in Latin America*. Duke University Press.

Amarante, Paulo (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, doi.org/10.7476/9788575413272.

Amarante, Paulo (2022). *Madness and Social Change: Autobiography of the Brazilian Psychiatric Reform*. Cham: Springer.

Amarante, Paulo; y Nunes, Mônica (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 2067-2074.

Amarante, Paulo; Oliveira, María H. B.; Torre, Eduardo; y Coelho, Isabel (2016). Derechos humanos y salud mental en Brasil: una historia de lucha y militancia por la justicia social y el derecho a la vida: “la salud no se vende, la locura no se encierra”. *Átopos (Salud Mental, Comunidad y Cultura)* 2: 1-16.

Amorós, Mario (2013). *Allende. La biografía*. Barcelona: Ediciones B.

Anónimo (1892). *Índice Jeneral del Boletín de las Leyes y Decretos del Gobierno que comprende todas las leyes y disposiciones supremas dictadas en Chile y publicadas en esa obra desde el 1o. de enero de 1881 hasta el 31 de diciembre de 1890, por un abogado*. Santiago: Imprenta de la Librería Colón.

Aparicio, Víctor; y Sánchez, Ana E. (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 10 (34): 363-374.

Araya, Claudia (2006). La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado: Chile en el siglo XIX. *Historia (Santiago)* 39 (1): 5-22.

Araya, Claudia (2015). *Profesionalización de la Psiquiatría en Chile. Saberes y prácticas (1826 -1949)*. Tesis Doctoral publicada, Universidad Católica de Chile.

Araya, Claudia (2021). Ensayando una política pública de asistencia mental: El movimiento de higiene mental en Chile, 1891-1948. *Sur y Tiempo: Revista de Historia de América*, 2(3): 86-98.

Araya, Claudia, y Leyton, César (2009). Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], <https://journals.openedition.org/nuevomundo/52793>. Publicado el 3 de Febrero de 2009, consultado el 11 de Mayo 2016.

Araya, Claudia; y Leyton, César (2017). “La 'vía chilena' la psiquiatría social. Propuestas y debates en torno al cambio del modelo de asistencia mental” (1968-1973). En Huertas, R. (coord.). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Catarata, pp. 56-82.

Araya, Claudia; y Leyton, César (2021). Conductismo y cambio social: Programa de Economía de Fichas en el Hospital Psiquiátrico El Peral. Chile, 1976-1978. *Revista de Historia (Concepción)* 28(1): 541-565.

Araya, Claudia; Leyton, César; Lopéz, Marcelo; Palacios, Cristián, y Sánchez, Marcelo (eds.) (2016). *República de la salud: fundación y ruinas de un país sanitario. Chile siglos XIX y XX*. Santiago: Museo Nacional de Odontología, Facultad de Odontología Universidad de Chile, y Ocho libros.

Araya, Claudia; y Martínez, Camila (2021). Epidemiología de los trastornos mentales en Chile y su impacto en las políticas públicas de salud mental, 1950-1973. *Asclepio* 73 (1), p349. doi.org/10.3989/asclepio.2021.15

Araya, Claudia; Morales, Nicolás; y Leyton, César (2020). El archivo del Hospital Psiquiátrico El Peral: una experiencia de investigación desde la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 24 (1): 147-168.

Arbex, Daniela (2013). *Holocausto brasileiro*. San Pablo: Geração Editorial.

Armijo, María Alejandra (2010). “Historia de los abordajes terapéuticos y modalidades de tratamiento psiquiátrico en Chile”. En M. A. Armijo (ed.), *Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma, pp. 194-210.

Armus, Diego (2012). Historia/historia de la enfermedad/historia de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública* 16 (3): 264-271.

Augé, Marc (1984). “Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement”. En Marc Augé y Claudine Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. París: Éditions des archives contemporaines, pp. 35-91.

Ayllon, Teodoro; y Azrin, Nathan (1974). *Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. Ciudad de México: Trillas.

Aylwin, Patricio (1990). *Discurso de S. E. el Presidente de la República don Patricio Aylwin Azócar en el inicio de la legislatura ordinaria del Congreso Nacional*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Balius, Fernando; y Pellejer, Mario (2018). *Desmesura: una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Barcelona: Bellaterra.

Ballesteros, Tito; y Makowski, Sara (2021). *Radio y salud mental en América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Balzano, Silvia (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social* 35: 99-120.

Barrera, Alvaro; Molodynski, Andrew; Penzenstadler, Louise; y Khazaal, Yasser (2022). Electroconvulsive Therapy without General Anesthesia and the Human Rights of Mental Health Patients: Some Reflections on a Recent Situation in Chile. *World Social Psychiatry* 4 (3): 199-201.

Barros, Ximena; Pacheco, Jorge; Fuentes, Alejandra; Martínez, M. Soledad; y Cuadrado, Cristóbal (2021). Fortalezas y debilidades del cambio del FAPEM al per cápita para el financiamiento de la APS en Chile. Ponencia en el *VI Congreso Chileno de Salud Pública y VIII Congreso Chileno de Epidemiología “Equidad en salud para una sociedad en creciente complejidad”*, publicado el 3 de agosto de 2021, disponible en <https://www.medwave.cl/resumenescongreso/sp2021/estrataps/8338.html>

Barudy, Jorge (1983). “La psiquiatría en Chile”. En Sylvia Marcos (coord.), *Manicomios y prisiones*. Ciudad de México: Red, pp. 132-134.

Basaglia, Franca O. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.

Basaglia, Franco (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Turín: Einaudi (en castellano, *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral, 1970).

Basaglia, Franco (1981). “La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione (Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»”, en F. Basaglia y F. O. Basaglia, *Scritti I: Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. 1953-1968*. Turín: Einaudi, pp. 249-258.

Basaglia, Franco (2013). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Basaglia, Franco; y Basaglia Ongaro, Franca (1969). *Morire di classe: La condizione manicomiale, fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*. Turín: Einaudi.

Basaglia, Franco; y Kirchmayr, Raoul (2012). Lettre de New York. Le malade artificiel. *Les Temps Modernes* 2012/2 (n° 668): 24-32. doi.org/10.3917/lm.668.0024

Bastide, Roger (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Bauman, Zygmunt (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.

Bayart, Jean-François (2010). *Les études postcoloniales. Un carnaval académique*. París: Karthala.

Beneduce, Roberto (2013). Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica. *Aut Aut* 357: 187-211.

Beneduce, Roberto (2017). History as palimpsest. Notes on subalternity, alienation, and domination in Gramsci, De Martino, and Fanon. *International Gramsci Journal*, 2 (3): 134-173.

Beneduce, Roberto; y Martelli, Pompeo (2005). Politics of healing and politics of culture: Ethnopsychiatry, identities and migration. *Transcultural Psychiatry* 42 (3): 367–393.

Bennett, Douglas (1970). “El establecimiento de servicios comunitarios de salud mental en la Gran Bretaña”. En Organización Panamericana de la Salud, *Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental*, Publicación Técnica N° 210. Washington: OPS, pp. 16-22.

Bennett, Douglas (1975). “Techniques of Industrial Therapy, Ergotherapy, and Recreative Methods”. En H. Argelander, et al., *Soziale und Angewandte Psychiatrie*. Berlin: Springer, pp. 743-778.

Berger, John (2000). *Modos de ver*. Barcelona: Gustavo Gili.

Berlinguer, Giovanni (1973). *Medicina y Política*. Buenos Aires: Cuarto Mundo.

Berlinguer, Giovanni (1977). *Psiquiatría y Poder*. Barcelona: Granica.

Bermann, Gregorio (1970 [2020]). *La salud mental en China*. Cuadernos del ISCo N°1. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús. Edición digital: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/11/22/46-2>

Bialakowsky, Alberto; Reynals, Cristina; Zagami, Mónica; Crudi, Roxana; Costa, María Ignacia ; y Haimovici, Nora M (2004). “Procesos sociales de exclusión-extinción: comprender y coproducir en las prácticas institucionales de núcleos urbanos segregados”. En Laura Mota Díaz y Antonio Cattani

(coords.), *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina: nuevas perspectivas analíticas*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), pp. 101-142.

Biblioteca del Congreso Nacional (21 de junio de 1967). “Denuncias sobre irregularidades en la Colonia El Peral, Provincia De Santiago. Oficios”. Diario de Sesión: Sesión Ordinaria N° 5. Obtenido de Labor Parlamentaria: <https://www.bcn.cl/laborparlamentaria/wsgi/consulta/index.py>

Biblioteca Nacional de Chile (2021). *Augusto Orrego Luco (1848-1930)*. Colección Memoria chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Accedido en 31/10/2022. Disponible en <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-546143.html>

Biehl, João (2005). *Vita. Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.

Birkner, Jorge (1984). *Antropología y psiquiatría: estudio sociocultural de un grupo de pacientes mentales en un hospital diurno*. Tesis de grado en Antropología no publicada, Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

Blencowe, Claire; Brigstocke Julian; y Noorani, Tehseen (2015). Theorising participatory practice and alienation in health research: A materialist approach. *Social Theory & Health* 13 (3-4): 397-417.

Boas, Franz (1902). Rudolf Virchow's anthropological work. *Science* 16 (403): 441-445.

Boisier, Iris (1997). *Diagnóstico Hospitales Psiquiátricos Chilenos*. Documento inédito.

Bonfil Batalla, Guillermo (1962). *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán: un ensayo de antropología aplicada*. Ciudad de México: INAH.

Bonini, Tiziano (2005). Crazy radio: the domestication of mental illness over the airwaves. *The Radio Journal – International Studies in Broadcast and Audio Media* 3 (3): 145–153.

Booker, M. Keith (1994). *The dystopian impulse in modern literature: fiction as social criticism*. Westport (CT): Greenwood Press.

Bourdieu, Pierre (1994). Rethinking the State: Genesis and structure of the bureaucratic field. *Sociological Theory* 12 (1): 1-18.

Bourdieu, Pierre (2003). *El oficio de científico: ciencia de la ciencia y reflexividad. Curso del Collège de France 2000-2001*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, Pierre (2005). “De la casa del rey a la razón de Estado: un modelo de la génesis del campo burocrático”. En Loïc Wacquant (coord.), *El misterio del ministerio. Pierre Bourdieu y la política democrática*. Barcelona: Gedisa, pp. 43-69.

Bourdieu, Pierre (2017). *El camp polític. Nous desafiements a la democracia al segle XXI*. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, Pierre; y Wacquant, Loïc (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Ciudad de México: Grijalbo.

Bourgois, Philippe (2003). *In search of respect: Selling crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bravo, Nathalie; y Bravo, Pablo (2022). *El dolor invisible*. Largometraje. Santiago.

Bravo, Soledad (1990). Alcoholismo y neoprén. El realismo aprendido: diversas maneras de ser creativos. *Enfoques de Atención Primaria* 5 (3): 23-40.

Breggin, Peter R. (1993). Psychiatry's role in the holocaust. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 4(2): 133-148.

Brinkmann, Beatriz (2012). La lógica de una sinrazón: el sentido histórico de la impunidad en Chile. *Reflexión* 42: 10-14.

Brinkmann, Beatriz; Guzmán, José Miguel; Madariaga, Carlos; y Ruy-Perez Simona (1992). *Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional. II Seminario de la Región del Maule*. Santiago: CINTRAS.

Brodwin, Paul (2013). *Everyday ethics: voices from the front line of community psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Bunney, W.J.; Hippus, Hanns; Laakmann, G.; y Schmauss, M. (Eds.) (1990). *Neuropsychopharmacology: Proceedings of the XVth CINP Congress, Munich, August, 15-19, 1988*. Berlín: Springer-Verlag.

Burnham, John (2016). "Deinstitutionalisation and the great sociocultural shift to consumer culture". En Despo Kritsotaki, Vicky Long y Matthew Smith (eds.), *Deinstitutionalisation and After. Post-War Psychiatry in the Western World*. Cham: Palgrave Macmillan, pp. 39-56.

Burri, Regula V.; y Dumit, Joseph (eds.) (2007). *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. Londres: Routledge.

Burstow, Bonnie (2019). "'This Is Not a Time to Lie Low': Dialogue with International Lawyer, Survivor, and Human Rights Advocate Tina Minkowitz". En B. Burstow (ed.), *The Revolt Against Psychiatry: A Counterhegemonic Dialogue*. Cham: Palgrave McMillan, pp. 159-174.

Bustamante-Danilo, Javiera; y Carreño-Calderón, Alejandra (2020). Reparación simbólica, trauma y victimización: la respuesta del Estado chileno a las violaciones de derechos humanos (1973-1990). *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 67 (24): 39-59. doi: 10.17141/iconos.67.2020.4231

Cabaluz, Fabian; y Areyuna-Ibarra, Beatriz (2020). La ruta de Paulo Freire en Chile (1964-1969): alfabetización popular e influencias del marxismo heterodoxo. *Revista Colombiana de Educación*, 1(80): 291-312. doi.org/10.17227/rce.num80-11066.

Cabello, Hugo; y Rendón, Miguel Ángel (1993). *La familia y el enfermo mental: impacto y consecuencias*. Tesis de grado en Psicología, Universidad ARCIS, Santiago.

Cáceres, Iván (2011). *Detenidos Desaparecidos en Chile: Arqueología de la muerte negada*. Memoria de título de Arqueólogo inédita. Universidad de Chile, Santiago.

Cámara de Diputados (1966). “Informe de la Comisión Especial de la Vivienda, recaído en las observaciones formuladas por S. E. el Presidente de la República al proyecto de ley que establece que el Servicio Nacional de Salud venderá a sus actuales ocupantes las casa que forman la Colonia El Peral”. *Legislatura extraordinaria. Sesión 83ª, miércoles 4 de mayo de 1966*. Santiago: Congreso Nacional, pp. 7868-7869.

Camus, Pablo (1993). Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago: 1852-1891. *Historia (Santiago)* 27: 89-140.

Campos, Roberto (2015). *Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia*. Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad-Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Canals, Josep (1998). La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario. *Jano: Medicina y humanidades* 76 (1073): 87-93.

Canetti, Elias (1994). *El suplicio de las moscas*. Madrid: Anaya & Mario Muchnik.

Canguilhem, Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. París: Presses Universitaires de France.

Carrasco, Jimena (2011). *Intervención social en salud mental y psiquiatría en Chile: una aproximación desde las interfases de la gubernamentalidad*. Tesis Doctoral no publicada, Departament de Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona.

Carricaburu, Danièle; y Cohen, Patrice (2002). L'anthropologie politique de la santé: une pratique engagée de la recherche: un entretien avec Didier Fassin. *Innovations et sociétés* (2): 9-16.

Carter, Eric D.; y Sánchez, Marcelo (2020). Una discusión sobre el vínculo entre Salvador Allende, Max Westenhöfer y Rudolf Virchow: aportes a la historia de la medicina social chilena e internacional. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 27 (3): 899-917.

Carty, Rita C.; y Breault, Gretchen C. (1967). Gheel: a comprehensive community mental health program. *Perspectives in Psychiatric Care*, 5 (6): 281-285.

Carvajal, María Paz (1999, 7 diciembre). La cura de vivir fuera de un manicomio. *El Metropolitano*, p. 10. En Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Recortes de prensa, Santiago.

Carvajal, Yuri (2009). La experiencia de medicina preventiva integrada a la clínica. Hospital San Francisco de Borja 1963-1973. *Cuadernos Médico-Sociales* 49 (2): 101-108

Castel, Robert (1977). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. París: Les Éditions de Minuit (en castellano, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Nueva visión, Buenos Aires, 2013).

Castel, Robert (1984). *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

Castillo, Tatiana (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva* 14 (3): 513-529. doi.org/10.18294/sc.2018.1861

Castillo, Tatiana (2019). De la locura feminista al “feminismo loco”: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones Feministas* 10 (2): 399-316.

Castillo, Tatiana (2021). Orgullo Loco en Chile: políticas de identidad, luchas simbólicas y acción colectiva en salud mental. *Revista Chilena de Antropología* 43: 131-146. doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64436.

Castro, Alejandro (2019). Salud mental y gubernamentalidad. Reflexiones en torno a la locura en Chile. *De Prácticas y Discursos: Cuadernos de Ciencias Sociales* 8 (11): 179-206.

Castro, Milka (2014). A sesenta años de la antropología en Chile. *Antropologías del Sur*, 1(1): 43-64.

Castoriadis, Cornelius (1996). La democracia como procedimiento y como régimen. *Jueces para la Democracia* 26: 50-59

Castoriadis, Cornelius (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Ciudad de México: Tusquets México.

Caudill, William (1966). *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Escuela.

Cea, Juan Carlos (2016, 7 septiembre). Por una niñez libre de drogas psiquiátricas. *El Desconcierto*. Disponible en:
<http://www.eldesconcierto.cl/2016/09/07/por-una-ninez-libre-de-drogas-psiquiatricas/>.

Cea, Juan Carlos (2019a). “Locos por nuestros derechos”: comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia* 21 (2): e1502. doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1502.

Cea, Juan Carlos (2019b). *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección.

Cea, Juan Carlos (2021). “Cooperativismo loco”: trabajo, comunidad e inclusión laboral en salud mental. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 39 (1): 113-132.

Cea, Juan Carlos (2022). Aproximaciones al "movimiento loco" en Chile. *Revista Mexicana de Estudios de los Movimientos Sociales* 6 (2): 27-47.

Cea, Juan Carlos; y Castillo, Tatiana (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología* 8: 169-192.

Cea, Juan Carlos; y Castillo, Tatiana (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad* 55 (2): 559-574.

Cea, Juan Carlos; y Castillo, Tatiana (2020). Electroshock o Terapia Electroconvulsiva (TEC) en Chile: Diagnóstico crítico, activismo social y enfoque de derechos. *Quaderns de Psicologia* 22 (2): e1521. doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1521.

Cea, Juan Carlos; y Fredes, Rodrigo (2019). “Salud mental y Derechos humanos en Chile. Entrevista al colectivo «Locos por Nuestros Derechos»”. En César Avendaño, Carlos Arámbula y José Antonio Mejía (coords.), *Perspectivas críticas sobre salud mental*. Ciudad de México: Altres Costa-Amic Editores, pp. 161-177.

Celentano, Adrián (2006). Psiquiatría, psicología y política de izquierdas en Argentina del siglo XX: la historia intelectual de Gregorio Bermann. *História Unisinos*, 10(1): 53-64.

Celentano, Adrián (2022). *El maoísmo en la cultura y la política argentinas. Del saludo a la Revolución Popular China a la formación de organizaciones maoístas en la nueva izquierda argentina, 1949-1979*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.2364/te.2364.pdf>

Centro de Acción Crítica en Salud Mental (2013). De la enfermedad a la diferencia. *Revista Chilena de Salud Pública* 17 (3): 213-217.

Centro de Acción Crítica en Salud Mental (2016, 20 de abril). “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas.” Post de Facebook. Consultado el 10 de agosto de 2018. <https://www.facebook.com/notes/centro-de-estudios-locos/por-una-niñez-libre-de-drogas-psiquiátricas/1094145423986049/>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); y Mental Disability Rights International (MDRI) (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Chamberlin, Judi (1975). “Women’s oppression and psychiatric oppression”. En Dorothy E. Smith y Sara J. David (eds.), *Women Look at Psychiatry*. Vancouver: Press Gang Publishers, pp. 39-46.

Chamberlin, Judi (1977). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. Lawrence (MA): National Empowerment Center.

Chamberlin, Judi (1990). The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior* 11 (3): 323-336.

Chamberlin, Judi (1994). A psychiatric survivor speaks out. *Feminism & Psychology* 4 (2): 284-287.

Chamberlin, Judi (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21 (4): 405-408.

Chaudhary, Vivek (1992). Argentina uncovers patients killed for organs. *British Medical Journal* 304(6834): 1073-1074.

Chesler, Phyllis (1994). Heroism is our only alternative. *Feminism & Psychology* 4 (2): 298-306.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Chukwudi Eze, Emmanuel (2014). “El color de la razón: la idea de ‘raza’ en la antropología de Kant”. En E. Chukwudi Eze, H Paget, S. Castro-Gómez y W. Mignolo, *El color de la razón: racismo epistemológico y razón imperial*. Buenos Aires: Del Signo, pp. 201-251.

Church, Kathryn (1995). *Forbidden narratives: critical autobiography as social science*. Londres: Routledge.

Ciavolella, Riccardo (2017). Gramsci in antropologia politica. Connessioni sentimentali, monografie integrali e senso comune delle lotte subalterne. *International Gramsci Journal* 2 (3): 174-207.

Ciavolella Riccardo; y Wittersheim, Éric (2016). *Introduction a l’anthropologie du politique*. Lovaina la Nueva: De Boek Superieur.

CINTRAS, EATIP, GTNM-RJ y SERSOC (2009). *Daño transgeneracional: consecuencias de la represión política en el cono sur*. Santiago: LOM.

Cipriano, Piero (2015). *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*. Milan: Elèuthera.

Claeys, Gregory (2010). “The origins of dystopia: Wells, Huxley and Orwell”. En Gregory Claeys (ed.), *The Cambridge Companion to Utopian Literature*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.107-131.

CODEPU (1989). The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. *Social Science & Medicine* 28 (7): 735-740.

CODEPU y DIT-T (1996). *Persona, Estado, Poder: estudios sobre Salud Mental: Chile 1990-1995. Volumen II*. Santiago: CODEPU.

COLAT (1987). *Plataforma de Buenos Aires: tercer Encuentro de Alternativas a la Psiquiatría*. Bruselas: Franja ediciones.

Colectivo Autogestión Libre-Mente (2016). [La locura es la cura](https://youtu.be/1jLSuo5d4AU). Cortometraje, disponible en <https://youtu.be/1jLSuo5d4AU>.

Colina, Fernando (2016). Luces y sombras de la salud mental. *Norte de Salud Mental*, 14 (54): 19-21.

Colina, Fernando (2020). “Reforma y contrarreforma en salud mental”. Conferencia, 28 de noviembre de 2020, online, organizada por Proyecto Suma, Revista ATLAS y La Revolución Delirante.

Collier, Simon; y Sater, William F. (1998). *Historia de Chile, 1808-1994*. Madrid: Cambridge University Press.

Comaroff, John, y Comaroff, Jean (1992). *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder, Colorado: Westview Press.

Comelles, Josep Maria (1997). Paradojas de la antropología médica europea. *Nueva Antropología*, 16 (53): 187-214.

Comelles, Josep Maria (1998). Atención primaria de salud: el difícil maridaje entre atención integral y atención institucional. *Jano: Medicina y humanidades* 76 (1073): 79-84.

Comelles, Josep Maria (2002). Writing at the margin of the margin: medical anthropology in Southern Europe. *Anthropology & Medicine*, 9 (1): 7-23.

Comelles, Josep Maria (2006). *Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.

Comelles, Josep Maria (2010). Forgotten paths: culture and ethnicity in Catalan mental health policies (1900-39). *History of Psychiatry*, 21(4): 406-423.

Comelles, Josep Maria; y Martínez, Ángel (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: EUEDEMA.

Comelles, Josep Maria; y Martínez, Ángel (1994). The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain. *International Journal of Social Psychiatry* 40(4): 283-295.

Comelles, Josep Maria; y Perdiguero, Enrique (2014). “El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina”. En José María Uribe y Enrique Perdiguero (eds.), *Antropología médica en la Europa meridional. 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Edicions URV, pp. 11-49.

Comelles, Josep Maria, Elisa Alegre, y Josep Barceló (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de análisis cultural* 10: 57-85.

Comelles, Josep Maria; Riccò, Isabella, Terrón, Aida; y Perdiguero-Gil, Enrique (2017). Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España. *Salud Colectiva* 13 (2): 171-198. doi.org/10.18294/sc.2017.1196

Comisión Asesora Presidencial para la Calificación de Detenidos Desaparecidos, Ejecutados Políticos y Víctimas de Prisión, Política y Tortura (2011). *Informe y Nómina de Personas Reconocidas como Víctimas en la Comisión Asesora Presidencial para la Calificación de Detenidos Desaparecidos, Ejecutados Políticos y Víctimas de Prisión, Política y Tortura (Valech II)*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/600>

Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1991). *Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación* (Vol. 1). Santiago: La Nación.

Comité de los Derechos del Niño (2018). Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a un Procedimiento de Comunicaciones. Versión avanzada no editada, 1 de junio de 2018. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/CRC_C_CHL_INQ_1.pdf

Conover, Sarah; y Restrepo-Toro, María E. (2013). *CTI-TS, Manual de capacitación*. RedeAmericas. Disponible en: <https://www.criticaltime.org/wp-content/uploads/2014/05/CTI-TS-Manual-Spanish-version.pdf>.

Contreras, M. Angélica; y Riveros, Alejandro (1982). *Hospital Sanatorio El Peral*. Serie Diapositivas, Subfondo Fotografías, Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago.

Cook, Terry (2013). Evidence, memory, identity, and community: four shifting archival paradigms. *Archival Science* 13 (2-3): 95-120. doi.org/10.1007/s10502-012-9180-7.

Cordero, Martín (1984). El uso de neurolépticos en la rehabilitación. *Revista de Psiquiatría* I (2): 97-105.

Cornwall, Andrea (2017). "The making and unmaking of a new democratic space". En Sonia Alvarez, Jeffrey Rubin, Millie Thayer, Gianpaolo Baiocchi, y Agustín Laó-Montesn (eds.), *Beyond civil society: Activism, participation, and protest in Latin America*. Durham: Duke University Press, pp. 63-80.

Cornwall, Michael (2017). "The orwellian new digital Abilify will subjugate vulnerable people across the US", *Mad in America*, 19 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/2017/11/orwellian-new-digital-abilify/>

Correa, María José (2014). "Y desde entonces no ha habido en mi casa ni un solo día de tranquilidad..." Conflictos, urgencias y encierros en la judicialización de la locura. Valparaíso y Santiago entre 1887 y 1916". En María José Correa (coord.), *Justicia y Vida Cotidiana en Valparaíso. Siglo XVII-XX*. Santiago: Acto, pp. 168-201.

Correa, María José (2017). De la Casa de Orates al Open Door: el paisaje en el proyecto asilar chileno, 1852-1928. *Asclepio* 69(2): 192. doi.org/10.3989/asclepio.2017.15

Correa-Urquiza, Martín (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis Doctoral publicada, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Correa-Urquiza, Martín (2010). *Radio Nikosia: análisis de un nuevo dispositivo de inclusión, comunicación, e intervención social en el ámbito de la salud mental*. Rubí: Ajuntament de Rubí-Premio Ferran Salsas i Roig.

Crehan, Kate (2004). *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra.

Cresswell, Mark; y Spandler, Helen (2009). Psychopolitics: Peter Sedgwick's legacy for the politics of mental health. *Social Theory & Health* 7 (2): 129-147.

Cresswell, Mark; y Spandler, Helen (2013). The engaged academic: academic intellectuals and the psychiatric survivor movement. *Social Movement Studies* 12 (2): 138-154. doi.org/10.1080/14742837.2012.696821

Crossley, Nick (1998). Transforming the mental health field: the early history of the National Association for Mental Health. *Sociology of Health & Illness* 20 (4): 458-488.

Crossley, Nick (2006a). *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*. Londres: Routledge.

Crossley, Nick (2006b). The field of psychiatric contention in the UK, 1960–2000. *Social Science & Medicine* 62 (3): 552-563.

Cruz-Coke, Ricardo (1995). *Historia de la Medicina Chilena*. Santiago: Andrés Bello.

Cubillos, Susana; y Monreal, Angélica (2013). *Psiquiatras chilenas: pioneras en la locura*. Santiago: Ediciones Radio Universidad de Chile.

Cueto, Marcos (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 94 (11): 1864-1874.

Cueto, Marcos; Brown, Theodore M.; y Fee, Elizabeth (2019). *The World Health Organization: A history*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cuthbertson, Courtney (2015). “Pharmaceutical technologies and the management of biological citizens in Chile”. En Susan E. Bell y Anne E. Figert (eds), *Reimagining (bio) medicalization, pharmaceuticals and genetics*. Nueva York: Routledge, pp. 135-158.

Czech, Hans (2018). Hans Asperger, National Socialism, and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. *Molecular Autism* 9 (1): 1-43.

Das, Veena (2008). “El acto de presenciar. Violencia, conocimiento envenenado y subjetividad”. En Francisco Ortega (ed.), *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Pontificia Universidad Javeriana, pp. 217-250.

Das, Veena; y Poole, Deborah (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social* 27: 19–52.

Davoine, Françoise; y Gaudillière, Jean-Max (2011). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires: FCE.

Defossez Anne-Claire, Didier Fassin y Mara Viveros (1992). *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud*. Lima: Universidad Externado de Colombia/IFEA.

Degener, Theresia, y Koster-Dreese, Yolán (Eds.) (1995). *Human rights and disabled persons: Essays and relevant human rights instruments*. Leiden: Brill.

Delano, Laura (2012, 5 mayo). *On Recovering from Psychiatric Labels and Psychotropic Drugs* [blog], 5 de mayo de 2012. Consultado el 15 de enero de 2019. <https://recoveringfrompsychiatry.com/category/recovering-from-psychiatry/page/9/>

De Leonardis, Ota; y Emmenegger, Thomas (2011). La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* XXII (95): 31-43.

De Martino, Ernesto (1961). *La terra del rimorso*. Milán: Il Saggiatore [en castellano, *La tierra del remordimiento*, Bellaterra, Barcelona, 1999].

De Martino, Ernesto (2008a). “El folclore progresivo”. En Ernesto de Martino y Carles Feixa (ed.), *El folclore progresivo y otros ensayos*. Barcelona: MACBA-Universitat Autònoma de Barcelona, pp.107-109.

De Martino, Ernesto (2008b). “En torno a una historia del mundo popular subalterno”, en Ernesto de Martino y Carles Feixa (ed.), *El folclore progresivo y otros ensayos*. Barcelona: MACBA, Universidad Autònoma de Barcelona, pp.77-105.

De Miguel, Amando (1973). Psiquiatría y sociedad. El lugar del psiquiatra y de la enfermedad mental en la estructura social. *Papers* 1: 11-36.

Del Villar, María Soledad (2018). *Las asistentes sociales de la Vicaría de la Solidaridad. Una historia profesional (1973–1983)*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Derrida, Jacques (1972). *La dissemination*. Paris: Editions du Seuil. [En castellano *La disseminación*, Editorial Fundamentos, Madrid, 1997].

Desviat, Manuel (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.

Desviat, Manuel (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social* 23: 253-263.

DiGiacomo, Susan M. (2022). “Healing and wholeness: Cancer survivors’ embodied experience of illness as a source of expertise”. En Ángel Martínez y Lina Masana (eds.), *Subjectivities and Afflictions in Medical Anthropology*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 13-20

División de Organizaciones Sociales/SEGEGOB (2003). *De pacientes a ciudadan@s: experiencias democratizadoras en salud*. Santiago: Departamento de Políticas Públicas, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile - División de Organizaciones Sociales, Ministerio Secretaría General de Gobierno (SEGEGOB).

Donzelot, Jacques (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Doron, Claude-Olivier (2015). L’émergence du concept de «santé mentale» dans les années 1940-1960: genèse d’une psycho-politique. *Pratiques en Santé Mentale*, 61(1): 3-16.

Dörr, Otto (1995). “Contribución a la clínica, epidemiología y etiopatogénesis de los síndromes depresivos”. En O. Dörr, *Psiquiatría antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológico-antropológica*. Santiago: Editorial Universitaria, pp. 143-180.

Dörr, Otto; y Mundt, Adrian (2015, 2 diciembre). Ideología y política de salud mental. Blog *El Mercurio*, consultado el 15 de agosto de 2016.

Dumit, Joseph (2004). *Picturing personhood: Brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press.

Dumit, Joseph (2012). *Drugs for life*. Duke: Duke University Press.

Durán, Eduardo; Schilkrut, Raúl; Ercilla, Ramiro; y Birkner, Rosa (1980). Medicación con flunitracepam en terapia electroconvulsivante. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 26 (4): 300-307.

Durán, Gonzalo; y Kremerman, Marco (2019). Identificación de la pobreza monetaria usando los ingresos del trabajo y las pensiones contributivas. El caso de Chile. *Economía y Política* 6 (2): 63-100.

Dyck, Erika (2005). *Psychedelic Psychiatry: LSD and Post-World War II Medical Experimentation in Canada*. Tesis Doctoral no publicada, McMaster University, Hamilton, Ontario.

Ebner, Daisy y Vicente, Benjamin (2010). “Concepción, región de innovadores”. En M. A. Armijo (ed.), *Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma, pp. 98-100.

Echeñique, Francisco (1926). *Memoria de la Casa de Orates [1925]*. Santiago: Soc. Imprenta y Litografía Universo.

Echeñique, Francisco (1928). *Memoria de la Casa de Orates [1927]*. Santiago: Imprenta San Rafael

Echeñique, Francisco (1929). *Memoria de la Casa de Orates [1928]*. Santiago: Imprenta San Rafael.

Echeñique, Francisco (1930). *Memoria de la Casa de Orates [1929]*. Santiago: Imprenta San Rafael.

Ecks, Stefan (2013). *Eating Drugs: Psychopharmaceutical pluralism in India*. Nueva York: New York University Press

Egaña, Daniel; y Wolff, Matías (2015). Medicina integral; momentos y definiciones de una historia. Entrevista a Luis Weinstein, psiquiatra. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19 (3): 317-322.

Elias, Norbert (1988). *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Ciudad de México: FCE.

El Mostrador (2006, 20 marzo). Realizarán histórica exhumación de cuerpos de víctimas de Lonquén. *El Mostrador*, consultado el 17 de enero de 2023.

Erro, Javier (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus.

Escobar, Enrique (1990). Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952). *Revista de Psiquiatría* VII: 361-368.

Escobar, Enrique (2000). José Ramón Elguero del Campo (1819-1877). *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38 (2): 131-132.

Escobar, Enrique (2006). Arturo Vivado Orsini (1894-1949) y sus aportes a la psiquiatría chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44 (1): 54-56.

Escobar, Enrique (2009). Los tratamientos biológicos en el Manicomio Nacional Chileno (1894-1959). *Anales de Historia de la Medicina* 19 (2): 121-126.

Escobar, Enrique (2013). Historia del Instituto Psiquiátrico ‘Dr. José Horwitz B’ (1980-2010). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 30(1): 9-14.

Espar, Marta; y Parramon, Marc (2017). *Veus contra l'estigma [Documental]*. Sense Ficció-TV3.

Esquirol, Étienne (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 2). París: Chez J.B. Bailliére.

Esteban, Mari Luz (2019). “Diálogos entre la antropología y el feminismo que afectan al estudio de la salud y el género”. Ponencia de apertura, 30 de mayo de 2019, *IV Coloquio Medical Anthropology Research Center “Sexo, género y salud”*. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Estroff, Sue E. (1981). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley: University of California Press.

Fagundes, Sandra (2006). *Águas da pedagogia da implicação: Intercensões da educação para políticas públicas de saúde*. Tesis de doctorado no publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Faraone, Silvia (1993). Desmanicomialización, notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones psiquiátricas asilares. *Revista Margen* 3. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>

Faraone, Silvia; y Barcala, Alejandra (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, Silvia; Valero, Ana; Bianchi, Eugenia; Mantilla, Jimena; y Tamburrino, Cecilia (2009). El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología.

Farmer, Paul (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

Faubion, James (1993). History in anthropology. *Annual Review of Anthropology* 22: 35–54.

Faúndez, Ximena (2013). *Nietos de ex presos políticos de la dictadura militar: transmisión transgeneracional y apropiación de la historia de prisión política y tortura*. Santiago: Museo de la Memoria y los Derechos Humanos.

Fassin, Didier (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*. París: Presses Universitaires de France.

Fassin, Didier (1996) *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Fassin, Didier (2000) *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. París: Karthala.

Fassin, Didier (2006). “Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud”. En E. Menéndez y H. Spinelli (Coords.), *Participación Social ¿Para qué?* Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 117-143.

Fassin, Didier (2008). *Faire de la santé publique*. Rennes: Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Fassin, Didier (2018). *Por una politización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI editores Argentina.

Feixa, Carles (2008). “Más allá de Éboli. Gramsci, De Martino y el debate sobre la cultura subalterna en Italia”, en Ernesto De Martino y Carles Feixa (ed.), *El folclore progresivo y otros ensayos*. Barcelona: MACBA-Universitat Autònoma de Barcelona, pp. 13-66.

Fernández, Ignacio; y Hurtado, Natalia (2014). “El modelo del trauma real y la puesta en marcha del psiquismo”. En Pablo Cabrera (ed.), *Construcciones. Clínica de lo traumático y figurabilidad*. Santiago: FACSO–Universidad de Chile, pp. 187-195.

Ferreira, Leticia M. y Ángel Martínez (2003). Ulisses, Greta y otras vidas: Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 3 (1): 59-70.

Figueroa, Francisca (2017). Voces de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría contenidas en la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad: Un nuevo paradigma abre camino en Chile. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos* 1(1): 123-142.

Filippa, Rolando; Toso, Alberto; Cordero, Jaime; y Olivos, Patricio (1976). Intoxicación por Haloperidol (Haldol). *Revista Chilena de Pediatría* 47(5-6): 369-371.

Firth, Raymond (1961). *We the Tikopia: a sociological study of kinship in primitive Polynesia*. Londres: George Allen et Unwin Ltd.

Firth, Raymond (2013). *Social change in Tikopia: re-study of a Polynesian community after a generation*. Londres: Routledge.

Foladori, Horacio (2003). Represión psíquica-Represión política. *Cuadernos de Psicología* (ARCIS), 1, pp. 37-52.

Foucault, Michel (1999). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Foucault, Michel (2001). *Los anormales*. Madrid: Akal.

Foucault, Michel (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Foucault, Michel (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*. Paris: Gallimard. (en castellano, *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid, 2005).

Frank, Andre Gunder (1976a). Capitalismo y genocidio económico: carta abierta a la Escuela de Economía de Chicago a propósito de su intervención en Chile. Madrid: Zero.

Frank, Andre Gunder (1976b). Economic genocide in Chile: Open letter to Milton Friedman and Arnold Harberger. *Economic and Political Weekly* 11 (24): 880-888.

Frank, Leonard Roy (1983). “El crimen del tratamiento forzado”. En Sylvia Marcos (coord.), *Manicomios y prisiones*. Ciudad de México: Red, pp. 143-155.

Frazier, Lessie Jo (2006). “Gendering the space of death: memory, democracy, and the domestic”. En William E. French and Katherine Elaine Bliss (eds.), *Gender, Sexuality, and Power in Latin America since Independence*. Nueva York: Rowman and Littlefield, pp. 261-282.

Fredes, Rodrigo (2019). “El derecho a la locura en Chile: Construyendo desde los márgenes y en las grietas del sistema”. En Juan Carlos Cea (ed.), *Por el derecho a la locura. La reinvencción de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección, pp. 93-110.

Freis, David (2019). *Psycho-politics between the World Wars: psychiatry and society in Germany, Austria, and Switzerland*. Cham: Palgrave Macmillan.

Gaete, Jorge (2017). Necesidades de la historia: a propósito de Juan Marconi. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(2): 111-112.

Galende, Emiliano (1988). *Modernidad y modelos de asistencia en salud mental en Argentina*. II Jornadas de Atención Primaria de Salud, pp. 437-447, en Fondo Jornadas de Atención Primaria de la Salud (1987-1993). CeDoPS Centro de documentación "Pensar en Salud". Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

Gallo, Elisabetta (2014). “Multiculturalismo y hegemonía: superar las “secas” del deconstruccionismo”. En Giaime Pala, Antonio Firenze y Jordi Mir (coords.), *Gramsci y la sociedad intercultural*. Barcelona: Montesinos, pp. 141-155.

Gallois, William (2011). “Ethics and Historical Research”. En Simon Gunn y Lucie Fairlie (eds), *Research Methods for History*. Edimburgo: Edinburgh University Press, pp. 201-219.

Gamlin, Jennie; Gibbon, Sahra; Sesia, Paola; y Berrio, Lina (2020). *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. Londres: UCL Press.

Garafulic, Juan (2002). “La evolución de la psiquiatría en Chile” [1957]. En E. Medina, E. Escobar, y M. Quijada (2002), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años*. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental, pp. 61-71.

Garcés, Mario (2013). *Tomando su sitio: el movimiento de pobladores de Santiago, 1957-1970*. Segunda edición. Santiago: Lom.

García, Jorge; y Montesinos, Luis (1979). Uso de técnicas de condicionamiento operante en la instauración y mantención de conductas rehabilitadoras en el personal de apoyo. *Revista Chilena de Psicología* 1: 19-30.

Gattini, César (2015). *Servicio de Salud Sur. Perfil Institucional*. Observatorio Chileno de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Disponible en <http://www.ochisap.cl/>

Gaudichaud, Franck (2017). *Chile 1970-1973. Mil días que estremecieron al mundo*. Barcelona: Sylone

Gervás, Juan; y Pérez-Fernández, Mercedes (2015). *La expropiación de la salud*. Madrid: Los libros del lince.

Girard, René (1972). *La violence et le sacré*. Paris: Editions Bernard Grasset.

Gledhill, John (2008). "Neoliberalism". En David Nugent y Joan Vincent (eds.), *A Companion to the Anthropology of Politics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp. 332-348.

Golcman, Alejandra (2017). Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). *Asclepio*, 69(1): 1. doi.org/10.3989/asclepio.2017.08

Gomberoff, Luis (1986). Proyecto Técnico: ¿fantasilandia?, ¿delirio directivo?, o acaso ¿una realidad concreta? *Revista de Psiquiatría* III (10-11): 87-91.

Gómez, Betty; Raffo, Sylvia; Riveros, Alejandro; Sagaceta, Alicia; y Jacob, Ahumada (1990). *Manual de Técnicas para Grupos de Personas con Trastornos Emocionales*. Santiago: Programa Atención Primaria de Salud/Cooperazione Italiana-Programa de Salud Mental/SSMS- CRAPS.

Gómez, Mauricio (1992). "Privatización o trinchera: consecuencia de un contexto patógeno". En Beatriz Brinkmann, José Miguel Guzmán, Carlos Madariaga y Simona Ruy-Perez (eds.), *Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional. II Seminario de la Región del Maule*. Santiago: CINTRAS, pp. 167-169.

Gómez, Mauricio (2005). La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en red comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría, *Cuadernos Médico-Sociales* 45: 285-299.

Gómez, Mauricio (2012). El Peral Psychiatric Hospital: the long and winding road toward its conversion into a community psychiatric network. *International Journal of Mental Health* 41(1): 73-86.

Gómez, Mauricio; y Villanueva, Mario (2010). "Hospital Psiquiátrico El Peral". En M. A. Armijo (ed.), *Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma, pp. 30-47

González, Sergio (1982). *Estudio exploratorio de la distancia social hacia los enfermos mentales en el sector poblacional*. Tesis de grado en Antropología no publicada, Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

González, Valentina (2017). Segregación ocasionada por las autopistas urbanas: el caso de la comuna de Lo Espejo en Santiago de Chile. *Espacio y Sociedad* 1: 114-120.

González Casanova, Pablo (1963). Sociedad plural, colonialismo interno y desarrollo, América Latina. *Revista del Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales* VI (3): 15-32.

Good, Byron J.; Good, Mary Jo D.; Hyde, Sandra T.; y Pinto, Sarah (2008). "Postcolonial disorders: reflections on subjectivity in the contemporary world". En M. J. D. Good, S. T. Hyde, S. Pinto y B. J. Good (eds), *Postcolonial disorders*. Berkeley: University of California Press, pp. 1-40.

Gøtzsche, Peter (2013). *Deadly medicines and organised crime*. Nueva York: Radcliffe Publishing.

Gøtzsche, Peter (2015). *Deadly psychiatry and organized denial*. Copenhagen: People's Press.

Graeber, David (2015). *La utopía de las normas: De la tecnología, la estupidez y los secretos placeres de la burocracia*. Barcelona: Ariel.

Gramsci, Antonio (1986a). *Cuadernos de la Cárcel*. Tomo III, Cuaderno 7. Ciudad de México: Era.

Gramsci, Antonio (1986b). *Cuadernos de la Cárcel*. Tomo IV, Cuaderno 12. Ciudad de México: Era.

Gramsci, Antonio (1999). *Cuadernos de la Cárcel*. Tomo V, Cuaderno 14. Ciudad de México: Era.

Gramsci, Antonio (2000). *Cuadernos de la Cárcel*. Tomo VI, Cuaderno 25. Ciudad de México: Era.

Grebe, María Ester; y Segura, José (1974). Psiquiatría folklórica de Chile: estudio antropológico de seis enfermedades vigentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 20 (5): 367-382.

Grebe, María Ester; Fernández, Joaquín; y Fiedler, Carlos (1971). Mitos, creencias y concepto de enfermedad en la cultura mapuche. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 17 (3): 180-193.

Grebe, María Ester; Rajs, Dana; y Segura, José (1971). Enfermedades populares chilenas. Estudio antropológico de cuatro casos. *Cuadernos de la Realidad Nacional* 9: 207-238.

Greenblatt, Milton (1991). Administrative psychiatry. *New Directions for Mental Health Services* 49: 5-17.

Grez, Sergio (1995). *La "cuestión social" en Chile. Ideas y debates, precursores.(1804-1902)*. Santiago: DIBAM - Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

Grob, Gerald (1991). *From asylum to community*. Princeton: Princeton University Press.

Grob, Gerald (2005). "The transformation of mental health policy in twentieth-century America". En M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijnlaar y H. Freeman (eds.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 141-161.

Guadarrama, Pablo (2009). Crítica a los reduccionismos epistemológicos en las ciencias sociales. *Revista de Filosofía* 27(62): 49-85.

- Gualtieri, C. Thomas (1993). The problem of tardive akathisia. *Brain and Cognition* 23(1): 102-109.
- Guarnieri, Patrizia (1991). The history of psychiatry in Italy. *History of Psychiatry* 2(7): 289-301.
- Guillemain, Hervé (2020). Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970). *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine* 671(1): 72-98.
- Guirado, Carla; y Gil, Mariano (2021). El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas. *Revista de la Escuela de Antropología* XXIX, doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.143
- Günther, Bruno; Cari, Osvaldo; y Croxatto, Hector (1982). *Francisco Hoffmann. Figuras señeras de la ciencia chilena*. Santiago: Instituto de Chile, Academia de Ciencias.
- Gutiérrez, Andrea (2017). Introduction. Transformer la nature, anthropologie du *pharmakôn*. *Cahiers d'Anthropologie Sociale* 14: 9-24.
- Hadolt, B., Obrist, B., & Mattes, D. (2020). Rethinking sociality and health through transfiguration. *Medicine Anthropology Theory*, 7(1): 66–86.
- Hall, Will (2016). *Outside mental health: Voices and visions of madness*. Oakland, CA: Madness Radio.
- Hall, Will (2019). Psychiatric medication withdrawal: survivor perspectives and clinical practice. *Journal of Humanistic Psychology* 59 (5): 720-729.
- Han, Byung-Chul (2017). *Psychopolitics. neoliberalism and new technologies of power*. Londres: Verso.
- Han, Clara (2022). *La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. Santiago: Lom.
- Hardon, Anita; y Sanabria, Emilia (2017). Fluid drugs: Revising the anthropology of pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology* 46: 117–132.
- Harrison, Tom (1991). *Notes on the Lundbeck Teaching Fellowship in Chile*. Reporte inédito. Archivo Personal Dr. Martín Cordero.
- Harrison, Tom; y Espejo, Alexandra (1993). Notes on the Lundbeck Teaching Fellowship in Chile 1991. *Psychiatric Bulletin* 17(3): 162-163.
- Hartog, François (2015). *Regimes of historicity*. Nueva York: Columbia University Press.
- Healy, David (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Healy, David (2012). *Pharmageddon*. Berkeley: University of California Press.

Healy, David; y Savage, Marie (1998). Reserpine exhumed. *The British Journal of Psychiatry* 172(5): 376-378.

Henckel, Karl O. (1939). *Biotipología y psiquiatría*. Compilado en César Leyton, Cristián Palacios y Marcelo Sánchez (2015), *El Bulevar de los Pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros, pp. 216-219.

Henríquez, Renzo; y Leiva, Sebastián (2020). *Trayectorias militantes. José María Caro - Lo Valledor Sur*. Santiago: Londres 38, espacio de memorias.

Hermanns, Ludger M. (2019). Editorische Anmerkungen zu SH Foulkes “Theoretische und praktische Grundlagen der analytischen Gruppenpsychotherapie” (Foulkes, 1960). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 55(3): 256-261.

Hevia, Patricio (1989). La estrategia de atención primaria de salud: bases para una propuesta de organización de sistemas comunales de salud en Chile. *Enfoques en Atención Primaria* 4 (2): 20-26.

Hildebrandt, Sabine; Offer, Miriam; y Grodin, Michael A. (2021). *Recognizing the Past in the Present: New studies on Medicine before, during, and after the Holocaust*. Nueva York: Berghahn.

Hiner, Hilary (2016). Mujeres resistentes, memorias disidentes: ex presas políticas, militancia e Historia Reciente en Chile. *Conversaciones del Cono Sur* 2 (2): 4-8.

Hiner, Hilary (2019). *Violencia de género, pobladoras y feminismo popular*. Santiago: Tiempo Robado Editoras.

Hoffmann, Francisco (1961). El concepto de la medicina integral en los programas de enseñanza médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 50 (2): 138-151.

Homero (1851). *La Odisea*. Traducida por Antonio de Gironella. Barcelona: Imprenta y Librería de Tomas Gorchs.

Homero (2000). *Odisey*. Traducida por Stanley Lombardo. Indianapolis: Hackett Publishing.

Horwitz, José (1961). El uso del método epidemiológico en psiquiatría. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 50 (6): 505-512.

Horwitz, José; y Marconi, Juan (1967). Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 13 (1): 52-8.

Horwitz, José; y Naveillan, Pedro (1970). “Primeras experiencias de psiquiatría en la comunidad en Chile”. En Organización Panamericana de la Salud, *Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental*, Publicación Técnica N° 210. Washington: OPS, pp. 74-79.

Huertas, Rafael (1988). La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 8 (25): 257-266.

Huertas, Rafael (1999). Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 19 (69): 63-76.

Huertas, Rafael (2006). Foucault, treinta años después. A propósito de El poder psiquiátrico. *Asclepio* 58 (2): 267-276.

Huertas, Rafael (2008). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro-CSIC.

Huertas, Rafael (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata

Huertas, Rafael (2015). De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815). *Asclepio*, 67 (2): p106. doi.org/10.3989/asclepio.2015.24.

Huertas, Rafael (Coord.) (2017). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Catarata.

Huertas, Rafael (2018). “Vieja y nueva antipsiquiatría”. En A. Ortiz y R. Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Catarata, pp. 19-74.

Huertas, Rafael (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Catarata.

Huneus, Carlos (1998). Tecnócratas y políticos en un régimen autoritario: los "Odeplan Boys" y los "Gremialistas" en el Chile de Pinochet. *Revista de Ciencia Política*, 19(2): 125-158.

Huxley, Aldous (2010 [1934]). *Brave New World*. Nueva York: Rosetta Books.

Illanes, María Angélica (2005). “‘El cuerpo nuestro de cada día’: El pueblo como experiencia emancipatoria en tiempos de la Unidad Popular”. En J. Pinto (coord). *Cuando hicimos historia. La experiencia de la Unidad Popular*. Santiago: Lom, pp. 127-146.

Illanes, María Angélica (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: Ministerio de Salud. Segunda edición.

Illich, Ivan (1976). *Medical Nemesis*. Nueva York: Pantheon Books.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1975). *Encuentros: Locura y sociedad*. Programa de televisión, emitido en dos partes por Televisa, disponible en <https://youtu.be/7Hig8J9gBeo> y <https://youtu.be/nn7j0QSfIQE>.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2018). *Misión de Observación SENAME 2017. Capítulo Salud Mental*. Disponible en: <https://www.indh.cl/destacados-2/mision-de-observacion-sename-2017/>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

INE-SNS (1970). *Estadísticas de Salud Año 1969. Tomo II - Egresos hospitalarios*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

INE-SNS (1971a). *Estadísticas de Salud Año 1970. Tomo I - Recursos y Atenciones*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

INE-SNS (1971b). *Estadísticas de Salud Año 1970. Tomo II - Egresos hospitalarios*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

INE-SNS (1972). *Estadísticas de Salud Año 1971. Tomo II - Egresos hospitalarios*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

INE-SNS (1974). *Estadísticas de Salud Año 1973. Tomo II - Egresos hospitalarios*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

INE-SNS (1976). *Estadísticas de Salud Año 1975. Tomo II - Egresos hospitalarios*. Instituto Nacional de Estadísticas - Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

Iturra, Waldo; Quiroga, Volney; y Vidal, Jaime (1937). “Informes médico-legales: un caso de delirio crónico sistematizado. N°2954 Informan sobre las facultades mentales del reo Carlos Rebolledo Matamala. El asesinato del Prof. Dr. Oscar Fontecilla”. En *Archivos Chilenos de Criminología* (Órgano oficial del Instituto Nacional de Clasificación y Criminología). Santiago: Impr. Dirección General de Prisiones, pp. 401-410.

Jadresic, Alfredo (1998). La reforma de 1968 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Cuadernos Médico-Sociales* 48 (3): 192-203

Jara, Alejandra (2018, 7 agosto). La hora más difícil de Otto Dörr: comienza juicio ético en su contra para esclarecer su vinculación con Colonia Dignidad. *La Tercera*. Consultado el 30 de agosto de 2022.

Jaspers, Karl (1977). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Editorial Beta.

Jenkins, Janis H. (2011). “Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment”, en Jenkins, Janis (ed), *Pharmaceutical Self. The global shaping of experience in an age of psychopharmacology*, SAR Press, Santa Fe, pp. 17-40.

Jenkins, Janis H.; y Carpenter-Song, Elizabeth A. (2008). Stigma despite recovery: Strategies for living in the aftermath of psychosis. *Medical Anthropology Quarterly* 22 (4): 381-409.

Jervis, Giovanni (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona: José J. de Olañeta.

Jiménez de la Jara, Jorge (2003). Abraham Horwitz (1910-2000). Padre de la Salud Pública Panamericana. *Revista Médica de Chile* 131 (8): 929-934.

Junta de Beneficencia (1901). *Casa de Orates de Santiago. Actas de la Junta Directiva, 1854-1891. Documentos anteriores a la primera Acta: 1852-1854*. Santiago: Imprenta Valparaíso de Federico T. Lathrop.

Kazi, Gregorio (2004). *Salud mental y derechos humanos: subjetividad, sociedad e historicidad*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Kehr, Janina, Hansjörg Dilger, y Peter van Eeuwijk (2019). Transfigurations of health and the moral economy of medicine: Subjectivities, materialities, values. *Zeitschrift für Ethnologie* 143 (1): 1-20.

Kernberg, Otto (1986). Aspectos dinámicos de la administración en psiquiatría. *Revista de Psiquiatría* III (9): 23-41.

Ketelaar, Eric (2002). Archival temples, archival prisons: modes of power and protection. *Archival Science* 2 (3-4): 221-238. doi.org/10.1007/bf02435623

Kinoshita, Roberto (2007). “¿Qué hacer con los hospitales psiquiátricos?”. En J. Rodríguez y R. González (eds.), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, DC: OPS, pp. 62-67.

Kirkwood, Julieta (1986). *Ser política en Chile. Las feministas y los partidos*. Santiago: FACSO.

Klee, Ernst (2003). *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. Fráncfort del Meno: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Klein, Alexandre; Guillemain, Hervé; y Thifault, Marie-Claude (2018). *La fin de l'asile?: Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*. Rennes: PUR.

Klein, Naomi (2007). *The shock doctrine: the rise of disaster capitalism*. Nueva York: Metropolitan Books.

Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. Nueva York: Free Press.

Krob, Melanie G. (2001). Hospital of the Transfiguration [Commentary]. *Academic Medicine*, 76 (8): 812.

Kossoy, Boris (2001). *Fotografía e historia*. Buenos Aires: Biblioteca de la mirada.

Kuipers, Joel C. (1989). “Medical discourse” in anthropological context: views of language and power. *Medical Anthropology Quarterly* 3 (2): 99-123.

Kurtz, Donald (1996). Hegemony and anthropology: Gramsci, exegeses, reinterpretations. *Critique of Anthropology*, 16 (2): 103-135.

- Kurtz, Donald (2001). *Political anthropology. Paradigms and power*. Boulder: Westview Press.
- Labarca, Mariana (2008). “Alcoholismo y cambio social: un programa de salud mental comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973)”. En María Soledad Zárata (comp.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, pp. 229-284.
- Labra, María Eliana (1995). Modos de formulación de políticas e intermediación de intereses en el sector salud chileno. *Revista Chilena de Administración Pública* 2 (7): 32-53.
- Labra, María Eliana (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública* 18 (4): 1041-1052.
- Laín Entralgo, Pedro (1956). Patología del lenguaje médico. *Medicamenta* XXVI (299): 391-395.
- Lakoff, Andrew (2005). *Pharmaceutical Reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- La Nación (1929, 25 de marzo). El Open Door de El Peral será dentro de poco un motivo de orgullo para el país. *La Nación*, XIII (4452): 1.
- La Nación (2002, 28 de septiembre). Cierran mítico Pabellón 7 del ex Open Door. Médicos piden perdón por DDHH de enfermos mentales crónicos. *La Nación*, 28 de Septiembre de 2002, p. 10.
- Lantéri-Laura, Georges (1972). La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale, *Annales ESC* 27 (3): 548-568.
- Larsen-Barr, Miriam; Seymour, Fred; Read, John; y Gibson, Kerry (2018). Attempting to stop antipsychotic medication: success, supports, and efforts to cope. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 53 (7): 745-756.
- Larson, Carlos (1937). “El problema del gatismo en las enfermedades mentales”. En *Archivos Chilenos de Criminología* (Órgano oficial del Instituto Nacional de Clasificación y Criminología). Santiago: Impr. Dirección General de Prisiones, pp. 245-248.
- Le Blanc, Guillaume (2002). L’invention de la normalité, *Esprit* 5: 145-164.
- Le Blanc, Guillaume (2004). *Canguillhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lehane, Maialen (2017). *El «extraño mal» de Teresa Wilms Montt. Romanticismo y transgresión de la normativa de género en la vanguardia chilena* [en línea]. Trabajo de Final de Grado en Filología Hispánica, Universidad del País Vasco. Disponible en <https://addi.ehu.es/handle/10810/21282>
- Leibenluft, Ellen; Charney, Dennis S.; Towbin, Kenneth E.; Bhangoo, Robinder K.; y Pine, Daniel S. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry* 160: 430-437
- Lemmers, Cornelio; y Toro, Hugo (1979). *Programa integral de salud mental en Alcoholismo. Evaluación de su funcionamiento y exploración de variables psico-sociales en monitores*. Tesis de grado en Psicología, Universidad Católica de Chile, Santiago.

Lemmers, Cornelio; y Toro, Hugo (1980). Programa integral de salud mental en Alcoholismo (Área hospitalaria Sur de Santiago). Evaluación de su funcionamiento y exploración de variables psico-sociales en monitores. *Cuadernos Médico-Sociales* 21: 66-78.

Letelier, Orlando (1976). The Chicago boys in Chile: economic freedom's awful toll. *The Nation*, 28: 137-42.

Lewellen, Ted (2001). *Introducción a la antropología política*. Barcelona: Bellaterra.

Leyton, César (2005). *La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso. El Psiquiátrico de Santiago de Chile, 1825-1930*. Tesis de Magíster en Historia no publicada, Universidad de Chile.

Leyton, César (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Frenia* 8 (1): 259-275.

Leyton, César (2015). “Geopolítica y ciudad gueto: Erradicaciones eugenésicas en la Dictadura Militar. Santiago de Chile 1973 -1990”, en César Leyton, Cristián Palacios y Marcelo Sánchez, *El Bulevar de los Pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros, pp. 339-365.

Leyton, César (2020). El gobierno de las poblaciones: Augusto Orrego Luco y la Cuestión Social en Chile. *Asclepio* 72 (1): p297. doi.org/10.3989/asclepio.2020.06

Leyton, César; y Díaz, Andrés (2007). La fotografía como documento de análisis, cuerpo y medicina: teoría, método y crítica – la experiencia del Museo Nacional de Medicina Enrique Laval. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 14 (3): 991-1012

Leyton, César; y Huertas, Rafael (2012). Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile: La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). *Dynamis*, 32(1): 21-44.

Leyton, César; y Sánchez, Marcelo (2014). El huevo de la serpiente al sur del mundo: desarrollo y supervivencia de la ciencia nazi en Chile (1908-1951). *Asclepio* 66 (2): p054. doi.org/10.3989/asclepio.2014.18

Leyton, César; Palacios, Cristián; y Sánchez, Marcelo (2015). *El Bulevar de los Pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros.

Lézé, Samuel (2007). An exploration of the possibility of a sociology of mental health: A historical epistemological examination of the subfield in France. *Journal of Mental Health* 16(1): 319-331.

Lira, Elizabeth (1984). “La transformación de un militante político en paciente psiquiátrico: discusión acerca de distintos enfoques terapéuticos”. En Elizabeth Lira, Eugenia Weinstein, Rosario Domínguez, Juana Kovalskys, Adriana Maggi, Eliana Morales y Fanny Pollarolo, *Psicoterapia y Represión Política*. Ciudad de México: Siglo XXI, pp. 231-150.

Lira, Elizabeth (1996). "Programas de salud mental y derechos humanos durante la dictadura". En E. Lira (ed.), *Reparación, derechos humanos y salud mental*. Santiago:ILAS/ Instituto Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental - Ediciones ChileAmérica CESOC, pp. 81-104.

Lira, Elizabeth; Weinstein, Eugenia; Domínguez, Rosario; Kovalskys, Juana; Maggi, Adriana; Morales, Eliana; y Pollarolo, Fanny (1984). *Psicoterapia y Represión Política*. Ciudad de México: Siglo XXI.

List, Eveline (2008). "Warum nicht in Kischnew"?--Zu einem autobiographischen Tondokument Igor Carusos ["Why not in Kishinev"?--On an autobiographical radio documentary of Igor Caruso]. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis / Journal for Psychoanalytical Theory and Practice* 23 (1-2): 117–141.

Lock, Margaret (2013). *The Alzheimer Conundrum*. Princeton: Princeton University Press.

Locos por Nuestros Derechos (2015). *Manual de derechos en Salud Mental*. Santiago: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Loiseau, Charles (1862). Report on Gheel by the Commission of the Medico-Psychological Society of Paris, read at the sitting of the Society, December 30th, 1861. *Journal of Mental Science* 8 (41): 102-118.

Lolas, Fernando (2010). *La medicina antropológica y el juicio de Nürenberg: el aporte de Viktor von Weizsäcker*. Santiago: Universidad de Chile - CIEB.

Lomnitz, Larissa (1969a). Función del alcohol en la sociedad mapuche. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 15 (2): 157-167.

Lomnitz, Larissa (1969b).Patrones de ingestión de alcohol entre migrantes mapuches en Santiago. *América Indígena* 29 (1): 49-79.

López, Elvira (2017). "El proceso de formación de la burocracia estatal chilena, 1810-1930". En I. Jaksic y F. Rengifo (eds.), *Historia política de Chile, 1810-2010. Tomo II. Estado y sociedad*. Santiago: FCE - UAI, pp. 55-85.

López, Haydée (1993a). *Memoria de Actividades Hospital Sanatorio El Peral Enero 1991-Junio 1993*, en Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

López, Haydée (1993b). *Memorándum N°57 (de la Dra. Haydee López al Dr. Rodolfo Bolzman, Jefe subrogante del Servicio de Psiquiatría)*, en Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

López, Marcelo (2018). *¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018*. Santiago: Ministerio de Salud.

López Petit, Santiago (2015). *Hijos de la noche*. Buenos Aires: Tinta Limón.

López Piñero, José María (1969). *Historia, Medicina, Sociedad*. Barcelona: Ariel.

Lovell, Anne M.; y Rhodes, Lorna A. (2014). Psychiatry with teeth: notes on coercion and control in France and the United States. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 38: 618-622.

Loveman, Brian; y Lira, Elizabeth (2002). *El espejismo de la reconciliación política. Chile 1990-2002*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana- LOM.

Luco, Alfonso (1978) *Pabellón 10*. Cortometraje Documental. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=uvqedWhQiBs>

Luco, Alfonso (2010). *La psicología en Chile. Ciencia, disciplina y profesión*. Santiago: Catalonia.

Lukács, Georg (1971). *History and class consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lynteris, Christos; y Prince, Ruth (2016). Anthropology and medical photography: Ethnographic, critical and comparative perspectives. *Visual Anthropology* 29 (2): 101-117.

Madariaga, Carlos (2005). “Visión desde los equipos de salud mental y psiquiatría”. En Paulo Egenau, y Sergio Chacón, *Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social*. Santiago: Ministerio de Salud-Hogar de Cristo-Universidad Central, pp. 38-71.

Magdenzo, Salomón; Aguirre, Cecilia; Bungler, Soledad; Cataldo, M. Rosa; Valdés, Alicia; y Valenzuela, M. Teresa (1989). *Guía para la capacitación en Educación Popular*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación (PIEE).

Magrini, Liliana; y Ganora, Mario (2000). “Informe sobre violaciones graves de los derechos humanos (Tratos y Penas Cruelles Inhumanas y Degradantes) a presos y minusválidos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos Colonia Nacional Montes de Oca y Hospital neuropsiquiátrico Domingo Cabred”. Disponible en <http://www.derechos.org/nizkor/arg/doc/psiquiatrico>, consultado el 18 de noviembre de 2022.

Majerus, Benoît (2019). A chemical revolution as seen from below: the ‘discovery’ of neuroleptics in 1950s Paris. *Social History of Medicine* 32 (2): 395-413.

Marconi, Juan (1965). El concepto de enfermedad en alcoholismo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 9 (4): 330-340.

Marconi, Juan (1969). Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención en alcoholismo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 15 (4): 351-355.

Marconi, Juan (1972). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el Área Sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968-1970). *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 11 (2): 3-12.

Marconi, Juan (1973a). Alcoholismo: nociones básicas para médicos generales. *Cuadernos Médico-Sociales* 14 (3): 19-25.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Marconi, Juan (1973b). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19(1): 17-33.

Marconi, Juan (1974a). Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 20 (4): 233-239.

Marconi, Juan (1974b). Diseño de un programa integral de salud mental para la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 20 (4): 240-246.

Marconi, Juan (1976). Política de salud mental en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 22(2): 112-125.

Marconi, Juan (1998): *Del asilo a la comunidad: 50 años de psiquiatría chilena, 1948-1998. Un testimonio personal*. Inédito.

Marconi, Juan (1999). La reforma psiquiátrica en Chile: precedencia histórica de los problemas del alcohol 1942-2000. *Cuadernos Médico-Sociales* 40 (2): 33-40.

Marconi, Juan; Poblete, Mario; Palestini, Mario; Moya, Laura; Bahamondes, Andrea; y Guzmán, Sergio (1965). Un nuevo enfoque del tratamiento del alcoholismo grave recidivante. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 11 (4): 340-347.

Marcos, Sylvia (1983). *Manicomios y prisiones*. Ciudad de México: Red.

Marshall; M. Teresa; Sáez, Margarita; y Salinas, Judith (1991). *Participación en salud: lecciones y desafíos*. Santiago: Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS).

Martin, Emily (2006). Pharmaceutical person. *Biosocieties* 1: 273-288.

Martin Zapirain, Itxaso (2017). *Eromena, azpimemoria eta isiltasuna(k) idazten: "hutsune" bihurtutako emakumeak garaiko gizartearen eta moralaren ispilu*. Bilbao: Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua.

Martin Zapirain, Itxaso (2019). "Resignificando el archivo: la agencia de las historias médicas". En Elisa Alegre y Sam Fernández (eds.), *Autoetnografías, cuerpos y emociones (I). Perspectivas metodológicas en la investigación en salud*. Publicacions URV, pp. 181-193.

Martínez, Margarita (1997). *Historia Hospital Psiquiátrico El Peral*, en Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Martínez, Ángel (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Martínez, Ángel (2000). "Anatomía de una ilusión: el DSM-IV y la biologización de la cultura". En E. Perdiguero y JM Comelles, *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 249-276.

Martínez, Ángel (2006). La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad* 4(3): 43-56.

Martínez, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez, Ángel (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial: metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 1(1): 42-54.

Martínez, Ángel (2010). Dialógica, etnografía e educação em saúde. *Revista de Saúde Pública* 44 (3): 399-405.

Martínez, Ángel (2011). Mantener el asombro. *Saúde & Transformação Social* 2 (1): i-iii.

Martínez, Ángel (2013). “Fuera de escena: la locura, lo obs-ceno y el sentido común”, en A. Martínez, L. Masana y S. DiGiacomo (eds.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. Tarragona, Publicacions URV - Associação Brasileira da Rede Unida, pp. 199-220.

Martínez, Ángel (2018a). *Síntomas y pequeños mundos. Un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas*. Barcelona: Anthropos – Universidad Autónoma Metropolitana.

Martínez, Ángel (2018b). Suspende el mundo. Crisis de la presencia y reciprocidad en un caso etnográfico. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 18: 131-157.

Martínez, Ángel (2020). Neuronarratives of affliction: antidepressants, neuropolitics and the “Entrepreneur of Oneself”. *Culture Medicine, and Psychiatry* 44 (2): 230-248.

Martínez, Ángel; y Comelles, Josep M. (1994). La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico? *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 49(2): 109-136.

Martínez, Ángel, y Correa-Urquiza, Martín (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva* 13: 267-278.

Martínez, Ángel; Orobitg, Gemma; y Comelles, Josep (2000). “Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad”. En Emilio González y Josep Comelles (comps.), *Psiquiatría transcultural*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Serie Estudios 25, pp. 117-241.

Martínez, Ángel; Pié, Asun; Serrano, Mercedes; Alegre, Elisa; Morales, Nicolás; Cela, Xavier; Bekele, Deborah; García-Santesmases, Andrea; y Correa, Martín (2020). “Crónica de un desencuentro: La medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana”. En Maria Epele (comp). *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, pp. 79-102.

Martín-Baró, Ignacio (1973) Antipsiquiatría y antipsicoanálisis. *Estudios Centroamericanos* 28 (293-294): 203-206.

Marx, Karl. (1976). *Capital. A critique of political economy. Volume One*. Londres: Penguin.

Mata, Iván de la (2018). “Reforma psiquiátrica y cambio social en España”. En A. Ortiz y R. Huertas (coords.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Catarata, pp. 75-107.

Mattes, Dominik, Bernhard Hadolt y Brigit Obrist (2020). Introduction: Rethinking sociality and health through transfiguration. *Medicine Anthropology Theory* 7 (1): 68-86.

McDowell, Andrew (2017). Mohit's Pharmakon: symptom, rotational bodies, and pharmaceuticals in rural Rajasthan. *Medical Anthropology Quarterly* 31(3): 332-348.

Méndez, Juan Tito (1984). Algunas consideraciones sobre el rol del asistente social en psiquiatría. *Revista de Psiquiatría I* (4): 259-265.

Mendive, Susana (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, creador de la psiquiatría intracomunitaria: reflexiones acerca de su legado para la psicología comunitaria chilena. *Psyche* (Santiago) 13(2):187-199.

Menéndez, Eduardo (1978). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En Franco Basaglia y otros, *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. Ciudad de México: Nueva Imagen, pp. 11-53.

Menéndez, Eduardo (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Ciudad de México: Nueva Imagen.

Menéndez, Eduardo (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ciudad de México: CIESAS [Edición digital de Publicaciones URV, Tarragona, 2018].

Menéndez, Eduardo (1983). “Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En E. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México: Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS.

Menéndez, Eduardo (1984). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica. *Nueva Antropología*, 6 (23): 71-102.

Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. Ciudad de México: Alianza Editorial Mexicana. Reedición de 2018 por Publicacions URV.

Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4 (7): 71-83.

Menéndez, Eduardo (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, XV (51): 83-103.

Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 185-207.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Menéndez, Eduardo (2006). “Reflexión teórica e intervención aplicada o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos”. En E. Menéndez y H. Spinelli (Coords.), *Participación Social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 181-199.

Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez, Eduardo (2015). Diferencias y racismos: posibilidades y derivaciones de los etnocentrismos actuales. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 15: 97-131.

Menéndez, Eduardo (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 58: 104-113.

Menéndez, Eduardo; y Di Pardo, Renée (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Ciudad de México: CIESAS.

Merino, Claudio (2021). *Historia social de la salud. Chile 1960-2000*. Segunda edición. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos.

Meyer, Manuella (2017). "Madness in Latin America". En Greg Eghigian (ed.), *The Routledge History of Madness and Mental Health*. Nueva York: Routledge, Taylor & Francis Group, pp. 193-209.

Midelfort, H. C. Erik (1980). “Madness and civilization in early modern Europe: A reappraisal of Michel Foucault”, en Barbara C. Malament (ed.), *After the Reformation: essays in honor of JH Hexter*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, pp. 247-265.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo (2010). *Santa Adriana. 50 años de territorio y vida*. Santiago: Programa de Recuperación de Barrios, Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Minoletti, Alberto; Marconi, Juan; Ifland, Susana; y Naser, Sergio (1972). Programa intracomunitario de neurosis. Un modelo tentativo de prevención secundaria en adultos. Comunicación preliminar. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18 (1): 15-21.

Minoletti, Alberto; Sepúlveda, Rafael; y Horvitz-Lennon, Marcela (2012). Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges. *International Journal of Mental Health* 41 (1): 21-37.

Minoletti, Alberto; Toro, Olga; Alvarado, Rubén; Carniglia, Claudia; Guajardo, Alejandro; Montenegro, Cristian; y Rayo, Ximena (2014). *Evaluación de la calidad de atención y respeto de derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud*. Informe Final, Proyecto FONIS SA12I2073, CONICYT, Santiago.

Minoletti, Alberto; Toro, Olga; Alvarado, Rubén; y Rayo, Ximena (2015). Diferencias en percepciones de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 73 (3): 261-269.

MINSAL (1990a). *I Congreso Nacional de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar: una experiencia de integración*. Santiago: Unidad de Salud Mental-Ministerio de Salud.

- MINSAL (1990b). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (1993). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (1994). *Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Memoria marzo 1990 - marzo 1994*. Santiago: Unidad de Salud Mental-Ministerio de Salud.
- MINSAL (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2002). *Norma Técnica para la Atención en Salud de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990*: Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2014). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Chile (WHO-AIMS): Segundo Informe*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2017). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Miranda, Ernesto (1990). Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. *Estudios Públicos*, 39: 5-66.
- Miranda, Paolo (2010). *Projeto "Machuca: Somos todos Um"*. *Red intercultural de educomunicação em ecologia e cultura da paz*. Tesis de Maestría en Psicología Social no publicada, Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo.
- Molettieri, Camila (2011). *Una nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades mentales: ficha clínica y terapias biológicas en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (1936-1951)*. Tesis de grado en Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago.
- Molina, Pilar (1993, 4 julio). Salud mental: ¿crisis o boom? *El Mercurio* D19-D20.
- Monasterio, Hernán (1994). Factores pronósticos en la cronificación del daño provocado por la represión y la tortura. *Separata*. Santiago: FASIC.
- Moncrieff, Joanna (2008). *The myth of chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Moncrieff, Joanna (2013). *The bitterest pills. The troubling story of antipsychotic drugs*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Moncrieff, Joanna (2022). The political economy of the mental health system: a Marxist analysis. *Frontiers in Sociology* 6: 771875. doi.org/10.3389/fsoc.2021.771875.
- Montauban, Antonio Segundo (1888). Medicina: el Hospicio de Santiago: memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, leída en junio de 1887. *Anales de la Universidad de Chile* 73 secc. 1, pp. 43-64.

Montecinos, Gladys; Vera, Cecilia; López, E.; y Díaz, B. (2014). Formación de Agentes Comunitarios de Salud Mental para las Comunas del Servicio de Salud Metropolitano Sur. En *Actas Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria, 9-10 octubre 2014*, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, pp. 205-210.

Montenegro, Cristian (2018a). 'Are you a radical now?' Reflecting on the situation of social research (ers) in the context of service-user activism in mental health. *Journal of Social and Political Psychology* 6 (2): 661-676.

Montenegro, Cristian (2018b). Beyond participation: Politics, incommensurability and the emergence of mental health service users' activism in Chile. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 42 (3): 605-626.

Montenegro, Cristian; y Cornish, Flora (2019). Historicising involvement: the visibility of user groups in the modernisation of the Chilean Mental Health System. *Critical Public Health* 29 (1): 61-73.

Montenegro, Cristian; y Ortega, Francisco (2020). Thinking beyond implementation: context and culture in global mental health. *BMJ Global Health* 5: e004539. doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004539.

Montesinos, Luis (1976). *Sub-Programa de Rehabilitación Hospital Psiquiátrico Puente Alto. Un programa de Economía de Fichas para el Patio 10*, en Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Montesinos, Luis (2018). Intervención conductual en pacientes psiquiátricos crónicos del Hospital Sanatorio El Peral: 40 años después. *Revista de Psicología* 27(1): 1-6. doi.org/ 10.5354/0719-0581.2018.50752

Montesinos, Luis; Bravo, Laura; Tedias, Miriam; Jara, Rosa; Peralta, María Inés; Álvarez, Ruth; Ríos, Cristina; Miranda, Sara; Álvarez, María Inés; y Zanghellini, Germán (1978). Rehabilitación de pacientes mentales crónicos: Una combinación del esquema de delegación de funciones con las técnicas del condicionamiento operante, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 24 (1): 35-40.

Montoya, Carlos (2013). *La salud dividida: Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*. Santiago: Ceibo ediciones.

Montoya, Carlos (2014). *¿Dónde está y para adónde va nuestra salud? Ilusionismo y verdad en salud. Chile 2010-2014*. Santiago: Ceibo ediciones.

Mora, Héctor (2016). *La institucionalización de las Ciencias Antropológicas en Chile. Una aproximación a las dinámicas socio-organizativas y cognoscitivas en la conformación del espacio científico (1860 y 1954)*. Tesis Doctoral no publicada, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata.

Morales, Eliana (1984). Aspectos psicosociales en la investigación psiquiátrica (A propósito de evaluación de psicofármacos). *Revista de Trabajo Social* 43: 29-36.

Morales, Eliana; Levy, Virginia; y Schilkрут, Raúl (1981). Evaluación de un neuroléptico de acción prolongada: Penfluridol. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 27 (3): 186-193.

Morales-Sáez, Nicolás (2021). Por una antropología política de la salud. *Revista Chilena de Antropología* 43: 203-215, doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64440

Morales-Sáez, Nicolás (2022). “Pharmakon, commodity and dystopia. Three approaches to pharmaceutical self in neo-communitarian mental health”. En Ángel Martínez y Lina Masana (Eds). *Subjectivities and Afflictions in Medical Anthropology*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 131-151.

Morales-Sáez, Nicolás, y Espina-Sandoval, Joel (2021). The aftermath of forced disappearance and concealment: A qualitative study with families in Paine, Chile. *Torture* 31 (2): 34-49.

Morlans, Ignacio; Boisier, Iris; Acevedo, Oscar; y Fuentealba, Claudio (1997). *Carta de Directores de Hospitales Psiquiátrico a Subsecretario Fernando Muñoz (16 de abril de 1997)*. En Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Morrison, Linda J. (2005). *Talking back to psychiatry: The psychiatric/consumer/ex-patient movement*. Nueva York: Routledge.

Mossman, Douglas (1997). Deinstitutionalization, homelessness, and the myth of psychiatric abandonment: a structural anthropology perspective. *Social Science & Medicine* 44 (1): 71-83.

Moulian, Rodrigo; y González, Yanko (2005). María Ester Grebe. Caminando con los Ngen. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 9: 39-48.

Moya, Laura; Marconi, Juan; Horwitz, José; Muñoz, Luis; Bahamondes, Andrea; y Saint Jean, Henriette (1969). Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área Norte de Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 15 (2): 137-148.

Moya, Laura; Videla, Claudia; y Valladares, Ricardo (2005). *Tortura en poblaciones del Gran Santiago (1973-1990)*. Santiago: Colectivo de Memoria Histórica Corporación José Domingo Cañas.

Müller-Hill, Benno (2016). *La ciencia del exterminio: psiquiatría y antropología nazis (1933-1945)*. Barcelona: Dirección Única.

Mundt, Adrian P.; Chow, Winnie S.; Arduino, Margarita; Barrionuevo, Hugo; Fritsch, Rosemarie; Giralá, Nestor; Minoletti, Alberto; Mitkiewicz, Flávia; Rivera, Guillermo; Tavares, María; y Priebe, Stefan (2015). Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 72 (2): 112-118.

Munizaga, Carlos (1984). La institucionalización de enfermos crónicos. *Revista de Psiquiatría* I (2): 125-128.

Munizaga, Carlos (1986). Patología de una organización y su diagnóstico. *Revista de Psiquiatría* III (12): 19-31.

Munizaga, Carlos (1987a). Aportes etnográficos al estudio de organizaciones psiquiátricas. *Revista Chilena de Antropología* 6: 27-34.

Munizaga, Carlos (1987b). Patologías de las organizaciones psiquiátricas. ¿Cuánto sabemos de la cara informal de ellas? *Revista de Psiquiatría* IV (2): 117-124.

Munizaga, Carlos (1992). “Proposición de un estudio latinoamericano de los internados psiquiátricos para pacientes crónicos”. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati y C. Trejo (eds.), *Ciencias Sociales y medicina. Perspectivas Latinoamericanas*, Santiago: Ed. Universitaria, pp. 237-246.

Munizaga, Carlos; Mujica, Gustavo; y González, Manuel (1965). Enfoque antropológico psiquiátrico de indígenas Mapuches alienados. *Revista de Antropología* III (III): 65-80.

Munizaga, Carlos; Mujica, Gustavo; González, Manuel; y Honorato, Ricardo (1966/7). El sistema sociocultural en un Departamento de Enfermas Mentales Crónicas. *Revista de Antropología* IV-V (IV): 3-16.

Munizaga, Carlos; y Soto, María T. (1987). Grupos cuasifamiliares y amor en los internados psiquiátricos. *Revista Chilena de Antropología* 7: 61-73.

Muñoz, Leonardo; y Hamel, Patricia (1970). Terapia condicionante de la enuresis. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 9: 63-67.

Muñoz, Luis C.; Horwitz, José; y Marconi, Juan (1966). Programa Nacional de Salud Mental en Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 12 (4): 309-321.

Naranjo, Claudio (2007). Autobiografía (web). Disponible en https://www.claudionaranjo.net/navbar_spanish/autobiography_spanish.html, consultado el 30 octubre de 2022.

Navarro, Vicente (1974). What does Chile mean: An analysis of events in the health sector before, during, and after Allende's administration. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 52(2): 93-130.

Neagu, Maria (2018). “Les fous dans la cité! Une lecture herméneutique de la presse écrite sur la déshospitalisation psychiatrique au Canada (1960-1970)”. En A. Klein, H. Guillemain, Hervé; y MC. Thifault (coords.), *La fin de l'asile?: Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*. Rennes: PUR, pp. 111-127.

Neghme, Amador (1984). *La obra literaria de los médicos chilenos*. Santiago: Andres Bello.

Neuschwander, Isabelle (1994). Pour quelle raison les instruments de recherche de la série X sont-ils peu nombreux? *Gazette des Archives* 167 (1): 347-353.

Ni, Mónica (2021). Sobre viajes, reportes y difusión de una ciencia de masas. Maoísmo y psiquiatría en el itinerario internacional de Gregorio Bermann (1957-1970). *Historia* (Santiago) 54 (2): 619-642.

Noguchi, Hideyo; y Moore, J. W. (1913). A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *The Journal of Experimental Medicine*, 17(2); 232-239.

Noorani, Tehseen (2013). Service user involvement, authority and the 'expert-by-experience' in mental health. *Journal of Political Power* 6 (1): 49-68.

Norambuena, Pablo (2016). "La psiquiatría intracomunitaria, la psicología y el contexto local en su desarrollo, 1968-1973. Trazos para una historia de la psicología comunitaria en Chile". En R. Mardones (ed.), *Historia local de la psicología. Discusiones teóricas, metodológicas y experiencias de investigación*. Santiago: Ril-Universidad Santo Tomás.

Norambuena, Pablo (2017). *Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Santiago.

Obregón, Marcos (2022). *Contra el diagnóstico. Desmontando la enfermedad mental*. Barcelona: Rosamerón.

Ohler, Norman (2017). *Blitzed. Drugs in nazi Germany*. Londres: Penguin.

Olivera, Alfredo(2005). La Colifata, radio terapia des-estigmatizante. *L'Interrogant* 6: 60-66.

Organización Panamericana de la Salud (1970). *Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental*, Publicación Técnica N° 210. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2014). Chile: Visita de la OPS a un Centro de Salud Mental (CESAM) en Santiago. *Boletín de Salud Mental* Mayo-Junio 2014.

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Salud mental en la comunidad. Experiencias de Chile tras 25 años de integración*. Cortometraje. OPS/OMS. Disponible en <https://youtu.be/wYz51AoWk8c>.

Orrego Luco, Augusto (1884). *La cuestión social*. Santiago: Imprenta Barcelona.

Pacheco, Alipio. (2000). *Diccionario quechua-castellano, castellano-quechua, inglés-quechua*. Santiago: Ediciones Madrigal.

Palestro, Sandra (2008). Dra. Haydée López Cassou: sus compromisos y sus causas. *Revista Chilena de Salud Pública* 12(2): 120-122.

Paley, Julia (2001). *Marketing democracy: power and social movements in post-dictatorship Chile*. Berkeley: University of California Press.

Paley, Julia (2004). Accountable democracy: Citizens' impact on public decision making in postdictatorship Chile. *American Ethnologist* 31(4): 497-513.

Pandolfi, Mariella y Gilles Bibeau (2005). "Souffrance, politique, nation. Une cartographie de l'anthropologie médicale italienne". En Francine Saillant y Serge Genest, *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Montreal: Presses de l'Université Laval, pp. 199-232.

Parigot, Julius (1863). The Gheel question: from an American point of view. *American Journal of Insanity* 19 (3): 332-354.

Parry, Peter (2014). Biologism in psychiatry: a young man's experience of being diagnosed with "Pediatric Bipolar Disorder". *Journal of Clinical Medicine* 3 (2): 334-347.

Passione, Roberta (2004). Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock. *History of Psychiatry*, 15(1): 83-104.

Peebles, Luis E. (2003). Antipsiquiatría: Resistencia y recuerdo. *Cuadernos de Psicología* (ARCIS), 1: 85-89.

Pemjean, Alfredo; Montenegro, Hernán; Marconi, Juan, y Daniels, Gabriela (1973). Privación sensorial: un programa preventivo intracomunitario para preescolares de clase obrera urbana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19 (1): 109-118.

Penrose, Lionel S. (1939). Mental disease and crime. Outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology* 18(1): 1-15.

Perdiguero-Gil Enrique; y Ruiz-Berdún, M. Dolores (2017). "La medicalización: ¿un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud", en Alfons Zarzoso y Jon Arrizabalaga (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina, Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC), pp. 247-252.

Pérez, Carlos (2003). Tolerancia represiva y control social. *Cuadernos de Psicología* (ARCIS), 1: 53-82.

Pérez, Carlos (2009). Sobre antipsiquiatría y antipsicología. *Pánico en Crisis* 1 (1): 9-30.

Pérez, Carlos (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: Lom.

Peset, José Luis (2014). Reseña del Libro "El Hospital de la Transfiguración". *Asclepio* 66 (2): p071, <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/625/806>

Pesutic, Sergio (1989). *Atodapluma. Documentos polémicos para un debate sobre Dictadura y Psiquiatría (y otras cuestiones relacionadas)*. Santiago: Oxymoron.

Pey, Víctor (Coord) (2005). *Salvador Allende: Higiene mental y delincuencia. Respuesta al libro difamatorio de Víctor Farías*. Santiago: Fundación Presidente Allende y CESOC.

Pezoa Véliz, Carlos (1912). *Alma chilena*. Santiago: Biblioteca Chilena Moderna.

Pfeiffer, James; y Chapman, Rachel (2010). Anthropological perspectives on structural adjustment and public health. *Annual Review of Anthropology* 39: 149-165.

Piazzini, Andrea; Testa, Luana; Del Missier, Giovanni; Dario, Mariopaolo; y Stocco, Ester (2011). The history of Italian psychiatry during Fascism. *History of Psychiatry* 22 (3): 251-267.

Pié, Asun (2021). “Hegemonía, subalternidad y participación social”. En A. Pié, M. Correa-Urquiza y A. Martínez-Hernández, *Soltar amarras: una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: UOC, pp. 87-169.

Pié, Asun; Correa-Urquiza, Martín; y Martínez-Hernández, Ángel (2021). *Soltar amarras: una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: UOC.

Pinel, Philippe (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París: Chez J. A. Brosson.

Pizza, Giovanni (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social* 14: 15-32.

Pizarro, Angélica (2014). “Del sujeto del trauma político al sujeto de la inscripción traumática”. En Pablo Cabrera (ed.), *Construcciones. Clínica de lo traumático y figurabilidad*. Santiago: FACSO–Universidad de Chile, pp. 203-211.

Poblete, Juan (2007). “Cultura, neoliberalismo y comunicación ciudadana: el caso de Radio Tierra en Chile”. En Alejandro Grimson (ed.), *Cultura y Neoliberalismo*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 242-263.

Porter, Roy (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner-FCE.

Puffer, Ruth; y Griffith, G. Wynne (1968). Características de la mortalidad urbana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* 65 (5): 446-470.

Quezada, Vanetza; Vergés, Álvaro; y Laborda, Mario (2014). Sergio Yulis: pasado y presente del enfoque conductual en Chile. *Psyche (Santiago)* 23(1): 1-11.

Quijada, Mario (2010). “Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo”. En M. A. Armijo (ed.), *Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma, pp. 57-65.

Rademaeker, A. (1948). The Colony of Gheel: effects of war and present problems. *Mental Health* 8 (1): 13-16.

Radyszcz, Esteban; Sabrovsky, Mara; y Vetö, Silvana (2014). La dictadura militar en la historia oficial del psicoanálisis chileno: sobre la construcción de un pathos discursivo. *Asclepio* 66(1): p037, doi.org/10.3989/asclepio.2014.11

Ramos, Marco A. (2013). Psychiatry, authoritarianism, and revolution: The politics of mental illness during military dictatorships in Argentina, 1966–1983. *Bulletin of the History of Medicine* 87(2): 250-278.

Read, John; y Bentall, Richard (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19 (4): 333-347.

Red Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial (2019, 20 junio). *Declaración de lima*. Blog, *Mad in Spain*, disponible en <https://madinspain.org/declaracion-de-lima-locura-latina/>

Retamal, Pedro (1984). Revisión de los aspectos clínicos del uso de dosis altas de neurolépticos en la esquizofrenia (I). *Revista de Psiquiatría* I (4): 291-294.

Retamal, Pedro; Muñoz, Manuel; Tarky, Víctor; y Lora, Rocío (1985). Descripción del uso de dosis elevadas de haloperidol en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (II). *Revista de Psiquiatría* II (5): 55-59.

Rhodes, Lorna A. (1990). "Studying biomedicine as a cultural system". En T. M. Johnson y C. F. Sargent (eds.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Nueva York: Praeger, pp.159-173.

Riccò, Isabella (2017). En busca de un "nuevo mundo mágico". De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado. Tesis Doctoral no publicada. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Rinella, Michael (2010). *Pharmakon: Plato, drug culture, and identity in Ancient Athens*. Landham: Lexington.

Ríos, Andrés (2009). Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 37: 71-96.

Riquelme, Horacio (1987). "Alcoholismo en Chile. Formas de tratamiento participativo en la comunidad". En H. Riquelme (ed.), *Ensayos psicoculturales*. Buenos Aires: Búsqueda, pp. 81-88.

Riquelme, Horacio (1992). "Consumo de alcohol y cultura cotidiana en la población chilena". En Riquelme, H., *Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad, pp. 15-35.

Riquelme, Horacio (2021). Las brigadas de liberación obrera (Concepción, Chile 1968-1973) Ejemplo de participación popular en salud (consumo excesivo de alcohol). *Cuadernos Médico-Sociales* 61 (1): 129-133.

Riquelme, Pamela (2018). *¿Qué pasa si esto no existe?* Cortometraje. DUOC-UC, Santiago.

Rivera-Garza, Cristina (2001). Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930. *Secuencia* 51: 57-89.

Roa, Armando (1974). *Demonio y Psiquiatría. Aparición de la conciencia científica en Chile*. Santiago: Andres Bello.

Rodriguez del Barrio, Lourdes; Bourgeois, Linda; Landry, Yves; Guay, Lorraine; y Pinard, Jean Luc (2008). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté: changer de perspective*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Rodríguez Sala, María Luisa (2005). *Los cirujanos de hospitales de la Nueva España (siglos XVI y XVII): ¿miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?* Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rojas, Graciela; Koppmann, Alejandro; y Sepúlveda, Rafael (1994). Psiquiatría y atención primaria. *Cuadernos Médico-Sociales* 25 (2): 24-30.

Rojas, Hugo (2011). *Sectores: fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Rojas, Jorge (2010). *Historia de una política pública de salud mental en Chile: los orígenes históricos de las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental de 1993 y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile 2000-2001*. Tesis de Magíster en Historia y Políticas Sociales no publicada, Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Rojas, Sebastián; Rojas, Patricio; Castillo, Jorge; y Schöngut, Nicolás (2018). “Reensamblando la medicalización. Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile”. En Silvia Faraone y Eugenia Bianchi (eds.), *Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo, pp. 335-367.

Rose, Nikolas (2003). Neurochemical selves. *Society* 41(1): 46-59.

Rose, Nikolas (2006). Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés*, 38 (2): 113-131.

Rose, Nikolas (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio del gobierno, *Revista Argentina de Sociología* 5 (8): 111-150.

Rose, Nikolas (2018). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Medford, MA: Polity.

Rosen, George (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza.

Rosenbaum, Lisa (2018). Swallowing a spy—the potential uses of digital adherence monitoring. *New England Journal of Medicine*, 378(2): 101-103.

Rossetto, Jorge (2009). Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de reforma de la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 20: 463-473.

Rotelli, Franco (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Rüther, Eckart; Schilkrut, Raúl; Ackenheil, Manfred; Eben, E; y Hippus, Hanns (1976). Clinical and biochemical parameters during neuroleptic treatment I. Investigations with Haloperidol. *Pharmacopsychiatry*, 9(1): 33-36.

Rzesnitzek, Lara; y Lang, Sascha (2016). A material history of Electroshock Therapy. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 24 (3): 251-277.

Sacristán, Cristina (2005). “La Locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”. En Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*. Ciudad de México: IIH-UNAM, pp. 199-232.

Sacristán, Cristina (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16 (45): 163-188.

Sadler, M. Michelle (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo. La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo*. Tesis Doctoral no publicada, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Sadowsky, Jonathan (2016). *Electroconvulsive therapy in America: The anatomy of a medical controversy*. Nueva York: Routledge.

Salas Soneira, Miguel (2017). *Acción socioeducativa y locura. Tramas, narrativas y experiencias en el ámbito de la salud mental en Galicia*. Tesis Doctoral no publicada, Universitat de Barcelona, Barcelona.

Salas Soneira, Miguel; y Pié Balaguer, Asun (2018). *Pedagogías radicales de (la) locura: de Paulo Freire a Guillermo Borja*. Barcelona: Editorial UOC.

Salinas, Claudio; y Stange, Hans (2005). *Los amigos del “Dr.” Schäffer. La complicidad entre el Estado chileno y Colonia Dignidad*. Santiago: Debate.

Salisbury, Tatiana T.; y Thornicroft, Graham (2016). Deinstitutionalisation does not increase imprisonment or homelessness. *The British Journal of Psychiatry* 208 (5): 412-413.

Sánchez, Marcelo (2015). “Racismo científico: una teoría de la evolución alternativa al darwinismo surgida en Chile”. En César Leyton, Cristián Palacios y Marcelo Sánchez, *El Bulevar de los Pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros, pp. 111-122.

Sánchez, Marcelo (2017). Salvador Allende, esterilización de alienados y debate eugénico chileno. *Izquierdas* 35: 260-286.

Sánchez, Marcelo (2018). La higiene racial explicada a los chilenos: las conferencias de Otto Aichel (1927) y Erwin Baur (1930) en Santiago de Chile. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 22 (2): 225-246.

Saraceno, Benedetto (1990). Salud mental y atención primaria: una reseña crítica de la bibliografía. *Enfoques en Atención Primaria* 5 (2): 25-32.

Saraceno, Benedetto (2020). *Sobre la pobreza de la psiquiatría*. Barcelona: Herder.

Sashidharan, Sashi P.; y Saraceno, Benedetto (2017). Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ* 357: j2904. doi.org/10.1136/bmj.j2904.

Scarpaci, Joseph L. (1989). *Salud y Régimen militar*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.

Schatzman, Leonard; y Strauss, Anselm (1966). A sociology of psychiatry: a perspective and some organizing foci. *Social Problems* 14 (1): 3-16.

Scheper-Hughes, Nancy (2015). The Ghosts of Montes de Oca: Buried Subtext of Argentina's Dirty War. *The Americas*, 72(2): 187-220.

Schermer, Maartje (2007) Brave New World versus Island—Utopian and dystopian views on psychopharmacology. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(2): 119-128.

Schilkrut, Raúl; Duran, Eduardo; Haverbeck, Christian; Katz, Isabel; y Vidal, Patricio (1978). Verlauf von psychopathologischen und extrapyramidalmotorischen symptomen unter einer Langzeit-Neuroleptika behandlung schizophrener Patienten [Course of psychopathologic and extrapyramidal motor symptoms during long-term treatment of schizophrenic patients with psycholeptic drugs] *Arzneimittelforschung* 28(9): 1494-1495.

Schilkrut, Raúl; Haverbeck, Christian; Duran, Eduardo; Delgado, S; Kohen, P.; Birkner, Rosa; y Katz, Isabel (1981). Dosis standard y elevada de haloperidol. Aspectos clínicos, farmacocinéticos y farmacodinámicos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 27(4-5): 315-324.

Schilkrut, Raúl; Rüther, Eckart; Ackenheil, Manfred; Eben, E; y Hippus, Hanns (1976a). Clinical and Biochemical Parameters during Neuroleptic Treatment II. Antipsychotic effect of Haloperidol in patients with chronic organic brain damage. *Pharmacopsychiatry*, 9(1): 37-42.

Schilkrut, Raul; Rüther, Eckart; Ackenheil, Manfred; Eben, E; y Hippus, Hanns (1976b). Clinical and Biochemical Parameters during Neuroleptic Treatment III. Primitive Reflexes during Neuroleptic Treatment. *Pharmacopsychiatry*, 9(1): 43-47.

Schlotterbeck, Marian E. (2018). *Beyond the vanguard: Everyday revolutionaries in Allende's Chile*. Oakland: University of California Press.

Schmeisser, Carol (2019). *La funa: aspectos históricos, jurídicos y sociales*. Memoria de grado, Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile, Santiago.

Schultz, Francisco (2001). *La furia de los caballos sin patas*. Largometraje. Santiago: Entropía producciones.

Schuster, Augusto (1980). *El delegado de Gobierno en el Servicio Nacional de Salud, Dr. Augusto Schuster Cortés, comunica la venta de la parte baja del Fundo El Peral (3 julio 1980)*. En Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Schütz, Mathias. (2021). Memory unbound, unfounded memory? On medicine, the Holocaust, and bioethical reflection. *European Journal for the History of Medicine and Health*, 78(1): 74-95.

Schweighäuser, Johann (1818). *Hērodotou Halikarnassēos Historiōn Logoi 9, Epigraphomenoi Mousai, Vol. 1*. Glasgow: Duncan.

Scott, James (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Ciudad de México: Era.

Scull, Andrew (1985). Deinstitutionalization and public policy. *Social Science & Medicine* 20(5): 545-552.

Scull, Andrew (1994). Somatic treatments and the historiography of psychiatry. *History of Psychiatry*, 5: 1-12.

Secretaría Comunal de Planificación (2022). *Atlas Comunal 2022*. Santiago: Municipalidad de Lo Espejo.

Seda, Juan Antonio (2016). Fragmentos humanos y un ícono olvidado en Argentina. A 30 años del caso Giubileo: una desaparición en una Institución de Salud Mental. *AMMENTU-Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe* 1(8): 101-105.

Sedgwick, Peter (1982). *Psychopolitics*. Londres: Pluto Press.

Selfa, Miriam; Arce, Diana; y Gardoki, Itxaso (2021). Violencia institucional negada, violencia legitimada. *Pikara Magazine*, disponible en pikaramagazine.com/2021/11/violencia-institucional-negada-violencia-legitimada/

Sepúlveda, Rafael (1998). Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuadernos Médico-Sociales* 39 (3-4): 16-21.

Sepúlveda, Rafael (2015). Impacto de la Consultoría Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud: Estudio de su asociación con las tasas de egresos de hospitalización por causa psiquiátrica, a nivel de comunas del país. Tesis de Magíster en Salud Pública no publicada, Universidad de Chile.

Sepúlveda, Rafael; Ramírez, Jorge; Zitko, Pedro; Ortiz, Ana María; Norambuena, Pablo; Barrera, Álvaro; Vera, Cecilia; e Illanes, Eduardo (2012). Implementing the Community Mental Health Care Model in a large Latin-American urban area. The experience from Santiago, Chile. *International Journal of Mental Health* 41 (1): 62-72.

Serrano, Mercedes (2018). *Del exilio a la ciudadanía. Experiencias dialógicas en el marco de la Salud Mental Colectiva*. Tesis Doctoral no publicada, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Servicio Médico Legal (2022). Listado de víctimas de violación a los DD.HH. identificadas a la fecha. Recuperado de <https://www.sml.gob.cl/index.php/2021/05/listado-de-victimas-de-violacion-a-los-dd-hh-identificadas-a-la-fecha/>.

Sesia, Paola (2020). Naming, framing, and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. En Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola Sesia y Lina Berrio (eds.), *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. Londres: UCL Press, pp. 222-247.

Shorter, Edward (1999). *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas.

Shorter, Edward; y Healy, David (2007). *Shock therapy: A history of Electroconvulsive Treatment in mental illness*. Nueva Jersey: Rutgers University Press.

Sievers, Hugo (1958). Max Westenhoffer (1871-1957). *Anales de la Universidad de Chile* 112 (4): 47-93.

Singer, Merrill; y Baer, Hans (2018). *Critical Medical Anthropology*. Boca Ratón, Florida: CRC Press. doi: 10.4324/9781315224862

Singh, Iilina; y Rose, Nikolas (2009). Biomarkers in psychiatry. *Nature* 460 (7252): 202-207.

Sisti, Dominic A.; Segal, Andrea G.; y Emanuel, Ezekiel J. (2015). Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. *JAMA* 313 (3): 243-244.

Smith, Dorothy E. (1978) "K is mentally ill: the anatomy of a factual account". *Sociology* 12 (1): 25-53.

Smith, Dorothy E.; y David, Sara J. (1975). *Women Look at Psychiatry*. Vancouver: Press Gang.

SNS (1964). *Anuario 1962. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1965). *Anuario 1963. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1966a). *Anuario 1964. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1966b). *Anuario 1965. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1967). *Anuario 1966. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1969). *Anuario 1967. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1970). *Anuario 1968. Egresos de hospitalizaciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud.

SNS (1974). *Anuario 1973. Tomo I - Recursos y Atenciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

SNS (1976). *Anuario 1975. Tomo I - Recursos y Atenciones*. Subdepartamento de Estadística, Servicio Nacional de Salud, Colección Histórica de la Biblioteca del Ministerio de Salud, Santiago.

Solimano, Giorgio (2013). Testimonio: una huella indeleble. *Revista Chilena de Salud Pública* 17(3): 211-212.

Solsona, Montserrat (1986). La transición de la fecundidad en Chile (1960-1984): análisis de algunas fluctuaciones. *Papers de Demografia* (Centre d'Estudis Demogràfics, Barcelona) 13.

SONEPSYN (2015). “SONEPSYN discrepa del tratamiento que está dando el Ministerio de Salud al Plan Nacional de Salud Mental”. Disponible en <http://www.sonepsyn.cl/>, publicado en octubre de 2015, consultado en agosto de 2016.

Spandler, Helen (2016). Puentes en lugar de muros: hacia la verdad y la reconciliación en la psiquiatría. Conferencia invitada en las *XXVII Jornadas Estatales de Salud Mental AEN*, Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Madrileña de Salud Mental, Madrid.

Spandler, Helen (2017). ¿Del abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico? *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* 41: 32-34.

Sparke, Mattew (2016). “Health and the embodiment of neoliberalism: pathologies of political economy from climate change and austerity to personal responsibility”. En Simon Springer, Kean Birch y Julie MacLeavy (eds.), *The Handbook of Neoliberalism*. Nueva York: Routledge, pp. 237-251.

Spinelli, Hugo (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva* 12 (2): 149-171.

Starke, Úrsula (2016). *Prótesis. Escrituras 2007-2015*. Leiden: Bokeh.

Stavenhagen, R. (1963). Clases, colonialismo y aculturación. Ensayo sobre un sistema de relaciones interétnicas en Mesoamérica. América Latina. *Revista del Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales* VI (4): 63-103.

Stehle, Jan (2018, 10 abril). Colonia Dignidad: la muerte de Karl Stricker y la amnesia de Otto Dörr. *Centro de Investigación Periodística (CIPER)*. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2018/04/10/colonia-dignidad-la-muerte-de-karl-stricker-y-la-amnesia-de-otto-dorr/>

Stewart, Charles (2016). Historicity and anthropology. *Annual Review of Anthropology* 45: 79-94.

Stoler, Anne Laura (2010). *Along the archival grain: Epistemic anxieties and colonial common sense*. Princeton: Princeton University Press.

Stolkiner, Alicia (2015, 3-5 de septiembre). El campo de la salud mental en la Argentina hoy: actores y prácticas [Conferencia en Mesa Inaugural]. *I Congreso Latinoamericano de Salud Mental “Los Rostros actuales del Malestar”*, Salta, Argentina.

Streppel, Fernanda F.; y Palombini, Analice D. L. (2011). Devir-loucura no rádio: uma experiência em saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23: 501-522.

Swartz Marc, Victor Turner, y Arthur Tuden (Eds.) (1966). *Political anthropology*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Swirski, Peter (1997). *A Stanislaw Lem reader*. Evanston (IL): Northwestern University Press.

Tafalla, Joan (2014). “Sentido común, moral popular, derecho natural y Revolución Francesa en Gramsci”. En Giaime Pala, Antonio Firenze y Jordi Mir (coords.), *Gramsci y la sociedad intercultural*, Barcelona: Montesinos, pp. 157-184.

Taussig, Michael (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine* 14B: 3-13.

Thayer, Millie; y Rubin, Jeffrey (2017). “Uncontained activism”. En Sonia Alvarez, Jeffrey Rubin, Millie Thayer, Gianpaolo Baiocchi, y Agustín Laó-Montesn (eds.), *Beyond civil society: Activism, participation, and protest in Latin America*. Durham: Duke University Press, pp. 331-337.

Thielemann, Luis (2017). “Movimientos obreros y movimientos sociales populares en Chile. Siglos XIX y XX”. En Iván Jaksic y Juan Luis Ossa (eds.), *Historia política de Chile, 1810-2010. Tomo I. Prácticas políticas*. Santiago: FCE-UAI, pp. 393-421.

Thompson, Edward Palmer (1989). *La formación de la clase obrera en Inglaterra*. Barcelona: Crítica.

Timimi, Sami (2010). The McDonaldization of childhood: children’s mental health in neo-liberal market cultures. *Transcultural Psychiatry* 47 (5): 686-706.

Torres, Luis (2014). Tratamiento moral y condiciones de encierro en la casa de orates: los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852-1891. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 18(1): 85-109.

Touraine, Alan (1974). *Vida y muerte del chile popular*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Townsend, Brandi A. (2015). *The democratic self: gender, memory, and human rights under the Augusto Pinochet dictatorship and transition to democracy in Chile, 1973-2010*. Tesis Doctoral no publicada, University of Maryland, College Park.

Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile (2019). *Sentencia Causa ROL 008-2018*, 10 de septiembre de 2019.

Unger, Jean Pierre; De Paepe, Pierre; Solimano, Giorgio; y Artega, Oscar (2008). Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Medicine*, 5 (4): e79, doi.org/10.1371/journal.pmed.0050079

Uzarczyk, Kamila (2021). “‘Schluss mit der Rassenschande!’ From separation to extermination. The fate of jewish mentally ill patients in Germany and Occupied Polonia, 1939-1942”. En Sabine Hildebrandt, Miriam Offer y Michael A. Grodin, *Recognizing the past in the present: New studies on Medicine before, during, and after the Holocaust*. Nueva York: Berghahn, pp. 257-275.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Vaccari, Pamela (2013). *El fin del manicomio en los tiempos del neoliberalismo: construcción y problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica*. Tesis Doctoral no publicada, Departament de Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona.

Valenzuela, José (1973). Apóstoles y mercaderes de la salud (Un estudio sobre el comportamiento de los médicos en el proceso chileno). *Documentos (Punto Final)* 186, junio de 1973, pp. 1-6.

Valls, José Javier (2003). Papel del tratamiento psicofarmacológico en rehabilitación. *Informaciones Psiquiátricas* 171: 7-16.

Valverde, Clara (2015). *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical: violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria.

Varela, Mario; Tapia, Luis; La Roche, Philip; y Torres, Pedro (1986). La terapia electroconvulsiva (TE) en el servicio "A" del Hospital Psiquiátrico de Santiago. *Revista de Psiquiatría* III (9): 59-65.

VV. AA. (1986). Mesa redonda: Administración en Psiquiatría. *Revista de Psiquiatría* III (9): 9-21.

Vega, Jorge; y Okseberg, Benny (1990). Unidad de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Santiago: Experiencias en el primer primario de atención. *Enfoques en Atención Primaria* 5 (4): 15-19.

Velasco, Jorge (1963). "La salud mental en las Américas". En Organización Panamericana de la Salud, *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental*, Publicaciones Científicas No. 81, Washington, D. C., pp. 8-28.

Velpry, Livia (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. París: Armand Colin.

Venturini, Ernesto (2005). En realidad el verdadero problema no es cerrar, sino abrir: el caso de Imola [Conferencia Inaugural]. *Primer Congreso La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Vera, Cecilia (2010). "Síntesis histórica de la psiquiatría en el Área Sur de Santiago. Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital El Pino". En M. A. Armijo (ed.), *Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma, pp. 71-74.

Vera-Villaruel, Pablo; Montesinos, Luis; y Prieto, Arturo (2006). Análisis y terapia del comportamiento en Chile: orígenes, estado actual y proyectos. *Avances en Psicología Latinoamericana* 24 (1): 47-58.

Verbeke, Evi; Vanheule, Stijn; Cauwe, Joachim; Truijens, Femke; y Froyen, Brenda (2019). Coercion and power in psychiatry: a qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine* 23: 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>.

Vetö, Silvana (2013). *Psicoanálisis en estado de sitio. La desaparición de Gabriel Castillo y las políticas del psicoanálisis en Chile durante la dictadura militar*. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile - El Buen Aire.

Vidal, Fernando (2009). Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences* 22(1): 5-36.

Vidal, Fernando (2011). *The sciences of the soul: The early modern origins of psychology*. Chicago: University of Chicago Press.

Vidal, Fernando; y Ortega, Francisco (2017). *Being brains: making the cerebral subject*. Nueva York: Fordham University Press.

Viejo, Luis Fernando (1995). Síndrome neuroléptico maligno: Análisis y seguimiento de 21 episodios. Tesis Doctoral no publicada, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Villarroel, Tomás (2020). Un enclave de indignidad. La fuga de Wolfgang Müller y los primeros años de Colonia Dignidad en Chile (1961-1966). *Historia (Santiago)*, 53 (2): 661-690.

Viqueira, Carmen (1970). Los hospitales para locos e «inocentes» en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles. *Revista Española de Antropología Americana* 5: 341-383.

Virchow, Rudolf (2008). Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia. *Medicina Social*, 3 (1): 5-20.

Vivado Arturo; Larson, Carlos; y Arroyo, Víctor [1939]. “La Asistencia Psiquiátrica en Chile”. En E. Medina, E. Escobar y M. Quijada (2002), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Antología de 150 años*. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental, pp. 50-57.

Von Buelzingsloewen, Isabelle (2008). Une étape dans la mise en question du modèle asilaire? La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l’occupation. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2: 47-61.

Von Buelzingsloewen, Isabelle (2019). “Starvation in French Asylums during the German Occupation: Reality and Misinterpretations”. En Brigitte Bailer y Juliane Wetzel, *Mass Murder of People with Disabilities and the Holocaust*. Berlin: International Holocaust Remembrance Alliance - Metropol, pp.85-96.

Von Peter, Sebastian (2010). The temporality of “chronic” mental illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 (1): 13-28.

Vukusic, Juan y Cordero, María L. (1987). Terapia electroconvulsivante modificada, bajo monitorización electroencefalográfica. *Revista de Psiquiatría* IV (4): 279-91.

Wacquant, Loïc (2012). Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism. *Social anthropology*, 20 (1): 66-79.

Wacquant, Loïc (2014). Poniendo al habitus en su lugar: réplica del simposio. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 6 (15): 40-52.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Waitzkin, Howard (2005). Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *International Journal of Epidemiology* 34 (4): 739-741.

Waitzkin, Howard; y Modell, Hilary (1974). Medicine, socialism, and totalitarianism: lessons from Chile. *New England Journal of Medicine*, 291(4): 171-177.

Weinstein, Luis (1965). Salud mental. Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 6 (1): 8-13.

Weinstein, Luis (1975). *Salud mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en prevención primaria*. Buenos Aires: ECRO.

Weinstein, Luis (1977). *Salud y democratización*. Madrid: Villalar.

Weinstein, Luis (1990). “El papel del trabajador de la salud mental comunitaria”. En MINSAL, *I Congreso Nacional de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar: una experiencia de integración*. Santiago: Unidad de Salud Mental-Ministerio de Salud, pp. 24-30.

Weinstein, Luis (1992). Participación en Mesa “Perspectivas de Cambio en Chile”. En *Actas de la Conferencia Chilena: Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica. Accesibilidad, Equidad y Participación: Santiago de Chile, 13, 14, 15 y 16 de noviembre de 1991*. Santiago: Centro de Recursos para la Atención Primaria en Salud, pp. 61-64.

Weinstein, Luis (1995). “La matriz cultural de Chile está enferma”, entrevista de Patricio Martínez. *Enfoques en Atención Primaria* 10 (2): 20-22.

Westbrook, Donald A. (2017). “The Enemy of My Enemy Is My Friend” Thomas Szasz, the Citizens Commission on Human Rights, and Scientology’s anti-psychiatric theology. *Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions* 20 (4): 37-61.

Whooley, Owen (2019). *On the heels of ignorance: Psychiatry and the politics of not knowing*. Chicago: University of Chicago Press.

Winkler, Petr; Barrett, Barbar; McCrone, Paul; Csémy, Ladislav; Janoušková, Miroslava; y Höschl, Cyril (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 208 (5): 421-428.

Woods, Angela; Hart, Akiko; y Spandler, Helen (2022). The recovery narrative: politics and possibilities of a genre. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 46 (2): 221-247.

Wright, David; y Saucier Renée (2012). Madness in the archives: anonymity, ethics, and mental health history research. *Journal of the Canadian Historical Association* 23 (2): 65-90.

Wulff, Cristián (1979). *Resolución N°12. Envía informe respecto a remate de tierras (8 junio 1979)*. En Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Young, Allan (2007). “Bruno and the holy fool: myth, mimesis and the transmission of traumatic memories”. En Laurence Kirmayer, Robert Lemelson, y Mark Barad (eds.), *Understanding trauma:*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEL ASILO AL ACTIVISMO. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL
Nicolás Morales Sáez

Integrating biological, clinical, and cultural perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 339-362.

Zamboni, Renzo (1981) Indicaciones y estado actual de la psicocirugía en Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 19:70-76.

Zanghellini, Germán (1977). *Antecedentes Históricos*, en Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Serie Documentos Dirección, Santiago.

Zanghellini, Germán (1978). *Álbum Hospital Sanatorio "El Peral 76-78"*. Serie Fotografías Álbum Hospital Sanatorio "El Peral 76-78". Subfondo Fotografías, Archivo Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago.

Zeidman, Lawrence A. (2020). *Brain science under the swastika: ethical violations, resistance, and victimization of neuroscientists in Nazi Europe*. Oxford: Oxford University Press.

Zemelman, Hugo (1992). *Los horizontes de la razón. Uso crítico de la teoría I. Dialéctica y apropiación del presente*. Barcelona: Anthropos/El Colegio de México.

Zemelman, Hugo (2003). *Los horizontes de la razón. Uso crítico de la teoría II: Historia y necesidad de utopía*. Barcelona: Anthropos/El Colegio de México, segunda edición.

Zemelman, Hugo (2011). Implicaciones epistémicas del pensar histórico desde la perspectiva del sujeto. *Desacatos* 37: 33-48.

Zilleruelo, Julio (1896). "Estudio sobre la hospitalización de la locura". *Revista Chilena de Higiene III*: 77-114.

Leyes y normas

Chile

Decreto Ley N° 2763. Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, *Diario Oficial de la República de Chile*, 3 de agosto de 1979.

Publicaciones periódicas

- ❖ *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (1964-1989)
- ❖ *Archivos Chilenos de Criminología* (1937)
- ❖ *Boletín del Servicio Nacional de Salud (SNS)* (1955-1966)
- ❖ *Cuadernos Médico Sociales (COLMED)* (1965-2021)
- ❖ *Enfoques en Atención Primaria (PAESMI)* (1986-1996)
- ❖ *Reflexión (CINTRAS)* (1988 – 2012)
- ❖ *Revista de Chilena de Neuro-Psiquiatría* (1970-2006)
- ❖ *Revista de Psiquiatría (Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak)* (1984-1990)
- ❖ *Revista de Trabajo Social (Universidad Católica de Chile)* (1971-1996)
- ❖ *Revista del Hospital Psiquiátrico* (1970)
- ❖ *Revista Latinoamericana de Psicología* (1969-1993)
- ❖ *Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social (GICAMS)* (1990-1996)

Apéndices

A. Manifiesto Orgullo Loco, noviembre 2015.³⁴¹

La capacidad para razonar, el sentido del humor, la autoconciencia, la abstracción, la autodeterminación, la imaginación y la conciencia moral, son propiedades exclusivas de la mente humana. Hay quienes las experimentan normalmente y en promedio. Otros, en cambio, lo hacemos de un modo diferente al de la mayoría. Hay quienes dicen que tenemos una “sensibilidad especial”. Nosotros consideramos que toda forma de ser es valiosa.

La palabra locura denota nuestra experiencia. Con ella nos identificamos, aunque algunos la usen para ofendernos. Lejos de lograrlo, nos reconocen como lo que somos. Estamos orgullosos de haber resistido el maltrato que nos han dado desde la superioridad en número y en brutalidad. Si otros movimientos, como el de las mujeres, el de los negros y el de las personas homosexuales, han podido sobreponerse a la ignorancia y a la desacreditación, el nuestro también se levantará, para reclamar nuestro derecho a ser lo que somos: “locos” y “locas”.

El “Orgullo loco” es una emoción que nos permite celebrar nuestra cultura. Lo hacemos con este festival y con la construcción de nuestro movimiento. Los nuestros son actos políticos necesarios para identificarnos y recuperar el lenguaje. Aprendemos de nuestra historia y rendimos homenaje a los compañeros que han padecido encierro, inmovilización, manipulaciones involuntarias, tortura y muerte. Desafiamos la discriminación, afirmamos nuestras identidades y fortalecemos nuestras comunidades. Enfrentamos la resistencia de una parte de la sociedad y la violencia de los dispositivos de salud mental. Tenemos consciencia de nuestros derechos y queremos contribuir a que otros también la tengan. Contamos con que muchos hombres y muchas mujeres, lejos de haberse estancado, siguen jóvenes, tengan la edad que tengan, porque quieren aprender y colaborar a que éste sea un mundo mejor.

Por una parte, la locura es real. Por otra, gran parte de la psiquiatría, la que se reduce a una mirada biologicista, omite el hecho de que nuestra condición pertenece a un contexto social y se explica en historias y significados personales. Si no la aceptamos como lo que es, como una forma de expresión, y persiste la insistencia en tratarla como si fuera una enfermedad, entonces es imposible un cambio que mejore el ámbito de la salud mental.

Por último, nos hacemos cargo del dolor que han experimentado algunos de nuestros familiares y amigos, cuando las palabras “loco”, “locura” y “loca” se han usado peyorativamente.

³⁴¹ Fuente: Castillo (2021).

Esta marcha pretende extender nuestro movimiento social sobre la base de las cosas importantes que nos unen, por encima de las diferencias que tenemos, en virtud de la diversidad que nos enriquece. Tenemos objetivos en común y un mismo descontento. Nos indigna el abuso en general y, en particular, nos enojan y entristecen las formas despiadadas con que se trata a las personas más vulnerables en el ámbito de la salud mental.

Llamamos a toda la comunidad, para que marchemos y celebremos la locura en todo el país, este sábado 14 de noviembre de 2015, desde las diez de la mañana. En Santiago, comenzaremos en la plaza Italia. En esta marcha, exhibiremos y festejaremos formas únicas de experimentar el mundo, de significarlo, de participar en el desarrollo de una comunidad y de crear. Cada uno tiene la suya. Las nuestras nos honran y nos dignifican.

B. Declaración de las mujeres del Colectivo Autogestión Libre-Mente sobre la violencia de género en salud mental. 8 Marzo 2017³⁴²

Este 8 de Marzo en que conmemoramos el día de la mujer, buscamos contribuir a las luchas feministas interpelando a la psiquiatría por ser cómplice de este sistema opresivo y parte del repertorio del patriarcado, poniendo sus técnicas al servicio de la naturalización y patologización de la diversidad humana y de los efectos subjetivos que la violencia estructural de esta sociedad provoca en las personas.

La condición de ser mujer, ha sido atribuida históricamente a características vinculadas a la inferioridad y lo patológico –irracionales, emocionales, débiles e histéricas-. Se nos estigmatiza como “enfermas mentales” cuando traspasamos el límite que el estrecho rol de género nos impone, estando expuestas a que el sistema de salud mental perciba nuestras experiencias como anormales y nos etiquete con diagnósticos psiquiátricos. Hoy día, somos las mujeres las que lideramos las cifras de atención en salud mental, principalmente aquellas que son constantemente excluidas: mujeres trans, lesbianas y bisexuales, niñas y adolescentes, mayores de edad y mujeres en condición de pobreza.

La psiquiatría por su parte, reduce todo el entramado de violencia sistémica a meras funciones biológicas del cuerpo, tratándonos con drogas psiquiátricas, dañándonos el cerebro con electroshock y psicocirugía, incluso, asegurándose que no tengamos derecho sobre nuestro cuerpo y nuestra maternidad, esterilizándonos forzosamente y quitándonos el derecho al cuidado personal de nuestros hijos e hijas. El miedo al estupro y a la violencia sexual aumenta cuando somos internadas, siendo estos tipos específicos de violencia institucional que se usan contra nosotras a modo de punición.

Como feministas locas, celebramos nuestra diversidad y defendemos el derecho a la locura, consideramos que las respuestas ante situaciones opresivas en la vida de las mujeres no son por ningún motivo “síntomas” de un “trastorno mental”, sino reacciones comprensibles, formas de afrontamiento, sobrevivencia y resistencia ante una sociedad injusta y desigual. Luchamos por despatologizar las respuestas de las mujeres hacia el trauma y la opresión, en el contexto de una lucha mayor contra el abuso psiquiátrico y la violencia machista.

³⁴² <https://locurafeminista.wordpress.com/>

Consideramos que las contribuciones feministas son importantes para enfrentar la psiquiatrización de la experiencia humana, reconociendo la importancia que los esfuerzos feministas nos acompañen en nuestra interpelación hacia la psiquiatría y sus prácticas, en un marco de mutuo enriquecimiento para la ampliación de nuestras luchas compartidas. Valorar nuestras diferencias implica alejar el temor hacia formas distintas de vincularnos con la realidad, como escuchar voces o comportarnos de manera diferente, e implica reconocer que muchas mujeres pueden legitimar las intervenciones psiquiátricas en la medida que no cuentan con miradas alternativas para comprender su sufrimiento y malestar desde una perspectiva social que el feminismo puede entregar. Por eso es necesario sumar fuerzas y dejar de ser cómplices con un sistema opresivo que busca acallar cualquier forma de diferencia o disidencia en el campo de la subjetividad.

Contra la violencia psiquiátrica y patriarcal, seguiremos denunciando sistemáticamente todo tipo de prácticas abusivas en el campo de la salud mental, reivindicando la autonomía de la subjetividad femenina, el fortalecimiento comunitario de nuestras compañeras. Reconocemos y valoramos los saberes y experiencias de mujeres que en la búsqueda de su bienestar, han desarrollado formas de solidaridad y apoyo mutuo. Para nosotras, la lucha contra la opresión psiquiátrica está en el centro de la resistencia feminista. Como locas, seguiremos luchando por la igualdad, porque la defensa del derecho a la locura será feminista o no será.

C. Recursos Audiovisuales

Según lugar, género fílmico y orden cronológico

Chile-Documental

Ríos, Hector (1971). *Entre ponerle y no ponerle*. Cortometraje. Departamento de Cine, Universidad de Chile, Santiago.

Luco, Alfonso (1978) *Pabellón 10*. Cortometraje Documental.

Schultz, Franciso (2001). *La furia de los caballos sin patas*. Largometraje. Entropia

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Salud mental en la comunidad. Experiencias de Chile tras 25 años de integración*. Cortometraje. OPS/OMS.

Colectivo Autogestión Libre-mente (2016). *La locura es la cura*

Riquelme, Pamela (2017) *¿Qué pasa si esto no existe?*

Bravo, Nathalie y Bravo, Pablo (2022). *El dolor invisible*. Largometraje.

Chile-Ficción

Huaiquimilla, Claudia (2021). *Mis hermanos sueñan despiertos*. Largometraje.

Otros países-Documental

Peltonen, Pirkko (1968). *La favola del serpente*. Mediometraje. Subtitulado en español por Locomún.

Quatriglio, Constanza (2015). *87 ore - Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni*. Largometraje. Subtitulado en español por Locomún.

Lago, Laura (2019). *Los fuegos internos*. Largometraje. El Cisne del Arte.

Irigoién Ulaiar, Maier; Sáez Pérez, Isabel; y Oiz Elgorriaga, Iker (2019). *Zauria(k)*. Largometraje.

Otros países-Ficción

BBC (1994). *Takin' Over the Asylum*. Serie.

RAI (2010). *C'era una volta la città dei matti...* Miniserie.

D. Publicaciones relacionadas con la tesis

Alegre-Agís, Elisa; García-Santesmases, Andrea; Pié-Balaguer, Asun; Martínez-Hernández, Ángel; Bekele, Deborah; Morales-Sáez, Nicolás; y Serrano-Miguel, Mercedes (2022). Unraveling reactionary care: the experience of mother-caregivers of adults with Severe Mental Disorders in Catalonia. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 1–24.

Araya, Claudia; Morales, Nicolás; y Leyton, César (2020). El archivo del Hospital Psiquiátrico El Peral: Una experiencia de investigación desde la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 24 (1): 147-168.

Martínez, Ángel; Pié, Asun; Serrano, Mercedes; Alegre, Elisa; Morales, Nicolás; Cela, Xavier; Bekele, Deborah; García-Santesmases, Andrea; y Correa, Martín (2020). “Crónica de un desencuentro: La medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana”. En Maria Epele (comp), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, pp. 79-102.

Martínez-Hernández, Ángel, Asun Pié-Balaguer, Mercedes Serrano-Miguel, Nicolás Morales-Sáez, Andrea García-Santesmases, Deborah Bekele y Elisa Alegre-Agís (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study, *Social Science & Medicine* doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811> .

Morales-Sáez, Nicolás (2021). Por una antropología política de la salud. *Revista Chilena de Antropología* 43: 203-215, doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64440

Morales-Sáez, Nicolás (2022). “Pharmakon, commodity and dystopia. Three approaches to pharmaceutical self in neo-communitarian mental health”. En Ángel Martínez y Lina Masana (Eds). *Subjectivities and Afflictions in Medical Anthropology*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 131-151.

Serrano-Miguel, Mercedes, Asunción Pié-Balaguer y Ángel Martínez-Hernández (coords.) (2020). *Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental*. Tarragona: Publicacions URV- UOC (versiones en catalán e inglés). Coautor.



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI