

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ARQUITECTURA



Arquitectura y salud

Caso de estudio: Hospitales psiquiátricos

TESIS TEÓRICA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ARQUITECTA PRESENTA:

MARIANA GUERRERO SOLANO

ASESORES:

DRA. MÓNICA CEJUDO COLLERA
ARQ. LUIS DE LA TORRE ZATARAIN
ARQ. JAVIER SENOSIAIN AGUILAR

Humanizando al psiquiátrico.

México D.F.

marzo 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AÑO	ENFERMEDADES CONOCIDAS	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	TRATAMIENTO
1566	Manía aguda Manía intermitente Manía remitente Manía crónica Manía alcohólica Alcoholismo agudo Alcoholismo crónico Epilepsia Lipemanía Delirio de grandeza Delirio religioso Delirio de persecución Locura paralítica Locura parcial Locura circular Demencia	Hospital de San Hipólito	
1824	Demencia crónica Demencia alcohólica Demencia puerperal Demencia histérica Demencia erótica Megalomanía	Hospital del Divino Salvador del Mundo	
1867	Melancolía Idiocia Frenesí Delirio de Persecución Hebefrenia Catalepsia Catatonía Paranoia Psicosis Afectivas Físicas Psicosis Maníaco Depresiva Esquizofrenia Trastorno afectivo bipolar	Hospital psiquiátrico de Saint Anne	
1910	Autismo Esquizofrenia Latente Parafrenia Paranoia ideofugitiva Neurosis	Hospital General La Castañeda	
1967		Hospital psiquiátrico Fray Bernardino	
1978		Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	

Contenido

Hipótesis.	5
Objetivo	6
Introducción	8
I. Antecedentes psiquiátricos en México	12
I.1 Antecedentes de Hospitales psiquiátricos	14
Hospitales para dementes en la ciudad de México.	16
I.2 Movimiento Antipsiquiatría en México	54
I.3 Hospitales psiquiátricos en la actualidad	54
II. La Introducción de la arquitectura como parte del tratamiento	57
II.1 Percepción psicológica del espacio en un psiquiátrico	61
II.2 La psicología ambiental como parte del diseño arquitectónico.	68
II.3 Requerimientos sugeridos.	74
II.4 La pertenencia del espacio	76
II.5 El manejo de la curva para inducir cambios conductuales en el paciente	83
II.6 Conclusiones	86

Bibliografía	90
Internet	93
Asesores externos	94
Anexos.	95
Clasificación de enfermedades mentales:	95
1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	96
3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	97
4. Trastornos del estado de ánimo	100
5. Trastornos de ansiedad	101
6. Trastornos somatomorfos	103
7. Trastornos facticios	103
8. Trastornos disociativos	104
9. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.	105
10. Trastornos de la conducta alimentaria	105
11. Trastornos del sueño	106
12. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	106
13. Trastornos adaptativos.	107
14. Trastornos de la personalidad	107
 Glosario de términos técnicos	 109

Hipótesis

LA ARQUITECTURA será parte del tratamiento de los pacientes y proporcionará una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para el personal. El diseño, los colores, la disposición de recorridos, manejo de luz, alturas, uso de materiales, los espacios abiertos así como la integración del exterior influirán de tal manera, que el paciente disminuirá sus niveles de ansiedad y generará una sensación de bienestar.

Aportará través del espacio, una forma de apaciguamiento durante el sufrimiento. El entorno inmediato del individuo influye en su percepción, reacciones, comportamiento y entre los lazos que se puedan crear entre el paciente y el espacio envolvente.

Objetivo

IDENTIFICAR bajo qué circunstancias se puede ayudar al paciente mediante el tratamiento del espacio, el manejo de materiales, composición, color y sonidos, control de luz, juego de vanos y el uso de espacios exteriores.

Identificar el papel que juega la arquitectura en la recuperación / tratamiento de pacientes en psiquiátricos

De qué manera la arquitectura puede simplificar los métodos, mejorar la calidad de vida, disminuir la agresión y daño físico de los pacientes hacia ellos mismos y hacia los demás.

*(...) la vivienda un sustituto del seno materno,
esa primera morada, siempre añorada probablemente,
en la que uno estuvo seguro y se sentía tan bien...*

FREUD, SIGMUND

...La arquitectura no lo ha abandonado ni un instante:

muebles, habitación, luz solar o artificial, (...)

la vivienda, la calle; el sitio urbano, la ciudad (...)

Arquitectura es todo: su silla y su mesa, sus muros y sus

habitaciones, su escalera o su ascensor, su calle, su ciudad...

LE CORBUSIER

Introducción

LA SALUD MENTAL es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, psicológicos y biológicos; incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.²

Las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional han incluido la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las personas que padecen estas enfermedades. La consecuencia es un internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación debida a un tratamiento decadente.

Al surgir la antipsiquiatría, cuyo término desarrolló David G. Cooper en su libro *The Grammar of Living*, se denuncia el ejercicio del poder con violencia y represión a nivel de las instituciones destinadas a resolver las necesidades de los enfermos mentales.

¹Juan Martín Sandoval De Escurdia y María Paz Richard Muñoz, *La salud mental en México*, 2005. En Biblioteca Virtual de la H. Cámara de Diputados.

²Roberto Escandón Carrillo, “¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)”, en Marcelino Castillo Nechar (coord.), *Salud mental, sociedad contemporánea*, Universidad Autónoma del Estado de México, México 2000, p. 17.

Franco Basaglia, líder del movimiento antipsiquiatría italiano, quien asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Italia en 1961, denunció los extremos a que habían llegado las condiciones de manicomios e instituciones similares, y pugnó por su definitiva erradicación. Planteó dentro de los proyectos de reforma psiquiátrica la revisión y análisis de la organización sanitaria a nivel psiquiátrico y junto con un grupo de psiquiatras interesados, documentó y denunció la psiquiatría y servicios relacionados en Francia, Portugal, Alemania, Italia y España que integraban el “Mapa de la Vergüenza”. Los cambios propuestos por esta nueva cultura de la salud se deberían reflejar en cambios prácticos.³

Los planteamientos de la antipsiquiatría permearon el pensamiento de algunos sectores que atendían la salud mental pública en Europa y Estados Unidos a principios de 1960, denunciando el ejercicio del control del poder, el uso de la fuerza y la reclusión a través de la legitimación que recibe el médico para controlar y excluir al enfermo. Cuestiona la presencia misma de una institución como el manicomio y denuncia los excesos de este ejercicio del poder, que producen la pérdida del valor social del individuo recluido. Se cuestiona quién y por qué razones se dice que un individuo está “loco” y las condiciones para su “cura”, sometiendo a estos internos al aislamiento, la reclusión y el maltrato; se pone de manifiesto las íntimas contradicciones de esta institución y todas sus estrategias.

La antipsiquiatría siempre se remitirá a la crisis de la psiquiatría tradicional, y es la respuesta a un sistema asistencial inadecuado en lo relativo a la prevención, tratamiento y atención de los “trastornos mentales”.

Las instituciones psiquiátricas de México no se excluyen de esta realidad si no que, como varios modelos tomados de la cultura europea, se vuelven una referencia y los reproducen.

Refiriéndonos al papel que juega la arquitectura al proyectar un espacio, se debe tomar en cuenta el bienestar del usuario, esta es una prioridad que debe estar presente en todo proceso arquitectónico. Entonces, ¿no sería lógico incluir esa prioridad al diseñar un espacio dedicado al tratamiento de personas con enfermedades o trastornos mentales, siendo ellas las más necesitadas de esa sensación de bienestar que se busca brindar mediante la intervención arquitectónica?

Para cualquier especie animal, particularmente cuanto más desarrollada tenga la parte del cerebro referida a lo cognitivo y emocional, un cambio forzado de ecosistema supone un trauma

³Juan Obiols, (entrevista a Franco Basaglia), en: *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Biblioteca Salvat, Grandes Temas, no. 98, Salvat Editores, Barcelona, 1973, pp. 9-19, 72-85.

importante de gravísimas consecuencias. En este caso la reclusión en un hospital psiquiátrico, se vuelve un espacio agresor inconscientemente. Teniendo que considerar además, la drástica reducción del espacio efectivamente habitable con la privación de libertad ambulatoria y, sobre todo, la entrada en un sistema totalmente cerrado.⁴ Existe una diferencia abismal entre el aparente “espacio existente” y el “espacio disponible” ya que no siempre se puede disponer de todo el espacio existente para el uso del paciente; mediante el adecuado manejo del espacio, puede disminuirse un poco esa distancia entre ambos y crear una ilusión de que el espacio disponible es mayor que el existente.

Las consecuencias de la reclusión no son sólo psicológicas, con el tiempo aparecen serios problemas sensoriales. La vista sufre trastornos, producto de la limitada perspectiva con que se cuenta, además de padecer con los extremados contrastes de luz entre los escasos espacios abiertos y los cuartos, que no siempre cuentan con una buena iluminación, al igual que los largos pasillos, iluminados artificialmente. La carencia de colores hace del espacio un lugar poco estimulante y de gran pobreza cromática.⁵

La privación sensorial provoca ansiedad, tensión, incapacidad para concentrarse y para organizar los propios pensamientos, desorientación temporal, imaginación sensorial vívida como alucinaciones, ilusiones y delirios, quejas somáticas, etcétera. Bajo condiciones de privación sensorial, la supresión de los estímulos hace emerger determinados mecanismos anómalos como regresiones, formación de fantasías, respuestas emocionales primitivas como la agresividad y el ataque, y reacciones mentales pseudopatológicas las cuales surgen como respuesta del inconsciente para suplir de algún modo esa carencia. Por ende al diseñar un espacio destinado a la reclusión del enfermo mental, se debe proporcionar la mayor experiencia sensorial posible a fin de evitar la aparición de reacciones por el cese de ésta.

Hablar de centros psiquiátricos para criminales, es adentrarnos en el ámbito legal un poco a ciegas, ya que el querer intervenir en estos espacios, conllevaría a una reforma inmensurable, para la cual no sé si nuestro México está preparado y dispuesto, ya que siempre existirá el eterno debate sobre la diferencia y los distintos derechos y obligaciones que tienen los enfermos mentales “comunes” (por referirnos a ellos de alguna manera) y los enfermos mentales que han cometido algún crimen, y a los cuales médicamente podría justificárseles el acto criminal, siendo

⁴E. Goffman, *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires, 1974. Goffman señala las notas de un sistema total, autosuficiente, incomunicado con otros sistemas, regimentado al milímetro, des-responsabilizador y violento, con pautas propias.

⁵J. Valverde, *La cárcel y sus consecuencias*, Ed. Popular, Madrid, 1991.

su enfermedad o trastorno mental el causante de dicho evento. Como jamás podrá tenerse la entera certeza de si ésta es auténtica, o una simple artimaña legal para “librarse” de un peor castigo, se le puede ofrecer al menos un sitio más humano para cumplir la condena, con un ambiente mucho menos hostil y más amable.

Aun cuando se quisiera brindar alguna alternativa mediante elementos arquitectónicos y la reinterpretación de los barrotes y lugares de castigo, los organismos encargados de esta materia no lo permitirían, ya que para entender el funcionamiento de un hospital psiquiátrico y todos sus habitantes, es necesario involucrarse directamente, vivirlo y comprenderlos, indagar sobre sus necesidades y dejar de lado el control desde lo lejano de una oficina y el apego al viejo método panóptico “vigilar y castigar”, el cual deja de lado toda esperanza para la reintegración social de los pacientes.

De por sí, la enfermedad mental, al ser diagnosticada, cambia totalmente la vida del paciente y la dinámica habitual en la que participa. Entendiendo esto es de dónde surge la inquietud de introducir a la arquitectura como elemento esencial al hablar de salud mental, ya que si el lugar de tratamiento o reclusión proporciona un bienestar tanto para el interno como para su familia y el personal tratante, entonces se puede hablar de ella como un factor importante en el tratamiento psiquiátrico y como un elemento que actúe indirectamente sobre el subconsciente, generando así una respuesta positiva respecto al entorno.

I. Antecedentes psiquiátricos en México

HASTA DONDE SABEMOS, las enfermedades mentales siempre han existido en la historia de la humanidad, sin embargo, no todas las personas están familiarizadas con ellas. Se sabe de muchos casos en que los llamados enfermos mentales eran aislados, confinados en un lugar apartado y en otras ocasiones hasta se negaba su existencia. Su tratamiento o curación, en el mejor de los casos, estaba al cuidado de médicos no especialistas, habiendo otros que recurrían a curanderos y hasta exorcismos.

La impresión ocasionada por fenómenos considerados en ese entonces sobrenaturales, como los rayos, tormentas, terremotos o la erupción de un volcán, aunados a un mundo hostil en el que se tenía que luchar arduamente para subsistir, probablemente originó en nuestros antepasados problemas mentales que ameritaban atención y tratamiento; surgiendo así la figura del “chamán”, una mezcla de brujo y curandero que asumía las funciones de médico, ya que el arte de curar se encontraba íntimamente ligado con los conceptos metafísicos de aquella época.⁶

Una figura representativa de los primeros curanderos mexicanos fue encontrada en Tlatilco, Estado de México, la cual data del año 1500 a.C. Luce una máscara negra, la cual le cubre las facciones, lo que seguramente le otorgaba al personaje un estatus alto, así como el poder de ejercer influencia sobre sus semejantes. Estas características tienen cierta relación con los conceptos actuales de psicoterapia.

De la época clásica correspondiente a los núcleos culturales importantes de Teotihuacán, Tajín, Monte Albán y el imperio maya, que abarca el período de 1000 a.C. – 600 d.C., se conservan las obras arquitectónicas más impresionantes, pero poco se sabe de sus problemas psiquiátricos.

⁶ Guillermo Calderón Narváez, *Las enfermedades mentales en México*, Editorial Trillas, p. 16.

Antes de la llegada de los conquistadores españoles a nuestro país, se tienen importantes testimonios de la época que abarca del 600 d.C. a 1521 de problemas médicos y procedimientos terapéuticos, encontrados en escritos como en *Códice Martín Badiano*; *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, e *Historia general de las cosas de la Nueva España*.

Códice Martín Badiano

Ilustrado con láminas, algunas de ellas tienen cierta relación con el tratamiento de enfermedades mentales, como son las siguientes:

A) REMEDIO CONTRA LA SANGRE NEGRA (*Nigri remedium sanguinis*)

En la introducción al término náhuatl, que significa melancolía, Badiano utiliza el término común en Europa en el siglo XVI *sangre negra* en donde el texto sugiere lo siguiente: “(El enfermo) ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas.”

B) REMEDIO CONTRA EL MIEDO O MICROPSQUIA (*Timoris remedio uel micropsychiae*)

Se refiere a un aspecto importante de la psicología de estas civilizaciones, ya que la resistencia al dolor y la intrepidez, eran elementos básicos en el entrenamiento de los niños, por lo cual el miedo y la timidez no se toleraban.

El reconocimiento de la melancolía y su descripción dentro de un grupo de enfermedades que se pueden englobar en la categoría de mentales, indica un grado alto de evolución en la medicina prehispánica.

Poco a poco, se fue sistematizando una serie de aspectos que conllevaron a fundar un sitio exclusivo para atender esta problemática.

I.1 ANTECEDENTES DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

En 1409, se fundó en Valencia gracias a fray Joan Gilabert Jofré, el primer hospital dedicado a la atención de los alienados, con el nombre de “Hospital de Ignoscents, Folls e Orats” (Hospital de Inocentes, Locos y Orates) el cual al ser reformado, en 1493, se conformó como un edificio en planta de cruz griega, lo cual permitía separar a los enfermos de acuerdo a su sexo y dolencias. Hacia 1425, el hospital Zaragoza adquirió fama en toda Europa por los tratamientos de que eran objeto los pacientes, ubicando a la locura como una enfermedad. El carácter médico fue una expresión de la influencia de la medicina árabe en España, por la existencia de hospitales para locos desde el siglo VII en la ciudad de Fez. Esta concepción médica de la locura y la actitud asistencial hacia los desvalidos llegaron a México con la conquista.⁷



⁷ Martha Mancilla Villa, *Locura y mujer durante el porfiriato*, Círculo Psicoanalítico Editorial Mexicana, México, 2001, p. 65.

Planta esquemática y perspectiva
del Hospital de Zaragoza.



Hospitales para dementes en la ciudad de México

En el período comprendido entre la consumación de la Independencia y el inicio de la Reforma, los hospitales del Divino Salvador y de San Hipólito corrieron la misma suerte que todas aquellas instituciones religiosas y particulares que tenían a su cargo el atender a los enfermos y a los desvalidos y se vieron afectados por dos condiciones nuevas: una, las Leyes de Reforma y la fuerza del derecho natural contenida en el Acta de Independencia, que al reconocer la igualdad entre los hombres, daba origen a una difícil y contradictoria transformación de las nociones de caridad en servicios de beneficencia pública o privada, y la otra condición fue la inestabilidad política de esos tiempos, acompañada de luchas armadas entre los grupos políticos.

Con la Reforma, la asistencia experimentó cambios graves. Las leyes de desamortización al haber decretado que “Todas las fincas rústicas y urbanas que hoy tienen o administran las corporaciones civiles o eclesiásticas de la república se adjudicarán en propiedad a los que las tienen arrendadas por el valor correspondiente a la renta que en la actualidad pagan”, ocasionaron que los hospitales, asilos, y hospicios perdieran predios cuyos alquileres eran destinados a su sostenimiento. El nombre de las corporaciones comprendía las congregaciones y comunidades religiosas, las parroquias, las cofradías, los ayuntamientos, colegios y en general todo establecimiento o fundación que tuviera carácter de duración perpetua o indefinida. Se exceptuaban de la enajenación los edificios que funcionaban como sedes de las corporaciones, como los conventos, palacios episcopales y municipales, así como colegios, hospitales, hospicios, mercados, casas de corrección y beneficencia. Un par de años después de promulgada la Constitución de 1857, en 1859, los bienes de estos inmuebles pasaron al dominio de la nación.

El gobierno asumía oficialmente el control de estos establecimientos que desde sus inicios estuvieron bajo la jurisdicción de la Iglesia y de particulares que se bastaban a sí mismos, mediante la caridad. Fue un período de transición en que la beneficencia pasaba a ser un ramo de la administración civil, pasaba de religiosa a laica y de privada a pública. Sin embargo fue una evolución dolorosa y compleja en la que no hubo la capacidad económica ni administrativa para al menos poder mantener en buenas condiciones las instituciones existentes.

En el desconcierto de esta transición, cada establecimiento obraba por su cuenta y riesgo bajo la responsabilidad de diferentes autoridades. En 1821, mientras el hospital del Divino Salvador estuvo a cargo de las cofradías, el hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento manteniendo a los enfermos bajo los cuidados de los religiosos hasta 1843. El Ayuntamiento

inspeccionaba solamente a aquellos hospitales que habían quedado bajo su responsabilidad. Los que dependían del clero recibían la inspección por parte de la Secretaría de Justicia y Negocios Eclesiásticos, como era el caso del Divino Salvador. Así, se instauraba un orden liberal y se mantenía una tradición colonial en la asistencia social.

En 1846 se conservaban solamente ocho hospitales, de los cuales apenas seis prestaban servicios efectivos. Entre aquellos que seguían funcionando se encontraban el de mujeres dementes con 85 pacientes y el de hombres dementes con 88 pacientes. En un informe oficial del Consejo Superior de Salubridad que data de 1856, se relata lo siguiente con respecto a la situación de estos hospitales:

El Consejo no puede disimular que los dementes de San Hipólito y el Divino Salvador carecen absolutamente de terrenos cultivables, aguas corrientes, de ciertos talleres y otras distracciones que contribuyen poderosamente a la curación de los locos y que por falta de ellas, se puede decir con toda verdad que los establecimientos referidos son casas de reclusión en lugar de hospitales.⁸

En esta última cita está implicada una noción de enfermedad mental y el tratamiento asociado de la entonces todavía incipiente institución médico-psiquiátrica, en la que se lee la importancia atribuida al trabajo en la curación de los locos, característica de los tratamientos morales.

A. San Hipólito

El Hospital de San Hipólito (1566), para hombres, fue el primer manicomio de América, ubicado a las afueras de la traza urbana; y el Divino Salvador, fundado en 1700, para mujeres; éste se encontraba en un sitio más céntrico. Ambos eran ya insuficientes para la población *demente*, la cual aumentaba al pasar los años vista como un mal social.⁹

El edificio del hospital era amplio, lo cual fue benéfico para los pacientes. Se componía de una vivienda alta para el administrador con vista a la calle, contando con cinco piezas primitivas y otra en la que vivía el Padre Capellán. El interior del hospital era un edificio distinto del que se observaba en la fachada, y únicamente se encontraba contiguo a él; tenía una disposición

⁸ “Reseña de los trabajos del Consejo Superior de Salubridad, correspondientes al año de 1856”, en *La Unión Médica*, VI, 1857, pp. 127-129.

⁹ Martha Mancilla Villa, *op. cit.*, p. 68.

agradable a la vista y diversa de la ordinaria. Eran tres departamentos con tres patios; y aunque una parte constaba de dos pisos, a primera vista parecía sólo de uno. El primer departamento albergaba epilépticos, eclesiásticos, la enfermería, botica y baños, dando un total de veintitrés piezas alrededor de un patio. El segundo departamento era un patio con portales, formado por veinticinco celdas en bajo, húmedas y mal ventiladas. Dos de ellas estaban destinadas a ropería, otras tres ocupadas por los mozos, y cuarenta y cinco para los enfermos, siendo en este departamento los idiotas, furiosos, incurables, alborotadores, ancianos y desaseados. El tercer departamento, que al igual que los otros tenía su patio central con fuente y jardineras, se componía de veinticinco celdas, divididas en secciones de distinguidos, convalecientes y en observación.

El número de enfermos que albergaba el hospital era de ochenta y cinco, además de contar con diez sirvientes, un médico que no residía en el establecimiento, un capellán y el administrador. Los pisos de éstos solían ser fríos, llenos de excremento, los pacientes a menudo se paseaban desnudos.



Hospital de San Hipólito.

Durante el período de la Ilustración, entre 1767 y 1810, la noción de locura que había predominado era que un loco era aquel que mostraba ideas y creencias religiosas diferentes a las de la fe católica y manifestaba un comportamiento que ponía en peligro la convivencia. Esta idea de la locura esencialmente religiosa sufrió muchos cambios. Las ideas de la Ilustración empezaron a influir en un proceso de secularización de la locura colocando al saber médico sobre el saber popular. La pobreza y con ello la locura, adquirieron una connotación esencialmente negativa y comenzaron a ser vistas como lastres para la sociedad y daño económico para la Colonia.

Ni los tribunales ni la sociedad disculparon más la locura. Los mismos tribunales advertían a los hospitales de la necesidad de aislamiento de algún loco. El hospital y la cárcel guardaron tanta similitud en la vida cotidiana de los locos, que uno podía sustituir al otro sin ningún perjuicio. Foucault¹⁰ plantea que el internado en sus formas primitivas ha tenido la función de mecanismo social con la oscura finalidad de eliminar los elementos que parezcan heterogéneos y nocivos al grupo. En la Nueva España, el encierro también asumía una función similar a la de eliminar a los “asociales” (los pobres y los locos). Esta práctica que acompañó al proceso de secularización de la locura fue una de las expresiones de la sensibilidad social con la que se va a formar la conciencia médica de la enajenación mental. Tanto las familias como los tribunales buscaron librarse del loco, de castigarlo por su mal comportamiento y, sobre todo, de corregir su comportamiento escandaloso.

El hospital, en este proceso, adquiriría una nueva fisonomía volviéndose un lugar de reclusión destinado al castigo y a la corrección de cualquier desviación. El internado de un enfermo obedecía, no a su curación, si no a la necesidad de instruirlo en la religión cristiana y poderlo castigar en caso de que persistiera su rebeldía. El encierro en el hospital, en la cárcel o en el hospicio de acuerdo a la ideología ilustrada, devino en un lugar en el que debía reinar el orden tan necesario para el progreso y donde el discurso sobre el loco se alejó del mundo religioso y sobrenatural, y fue acercándose al de la ciencia médica.¹¹

¹⁰ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 1976.

¹¹ Martha Mancilla Villa, *op. cit.*, pp. 71-72.

<i>Diagnósticos</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Manía aguda*	100	6.67
Manía intermitente	17	1.15
Manía remitente	10	0.67
Manía crónica*	39	2.64
Manía alcohólica*	143	9.68
Alcoholismo agudo	31	2.10
Alcoholismo crónico*	633	42.88
Epilepsia*	208	14.09
Lipemanía*	113	7.65
Delirio de grandeza	12	0.81
Delirio religioso*	21	1.42
Delirio de persecución*	18	1.21
Locura parálitica*	84	5.68
Locura parcial	18	1.21
Locura circular	6	0.40
Demencia*	23	1.55
Total	1476	100

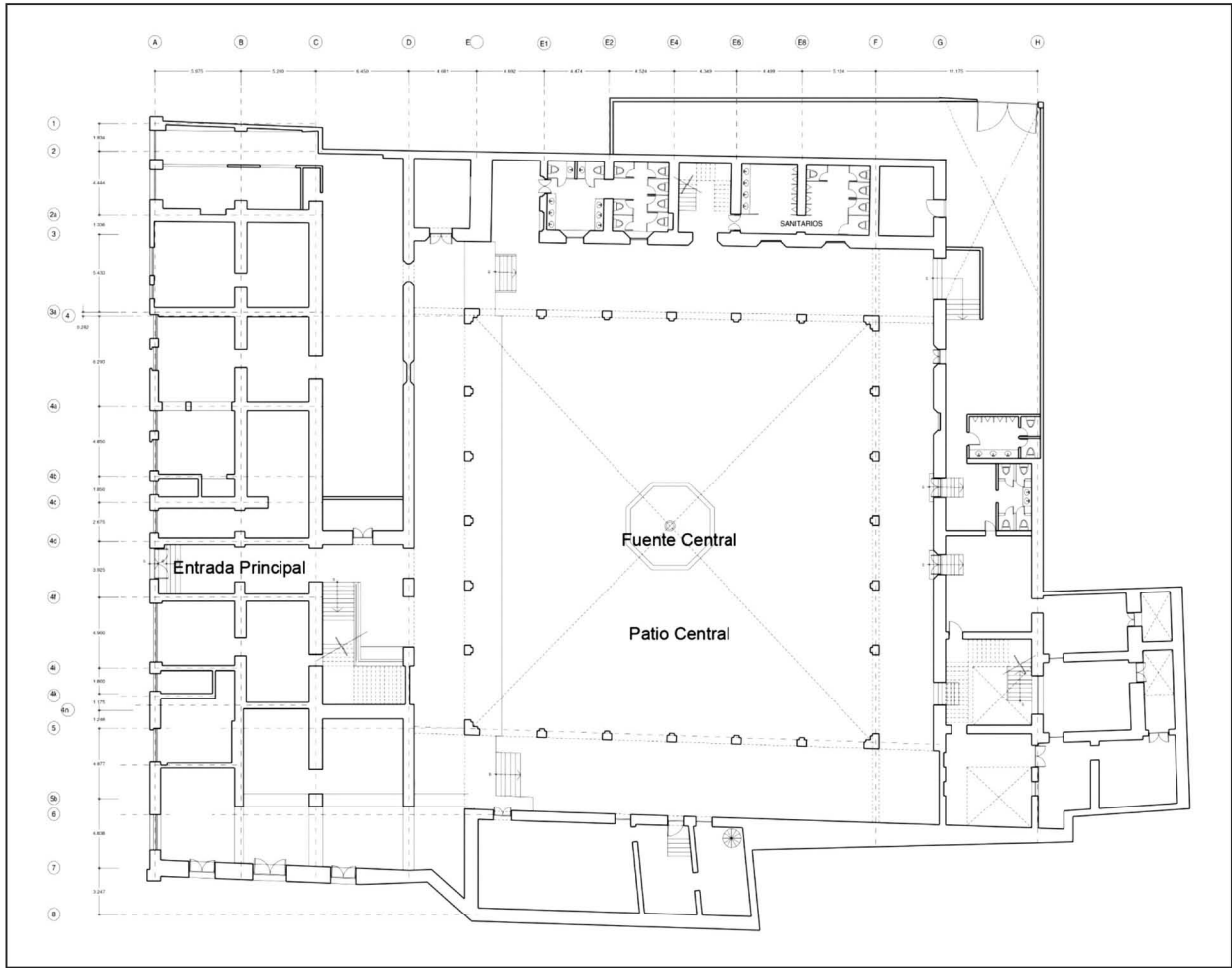
CUADRO 1. Formas de locura de los pacientes de San Hipólito 1867-1886. Las que no tienen asterisco son las que sólo se encontraron en hombres.

A 300 años de su construcción, en 1905, el inmueble fue parcialmente derribado para dar origen a una calle llamada Héroes. Entre 1960 y 1970, la vieja casona fue rescatada de la incuria. Por largo tiempo sus espacios habían sido habitados por gente pobre. Desde ese decenio es un refectorio que conserva su aspecto sólido, de dos pisos con una fuente central y pasillos enmarcados con arcos de medio punto. El edificio de lo que fue el hospital San Hipólito se encuentra al noroeste de la Alameda Central, en el cruce de Paseo de la Reforma y Avenida Hidalgo.¹²



Patio central de San Hipólito.

¹²Guillermo Fajardo Ortiz, *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México 1521-2003*, México, Editorial Glaxo Smith Kline, 2003, pp. 45-47.



Plano actual del convento de San Hipólito.

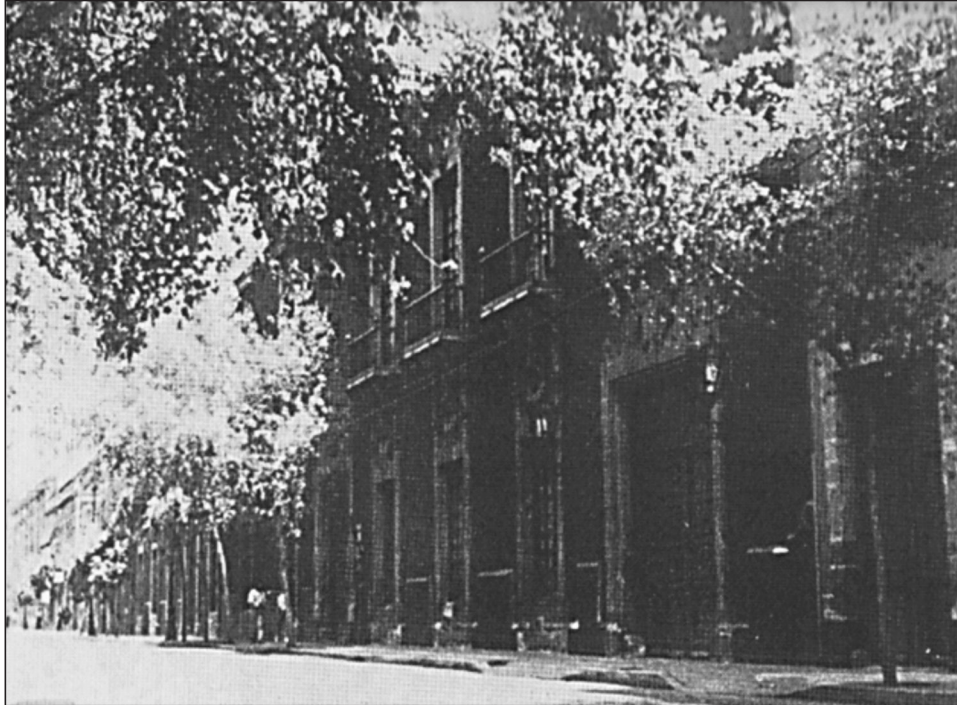
B. El Divino Salvador

Este hospital también conocido como “Casa de locas” y hospital de la Canoa, herencia colonial, en 1824 pasó a ser propiedad de la federación y tanto su administración como su funcionamiento quedaron a cargo del Ayuntamiento. En 1839, madame Calderón de la Barca durante su visita al hospital, describe a una infortunada mujer que la impresionó particularmente, “perteneciente a una familia muy principal, la que con sus largos cabellos esparcidos, sus ojos brillando con fuego salvaje, se asomaba por la ventana abierta de su celdilla [...] y que profiriendo las más tristes lamentaciones suplicaba a cuantos pasaban, [...] que le devolvieran a su marido y a sus hijos”.¹³ Así mismo sus impresiones revelaban las condiciones miserables de las pacientes, atribuidas a la falta de fondos, y señalaban que de ninguna manera se podía comparar con el hospital de San Hipólito.



Fachada del hospital.

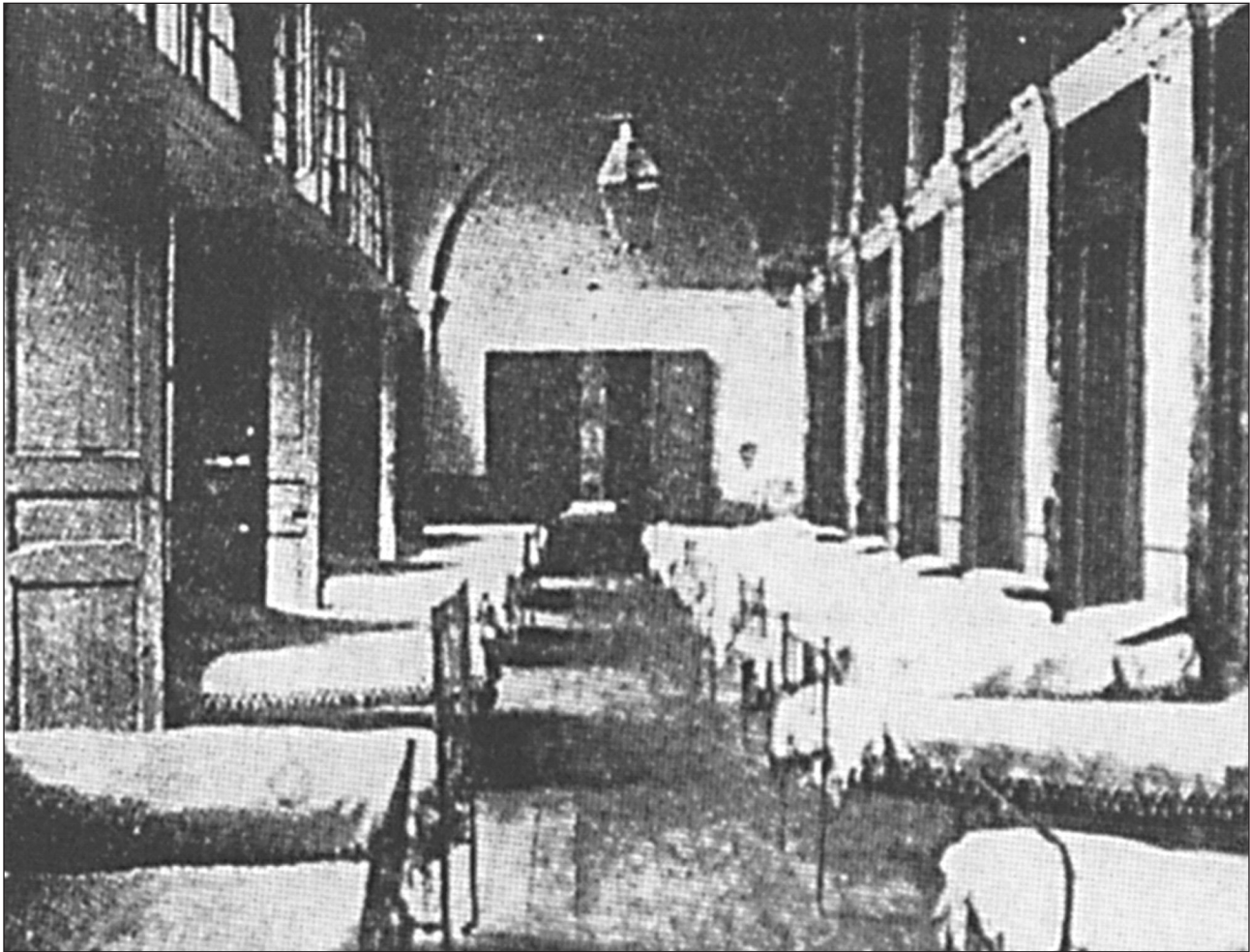
¹³ Marquesa Calderón de la Barca, *La vida en México*, México, Porrúa, 1994, p. 341.



Edificio que albergó el Hospital para Mujeres Dementes del Divino Salvador, 1997. (Fotografía Enrique Riquelme García).

Al parecer, dichas condiciones cambiaron en 1842, cuando el gobierno nombró una junta de beneficencia compuesta por tres señoras, para la inspección de la buena marcha del establecimiento. El régimen interior estuvo a cargo de una rectora y otras auxiliares a sueldo. Esta organización duró solo cuatro años, y en 1845 la Sociedad de San Vicente de Paúl tomó a su cargo el hospital. Desde entonces hasta su expulsión en 1874,¹⁴ las enfermas estuvieron bajo el cuidado de las Hermanas de la Caridad. El arribo de esta orden de religiosas a México fue con el fin de hacerse cargo del cuidado de hospitales, hospicios y demás casas de beneficencia y su presencia marcó “un importante mejoramiento en los servicios hospitalarios que se encontraban

¹⁴ La Ley de Lerdo del 20 de diciembre de 1874 ordenó la expulsión de las Hermanas de la Caridad del Hospital.



Dormitorio del Hospital para Mujeres Dementes del Divino Salvador. (Fotografía tomada de Ramírez moreno, op. cit., p. 25).



Detalle de fachada del hospital.

en un verdadero caos”.¹⁵ En 1860, Miguel Alvarado asumió la dirección del hospital y bajo su conducción se mejoraron las condiciones de vida de las enfermas, “se construyó una sala de labor amplia, seca, con buena luz y ventilación”.

El mismo orden del sistema que se implantó en el establecimiento, proporcionaba formas de terapia ocupacional, así como las condiciones de tranquilidad requeridas por las enfermas además de clasificarlas de acuerdo a sus males. Se programaron actividades recreativas como funciones de teatro, títeres y de música cada domingo. Estas formas

de tratar a las asiladas tenían su origen en ideas médicas del viejo mundo. El manicomio debería de ser un local donde reinara la actividad desde la hora de levantarse hasta la de acostarse, entre las que se incluían diversiones como música, y juego de bolos.

También eran aplicados algunos tratamientos físicos que describe Flores y Troncoso:

...se ha puesto en práctica la aplicación de la luz de algunos colores para ciertos estados. Hay un cuarto de alumbrado con luz azul que recibe por cristales del mismo color, destinado para tratar a las locas agitadas y furiosas, a las que vuelve en el acto la calma y el bienestar, la luz roja para alentar a las melancólicas y que no daba buenos resultados porque los vidrios no estaban pintados de rojo.¹⁶

Las formas de la locura registradas en las internas entre 1867 y 1886, según el trabajo de tesis de Mariano Rivadeneyra, fueron catorce, y aparecen en el siguiente cuadro.¹⁷

¹⁵ Josefina Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, tomo II, Fundaciones de los Siglos XVII y XVIII, Universidad Nacional Autónoma de México/Cruz Roja Mexicana, p. 118.

¹⁶ Francisco de Asís Flores y Troncoso, *Historia de la medicina en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992, tomo III, p. 317.

¹⁷ Mariano Rivadeneyra, *Estadística de la locura en México*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1887, p. 49.

<i>Diagnósticos</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Manía aguda*	69	19.22
Demencia crónica*	20	5.57
Demencia alcohólica*	20	5.57
Alcoholismo crónico*	19	5.29
Lipemania*	68	18.94
Locura paralítica*	20	5.57
Demencia puerperal**	8	2.22
Demencia histérica**	7	1.94
Demencia erótica**	1	0.28
Delirio de persecución*	1	0.28
Megalomanía**	1	0.28
Delirio religioso*	3	0.83
Demencia*	20	5.57
Epilepsia*	102	28.41
Total	359	100

CUADRO 2. Formas de locura de las pacientes del Divino Salvador 1867-1886. Las que aparecen acompañadas de (*) son las que se encontraron en ambos sexos y las que están asociadas a (***) sólo se encontraron en mujeres.

En 1905 José Peón del Valle asumió la dirección del Divino Salvador, tres años antes de que se iniciara la construcción de La Castañeda y cuando se encontraba, una vez más, en un lamentable abandono. Según Enrique Aragón

[...] más que un hospital, parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas de barrotes de hierro en las puertas, separando patios y corredores; celdas con crujías donde se alojaban aglomeradas o recluidas las enfermas enajenadas [...] ¹⁸

¹⁸Samuel Ramírez Moreno, “Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México”, en *Revista Mexicana de la Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, 1934, vol. I, pp. 17-19.

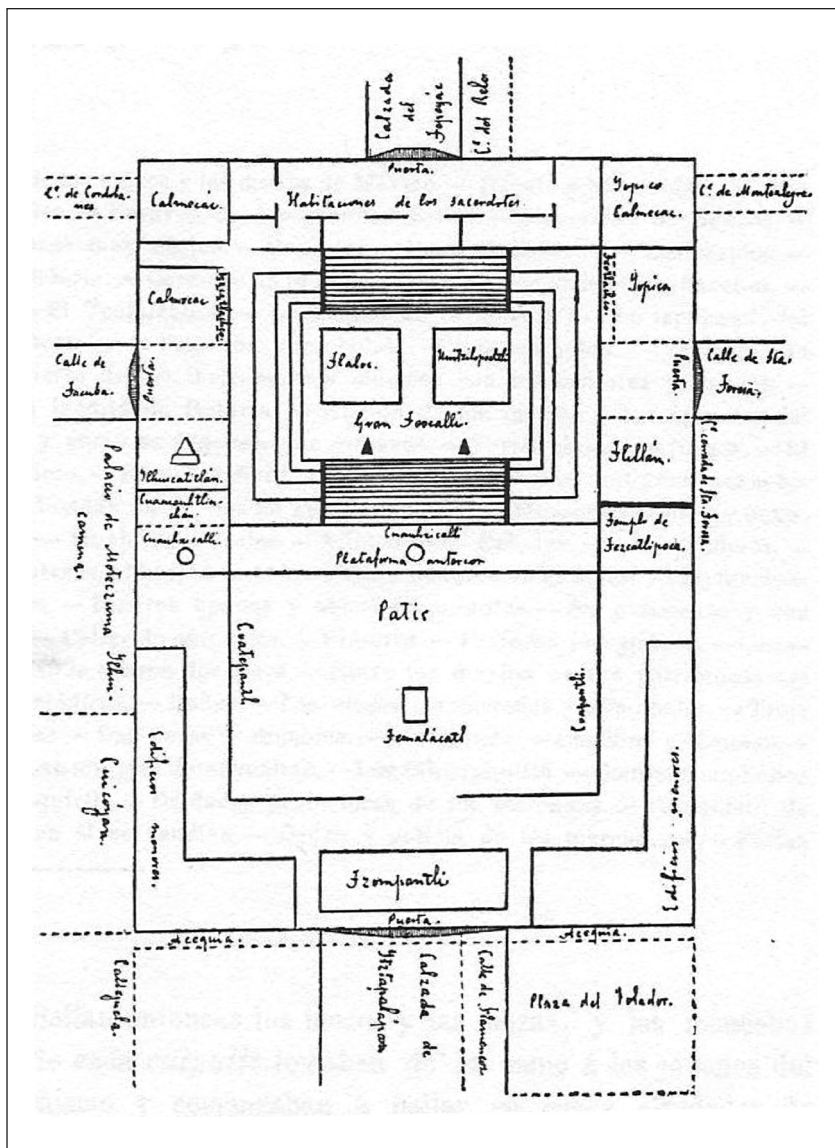
En septiembre de 1910 las pacientes fueron transferidas al moderno manicomio de La Castañeda. Estos dos hospitales permanecieron en la ciudad de México, hasta construida la Castañeda. La reconstrucción histórica de la fundación de estos hospitales proporciona un bosquejo de la experiencia de la locura en el México colonial. Los festejos del primer centenario de la Independencia de México dieron origen al moderno manicomio que marcó el nacimiento de la psiquiatría en nuestro país.¹⁹

El movimiento de *Psiquiatría Democrática* en Italia fue fundamental para el cambio que se generó en la atención psiquiátrica en México; hizo aportaciones tanto teóricas como prácticas, a diferencia del movimiento inglés *Anti-psiquiatría*, el cual se centraba más en el aspecto teórico, llegando a ser un tanto extremista al proclamar que las enfermedades mentales eran producto de la sociedad, y que su origen orgánico era inexistente. El movimiento italiano introduce un cambio respecto a la enfermedad mental y a la asistencia psiquiátrica.

La casa donde se aposentó el Hospital del Divino Salvador, se localiza en el predio noroeste de la manzana formada por las calles de Donceles, Tacuba, Factor –hoy Allende– y la de Manrique –hoy República de Chile–; originalmente abarcaba desde el actual edificio del Monte Pío Luz Saviñón hasta el pasaje Tacuba por el frente de Donceles; por la calle de Allende el mencionado montepío y otros edificios, y por fondo hasta la calle de Tacuba incluyendo el local que ocupa actualmente el café del mismo nombre y parte de la estación de Metro Allende. Este magno edificio colindaba con un solar que le separaba de la Vicaría de la diócesis de la Ciudad de México.

El inmueble en principio, mostraba una fachada similar a la de la Vicaría, con la que colindaba. O sea que se construyó en cantera blanca y gris. Los enrejados y portones eran austeros. Cuando fue reconstruido, se lo hizo con tezontle rojo y cantera gris, respetando sus muros de 45 centímetros de grosor, y sus columnas de 80 centímetros por lado, logrando una sobria y apacible fachada. Contaba con cinco amplios patios rodeados de grandes habitaciones con altos techos abovedados.

¹⁹Charles H. Hale, *La transformación del liberalismo en México a finales del siglo XIX*, México, Editorial Vuelta, 1991; Francisco Hermosillo Adams, “Estructura y movimientos sociales”, en *México en el siglo XIX*, México, Nueva Imagen, 1989, pp. 475-498.



Copia del plano impreso en la página 335 del Tomo II de México a través de los siglos.

C. Hospital Psiquiátrico de Saint Anne

El Centro Hospitalario Saint Anne, ubicado en el extremo sur de París, remonta su historia al s. XIII cuando se construyó la “Casa de la Salud” (Maison de Santé), transformándose en el s. XV en un espacio destinado a albergar a los “enfermos contagiosos” durante la peste.

En 1650 toma el nombre de Centro Hospitalario Santa Ana, cuando Ana de Austria manda construir ahí un hospital, el cual se convierte en hospital psiquiátrico en 1863 gracias a Napoleón III; se le conoce como “Clínica de Asilo”, ya que pretendía ser un lugar de tratamiento, enseñanza e investigación de las enfermedades mentales.

El “asilo”, fue inaugurado el 1 de enero de 1867 y el primer paciente ingresó el 1 de mayo del mismo año; después de la aparición de la corriente Alienista que comienza con Pinel en 1793, y a partir de la cual comienza a verse al sufrimiento mental como una enfermedad.

Durante muchos años, Saint Anne cumplió su función de proteger a los enfermos mentales, mediante el tratamiento con bajas herramientas terapéuticas para la época.

Concebido con los consultorios en planta baja, dormitorios en planta alta, con 16 camas para hombres y 16 para mujeres. Es hasta 1990 que se empieza a utilizar el término “Humanización de los hospitales” que permite espacios más íntimos, y se comienza a hablar de habitaciones para 3 o 4 personas.



Interior del Hospital Psiquiátrico de Saint Anne.



Vista del patio del Hospital Psiquiátrico de Saint Anne.



Acceso a pabellones del hospital.



Corredor del hospital.

D. Hospital General La Castañeda

La Castañeda fue un monumental complejo arquitectónico construido durante el porfiriato. Inaugurado en septiembre de 1910, fue ubicado en Mixcoac, que en ese entonces se encontraba en la periferia capitalina. La mayoría de sus pacientes provenían de hospitales para dementes que databan de la época colonial, el de San Hipólito y el del Divino Salvador.



Fachada de La Castañeda.

El esquema a seguir fue meramente francófilo; los encargados del diseño del nuevo manicomio La Castañeda, se basaron en el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia, Jean Étienne Esquirol;²⁰ para quien buena parte de la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas del edificio.



Acceso principal de La Castañeda.

²⁰ A inicios del siglo XIX, hubo un movimiento de alienistas que pugnaba por la construcción de nuevas instituciones psiquiátricas que permitieran darle un tratamiento científico a los miles de enfermos mentales que se hacinaban en las cárceles, hospicios y hospitales en Francia. Para cambiar esta situación se construyeron nuevos pabellones en antiguos hospitales. Sin embargo, hubo propuestas para la edificación de nuevos hospitales para enfermos mentales de acuerdo con los planteamientos de Jean Étienne Esquirol (1722-1840). Esquirol estudió medicina en Montpellier y en 1799 estuvo como practicante en el hospital con pabellón para enfermos mentales *Salpêtrière* en París. En 1818 presentó su célebre informe al ministro del interior *Los establecimientos consagrados a los alienados en Francia y los medios para mejorarlos*, texto en el cual sentaba las bases de una reforma arquitectónica como parte de los planes terapéuticos.

En consecuencia, las antiguas y oscuras estructuras medievales aumentaban la sensación de encierro e impedían el proceso de recuperación debido a la falta de luz y ventilación. Para evitar ese ambiente tan nocivo, los espacios de encierro destinados para el tratamiento de enfermos mentales debían reunir tres características: la clasificación de los internos debía hacerse según la similitud de síntomas, y a su vez, se separaba cada grupo en pabellones autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, que albergarían a los hospitalizados, la administración y los servicios generales; la eficiencia de un manicomio implicaba que debía ser construido a las afueras de la ciudad.²¹



Pacientes haciendo ejercicio en el interior del hospital.

²¹ Andrés Ríos Molina, “Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del manicomio La Castañeda en 1910”, en *Antípoda* N° 6, enero-junio 2008, pp. 73-90.

Fue bajo estas bases que se diseñó La Castañeda, una imponente reja forjada de once metros de ancho, recibía a sus visitantes con un gran letrero que decía “Manicomio General”²² así como una gran muralla que delimitaba el terreno, con casetas de vigilancia en cada esquina.

Al lado izquierdo de la reja se encontraban la garita del vigilante y una casa con dos recámaras, baño y cocina. Después de pasar la reja, las tres viviendas de los médicos era lo primero que el visitante veía. Cada una tenía despacho, estudio, sala, comedor, cocina, cuarto de servicio, cuatro recámaras, cuarto para el mozo de limpieza y cuatro piezas en el sótano. Frente a estas tres casas estaban los exuberantes jardines que daban una halagadora bienvenida. Una vez adentro, el visitante se encontraba con un complejo arquitectónico acorde con el modelo esquiroliano. Era un conjunto de pabellones autónomos regidos por un eje central que iniciaba con las oficinas de administración, y pabellones laterales que se alineaban de forma casi simétrica. De tal forma, La Castañeda contaba con tres hileras de edificios, al centro se encontraban los servicios generales, a la derecha el pabellón de hombres y a la izquierda el de mujeres, todos separados por amplios corredores. Así el visitante al entrar y después de recorrer los jardines, se encontraba con la imponente fachada del pabellón de servicios generales. Se ingresaba por una prolongada y ancha escalera, o por una de las dos rampas que salían a cada lado de la entrada principal. Este edificio, el más grande del complejo, estaba compuesto por dos pisos y un sótano; allí se concentraban la administración, los salones de clase para estudiantes de medicina, las bodegas, el salón con máquinas para desinfectar y lavar ropa, la botica, el laboratorio, los comedores para empleados, la cocina y, además, el salón de eventos. En la planta alta se encontraba la biblioteca, el archivo, la sala de juntas, el laboratorio, el museo, una sala de lectura y los dormitorios para los internos y la servidumbre.

Detrás de los Servicios Generales, se encontraba el Pabellón de Enfermería y Electroterapia; ahí había un salón para hombres y otro para mujeres, cada uno con veinticuatro camas y con los aparatos transformadores necesarios para la terapia eléctrica. Posterior a éste, se ubicaba el Pabellón de Imbéciles, de una sola planta, el cual tenía una sala para distinguidos, otra para

²² La descripción del manicomio fue tomada del informe presentado por el ingeniero encargado de la obra a Porfirio Díaz, al momento de hacer entrega del Manicomio General al Ministerio de Obras Públicas. El informe se localiza en el Fondo Porfirio Díaz, Biblioteca Javier Clavijero de la Universidad Iberoamericana, carpeta 2722.

la escuela, y en medio del edificio había un comedor, un taller y un espacio para el gimnasio. Al final de esta hilera de edificios estaban los baños para hombres y para mujeres, y el mortuario.

Los pabellones laterales eran los de Distinguidos, Alcohólicos, Tranquilos-divididos en A y B, de acuerdo a la categoría de “indigentes” o “pensionistas”, Infecciosos y Peligrosos.

Los hombres y mujeres siempre estaban en pabellones aparte, con excepción del último, ya que sólo había hombres.

La clasificación se refería a la distribución más conveniente de los enfermos con el fin de lograr su bienestar y en lo posible la recuperación de su salud. Se proponía la separación de sexos, la de la infancia y la de la edad madura y como subdivisiones:

- a) Tres secciones de apacibles en atención a su posición social, a su cultura intelectual y moral y a la circunstancia de tener completamente decaído el entendimiento.
- b) Sección de agitados y turbulentos.
- c) Sección de inválidos y achacosos.
- d) Sección de epilépticos.
- e) Enfermería.
- f) Pensión.

Las cuatro partes que constituyeron el proyecto fueron:

- 1) Plan general del asilo.
- 2) Servicios generales.
- 3) Servicio de los asilados.
- 4) Organización general del asilo.



Vista panorámica de La Castañeda.

Se propuso que el manicomio comprendiera seis grandes grupos, cada uno con una capacidad calculada en base a las estadísticas obtenidas de los hospitales San Hipólito y el Divino Salvador.

Se previó la existencia de 133 camas para aislar a los dementes que se excitaran, las cuales se distribuirían en pabellones de enfermería, con respecto al sexo de los asilados y al requerimiento del reglamento vigente, se tendría que proyectar un asilo para hombres y mujeres. En el proyecto se decidió la separación por medio de rejas disimuladas con macizos de plantas y enredaderas, con el fin de eliminar el aspecto de prisión al asilo, pero garantizando una separación efectiva en general.

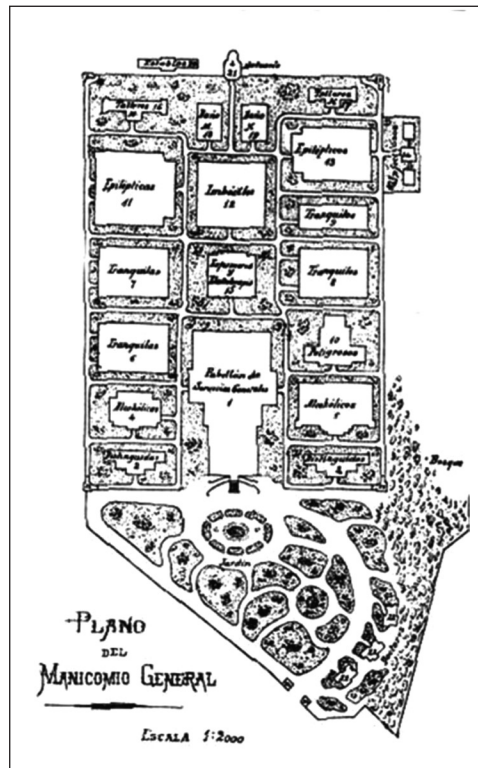


Pacientes haciendo ejercicio como parte de la terapia ocupacional.

El ambiente de La Castañeda, alejado del núcleo urbano y con su imagen de lugar ideal y moralizador, se construyó acorde a la cultura médica de la época. Este tipo de instituciones eran diseñadas teniendo como modelo al sistema llamado “panóptico” con el que se pretendía una vigilancia perfecta de los internados, característica que las acercaba a la arquitectura vigente en materia de prisiones. Con el manicomio la locura ingresa al mundo médico moderno en el

que la arquitectura era en sí misma parte del tratamiento y organizadora del quehacer de médicos, practicantes y enfermeras frente a la enfermedad mental.

Estos proyectos se caracterizaban por una arquitectura que no sólo respondía a valores estéticos; además aportaba soluciones a los requerimientos del nuevo asilo: un control interior articulado y detallado por una teoría de la enfermedad y de la cura. La arquitectura se planeaba dentro de un dispositivo para la transformación de los individuos, citando a Foucault, “obrar sobre aquellos a quienes abriga, permitir la presa sobre su conducta, conducir hasta ellos los efectos del poder, ofrecerlos a un conocimiento, modificarlos”.²³



²³ Michel Foucault, *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI, 1991, p. 177.

E. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

Este hospital fue creado bajo el proyecto “Operación Castañeda”, el cual se desarrolló por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia durante el periodo 1966 a 1967.

La fecha de inauguración del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, fue el 9 de mayo de 1967 y su objetivo fue el de brindar atención médica hospitalaria a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos de diagnóstico y tratamiento modernos para la época. Además de ser la sede para el adiestramiento de personal médico en psiquiatría.

El inmueble consta de 10 pisos y una superficie construida de 20,000 metros cuadrados en donde se disponía de 600 camas.



Vista aérea del hospital a finales de los sesenta.

Administrativamente desde su inicio y hasta 1983 el hospital dependió de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, año en el cual es transferida la responsabilidad administrativa a la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal; del año 1992 a 1995 dependió de la entonces Coordinación de Hospitales, en 1997 se transfiere la dependencia a la recién creada Coordinación de Salud Mental.

En el año de 1992 inició la ampliación y remodelación del hospital constituyéndose una unidad para modernizar las instalaciones de los servicios ambulatorios. A partir de 1995 se estableció su capacidad operativa con 300 camas.



Habitación del hospital.



Corredor del hospital.

Servicios con los que cuenta el hospital:

- *Hospitalización parcial.* Este servicio está diseñado para favorecer la mejoría, rehabilitación y reinserción de los pacientes a la vida social, laboral, familiar y escolar.
- *Consulta externa.* Brinda atención psiquiátrica para adultos provenientes de hospitalización continua y hospitales parciales. Consultas subsecuentes, terapias individuales, terapias de grupo.
- *Hospitalización.* Destinado a la atención de pacientes psiquiátricos agudos, mayores de 18 años, que requieren hospitalización continua; el paciente es valorado por un equipo técnico multidisciplinario, se le realizan exámenes de laboratorio, gabinete, pruebas psicológicas, se le aplica tratamiento farmacológico, se le incluye en grupos de psicoterapia, participa en terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales.
- *Urgencias.* La atención es a pacientes adultos, de ambos sexos, con trastornos mentales y del comportamiento agudo. En caso de trastornos transitorios que no puedan ser manejados en su domicilio se ingresan en la sala de urgencias. De este servicio se efectúa la canalización para la consulta externa, hospitalización continua y parcial u otras unidades según se requiera.



Sala de espera y pasillos del hospital.



Áreas verdes.

Actualmente es la primera institución en el país en la especialidad, certificada por el Consejo de Salubridad General, debido al alto estándar de calidad internacional que brinda a la población con algún trastorno mental; cuenta con 300 camas, tiene una ocupación hospitalaria de 98 por ciento, brinda cada año 50 mil consultas y registra 10 mil egresos hospitalarios.



Sala del Hospital Fray Bernardino Álvarez.



Sala de electroshocks.



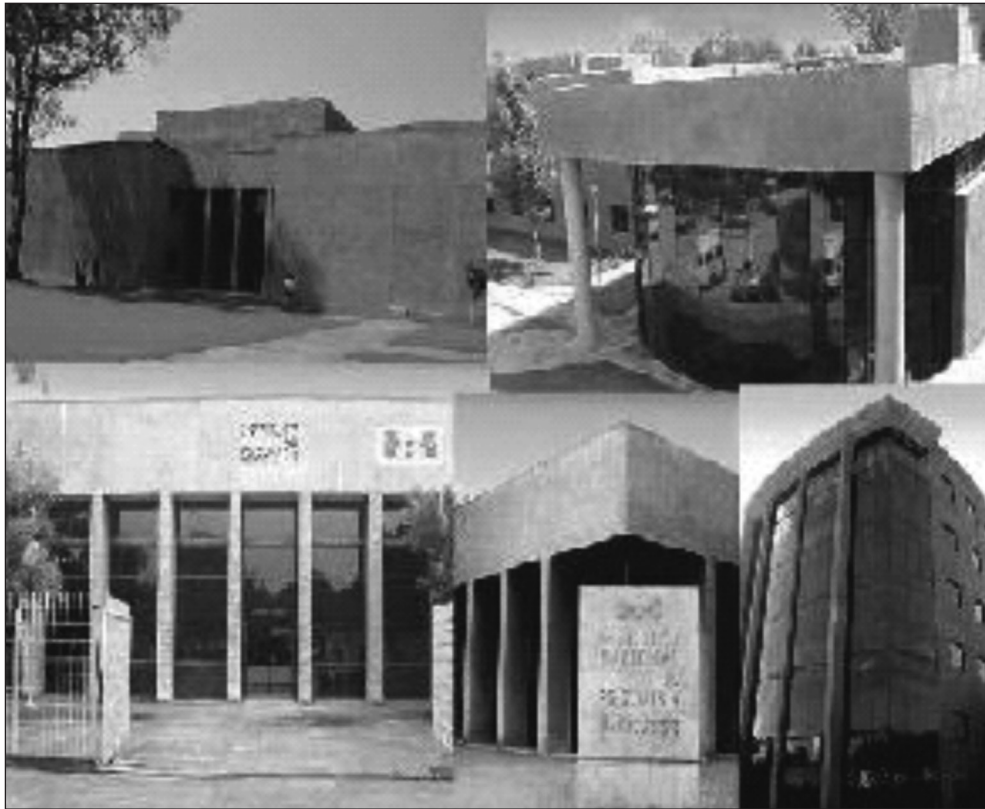
Fachada del hospital.



Habitación individual.

F. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la salud mental.



Instalaciones del INPRFM.

El instituto tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia. Debido a la necesidad de ampliar sus funciones y en respuesta a las gestiones del doctor Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia al importante aspecto de la salud mental. En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, considerando que era necesario sustituir al CEMESAM, por un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desórdenes mentales y de salud mental, con la finalidad de generar soluciones adecuadas. En la primera etapa de su gestación bajo la dirección de su fundador, se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y sin perder la perspectiva social. En palabras de su director, se buscó:

...mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social,... para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes. (Ramón de la Fuente, 2006).

El reto más importante de esos años, fue hacer posible la investigación en salud mental en México, y crear un espacio en donde pudiera llevarse a cabo.

En 1979, junto con un grupo de colegas y alumnos, pensamos que había llegado el momento de fundar un instituto de investigación y de formación de personal en todos los niveles. Desarrollamos el Instituto con laboratorios de investigación básica y clínica, así como un área de estudios epidemiológicos; y sólo después construimos el hospital. Temía que las demandas de la clínica absorbieran los recursos. Sabía que la clave para mantener el Instituto a la vanguardia estaba en la investigación (Ramón de la Fuente, 2006).

En 1988 se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto que le da al Instituto Mexicano de Psiquiatría un instrumento jurídico y el doctor Ramón de la Fuente es nombrado como su director general por dos períodos (1988-1998). El instituto después cambiaría su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en honor a su fundador, el 26 de mayo de 2000.

Las palabras del doctor de la Fuente, en ocasión de la primera reunión de investigación y enseñanza el 11 de Agosto de 1982 fueron:

Comenzaré por mencionar dos ideas generales que orientaron nuestros trabajos. Una, es que los desórdenes mentales y la salud mental sólo pueden ser abordados, tanto en su estudio como en su manejo y prevención, dentro de un marco conceptual que permita tomar en cuenta sus componentes biológicos y psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales. Otra es que deben abordarse en forma prioritaria, los problemas que afectan más grave y extensamente a la población del país.

En la segunda etapa, 1998-2008, se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica. Este proyecto estuvo a cargo del doctor Gerhard Heinze, un clínico sobresaliente quien entendió que la vanguardia podría mantenerse si el instituto era capaz de ofrecer servicios de excelencia y formar a los médicos que llevasen los modelos de atención desarrollados y evaluados en el instituto, a servicios en los que se integrarían al terminar su educación formal. Durante esta etapa sobresale la creación de clínicas especializadas en diferentes desórdenes y se construye un edificio para albergarlas. Se procuró el equilibrio entre la atención de la demanda y la investigación y la enseñanza, a fin de darle a cada una su lugar.

.Actualmente, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales) enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa. Todas las áreas trabajan para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo 2008-2013:

1. Integración multidisciplinaria en la investigación.
2. Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica.
3. Atención basada en los resultados de investigación.
4. Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.
5. Traducción de los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
6. Mantenimiento de un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y que busque el desarrollo de su personal en todos los niveles.



Vestíbulo del instituto.

I.2 MOVIMIENTO ANTIPSIQUIATRÍA EN MÉXICO

Dada la influencia del movimiento antipsiquiatría en México, la psiquiatría mexicana se declaró acérrima partidaria del hospital psiquiátrico, no llamó a su abolición, sino a su transformación en un establecimiento moderno que incluyera los avances psiquiátricos del momento.

Los psiquiatras mexicanos rechazaron tajantemente el manicomio tradicional del tipo asilar, reconociendo que *ésta institución más que aliviar y rehabilitar al enfermo mental, lo conducía a un estado de cronificación y abandono*.

Al querer desechar esa idea del manicomio como un lugar dañino para el paciente, se tuvo la iniciativa de reestructurar la asistencia en torno al hospital psiquiátrico moderno y se propuso una red de servicios subordinada a él, tales como hospitales de día y de noche, secciones psiquiátricas y consulta externa en hospitales generales y centros de salud, talleres y hogares protegidos. Pero debido a falta de recursos, personal capacitado, la reticencia al cambio por parte del personal médico y de la comunidad, la mayoría de estos planes no fueron concretados.

Al contrario de lo que se dijo, lo único que se materializó en esos años en México fue una transformación institucional que dejó atrás el manicomio de La Castañeda. Entre 1960 y 1964 se construyeron una serie de hospitales campestres y hospitales granjas en varios estados de la República Mexicana probablemente en un intento por desconcentrar la sobrepoblación del Manicomio General y por aumentar el número de camas psiquiátricas del país.²⁴

I.3 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN LA ACTUALIDAD

En 1965 comenzaron los planes para finalmente cerrar el Manicomio General y construir once nuevos hospitales, de los cuales la Granja Doctor Fernando Ocaranza se destinó a pacientes crónicos considerados irrecuperables, y se incluyeron dos hospitales para pacientes agudos: uno para niños, el Doctor Juan N. Navarro y otro para adultos, el Fray Bernardino Álvarez.

²⁴ Con base en el exitoso ejemplo de la granja de recuperación de San Pedro del Monte en León Guanajuato (1944), se edificaron los siguientes hospitales granja: “Bernardino Álvarez” en Tlalpan, D.F. (1960); “La Salud” en el Estado de México (1961); “Villahermosa” en Tabasco (1962); “José Sáyo” en el Estado de México (1962); “Cruz del Sur” en Oaxaca (1963); “Cruz del Norte” en Hermosillo (1964).

La creación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente le da a la especialidad una base sólida y científica, y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez aporta a la atención de los pacientes la oportunidad de recibir psicoterapia en sus diversas modalidades.

Entre las propuestas de solución a la demanda de atención psiquiátrica sobresale la creación de anexos de psiquiatría en hospitales generales que en sólo contadas excepciones se dio. Será hasta el tercer milenio que en México se establezca un modelo piloto para la rehabilitación del enfermo mental, conocido como Modelo Hidalgo.

En la actualidad, el Distrito Federal cuenta con tres hospitales psiquiátricos. En 20 estados de la república, incluyendo los de la zona metropolitana, existen 28, con una capacidad instalada de 6,114 camas y con un promedio anual de 25,000 a 30,000 egresos; 4,000 tienen lugar en los hospitales de la ciudad de México. Entre 1960 y 1990, el servicio ambulatorio de psiquiatría y salud mental, como modalidad asistencial alternativa la hospitalización, se ha incrementado en un 614 por ciento; mientras que la hospitalización solamente el 19 por ciento. El número aproximado de psiquiatras en todo el país es de 1,800. Se calcula que el 50 por ciento está localizado en esta ciudad. En el país existen 7 escuelas de psiquiatría.²⁵

En sus inicios se mandaban a los psiquiátricos los casos de miseria, pobreza, gente sin recursos económicos porque no tenían a donde ir. En muchos casos, las familias sólo buscaban abandonar al paciente en un psiquiátrico, ya que éste no aportaba nada, si no que generaba más gastos, y representaba una carga poco costeable para sus familias. También servían como cárceles sociales, si alguien con “poder” mandaba a alguna persona al psiquiátrico, de ahí no salía, ya que loco es aquel que los demás señalan como “anormal”. Se supo también de abandonos de herederos en psiquiátricos para despojarlos de todos sus bienes. Por estas razones existía la necesidad de una reforma psiquiátrica, la cual estableciera requisitos para aceptar pacientes y no saturarlos tan fácilmente, en donde el espacio procurara su bienestar, y no les generara la sensación de ser prisioneros.

No todos los hospitales psiquiátricos son para pacientes internos; existe un servicio de consulta externa para pacientes de tipo agudo, cuya función es prevenir que se presenten las crisis psicóticas, y dar apoyo a la familia. Existe también el *Centro de Día*, para pacientes que después de la evaluación médica, se considera que no deben estar hospitalizados, pero presentan problemas con la familia, con su medio ambiente en general, acuden diariamente a la unidad

²⁵ Informe de la Dirección de Normas de Salud Mental de la Secretaría de Salud, México, 2006.

mientras se puede solucionar o mitigar la situación que ha creado tensión en el paciente y puede llevarle a la crisis psicótica.

En hospitales con pacientes crónicos, a los que no se les concede mucha posibilidad de recuperación, el hospital llega a llenarse y la única solución es abrir otro hospital, o amontonar a los pacientes en el mismo. El enfermo crónico siempre exige un presupuesto fijo, por lo que se trata de evitar la cronificación.

II. La Introducción de la arquitectura como parte del tratamiento

Reubicando al hombre en el centro de la preocupación arquitectónica.

LE CORBUSIER

PARTIENDO DE LA PREMISA de que la arquitectura influye en la vida de las personas, siendo generadora de sensaciones y rigiendo la forma en que experimentamos nuestro entorno, nos lleva a una pregunta esencial para este trabajo.

¿Qué puede aportar la arquitectura en los cuidados médicos de un hospital psiquiátrico hoy en día?

Si analizamos el origen tanto etimológico como cultural de la palabra *Hospital*, en un principio eran establecimientos destinados a dar acogida a los necesitados que se encontraban sin hogar, pronto fueron conocidos como un lugar de refugio para pobres, peregrinos o vagabundos.

Continuando por la misma vía etimológica, el espacio en latín, *spatium*, es una extensión que contiene toda la materia existente, algo en un emplazamiento dado; entonces previamente existe un espacio extenso que será un lugar, y al ser habitado por el hombre, se convierte en un espacio vivencial.

Los espacios que el hombre atraviesa y vive cotidianamente, están formados por lugares; y la esencia de estos últimos tiene su fundamento en las construcciones. Al evocar un lugar, nos situamos junto al contenido de representación en la conciencia y posiblemente con más proximidad a la vivencia que la de aquellos que lo cruzan a diario. De ahí la importancia de transmitir el mensaje adecuado al diseñar un psiquiátrico, ya que se quiere que sus habitantes, tanto pacientes como médicos, personal y visitantes evoquen lugares que les sean agradables, en los que quieran permanecer y de los cuales sientan que forman parte.

La relación del hombre con los lugares y a través de éstos con los espacios, se vincula con la característica de habitar; de esta manera lo vinculamos con las construcciones, las cuales no deben perder su función principal: velar la esencia del habitar, y crear edificios saludables para los seres humanos.

Es importante realizar un análisis para conocer los factores que estimulan en los seres humanos las sensaciones generadoras del sentido de seguridad, confort, bienestar y tranquilidad y así poder controlar esos factores en el espacio vivencial y tener en cuenta las formas, el color, el ritmo, las texturas, los sonidos, las distancias, la amplitud, con el fin de crear ámbitos adecuados para que quien lo habite sienta bienestar, resguardo y protección.

Al observar un objeto, se le asignan significados de acuerdo con nuestras asociaciones privadas, lo que nos lleva a una pregunta clave, ¿de qué manera esto se asocia con las percepciones? Encontramos que la percepción espontánea se asocia con la función.

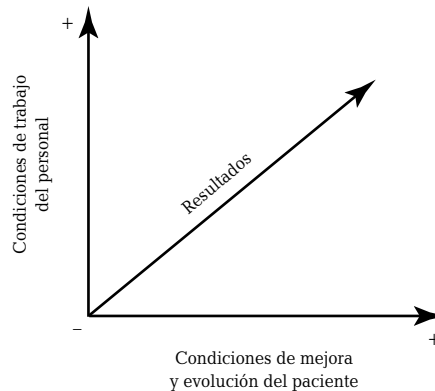
Habiendo estudiado el funcionamiento de un hospital psiquiátrico, su historia, y entendiendo la evolución de las enfermedades mentales bajo las circunstancias que nos rodean día a día, es primordial establecer un factor preponderante para su tratamiento, refiriéndome así al establecimiento en donde se lleva a cabo.

Siendo el tema central el proponer a la arquitectura como método auxiliar en las terapias para pacientes en hospitales psiquiátricos, generar un mayor bienestar y calidad de vida tanto para pacientes como para el personal que ahí labora, es imprescindible comprender que, para el caso particular de los psiquiátricos, el usuario final no puede ser interrogado acerca de las necesidades que en otro género de edificio conllevarían al análisis y solución del proyecto; por lo tanto, en este caso el arquitecto tiene que ir más allá, debe establecer una conexión directa entre la arquitectura y los usuarios, tanto pacientes como médicos y demás personal; analizar cada una de las enfermedades para ver qué puede sensibilizar al paciente y cómo ve las cosas, ya que, en la mayoría de los casos, no se le puede cuestionar debido a que está bajo un tratamiento, el cual puede alterar su percepción de las cosas, situaciones y espacios. Hay que comprender sus necesidades, las cuales varían dependiendo de la enfermedad y tratamiento, proporcionar espacios funcionales y a la vez reconfortantes para el paciente, tratando de dar al entorno, habitualmente frío del psiquiátrico, un tono más humano, más hospitalario.

La búsqueda para entender las aproximaciones entre la organización y concepción del espacio, así como del impacto que puede provocar en el individuo, es constante y su referencia principal debe ser la simple idea de *bienestar*.

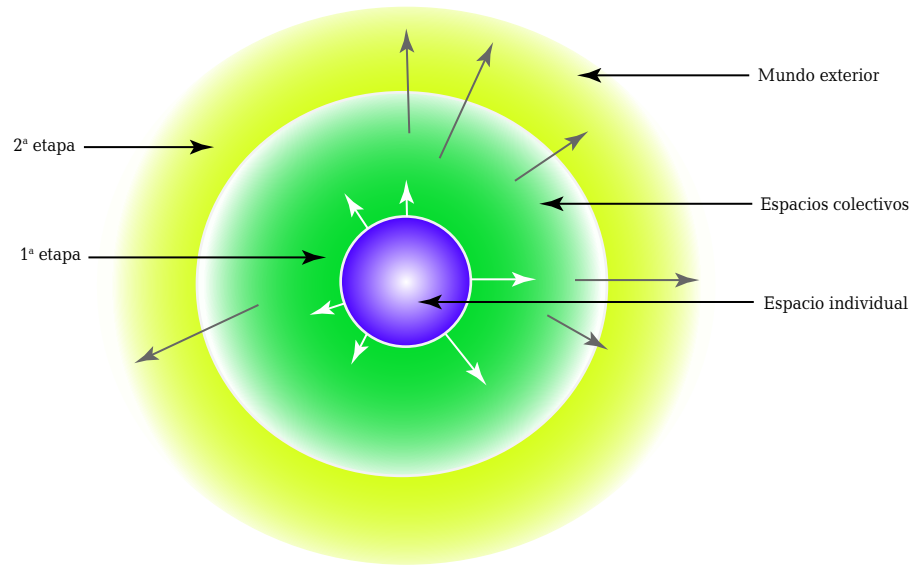
Muchos de los pacientes viven condenados al encierro al no haber recursos suficientes para proveerles de terapias y tratamiento para sus distintas enfermedades, entonces ¿por qué no hacerles un tanto más llevadera la estancia? Si se les provee un espacio adecuado, que tenga las mayores comodidades posibles, para que los internos puedan experimentar la libertad de la cual su enfermedad les ha privado, y ofreciendo a pacientes que vayan únicamente a consulta externa un espacio que los haga sentir tranquilos y no uno que los horrorice con el simple hecho de voltear a ver los barrotes y la agonía que ahí se vive, se podrá decir que se ha logrado el objetivo del proyecto, ya que el proceso de la calidad espacial y arquitectónica se logra a través del entendimiento de las necesidades espaciales que el usuario requiere.

Al cuestionarnos sobre cómo contribuye el espacio arquitectónico en el comportamiento de los pacientes que sufren desórdenes mentales, se tienen que identificar los elementos arquitectónicos a los cuales el individuo es sensible y que podrían participar en la creación de una atmósfera propicia para su tratamiento durante su estadía en el psiquiátrico, tomando en cuenta que las condiciones de mejora y evolución del paciente y las condiciones de trabajo del personal son directamente proporcionales.



Al poner a un paciente en un espacio que lo aleje al máximo de aquello que lo agrede, altera, asusta, hiere, angustia y oprime, es alejarlo de lo que vive debido a su enfermedad, proporcionándole así un sentimiento de bienestar, convirtiendo al espacio en un participante directo en la terapia.

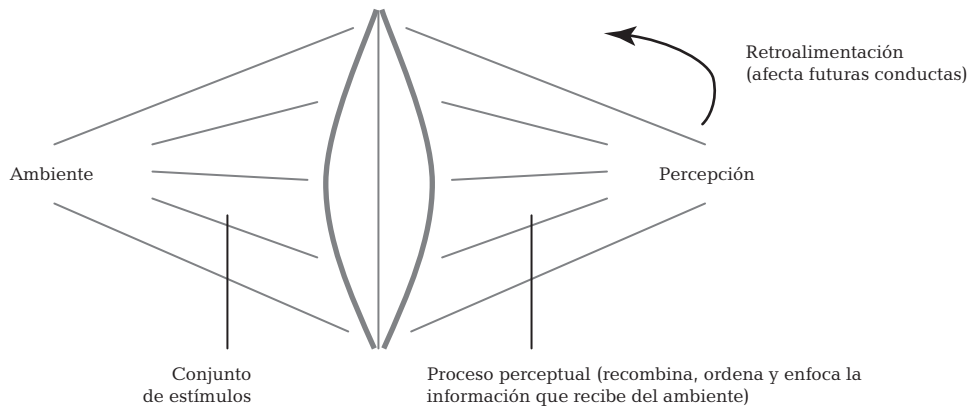
Se debe pensar en proponer un espacio centrífugo, que oriente el espacio interior hacia el espacio exterior con el fin de poner en contacto al paciente con su entorno en dos etapas, la primera siendo la proyección del espacio individual hacia los espacios colectivos, y la segunda la proyección de los espacios colectivos hacia el mundo exterior.



Sin embargo, debemos recordar que el fin de este trabajo no es el de proporcionar una fórmula exacta sobre cómo deben ser proyectados los hospitales psiquiátricos o cómo deben ser readaptados, ni mucho menos crear un reglamento estricto o definir criterios específicos para la configuración del espacio, ya que al hacer esto, limitaría la creatividad y libertad de proyección del arquitecto. En cambio es una guía para hacer ver al arquitecto las necesidades del usuario sin escucharlas directamente de éste, si bien todos los hospitales psiquiátricos funcionan de manera similar, el lugar en donde están situados, así como las limitantes del espacio, es lo que realmente definirá el proyecto pudiendo hacer uso de la investigación aquí plasmada.

II.1 PERCEPCIÓN PSICOLÓGICA DEL ESPACIO EN UN PSIQUIÁTRICO

Al comprender el proceso de percepción del ambiente, es posible diseñar espacios más congruentes con las necesidades psicológicas de las personas. La percepción ambiental implica el proceso de conocer el ambiente físico a través de los sentidos. Las actitudes con respecto al ambiente son los sentimientos favorables o desfavorables que las personas tienen hacia las características del ambiente físico. La percepción proporciona la información básica que determina las ideas que el individuo se forma del ambiente, así como sus actitudes hacia él.



El ambiente debe experimentarse desde múltiples perspectivas a fin de percibirlo en forma total.

El entorno inmediato del individuo influye en su percepción, reacciones, comportamiento, y en la relación que se pueda crear entre el paciente y el espacio envolvente.

EXPERIENCIA MOTORA → INTERCAMBIO FÍSICO ACTIVO CON EL AMBIENTE

Si bien los tiempos han cambiado, aún tenemos la imagen sombría y fría de un hospital psiquiátrico, en donde vemos a los internos sufriendo y no refiriéndonos al punto de vista médico, que no es el objetivo de este trabajo, si no sufriendo las carencias espaciales del recinto en el que se encuentran.

La percepción que nuestro cerebro recibe al entrar a un espacio es fundamental para la manera en la que nos sentiremos estando ahí dentro.

A través de los recursos visuales y mediante la utilización de los diversos materiales en la conformación de los diversos espacios, se puede expresar por ejemplo, mediante el encierro visual, la función de proteger o la de encerrar. Para lograr esas percepciones, se usa como apoyo la utilización de otros recursos como son los colores, aberturas, iluminación, materiales, etc.



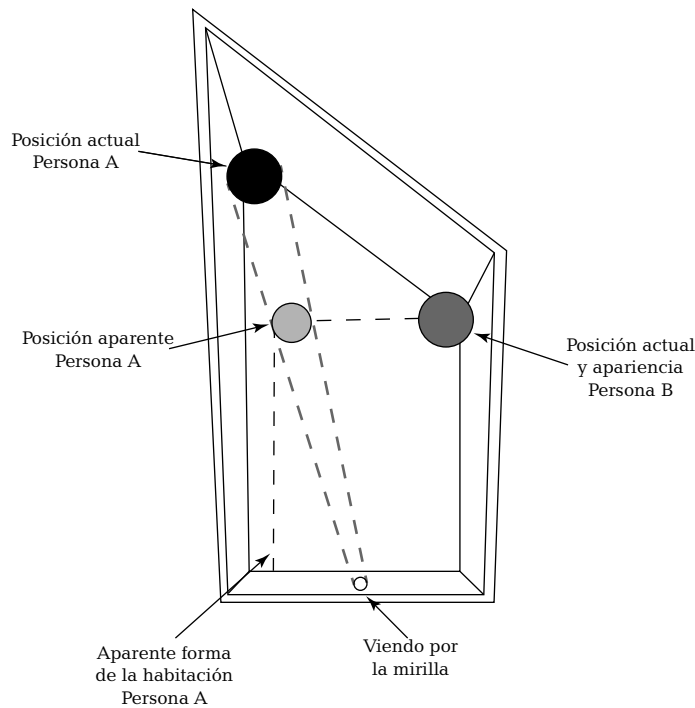
Corredor de hospital.

Al evaluar la claridad en el diseño de dos centros psiquiátricos en 1967, Mayer Spivack encontró elementos que distorsionaban mucho la percepción no sólo de los pacientes con perturbaciones psicológicas sino también la de personas “normales”. Por ejemplo, las superficies de los corredores creaban una serie de reflejos y sombras que avanzaban hacia el observador a lo largo de las paredes, piso y techo. Cuando la luz deslumbrante entraba al corredor por una ventana del opuesto extremo, las personas distantes parecían flotar sobre el piso en confusos contornos, sin pies, muñecas o cuello.

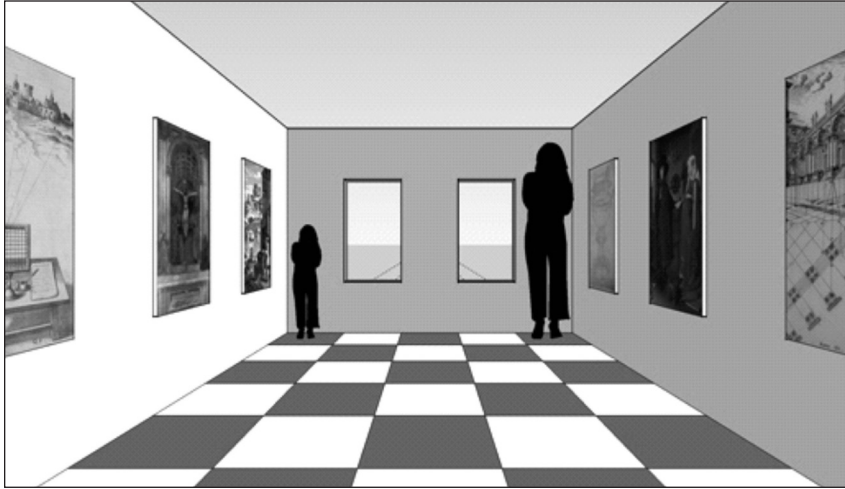
El impacto de las brillantes luces blancas, aparentemente dan la idea de un lugar estéril y muy limpio, lo cual puede funcionar bien en sitios como quirófanos, pero en el caso de los hospitales psiquiátricos resultan agresivas para el paciente que llega a consulta o para ser internado, generando una imagen negativa del lugar, la cual será difícil de cambiar, ya que las primeras impresiones que nos formamos sobre un nuevo lugar, son primordiales para nuestra reacción al adentrarnos al mismo; por lo cual se tiene que encontrar una solución plástica y ambiental, convirtiendo a los materiales de construcción en participantes directos para la reacción de los internos y ofreciendo un ambiente más humano.

En un hospital, Spivack se percató de que al bajar la rampa de un pasillo, se experimentaban ciertos efectos de percepción semejantes a los del cuarto distorsionado de Ames. Aunque el techo del pasillo era horizontal, el piso tenía una gran inclinación, lo cual le daba un aspecto

trapezoidal. A un observador ubicado en la parte alta de la rampa, le podía parecer que las personas que bajaban por la rampa se iban encogiendo hasta finalmente desaparecer tras el umbral de una puerta que se veía no mayor que la entrada a la guarida de un conejo.



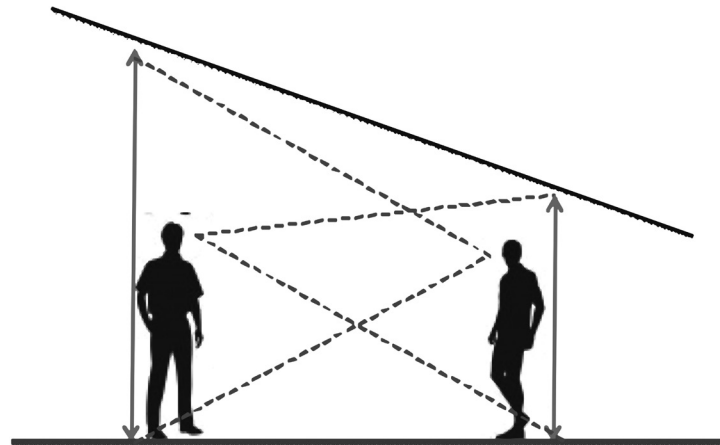
Planta del cuarto distorsionado de Ames



Vista por la mirilla del cuarto distorsionado de Ames.

Mediante el uso de techos inclinados, se ofrece al paciente la posibilidad de decidir su ubicación en el espacio tridimensional y posicionarse a la altura que desee, adaptándose al espacio en función de su propia percepción de la escala, ya que las variaciones de las proporciones del espacio, ofrecen al individuo la posibilidad de adaptarlo a sus necesidades sensoriales, y al mismo tiempo si la volumetría maneja techos inclinados con la parte más alta hacia los exteriores, se convierte en una invitación a salir hacia ellos sin sentir el impacto que causa el atravesar un umbral estrecho y con un techo relativamente pequeño.

La experiencia del espacio interior podrá ser modificada de acuerdo a la ubicación de observación que elija el observador.



Techos inclinados dan al paciente la posibilidad de adecuar el espacio a él.

El ambiente también envía mensajes que ayudan al individuo a orientar sus acciones; en este caso se pueden utilizar diseños en pisos que vayan dando pauta a un recorrido mediante el despiece de pisos, manejo de las formas del mismo, colores, texturas y materiales, pasando de ser un simple piso a referentes, es decir, puntos de orientación para el paciente.



Diseño de pisos en Superkilen, Copenhague.

Se debe analizar el espacio vivencial del hombre y cómo se vincula éste con su salud y la de la comunidad. La influencia de la arquitectura sobre los seres humanos es primordial a la hora de concebir un proyecto; dejar que los espacios transmitan emociones a través de giros o quiebres, juegos de alturas, transparencias, efectos de luz y sombra o el color, idear ambientes imaginando cada suceso dentro de él, es lo que hace interesante la arquitectura al poder, con el criterio propio, crear o dominar sensaciones en las personas que habitan estos espacios. Con el color se pueden lograr efectos de transparencia en donde no los hay por la mezcla aparente de tonos; alivianar o aumentar la densidad de los objetos debido a sus características frías y claras en relación con las cálidas que hacen que los objetos se vean más pesados.

Al llegar un estímulo al órgano sensorial, da lugar a sensaciones y percepciones complejas. Éstas se pueden valorar estéticamente y también tomando en cuenta sus significados y las emociones que se asocian al mismo.



En lo que a la percepción espacial se refiere, pudiesen retomarse los sólidos platónicos para colocar gráficos en los muros y generar espacios infinitos imposibles, creando así la percepción de un espacio mayor al que en realidad es o dar la ilusión de continuidad. Para hacerlo únicamente se tienen que cambiar las aristas que deberían unir cada una de las partes separadas por columnas que son en esencia cubos, sin olvidar que se trata de crear la ilusión de un espacio mayor al existente, no de generar espacios tan imposibles de comprender que puedan generar la reacción opuesta a la esperada.

Uso de sólidos platónicos para generar espacios continuos que no son posibles físicamente.



Uso de sólidos platónicos para generar espacios continuos que no son posibles físicamente.

II.1.1 El color

El color juega un papel fundamental en la percepción del espacio; la armonía entre combinaciones y contrastes que pueden resultar de los diversos tratamientos de color, debe ser una fuente de tranquilidad, sosiego y vitalidad para el paciente.

Al ser resultado de la aplicación de luz sobre una superficie, la aplicación del color y el tipo de iluminación del espacio se transforman en elementos indisolubles.

Nuestro cerebro percibe los colores menos saturados como más lejanos, por lo cual se puede jugar con la gama y tonos de colores en los espacios que por cuestiones de diseño, o funcionalidad, no puedan ser mayores y dar la idea de que el lugar es más grande de lo que aparenta.

En cuanto al tratamiento del color, no se ha logrado encontrar un valor consensual; cuando se descubrió que el verde relajaba, todos los hospitales se bañaron de una gama de verdes, sin que al hacer esto se aumentara la sensación de tranquilidad, si no generando un hartazgo hacia el uso excesivo del mismo color. Existen ciertas pruebas de que el color puede afectar el estado de ánimo y el nivel de estimulación de los individuos así como sus actitudes, lo que permite suponer que dichas diferencias en el estado de ánimo, pueden afectar indirectamente el desempeño de una tarea. Debido a que cada persona moldea su propia imagen, el espacio deberá mantener equilibrio en el uso de los colores, y tomar en cuenta que, más que el efecto que un mismo color haga en el paciente, será cuestión de proporciones debido a que las variaciones de color afectan las reacciones fisiológicas, tales como la presión arterial y el ritmo de la respiración.²⁶

II.2 LA PSICOLOGÍA AMBIENTAL COMO PARTE DEL DISEÑO ARQUITECTÓNICO

La psicología ambiental es la disciplina que se ocupa de analizar las relaciones que, a nivel psicológico, se establecen entre las personas y sus entornos.²⁷

La psicología ambiental comienza a establecerse como disciplina a partir de 1960, pero antes de esta fecha es importante reconocer algunos antecedentes. Por ejemplo La Escuela de la Gestalt, que al tener en cuenta una concepción holística para explicar la conducta, permitió

²⁶ Charles J. Holahan, *Psicología ambiental. Un enfoque general*, Editorial Limusa, México, 2011, pp. 160-161.

²⁷ Sergi Valera, "Cognición, representación y apropiación del espacio", en *Psicología Ambiental: Bases Teóricas y Epistemológicas*, Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona, 1996, pp.1-14.

dar un salto cualitativo en la materia, al igual que los estudios realizados por Roethlisberger y Dickson en 1939, para averiguar cómo impacta el medio físico sobre la conducta.

El foco de investigación de la psicología ambiental, es la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humanas. Debido a que no solamente los escenarios físicos afectan la conducta de la persona, sino que los individuos influyen activamente sobre el ambiente, se debe procurar que la percepción y conducta en el espacio sean propicias para una estancia agradable. Los efectos del ambiente sobre la conducta son mediados por una variedad de procesos psicológicos adaptativos, por lo que la arquitectura y la conducta humana mantienen una estrecha relación.

La utilidad de una construcción dependerá del grado en que satisfaga las necesidades y la diversidad de actividades de sus ocupantes. Muchos edificios destinados a hospitales psiquiátricos no reúnen las características que la conducta de sus usuarios requiere. Cada entorno arquitectónico está asociado con patrones de conducta característicos. Estos patrones son estables y duraderos, aun cuando cambien algunas de las personas que alberga dicho entorno. Sin embargo, el sentido común no es una pauta adecuada para entender la relación entre el diseño y la conducta; por ejemplo, en un hospital psiquiátrico los comedores son más utilizados como área de recreo que como lugar para tomar alimentos y las salas de juego se utilizan más para dormir que para realizar actividades recreativas.

En 1960, para evaluar los efectos psicológicos del ambiente de algunas instituciones en los hospitales psiquiátricos, se demostró que las formas positivas de interacción social entre los pacientes podían aumentar substancialmente mediante la remodelación física del pabellón para hacerlo más atractivo y alegre. Descubriendo que los túneles o corredores largos, típicos de muchos hospitales psiquiátricos, pueden ocasionar distorsiones en la percepción auditiva y visual de los pacientes.²⁸

Mediante el manejo de formas, volúmenes, colores, texturas, proporciones del espacio, así como la integración del exterior al interior del recinto, y el juego con el diseño de paisaje y el manejo del agua, podrá brindársele al paciente una nueva forma de apaciguamiento totalmente ajena al tratamiento médico, pero formando parte del tratamiento terapéutico.

Se debe tratar de mantener al paciente con el mayor contacto posible con el mundo exterior y no aislarlo; logrando así una interacción del exterior con el interior, para que al momento de salir de la institución, el cambio no sea tan drástico como para aportar nuevos conflictos al paciente.

²⁸ Charles J. Holahan, *op. cit.*, pp. 32-33.



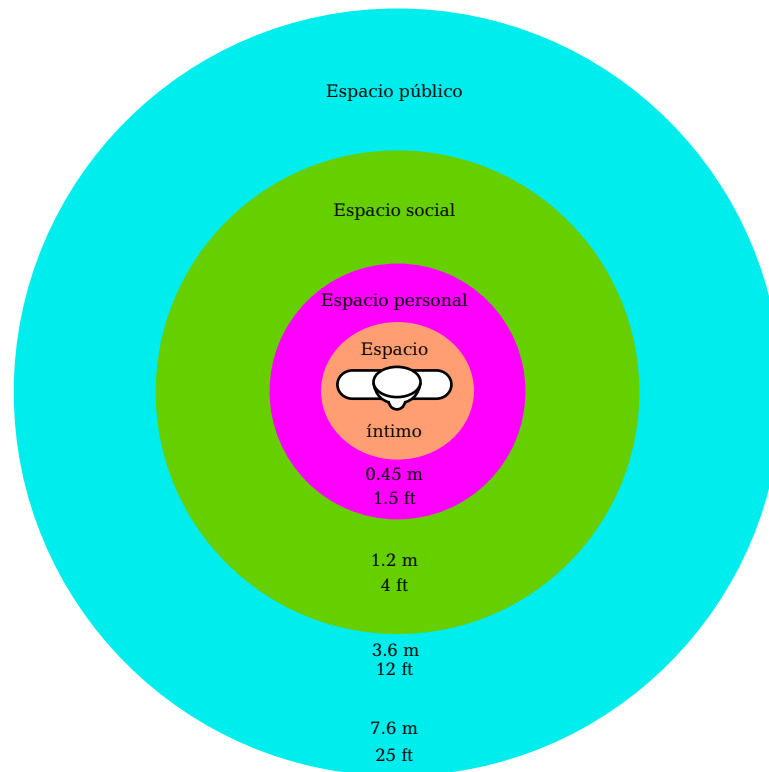
La visibilidad en el manejo de túneles es limitada así como la percepción de la distancia del mismo.



La integración del interior al exterior, uso de espacios abiertos y vegetación como parte indirecta del tratamiento.
Interior del Extend helsingborg Hospital, Suecia.

El estudio de la función social del espacio físico puede contribuir a diseñar ambientes que favorezcan los patrones naturales de interacción social entre las personas. Ningún grupo puede funcionar de manera efectiva si el ambiente físico no concuerda con los patrones normales de interacción social del grupo. Lugares destinados a fomentar el contacto social entre la gente, como el salón de actividades de un hospital, son a menudo construidos sin un cabal conocimiento sobre la conducta del espacio personal, por lo que dichos lugares impiden el contacto social en vez de fomentarlo, olvidando el objetivo original al diseñarlo.

Refiriéndonos al espacio personal, las diversas características arquitectónicas producen efectos considerables para el diseño. Mientras más encerrado es un lugar, mayor espacio personal desean sus ocupantes.



El conocimiento acerca del espacio personal para la planeación ambiental de un hospital psiquiátrico es fundamental. En 1958, Hugo Ross demostró que para aumentar la interacción social entre pacientes mujeres de un pabellón recientemente remodelado, después de haber sido pintado con colores alegres y agregado muebles en la estancia, el lugar era notable por su falta de interacción social debido a que las sillas habían sido dispuestas de forma sociófuga, la mayor parte de ellas estaban alineadas a lo largo de las paredes. Al cambiar las sillas a una distribución sociópeta, agrupándolas alrededor de mesas pequeñas situadas por toda la sala, se logró aumentar la interacción social entre las pacientes.

En cuanto al diseño de consultorios y el espacio personal, a medida que aumenta la distancia entre el consejero y el paciente, la interacción social se percibe menos cálida y agradable. Las distancias intermedias producen menos ansiedad que las distancias demasiado cortas o demasiado grandes.

Se tendrán que tomar en cuenta todo tipo de interacciones esperadas dependiendo cada área, ya que en algunas por conveniencia para ciertos tratamientos, será más adecuado mantener separados a los pacientes para poder distribuir medicamentos, o estudiar los avances y mejoras de su enfermedad.

II.2.1 Arquitectura ventral

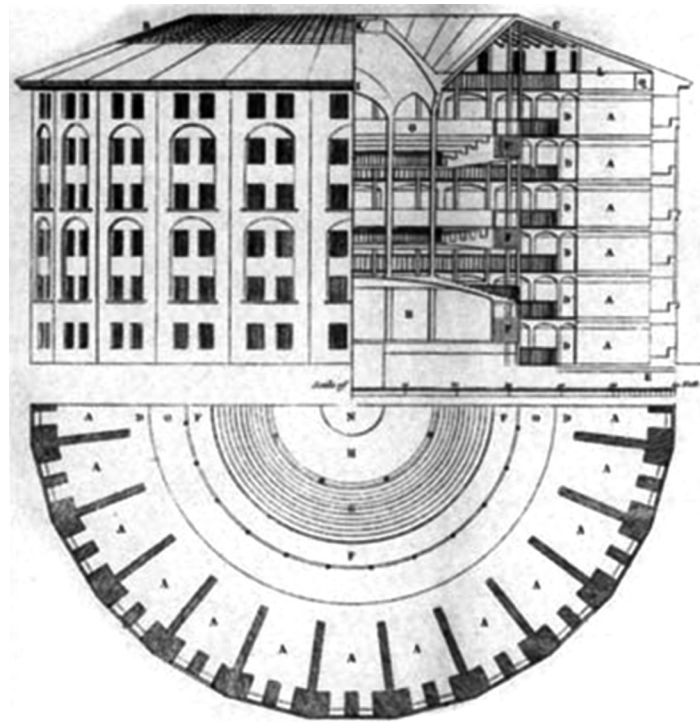
La primera experiencia humana en el mundo es de origen espacial. Conforme el ser humano va adquiriendo conciencia, comprende que existe porque está inmerso en algo. El vientre materno como claustro proveedor de vida y primer hábitat del ser humano, reúne todas las características biológicas básicas para que ese otro ser (que en ese periodo de gestación también ha devenido vientre), se desarrolle dentro de él. Sin embargo cuando se da la ruptura de ese ambiente benigno, (parto natural o cesárea) el ser humano comienza a buscar condiciones afables similares en su entorno. Estas condiciones vitales se pueden encontrar en los recintos domésticos de cualquier cultura. La casa al igual que el vientre materno, opera como un espacio protector y campo de la primera interacción social del hombre. En nuestro caso de estudio el hospital psiquiátrico sería el espacio protector y campo de interacción social del paciente.

Partiendo de la hipótesis de que la vivienda del hombre es el lugar de la resignificación del seno materno, la vivienda ha sido desde los orígenes del hombre, un sustituto del seno materno al cual quisiera volver y añora por el sentimiento de seguridad y protección que allí encuentra;

la psicología y la arquitectura han acompañado la evolución del mismo; entonces el hecho arquitectónico sigue siendo un recurso donde se continúa proyectando una necesidad inicial, encontrando los significados que construyó a través de la historia de la humanidad y los que construye de manera permanente.

II.2.2 Panóptico

El modelo panóptico es un tipo de arquitectura carcelaria propuesta por el filósofo Jeremy Bentham a finales del siglo XVIII. El objetivo de la estructura panóptica, era la de permitir a un individuo, ubicado en una torre central, observar a todos los presos, encerrados en celdas individuales alrededor de la torre, sin que ellos pudieran saber si eran observados, creando así en los presos un sentimiento de omnipresencia invisible. Este modelo se aplicó en prisiones, fábricas e instituciones psiquiátricas. Su efectividad estaba basada en la generación de estados de aislamiento y paranoia, producidos al instalar a los individuos en celdas incomunicadas entre sí dispuestas de forma circular sin poder ver a su vigilante, pero sabiéndose vigilados constantemente desde la torre central, logrando el control al no poder el vigilante abarcar todas las celdas en todo momento.²⁹



²⁹ Ben F. Barton y Marthalee S. Barton, "Modes of Power in Technical and Professional Visuals", en *Journal of Business and Technical Communication*, 7.1, 1993, pp. 138-162.

Los circuitos cerrados de vigilancia por monitoreo demuestran la transformación evolutiva del edificio panóptico como modelo de vigilancia y control ante los avances de la tecnología.³⁰

Foucault, al estudiar la arquitectura hospitalaria en la segunda mitad del siglo XVIII, época en que se desarrolló el gran movimiento de reforma en las instituciones médicas, describe así el edificio: “Una estructura semicircular, con habitaciones que estén abiertas hacia el interior de un patio y cerradas hacia afuera. En el patio, en medio del diámetro encontramos una torre, de la misma se ve hacia las habitaciones que dan al patio.” En la torre se sitúa el vigilante que mirará constantemente; al menos esa será la idea que tendrán las personas que estén en las habitaciones. Debido a la facilidad para contemplar a los pacientes y a su vez la presunción que crearía el sentirse vigilado, harían más económico este sistema por sobre los otros. Jeremy Bentham no sólo lo propone como modelo de prisión sino que lo postula para ser hospital, escuela, lugar de trabajo, etc.³¹

II.3 REQUERIMIENTOS SUGERIDOS

Un manicomio debía estar situado en los alrededores de una población, a una distancia que permitiera la comunicación y que a su vez no impidiera el aislamiento. Los asilos modernos se proyectaban en la periferia de las ciudades, el lugar tenía que cumplir con las condiciones que garantizaran el reposo, la tranquilidad y el silencio al enfermo y, a la vez, que los mantuvieran lo suficientemente alejado para evitarle a los vecinos el cotidiano espectáculo nocturno que los internos desplegaban con sus gritos y su agitación.³² Debían contemplarse en el diseño arquitectónico, instalaciones para terapia rural, deporte, gimnasia, música, etc.³³

El sitio que eligieran debería tener una extensión de terreno que permitiera la ampliación en caso necesario. También debería contar con una parte de terreno, un campo, que pudiera dedicarse a actividades agrícolas donde los enfermos pudieran pasear. Se recomendaba una planicie elevada con una inclinación que facilitara la corriente de aguas. La elevación suficiente

³⁰ http://www.avizora.com/publicaciones/derecho/textos/0010_panoptico_teoría_vigilancia.htm

³¹ Javier García Algarra, *La reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y sus modelos arquitectónicos*, UNED, 2002.

³² Martha Mancilla Villa, *op. cit.*, p. 133.

³³ Ma. Teresa Döring, *Contra el manicomio*, UAM, 2000, p. 392.

que permitiera al enfermo extender su vista hacia un paisaje ameno y variado. Que la exposición del terreno debía ser tal que le suministrara a las habitaciones aire y luz con amplitud. Un asilo de locos no debía de ser una explotación agrícola si no, que más bien, sus tierras deberían permitir un trabajo fácil en horas adecuadas, que proporcionara al enfermo ocupación y distracción, y a su vez aportar algo para los fondos del lugar sin que esto se volviera *ergoterapia* (mano de obra barata).³⁴

Es importante el permitir a los pacientes deambular libremente por el lugar, pero sin olvidar que necesitarán puntos de referencia por si desean moverse a algún espacio en específico o volver al punto inicial. Es conveniente que los pabellones de pacientes cuenten con relojes, almanaques y carteles indicadores de los lugares; esto permitirá a los internados su ubicación en espacio y tiempo.

Es necesario que el paciente disponga de una gama de espacios desde muy grandes y colectivos, hasta lugares pequeños e internos, para que pueda vivenciar, discriminar y manejar las dos situaciones límites, la participación en el grupo y el aislamiento.

El planteamiento arquitectónico general de los hospitales psiquiátricos debe evitar la ideología carcelaria evitando grandes ejes de simetría, barrotes, pabellones que sean exactamente idénticos los unos a los otros (lo cual dificulta la ubicación espacial y confunde la pertenencia afectiva de los pacientes respecto a su habitat). Los artefactos sanitarios serán los convencionales de la arquitectura sanitaria y contarán con puertas y cortinas que creen intimidad en w.c. y duchas.

El ideal es crear un edificio donde la dialéctica interior y exterior sea armoniosa, perfecta. Donde el exterior permita introducir al interior, anunciarlo.

La inclusión de plantas de cualquier tipo ayuda a percibir el ciclo anual. Por otra parte también son un modelo de proceso vital, con nacimiento, crecimiento y muerte.

El ambiente creado por la arquitectura puede contener elementos capaces de captarla, ya sea hacia lo exterior o hacia el interior.

³⁴ Martha Mancilla Villa, *op. cit.*, p.134.

II.4 LA PERTENENCIA DEL ESPACIO

Los vínculos que las personas establecen con el espacio han sido objeto de análisis desde múltiples perspectivas. El apego al lugar, la identidad de lugar, la identidad social, urbana y el espacio urbano, son algunos de los principales conceptos con que se abordan procesos que nos hablan de la interacción de las personas con su entorno y sus principales efectos. El fenómeno del sentido de pertenencia o apropiación del espacio supone una aproximación conceptual cuya naturaleza dialéctica permite concebir algunos de estos conceptos de manera integral.

Los vínculos entre las personas y el espacio, entendidos como construcción social de lugares, en donde la cuestión de la exclusión o la inclusión de las personas es un punto clave en la forma de generar significados y vínculos con el entorno.

A través de la apropiación, la persona se hace a sí misma mediante las propias acciones, en un contexto social, cultural e histórico. Este proceso, cercano al de socialización, es también el del dominio de las significaciones del objeto o del espacio que *le pertenece*, independientemente de su propiedad legal. Es un fenómeno temporal, lo que significa considerar los cambios en la persona a lo largo del tiempo. Se trata de un proceso dinámico de interacción de la persona con el medio.³⁵

La identificación simbólica se vincula con procesos afectivos, cognitivos e interactivos; por medio de la identificación simbólica, la persona y el grupo se reconocen en el entorno, y mediante procesos de categorización del yo, en el sentido de Turner,³⁶ las personas y los grupos se autoatribuyen las cualidades del entorno como definitorias de su identidad.³⁷

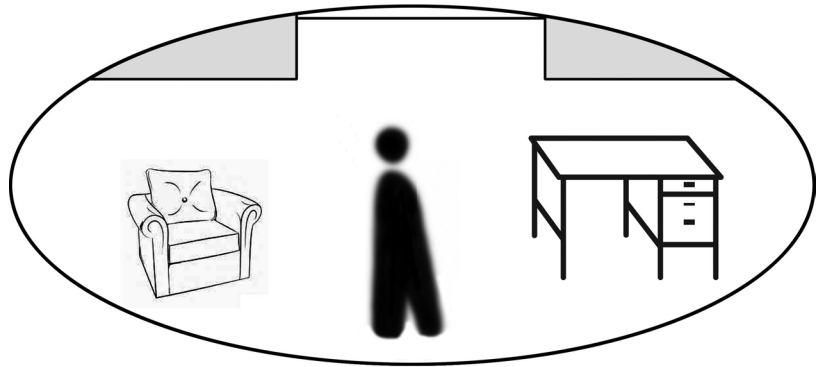
³⁵ Perla Korosec-Serfaty, *Appropriation of space Proceedings of the Strasbourg conference*, Strasbourg-Lovaine La Neuve: CIACO, 1976.

³⁶ J.C. Turner, *Redescubrir el grupo social*, Madrid, Morata, 1990.

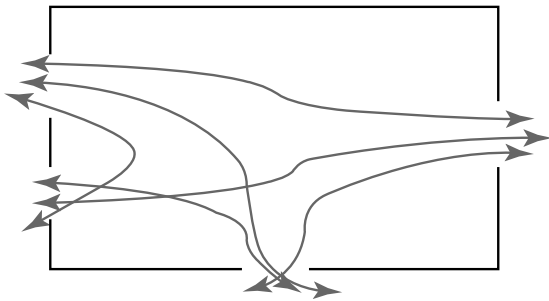
³⁷ S. Valera y E. Pol, "El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental", en *Anuario de Psicología* 62, 1994, pp., 5-24.

Considerando la dinámica en la que se utilizan los espacios, hay básicamente dos usos que se les da a éstos: atravesarlos, o habitarlos. Idealmente un espacio *transitable* debería llevarnos a un espacio *habitable*,³⁸ generando así ese sentido de pertenencia en un espacio habitable, el cual se suele olvidar al convertir espacios habitables en transitables, como las salas de espera de hospitales, la diferencia entre un uso y otro debe definirla el espacio para generar así un lugar que realmente exprese el uso para el cual fue diseñado.

Se puede diferenciar un espacio transitable de uno habitable utilizando diferencia de alturas en el techo.



La mayoría de los espacios son diseñados alrededor de un diagrama de circulación para facilitar el movimiento en cualquier dirección tan fácil como sea posible de tal modo que terminen siendo corredores invisibles sin ningún espacio para estar, sentirse seguro o relajarse.



Al tener muchas puerts, un espacio deja de ser habitable para convertirse en un simple corredor.

³⁸ Ianto Evans, Michael G. Smith, Linda Smiley, "The handsculpted house", Chelsea Green Publishing Company, U.S.A., 2002.p.p. 5,96-98, 102

Los procesos que implican el fenómeno de la apropiación del espacio suponen una forma de comprender y explicar cómo se generan los vínculos que las personas mantienen con los espacios, como “depósitos” de significados compartidos por diferentes grupos sociales; una categoría social más, a partir de la cual se desarrollan aspectos de la identidad; tendencias a permanecer cerca de los lugares, o como fuente de seguridad y satisfacción derivadas del apego al lugar.

Si la apropiación es el proceso por el que un espacio deviene para la persona un lugar “propio”, necesitamos entender cómo se construye y se desarrolla este sentido. Sergi Valera menciona dos vías principales y compatibles en la aproximación al simbolismo. En la primera se destaca el simbolismo como una propiedad inherente a la percepción de los espacios, donde el significado puede derivar de las características físico-estructurales, de la funcionalidad ligada a las prácticas sociales que se desarrollan en éstos, o de las interacciones simbólicas entre los sujetos que ocupan dicho espacio.³⁹ Cercano a esta aproximación se halla el concepto de *affordance* de James J. Gibson, donde se enfatiza la percepción del entorno en cuanto a su posibilidad de uso, de oportunidad ambiental. Percibir el significado del entorno en forma de *affordance* o de oportunidad ambiental, supone percibir directamente lo que se puede hacer con él y/o en él. De esta forma, una escultura puede percibirse como un hito o punto de referencia para llegar a un sitio, o encontrarse con alguien. Percibimos un determinado significado porque percibimos un determinado contexto ambiental en que éste y sus elementos muestran un determinado sentido de uso, una determinada oportunidad.⁴⁰

Para comprender cómo adquiere un significado un espacio determinado, se incluye el proceso de apropiación del espacio. Tomando en cuenta la doble fuente de referencia en la carga de simbolismo, Valera define el espacio simbólico urbano como

³⁹S. Valera, *El simbolisme en la ciutat. Funcions de l'espai simbòlic urbà*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona. 1993; S. Valera, “Análisis de los aspectos simbólicos del espacio urbano. Perspectivas desde la psicología ambiental”, en *Revista de Psicologia*, Universitas Tarraconensis, 1996, pp. 18, 63-84.

⁴⁰J.J. Gibson, *An ecological approach to visual perception*, Boston, Houghton Mifflin, 1979.

Aquel elemento de una determinada estructura urbana, entendida como una categoría social que identifica a un determinado grupo asociado a este entorno, capaz de simbolizar alguna o algunas de las dimensiones relevantes de esta categoría, y que permite a los individuos que configuran el grupo, percibirse como iguales en cuanto se identifican con este espacio, así como diferentes de los otros grupos en relación con el propio espacio o con las dimensiones categoriales simbolizadas por éste.⁴¹

De esta forma el espacio simbólico urbano deviene en una expresión de la identidad, lo que nos induce al interés por la relación entre éste y los procesos, más generales, de identidad social. Estos conceptos se relacionan con los procesos de apropiación del espacio y de apego al lugar, definidos como procesos dinámicos de interacción conductual y simbólica de las personas con su medio físico, por los que un espacio, adquiere un significado y es percibido como propio, integrándose como elemento representativo de identidad. A la configuración del espacio simbólico urbano contribuye la distintividad físico-arquitectónica, que Lynch denominó *imaginabilidad ambiental*⁴²

El significado del espacio se deriva de la experiencia que en éste se mantiene, lo que incluye el aspecto emocional. La experiencia emocional en los lugares implica que las acciones que ahí se desarrollan y las concepciones que del lugar se generan están superpuestas.⁴³

Son los procesos psicosociales de comparación, categorización e identificación los que evidencian la relación intrínseca entre la identidad social y la individual o personal. La identificación con los demás (identidad social y compartida) y la diferenciación con los otros para considerarnos únicos (identidad personal) constituyen dos mecanismos de asimilación y diferenciación.⁴⁴

⁴¹S. Valera, “Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social”, en *Revista de Psicología Social*, 1997, pp. 12, 17-30.

⁴²Kevin Lynch, *La imagen de la ciudad*, Barcelona, Gustavo Gili, 1985.

⁴³J.A. Corraliza, *La experiencia del ambiente. Percepción y significado del medio construido*, Madrid, Tecnos, 1987; J.A. Corraliza, “Emoción y ambiente”, en J.I. Aragonés y M. Amérigo (eds.), *Psicología Ambiental*, Madrid, Pirámide, 2ª edición, 2000, pp. 59-76.

⁴⁴J.P. Codol, “Differentiating and non-differentiating behavior: An approach to the sense of identity”, en J.P. Codol y J.P. Leyens (eds.), *Cognitive analysis of social behavior*, The Hague: Martinus Nijhoff, 1982 pp. 267-293; Codol, J.P., “Social differentiation and non-differentiation”, en H. Tajfel (ed.), *The social dimension* vol. 1, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, pp. 314-337.

La apropiación del espacio es un proceso dialéctico por el cual se vinculan las personas y los espacios dentro de un contexto sociocultural, desde los niveles individual, grupal y comunitario hasta el de la sociedad. Este proceso se desarrolla a través de dos vías complementarias: la acción-transformación y la identificación simbólica. Entre sus principales resultados se hallan el significado atribuido al espacio, los aspectos de la identidad y el apego al lugar, los cuales pueden entenderse como facilitadores de los comportamientos respetuosos con los entornos derivados de la implicación y la participación en éstos.⁴⁵

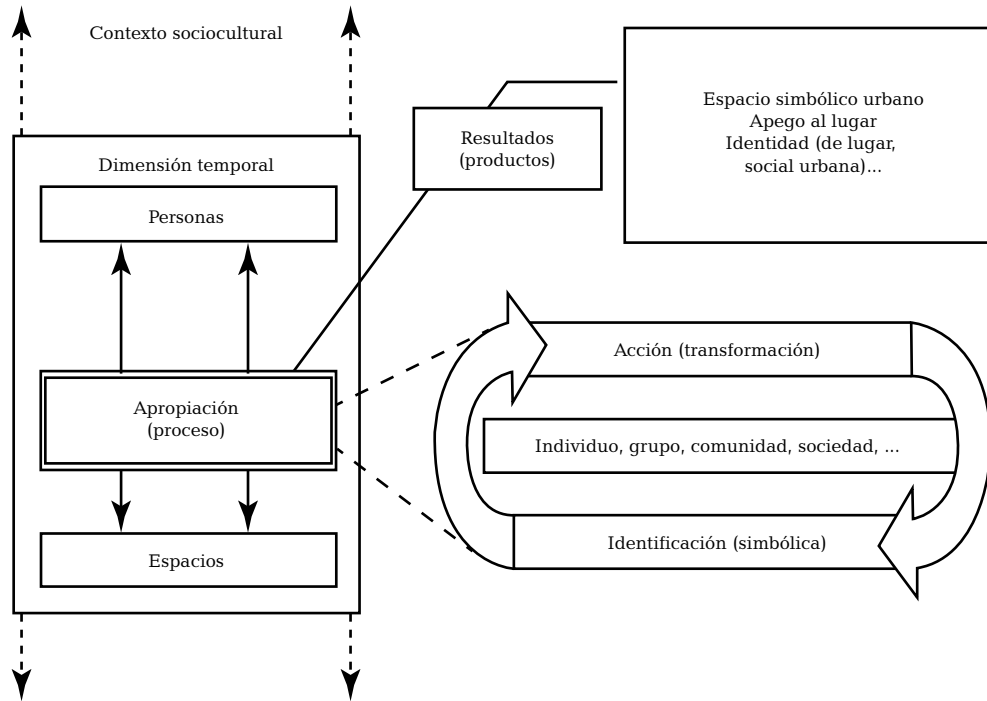


FIGURA 1. Esquema de la apropiación del espacio (adaptado de Vidal, 2002).

⁴⁵T. Vidal, *El procés d'apropiació de l'entorn. Una proposta explicativa i la seva contrastació*. Universidad de Barcelona, tesis doctoral publicada en línea, disponible en <http://www.tdx.cesca.es>, 2002; T. Vidal, E. Pol, J. Guàrdia y M. Però, "Un modelo de apropiación del espacio mediante ecuaciones estructurales. Medio ambiente y comportamiento humano", en *Medio ambiente y comportamiento humano*, Editorial Resma, Universidad de Barcelona, 2004, pp. 27-52.

Este planteamiento ha sido sometido a contrastación empírica en relación con el apego al lugar, en un contexto urbano, lo que constituye nuestra propuesta concreta resumida en la figura 2. Considerando que la apropiación del espacio, a través de la identificación y la acción en el entorno, explican el apego al mismo. El modelo teórico de análisis se compone de tres dimensiones con la relación indicada gráficamente: la acción y la identificación explican el apego al lugar. La acción y la identificación son dos dimensiones habituales en la mayoría de las conceptualizaciones revisadas.

En el modelo de análisis (figura 2), la dimensión de la acción se divide en tres componentes: acciones cotidianas en el lugar; acciones orientadas hacia el lugar y acciones en torno a los proyectos de futuro del lugar. Esta división en tres componentes permite precisar la dimensión de la acción, que es destacada en la mayoría de aportaciones teóricas revisadas, en las que se señalan principalmente las interacciones sociales cotidianas, las prácticas y las actividades habituales y las menos habituales e incluso de carácter ritual.

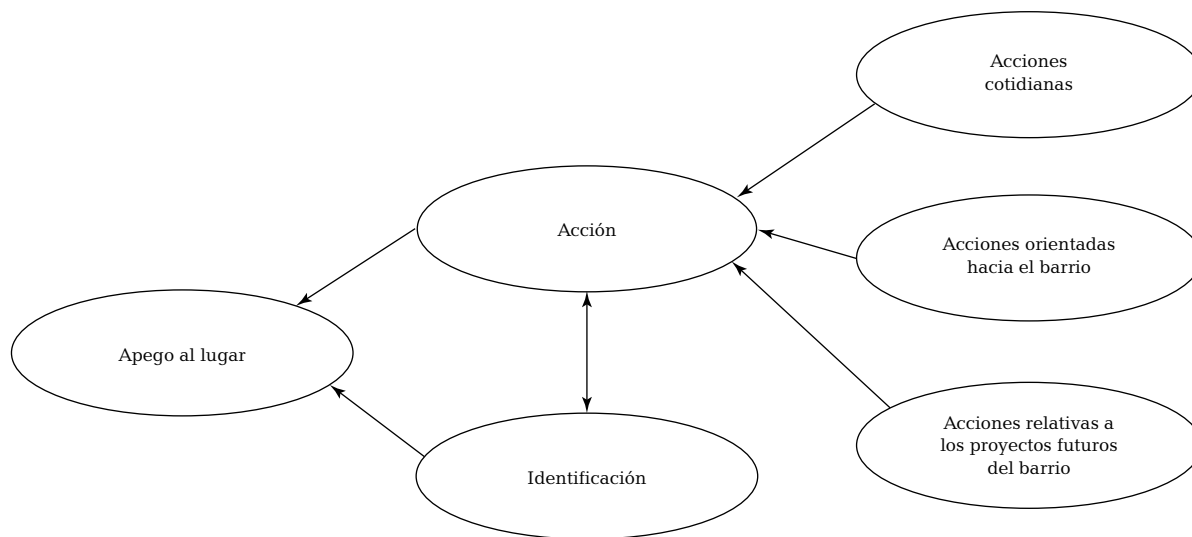


FIGURA 2. Modelo teórico de análisis de la apropiación en un barrio de Barcelona (Vidal, Pol, Guàrdia y Però, 2004).

Los indicadores que configuran el componente de identificación recogen, por un lado, los tres procesos implicados en la identificación mencionados por Graumann.⁴⁶ Identificar el entorno, ser identificado por el entorno e identificarse con el entorno, además de los principios que guían los procesos de identidad según el modelo de Breakwell:⁴⁷ distintividad, continuidad temporal, autoestima y autoeficacia; y los planteamientos clásicos de las teorías de la identidad social de Tajfel y Turner y recogidos por Valera⁴⁸ en torno al concepto de identidad social urbana. En cuanto a los indicadores del apego al lugar (sentirse de determinado lugar, querer seguir viviendo en dicho lugar, etc.) se hallan en consonancia con los recogidos habitualmente en la literatura.⁴⁹

Se puede hablar de dos tipos de apropiación de un espacio, la apropiación por arraigo, refiriéndose al espacio privado de cada paciente, y la apropiación del espacio por exploración, que es la que atañe a las áreas comunes de un psiquiátrico, siendo producto del diario deambular de los pacientes el descubrimiento de cada rincón del recinto y clamando como suyo una o varias áreas, generando así un sentido de pertenencia que le generará un apego a dicho lugar y derivado de éste, un cuidado hacia el mismo evitando el daño incidental a las instalaciones.

Una propuesta, en suma, que se halla cercana a muchos de los planteamientos de lo que se ha denominado *empoderamiento de la comunidad*, concepto central en la investigación-acción y la psicología comunitaria de corte latinoamericano. Unas tesis cercanas a los propósitos, atentos a la construcción de la ciudadanía a través de su participación en la esfera pública⁵⁰ y fundamental también en las pretensiones de sostenibilidad. En este sentido, el fortalecimiento y la vertebración del tejido social, a partir de la apropiación del espacio, es una premisa indispensable para la sostenibilidad.⁵¹ Pero la vertebración social con frecuencia se plantea desconectada

⁴⁶ C.F. Graumann, "On multiple identities", en *International Social Sciences Journal*, 1983, pp. 35, 309-321.

⁴⁷ G.M. Breakwell, "Processes of self-evaluation: Efficacy and estrangement", en G.M. Breakwell (ed.), *Social Psychology of Identity and the Self-Concept*, Surrey, Surrey University Press, 1992.

⁴⁸ S. Valera, "Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social", *Revista de Psicología Social*, 1997, pp. 12, 17-30.

⁴⁹ M. Amérgo, *Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno*, Madrid, Alianza, 1995; M.C. Hidalgo y B. Hernández, "Place attachment: conceptual and empirical questions", en *Journal of Environmental Psychology* 21, 2001, pp. 273-281; N.B. Ringel y J.C. Fingelstein, "Differentiating neighborhood satisfaction and neighborhood attachment among urban residents", en *Basic and Applied Social Psychology* 12, 1991, pp. 77-193.

⁵⁰ T. Vidal, "La dimensió psicosocial de la participació", en *VV.AA., participació per a la gestió y efecte Nimby*, col. Lecció Monografies Socioambientals, Barcelona: Publicacions de la Universidad de Barcelona, 2005.

⁵¹ E. Pol, "City-Identity-Sustainability (CIS)", en *Environment and Behavior* 34, 2002.

de las dimensiones económica y ambiental de este denominado “desarrollo sostenible”. La participación y la reapropiación del paciente de los espacios comunes, también inciden en la participación de los mismos para sentirse integrados al espacio y disminuir la exclusión social propia de estos lugares, sin necesidad de incluir un modelo de desarrollo económico insostenible.

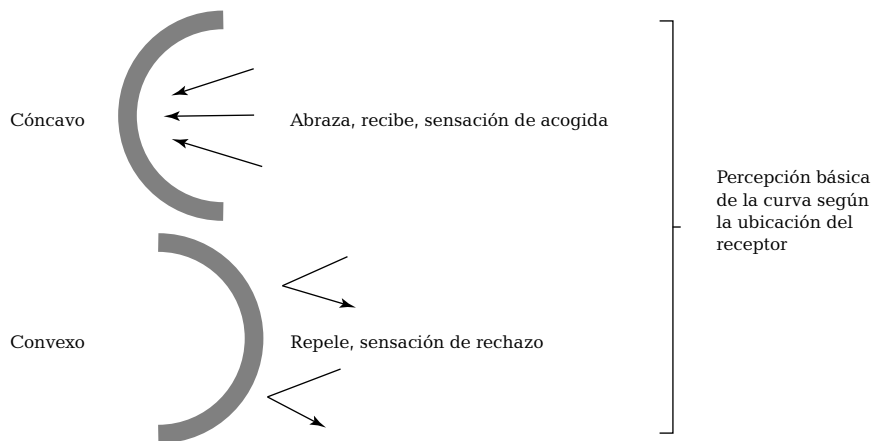
Si bien no se cuenta generalmente con los recursos suficientes para proporcionarle a cada interno una habitación personal, o a lo más compartida con otras dos personas, se sugiere diseñar las habitaciones de tal manera que no se vuelvan una especie de espacios itinerantes, en donde el paciente únicamente llega ahí a dormir, sino proporcionar también una especie de refugio que el paciente pueda hacer suyo; proporciona una intimidad, lo reclama como propio, los pacientes presentan una cierta mejoría, pues tienen un lugar al cual recurrir en momentos de necesidad en donde pueden encontrar la sensación de familiaridad, y puede ser un factor determinante para disminuir el nivel de crisis en el que pudiese entrar.

Al estar en sus habitaciones, la volumetría de las mismas debe invitarlos al mundo exterior, aunque éste se limite a jardines ubicados alrededor del hospital.

La percepción del espacio de una persona en cama, debe ofrecer la posibilidad de mantener comunicación con el espacio exterior, el cielo y los jardines aledaños; para lograr esto, es necesario recurrir a la verticalidad en vanos y ventanas. Siendo que la arquitectura en estos tiempos se trata también de dar respuesta a las necesidades financieras de los inversores, tampoco se puede caer en dar un total confort al enfermo, ya que lo que se busca no es acumular internos, sino rehabilitar a los rehabilitables.

II.5 EL MANEJO DE LA CURVA PARA INDUCIR CAMBIOS CONDUCTUALES EN EL PACIENTE

Habiendo observado el funcionamiento en los psiquiátricos desde su aparición hasta la actualidad, se ha probado con todo tipo de esquemas formales, desde la cruz, patios centrales, hileras de edificios, todos siempre con la misma constante, el uso de ángulos. Si bien se han diseñado así procurando siempre el bienestar del paciente, en la mayoría de los casos suelen convertirse en factores facilitadores de estrés y tensión. Tomando en cuenta el estado de ansiedad constante con el que la mayoría de los pacientes de hospitales psiquiátricos se encuentra, lo que se debe buscar es su sosiego y tratar de que su mente esté enfocada únicamente en su mejora.



Al proponer algunos elementos formales como referencia, se trata de romper con el hasta ahora esquema reinante del ángulo, dándole paso a una fluidez de líneas al diseño de los volúmenes de los espacios interiores.

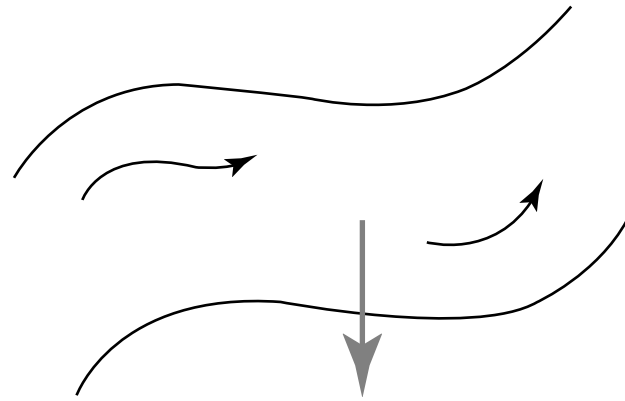
El manejo de la curva en el diseño del hospital puede ser un factor decisivo para lograr el bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente; al darle un recorrido, se le indica hacia dónde debe dirigirse, dándole la oportunidad de deambular si así lo desea, pero dejándole siempre como pauta el recorrido para llegar a su habitación o áreas comunes.

Si se mantiene el esquema de pasillos distribuidores, esto puede resultar contraproducente, ya que sobreviene el caos en el momento en que el paciente tiene que decidir hacia dónde debe ir. De acuerdo a las visitas realizadas a distintos hospitales psiquiátricos, así como el estudio de las diversas transformaciones por las cuales ha pasado el esquema de un hospital psiquiátrico, siempre se ha recurrido a circulaciones con el uso de ángulos. Esto no quiere decir que los ángulos estén del todo equívocos en su uso, pero generan confusión en la manera en la que se suelen conectar los espacios; si bien funcionan sin ningún inconveniente en construcciones que utilizamos a diario, el caso de un hospital psiquiátrico es diferente, debido a que los pacientes internos pasan la mayor parte del día deambulando, ya sea al interior del recinto, o en las áreas exteriores; si se les logra dar esa continuidad, con formas curvas, puede aminorarse el impacto de toparse con un muro en uno de sus tantos andares y entrar en crisis al sentirse perdidos, lo

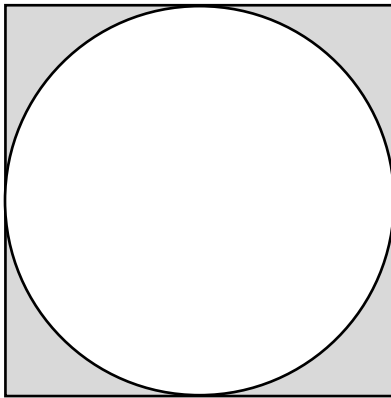
cual suele provocarles ataques de ansiedad generando agresión hacia los demás pacientes, al personal del hospital o hacia ellos mismos.

La curva como elemento terapéutico es un enfoque orgánico, generador de dinamismo, y proporciona suavidad para romper con la rigidez del choque de ángulos y volúmenes agresivos, en donde la dualidad de una circulación cruzada lo único que crea es angustia en el paciente al tener que escoger entre opciones diametralmente opuestas.

Al proponer un esquema formal con circulaciones a base de curvas, se previenen estos ataques de ansiedad y se le da continuidad al espacio. No se trata de generar arquitectura meramente orgánica, si no de proporcionarles la sensación de un recorrido establecido, en donde no se sientan atrapados entre dos paredes o se topen con un túnel sin aparente salida, sino que les sirva de guía para siempre poder avanzar.



Espacio libre para deambular.



El diámetro efectivo de un cuadrado es el mismo que el de un círculo.

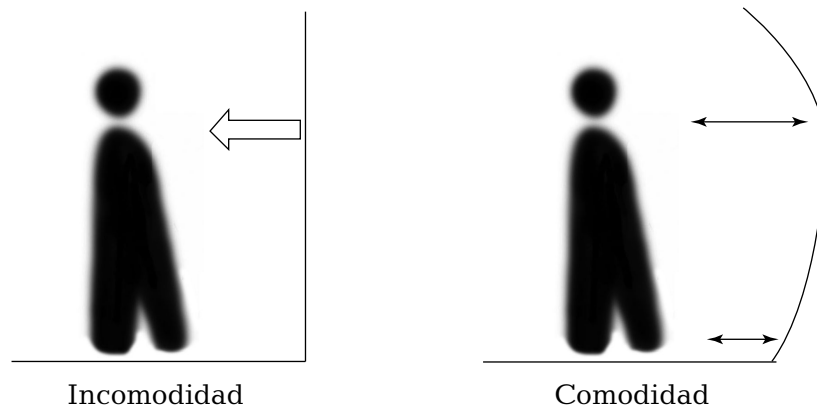
La línea curva desarrolla formas fluidas que reflejan al exterior los principios de suavidad y de continuidad con los que son tratados los espacios interiores destinados a los pacientes. Los espacios diseñados con curvas, perceptualmente se sienten más grandes que espacios cuadrados, por lo que un espacio diseñado de manera curva, puede ser proyectado con una menor dimensión.⁵²

Al encuadrar un círculo, se añade un 28% de área y un 21% de perímetro sin que esto extienda el espacio utilizable, únicamente se vuelven esquinas inutilizadas. En espacios tridimensionales, este efecto se vuelve aún más dramático, un cubo tiene

⁵² Ianto Evans, Michael G. Smith, Linda Smiley, *The handsculpted house*, Chelsea Green Publishing Company, U.S.A., 2002.

50% más volumen que una esfera debido a esos espacios inutilizables, por lo que espacios circulares no se sienten más pequeños que espacios cuadrados de diámetros similares aunque el área sí es menor.

En cuanto a las necesidades tanto visuales como físicas, volúmenes mayores de espacio a la altura del ojo generan una mayor sensación de comodidad que volúmenes menores.



II.6 CONCLUSIONES

La salud mental es un punto primordial para el desarrollo adecuado de la sociedad, por lo que se requieren sitios diseñados con el mayor conocimiento posible sobre las enfermedades mentales y sus consecuencias en quienes la padecen así como en el personal que labora para tratar a los pacientes.

A través de los años se ha conocido más sobre los trastornos mentales y se han logrado entender y tratar de una manera más digna a los afectados; comprendiendo que no son posesiones demoniacas ni retraso mental de las personas, se ha logrado un gran avance en los medicamentos que tienen buenos resultados así como en los diversos tipos de tratamiento y terapias para que, si no se puede rehabilitar del todo, se pueda mejorar la calidad de vida del enfermo y las personas que le rodean.

Habiendo estudiado la evolución de las enfermedades mentales y las diversas instituciones que lo tratan así como los avances médicos en el área, creo pertinente incluir un nuevo factor en la ecuación: la arquitectura, analizando la relación del entorno físico y las relaciones humanas que se llevan a cabo en un espacio arquitectónico.

Después de haber visto la evolución de la psiquiatría y diversos movimientos para humanizar y dignificar el trato hacia enfermos mentales, queda claro que el entorno es un factor preponderante para la mejora del individuo. Es aquí cuando las instalaciones hospitalarias se vuelven un arma de doble filo, ya que de no estar bien conceptualizadas y no tomar en cuenta que el entorno genera un fuerte impacto en las personas, se puede caer en malos diseños y espacios inútiles para el fin deseado, que es el mejorar la calidad de vida tanto de enfermos, familiares y personal que los atiende.

El ambiente es un factor que influye de manera indirecta en nuestro estado anímico, en algunas personas con más intensidad que otras ya que se genera un proceso perceptual, el cual recombina, ordena y enfoca la información que recibe del ambiente y se reacciona de cierta manera al asimilar ese proceso, por lo que dicha retroalimentación afectará futuras conductas del usuario.

Al llegar un estímulo al órgano sensorial, da lugar a sensaciones y percepciones complejas. Éstas se pueden valorar estéticamente y también tomando en cuenta sus significados y las emociones que se asocian al mismo.

La percepción espacial juega un papel importantísimo en este tema, ya que la primera impresión que nos causa un espacio es la que regirá nuestras impresiones y comportamiento posteriores. Si un lugar en donde se supone que se acude para encontrar estabilidad emocional y bienestar, al entrar genera estrés y sensación de incomodidad, el paciente no va a lograr una mejoría significativa en el tiempo que dure su tratamiento; pero por el contrario, si al ingresar a las instalaciones, éstas producen sensaciones agradables, de tranquilidad y bienestar, es más probable que el paciente pueda lograr mayores avances durante el tratamiento de su enfermedad.

La simple idea de bienestar es la que debe regir el diseño hospitalario, y debido al tipo de tratamiento farmacológico que puede ocasionar distorsiones en la percepción del paciente, se debe pensar en las reacciones de todos los trastornos mentales que se conocen para poder diseñar un espacio acorde a las necesidades del usuario, que sea funcional y que se sienta lo más integrado posible a su entorno.

El color siempre ha jugado un papel importante en la percepción espacial, pero esto no quiere decir que se deba caer en el uso excesivo de un color si éste dio resultados positivos para tratar algún trastorno, ya que pudiese caer en el hartazgo del mismo y generar una reacción opuesta a la esperada.

La psicología ambiental es la disciplina que se ocupa de analizar las relaciones que, a nivel psicológico, se establecen entre las personas y sus entornos.

El foco de investigación de la psicología ambiental es la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humanas. Debido a que no solamente los escenarios físicos afectan la conducta de la persona, sino que los individuos influyen activamente sobre el ambiente, se debe procurar que la percepción y conducta en el espacio sean propicias para una estancia agradable. Los efectos del ambiente sobre la conducta son mediados por una variedad de procesos psicológicos adaptativos, por lo que la arquitectura y la conducta humana, mantienen una estrecha relación.

Si bien el espacio lo conocemos desde que comenzamos a tener conciencia, de manera inconsciente buscamos la seguridad que ofrece el primer espacio que conoce todo ser humano, el vientre materno. Por lo que siempre buscará ese sentido de seguridad y protección del que gozaba al estar dentro del vientre. La arquitectura puede reproducir esas sensaciones mediante el manejo del espacio y su entorno, ya que el tomar en cuenta el medio en donde se ubicará un proyecto es un punto clave para su buen diseño, ya que el entorno dictará las necesidades en base a su geografía y orientación, así como las vistas necesarias para el caso de estudio de este trabajo, ya que es indispensable mantener el sentido de pertenencia del usuario a un área y sociedad determinadas, así como el no sentirse aislado por el simple hecho de estar enfermo. Se deben crear espacios que si bien mantengan a los enfermos dentro de las instalaciones, no los haga víctimas de un encierro físico; se debe lograr el mayor contacto con el espacio exterior y de ser posible lograr que las áreas que rodean las instalaciones puedan integrarse a la vida cotidiana de la zona; se pueden usar ilusiones ópticas y jugar tanto con la perspectiva como con la percepción espacial que generará el espacio en los usuarios.

Es importante mantener al usuario bajo ciertas normas similares a las de la sociedad y con la privacidad y el respeto al espacio personal que cada ser humano necesita, por lo que en la medida de lo posible lo ideal será tener dormitorios individuales, lo cual generará sentido de pertenencia y de responsabilidad en la persona.

Habiendo observado el funcionamiento en los psiquiátricos desde su aparición hasta la actualidad, se ha probado con todo tipo de esquemas formales, desde la cruz, patios centrales, hileras de edificios, todos siempre con la misma constante, el uso de ángulos. Si bien se han diseñado así procurando siempre el bienestar del paciente, en la mayoría de los casos suelen convertirse en factores facilitadores de estrés y tensión. Tomando en cuenta el estado de ansiedad constante con el que la mayoría de los pacientes de hospitales psiquiátricos se encuentra, lo que se debe buscar es su sosiego y tratar de que su mente esté enfocada únicamente en su mejora.

El manejo de la curva en el diseño hospitalario, puede ser un factor decisivo para lograr el bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente, al darle un recorrido, se le indica hacia dónde debe dirigirse, dándole la oportunidad de deambular libremente, pero dejándole siempre como pauta el recorrido para llegar a su habitación o áreas comunes, colocando hitos de fácil reconocimiento con doble funcionamiento como espacios de convivencia pero que a la vez destaquen de su entorno y patrones gráficos simples en el diseño de pisos que pueda guiarlos hacia puntos de reunión específicos.

De esta manera, volviendo a la pregunta inicial de este trabajo, *¿Qué puede aportar la arquitectura en los cuidados médicos de un hospital psiquiátrico hoy en día?*, podemos afirmar que la arquitectura tiene un papel quizás poco perceptible de manera consciente, pero con un impacto importante a nivel subconsciente y con acciones directas en nuestra percepción espacial y sobre todo en la primera impresión que al entrar a un hospital psiquiátrico pudiere causar en cada sujeto, participando de manera indirecta en el tratamiento psiquiátrico del paciente y ayudando a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del personal que está a cargo de su cuidado.

La idea es crear un edificio donde la dialéctica interior-exterior sea armoniosa. Donde el exterior permita introducir al interior, anunciarlo y lograr que los espacios no se sientan forzados sino que lleven al usuario de la mano y puedan transmitir un poco de paz y sosiego al enfermo mental.

Consideré que resultaría muy útil para la problemática de la salud mental en el país estudiar las relaciones entre el entorno físico y las relaciones humanas que en él se dan.

En otras palabras, analizar cómo, en el caso específico de un hospital psiquiátrico, las formas y cualidades espaciales (e instrumentales) condicionan el tipo de vivencia psicológica, la determinación de grupos, subgrupos y tareas; y, fundamentalmente, cómo, a través de la modificación de ese habitat que rodea a un grupo humano, se puede ayudar a su resocialización.

Bibliografía

- Amérigo, M., *Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno*, Madrid, Alianza, 1995.
- Anuario de Psicología, 2005, vol. 36, nº 3, 281-297, 2005, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barton, Ben F. y Marthalee S. Barton, “Modes of Power in Technical and Professional Visuals”, en *Journal of Business and Technical Communication*, 7.1, 1993, pp. 138-162.
- Breakwell, G.M., “Processes of self-evaluation: Efficacy and estrangement”, en G.M. Breakwell (ed.), *Social Psychology of Identity and the Self-Concept*, Surrey, Surrey University Press, 1992.
- Calderón Narváez, Guillermo, *Las enfermedades mentales en México*, Editorial Trillas, p. 16.
- Corraliza, J.A., *La experiencia del ambiente. Percepción y significado del medio construido*, Madrid, Tecnos, 1987.
- Corraliza, J.A., “Emoción y ambiente”, en J.I. Aragonés y M. Amérigo (eds.), *Psicología Ambiental*, Madrid, Pirámide, 2ª edición, 2000, pp. 59-76.
- Codol, J.P., “Differentiating and non-differentiating behavior: An approach to the sense of identity”, en J.P. Codol y J.P. Leyens (eds.), *Cognitive analysis of social behavior*, The Hague: Martinus Nijhoff, 1982, pp. 267-293.
- Codol, J.P., “Social differentiation and non-differentiation”, en H. Tajfel (ed.), *The social dimension* vol. I, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, pp. 314-337.
- Döring, Ma. Teresa, *Contra el manicomio*, UAM, 2000, p. 392.
- Escandón Carrillo, Roberto, “¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)”, en Marcelino Castillo Nechar (coord.), *Salud mental, sociedad contemporánea*, Universidad Autónoma del Estado de México, México 2000, p. 17.
- Evans, Ianto, Michael G. Smith y Linda Smiley, *The handsculpted house*, Chelsea Green Publishing Company, U.S.A., 2002.
- Fajardo Ortiz, Guillermo, *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México 1521-2003*, México, Editorial Glaxo Smith Kline, 2003, pp. 45-47.

- Flores y Troncoso, Francisco de Asís, *Historia de la medicina en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992, tomo III, p. 317.
- Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI, 1991, p. 177.
- Gallach Solano, Elisa, *Abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la cronicidad a la recuperación*, Edit. Intersalud, España, Valencia, 2010.
- García Algarra, Javier, *La reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y sus modelos arquitectónicos*, UNED, 2002.
- Gibson, J.J., *An ecological approach to visual perception*, Boston, Houghton Mifflin, 1979.
- Goffman, E., *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
- Graumann, C.F., "On multiple identities", en *International Social Sciences Journal*, 1983, pp. 35, 309-321.
- Hale, Charles H. *La transformación del liberalismo en México a finales del siglo XIX*, México, Editorial Vuelta, 1991.
- Hermosillo Adams, Francisco, "Estructura y movimientos sociales", en *México en el siglo XIX*, México, Nueva Imagen, 1989, pp. 475-498.
- Hidalgo, M.C. y B. Hernández, "Place attachment: conceptual and empirical questions", en *Journal of Environmental Psychology*, 21, 2001, pp. 273-281.
- Holahan, Charles J., *Psicología ambiental. Un enfoque general*, Editorial Limusa, México, 2011, pp. 160-161.
- IMSS, *Manual sobre Diseño y Construcción de Hospitales*.
- Informe de la Dirección de Normas de Salud Mental de la Secretaría de Salud, México, 2006.
- Korosec-Serfaty, Perla, *Appropriation of space Proceedings of the Strasbourg conference*, Strasbourg-Lovaine La Neuve: CIACO, 1976.
- Lancaster, Michael, *Colourscape*, Academy Editions, London, 1996.
- Leray, Christophe, *La Arquitectura, Los Pacientes. Arquitecturas de Víctor Castro*, ICI Interface, París, Francia, 2011.
- Lynch, Kevin, *La imagen de la ciudad*, Barcelona, Gustavo Gili, 1985.
- Mancilla Villa, Martha, *Locura y mujer durante el porfiriato*, Círculo Psicoanalítico Editorial Mexicana, México, 2001, p. 65.
- Marquesa Calderón de la Barca, *La vida en México*, México, Porrúa, 1994, p. 341.
- Moranta, Tomeu Vidal y Enric Pol Urrútia, "La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares", en *Anuario de Psicología*, vol. 36, no. 3, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona, 2005, pp. 281-297.
- Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, tomo II: *Fundaciones de los Siglos XVII y XVIII*, Universidad Nacional Autónoma de México/Cruz Roja Mexicana, p. 118.

- Obiols, Juan, (entrevista a Franco Basaglia), en *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Biblioteca Salvat, Grandes Temas, no. 98, Salvat Editores, Barcelona, 1973, pp. 9-19, 72-85.
- Pol, E., “City-Identity-Sustainability (CIS)”, en *Environment and Behavior*, 34, 2002. *Psicología Ambiental: Bases Teóricas y Epistemológicas*, pp.1-14.
- Ramírez Moreno, Samuel, *La asistencia psiquiátrica en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1950.
- Ramírez Moreno, Samuel, “Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México”, en *Revista Mexicana de la Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, 1934, vol. I, pp. 17-19.
- “Reseña de los trabajos del Consejo Superior de Salubridad, correspondientes al año de 1856”, en *La Unión Médica*, VI, 1857, pp. 127-129.
- Ringel, N.B. y J.C. Fingelstein, “Differentiating neighborhood satisfaction and neighborhood attachment among urban residents”, en *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 1991, pp. 77-193.
- Ríos Molina, Andrés, “Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del manicomio La Castañeda en 1910”, en *Antípoda*, N° 6, enero-junio 2008, pp. 73-90.
- Rivadeneira, Mariano, *Estadística de la locura en México*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1887, p. 49.
- Sandoval De Escurdia Juan Martín y María Paz Richard Muñoz, *La salud mental en México*, 2005. En Biblioteca Virtual de la H. Cámara de Diputados.
- Senosiain, Javier, *Bioarquitectura. En busca de un espacio*, Editorial Limusa, México, 1998.
- Turner, J.C., *Redescubrir el grupo social*, Madrid, Morata, 1990.
- Valera, Sergi, “Cognición, representación y apropiación del espacio”, en *Psicología Ambiental: Bases Teóricas y Epistemológicas*, Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona, 1996, pp.1-14.
- Valera, S. y E. Pol, “El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental”, en *Anuario de Psicología*, 62, 1994, pp., 5-24.
- Valera, S., *El simbolisme en la ciutat. Funcions de l'espai simbòlic urbà*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona. 1993.
- Valera, S., “Análisis de los aspectos simbólicos del espacio urbano. Perspectivas desde la psicología ambiental”, en *Revista de Psicología*, Universitas Tarraconensis, 1996, pp. 18, 63-84.
- Valera, S., “Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social”, en *Revista de Psicología Social*, 1997, pp. 12, 17-30.
- Valera, Sergi, *Cognición, representación y apropiación del espacio*, Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1996
- Valverde, J., *La cárcel y sus consecuencias*, Ed. Popular, Madrid, 1991.
- Vidal, T., *El procés d'apropiació de l'entorn. Una proposta explicativa i la seva contrastació*. Universidad de Barcelona, tesis doctoral publicada en línea, disponible en <http://www.tdx.cesca.es>, 2002.

Vidal, T. E., Pol, J. Guàrdia y M. Però, “Un modelo de apropiación del espacio mediante ecuaciones estructurales. Medio ambiente y comportamiento humano”, en *Medio ambiente y comportamiento humano*, Editorial Resma, Universidad de Barcelona, 2004, pp. 27-52

Vidal, T. “La dimensió psicosocial de la participació”, en VV.AA., *participació per a la gestió y efecte Nimby*, col. *Lecció Monografies Socioambientals*, Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 2005.

INTERNET

http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/barcelo/historia/Los%20solidos%20platonicos.pdf

<http://www.jdiezarnal.com/valenciaantiguohospital.html>

http://www.avizora.com/publicaciones/derecho/textos/0010_panoptico_teoría_vigilancia.htm

ASESORES EXTERNOS

- Médico Psiquiatra Héctor León
- Enfermera Psiquiatra Sylvia Ninoska Alzati
- Dra. en Psicología María Teresa Döring

ANEXOS

Clasificación de enfermedades mentales:

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Retraso mental.- Se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.

Trastornos del aprendizaje.- Se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. (*Trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado*).

Trastorno de las habilidades motoras.- Incluye el *trastorno del desarrollo de la coordinación*, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Trastornos de la comunicación.- Se caracterizan por deficiencias de la habla o el lenguaje, incluyen *trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado*.

Trastornos generalizados del desarrollo.- Se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. (*Trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado*.)

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.- Incluye: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* el cual se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Trastornos de comportamientos perturbadores: el *trastorno disocial* se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el *trastorno negativista desafiante* se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.- Alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. (*Pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria*.)

Trastornos de tics.- vocales y/o motores: *trastorno de Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.*

Trastornos de la eliminación.- Se incluye la *encopresis*: deposición repetida de heces en lugares inadecuados; y la *enuresis*: emisión repetida de orina en lugares inadecuados. El *trastorno de ansiedad por separación* se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El *mutismo selectivo* se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El *trastorno reactivo de la vinculación* se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena.

2. *Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos*

Delirium.- Se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo. La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. La capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención está deteriorada. Existen alteraciones de la percepción.

Demencia.- Se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria, que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías. *Demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples.* Además, la *demencia no especificada.*

Trastorno amnésico.- se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos.

En la *esquizofrenia* también puede haber múltiples deterioros cognoscitivos con un deterioro de la actividad, pero, al contrario que en la demencia, el inicio es generalmente más temprano, con un patrón de síntomas característico y ausencia de una etiología específica, como son una

enfermedad médica o el consumo de sustancias. El deterioro cognoscitivo asociado a la esquizofrenia es típicamente menos intenso que el de la demencia.

Trastorno depresivo mayor.- puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, la dificultad en el pensamiento y la capacidad de concentración y de reducción global de la capacidad intelectual.

Trastorno catatónico.- la catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica. La catatonía se manifiesta con algunos de los síntomas siguientes: inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia (Criterio A). Debe haber evidencia a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la catatonía es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (Criterio B). No se diagnostica catatonía si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco) (Criterio C) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D).

La inmovilidad motora.- puede manifestarse por *catalepsia* (flexibilidad cérea) o *estupor*. La actividad motora excesiva no tiene un propósito aparente y no es influenciada por estímulos externos.

El negativismo extremo.- puede manifestarse por resistencia a seguir las instrucciones o por el mantenimiento voluntario de posturas a pesar de los intentos por moverlos. Las peculiaridades de los movimientos voluntarios se manifiestan por la aceptación voluntaria de posturas inapropiadas o bizarras o por muecas prominentes.

La ecolalia.- es la repetición patológica de palabras, como un papagayo, o frases aparentemente sin sentido, justo después de haberlas oído de otra persona.

La ecopraxia.- es la imitación repetitiva de movimientos de otra persona.

3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Todos los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Los otros trastornos que pueden presentarse con síntomas psicóticos (aunque no como característica definitoria).

La **esquizofrenia** es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado

o catatónico y síntomas negativos). Subtipos de esquizofrenia: *paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual*.

El **trastorno esquizofreniforme** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (la alteración dura uno a seis meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

El **trastorno esquizoaectivo** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

El **trastorno delirante** se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.

El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

Esquizofrenia paranoide.- La característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

Esquizofrenia del tipo desorganizado.- Las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (ducharse, vestirse o preparar la comida). Este tipo se denomina *hebefrénico*.

Esquizofrenia del tipo catatónico.- La característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no est  influida por estímulos externos.

Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

Esquizofrenia del tipo erotom nico.- Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que otra persona est  enamorada del sujeto. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. Frecuentemente, la persona sobre la que recae esta convicción ocupa un *status* más elevado (una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Son habituales los intentos por contactar con el objeto de la idea delirante (mediante llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas e incluso vigil ndole y acech ndole), aunque, a veces, la idea delirante se mantiene en secreto. Algunos sujetos con este subtipo, especialmente varones, se ven envueltos en problemas legales a causa de sus intentos por conseguir el objeto de su idea delirante o de sus intentos por «rescatarle» de algún peligro imaginario.

Esquizofrenia del tipo de grandiosidad.- Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario talento o intuición, o de haber hecho un descubrimiento importante. Con menor frecuencia, el sujeto puede tener la idea delirante de mantener una relación especial con alguien importante (un consejero del Presidente) o de ser una persona importante (en cuyo caso la persona real puede ser vista como un impostor). Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso (la persona cree que ha recibido un mensaje especial de una divinidad).

Tipo celot pico.- Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas «pruebas» (ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada (coartando la libertad de movimientos del cónyuge, siguiéndole en secreto, investigando al supuesto amante o agrediendo al cónyuge).

Tipo persecutorio.- Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que est  siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la

consecución de sus metas a largo plazo. Los sujetos con ideas delirantes de persecución son a menudo resentidos e irritables y pueden reaccionar de forma violenta contra los que creen que les están haciendo daño.

Tipo somático.- Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insopor- table por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (el intestino grueso) que no funcionan.

Tipo mixto.- Este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine.

Tipo no especificado.- Este subtipo se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos (ideas autorreferenciales sin un componente importante de persecución o grandeza).

4. Trastornos del estado de ánimo

Trastorno depresivo mayor.- se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

Trastorno distímico.- se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Trastorno depresivo no especificado.- se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Trastorno bipolar I.- se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

Trastorno bipolar II.- se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

Trastorno ciclotímico.- se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Trastorno bipolar no especificado.- se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.- se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.- se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

Trastorno del estado de ánimo no especificado.- se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (una agitación aguda).

Episodio hipomaníaco.- se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días (Criterio A). Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B).

5. Trastornos de ansiedad

Crisis de angustia (*panic attack*).- se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

Agorafobia.- se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

Trastorno de angustia sin agorafobia.- se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

Trastorno de angustia con agorafobia.- se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.- se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

Fobia específica.- se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Fobia social.- se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Trastorno obsesivo-compulsivo.- se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

Trastorno por estrés postraumático.- se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

Trastorno por estrés agudo.- se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

Trastorno de ansiedad generalizada.- se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.- se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.- se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

Trastorno de ansiedad no especificado.- se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

6. *Trastornos somatomorfos*

Trastorno de somatización.- (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.

Trastorno somatomorfo indiferenciado.- se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos seis meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

Trastorno de conversión.- consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.

Trastorno por dolor.- consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

Hipocondría.- es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

Trastorno dismórfico corporal.- es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

Trastorno somatomorfo no especificado.- se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

7. *Trastornos facticios*

Trastornos facticios.- Se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa

como por la exclusión de otras causas. Por ejemplo, un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario. Existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, tal como se pone de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para tal comportamiento.

Actos de simulación.- el paciente también produce los síntomas de modo intencionado, pero su objetivo es fácilmente reconocible cuando se conocen sus circunstancias. Por ejemplo, la producción de síntomas de manera intencionada para evitar una vista judicial o la incorporación al Servicio Militar. De manera semejante, un enfermo mental hospitalizado puede simular la agravación de su enfermedad para evitar su traslado a otra institución menos deseable, produciendo así un acto de simulación. Puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias (en situaciones hostiles), por definición, el diagnóstico de trastorno facticio implica siempre un determinado grado de psicopatología.

8. *Trastornos disociativos*

Amnesia disociativa.- se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Fuga disociativa.- se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

Trastorno de identidad disociativo.- (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Trastorno de despersonalización.- se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.

Trastorno disociativo no especificado.- se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

9. Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Disfunciones sexuales.- se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

Parafilias.- se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las parafilias incluyen el exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el fetichismo transvestista, el voyeurismo, y la parafilia no especificada.

Trastornos de la identidad sexual.- se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

Trastorno sexual no especificado.- se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas. Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas.

10. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Anorexia nerviosa.- se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Bulimia nerviosa.- se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

11. Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología.

Trastornos primarios del sueño.- Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. A su vez, se subdividen en *disomnias* (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en *parasomnias* (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño- vigilia).

Trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental.- consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia.

Narcolepsia.- La característica esencial es la aparición recurrente e irresistible de sueño reparador, cataplejía e intrusiones recurrentes de elementos característicos de la fase REM en el período de transición entre el sueño y la vigilia. La somnolencia del individuo disminuye típicamente tras el ataque de sueño y sólo reaparece varias horas después. Los ataques de sueño han de ocurrir diariamente en un período de al menos tres meses para poder establecer el diagnóstico (Criterio A), aunque la mayoría de los individuos manifiesta haber padecido ataques de sueño durante muchos años antes de solicitar ayuda terapéutica. Además de somnolencia, los individuos con narcolepsia experimentan uno o ambos de los siguientes síntomas: cataplejía. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

12. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastorno explosivo intermitente.- Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

Cleptomanía.- Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.

Piromanía.- Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

Juego patológico.- Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

Tricotilomanía.- Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.

13. Trastornos adaptativos

Con ansiedad.- Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.- Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

Con trastorno de comportamiento.- Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.- Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento.

No especificado.- Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

14. Trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación.

Trastorno paranoide de la personalidad.- es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

Trastorno esquizoide de la personalidad.- es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.- es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Trastorno antisocial de la personalidad.- es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

Trastorno límite de la personalidad.- es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Trastorno histriónico de la personalidad.- es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

Trastorno narcisista de la personalidad.- es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Trastorno de la personalidad por evitación.- es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Trastorno de la personalidad por dependencia.- es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.- es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Glosario de términos técnicos⁵³

Afasia.- Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas (lectura, escritura o habla) debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

Afecto.- Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del *humor*, que concierne a un «clima» emocional más generalizado y persistente, el término *afecto* se refiere a cambios más fluctuantes en el «tiempo» emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

Aplanado.- Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Embotado.- Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

Inapropiado.- Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

Lábil.- Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido.- Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Afonía.- Incapacidad para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central.

⁵³ Las definiciones del glosario se han inspirado en las siguientes fuentes: *DSM-III*; *DSM-III-R*; *DSM-IV-R*; *American Psychiatric Glossary*, 6ª ed.; *Penguin Dictionary of Psychology*; *Campbell's Psychiatric Dictionary*, 6ª ed.; *Stedman's Medical Dictionary*, 19ª ed.; *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 25ª ed. y *Webster's Third New International Dictionary*.

Agitación (agitación psicomotora).- Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Alogia.- Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (*pobreza del habla*). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (*pobreza del contenido*).

Alucinación.- Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las *ilusiones*, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término *alucinación* no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño (*hipnagógicas*) o cuando se produce el despertar (*hipnopómpicas*). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias.

He aquí algunos tipos de alucinaciones:

Auditiva.- Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza.

Congruente con el estado de ánimo.- Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Gustativa.- Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

No congruentes con el estado de ánimo.- Véase síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

Olfativa.- Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

Somática.- Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

Táctiles.- Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de *hormigueo* (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).

Visual.- Alucinación que implica ver sea imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, sea imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Amnesia.- Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia:

Anterógrada.- Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico.

Retrógrada.- Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico.

Ansiedad.- Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

Ataxia.- Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

Atención.- Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Avolición.- Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica, la avolición es generalizada e impide que el sujeto complete distintos tipos de actividades (trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

Catalepsia.- Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un período prolongado de tiempo.

Cataplejía.- Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

Comportamiento catatónico.- Importantes anormalidades motoras que incluyen *inmovilidad motora* (esto es, catalepsia o estupor), ciertos tipos de *actividad motora excesiva* (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), *negativismo extremo* (resistencia

aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizado) o *mutismo*, *ciertas posturas* o *movimientos estereotipados* y *ecolalia* o *ecopraxia*.

Crisis de angustia.- Períodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis hay síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser *inesperadas* (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocie con un precipitante situacional; *determinada situacionalmente*, cuando la crisis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional («señal») o en su anticipación; y *predispuesta situacionalmente*, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocie invariablemente con él.

Descarrilamiento.- («pérdida de asociaciones»). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase u oración a otra, el sujeto cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar *entre* oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce *dentro* de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

Desorientación.- Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Despersonalización.- Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (sintiéndose como si uno estuviera soñando).

Desrealización.- Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

Disartria.- Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

Discinesia.- Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

Disforia por la identidad sexual.- Disgusto persistente por algunas, o todas, de las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico.**Disociación.-** Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

Disomnia.- Trastornos primarios del sueño o del despertar, caracterizados por insomnio o hipersomnia como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

Dispersión.- Véase Descarrilamiento.

Distonía.- Alteración del tono muscular.

Distraibilidad.- Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Ecolalia.- Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Ecopraxia.- Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Estado de ánimo.- Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del *afecto*, que se refiere a cambios más fluctuantes en el «tiempo» emocional, el estado de ánimo se refiere a un «clima» emocional más persistente y sostenido. Estos son los tipos de estado de ánimo:

Disfórico.- Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

Elevado.- Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente «arriba», «en éxtasis», «en la cima del mundo» o «por las nubes».

Eutímico.- Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Expansivo.- Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios.

Irritable.- Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Estado intersexual.- Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

Estresante psicosocial.- Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Estupor.- Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

Fase residual.- La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

Fobia.- Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

Fuga de ideas.- Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Grandeza.- Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

Habla apremiante.- Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aun cuando nadie le escuche.

Hiperacusia.- Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

Hipersomnia.- Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

Idea delirante.- Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

Celos delirantes.- Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual.

Congruente con el estado de ánimo.- Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

De grandeza.- Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

De referencia.- Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las *ideas de referencia*, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

De ser controlado.- Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

Difusión del pensamiento.- Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

Erotomaníaca.- Idea delirante de que otra persona, habitualmente de *status* superior, está enamorada del sujeto.

Extraña.- Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

Inserción del pensamiento.- Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente.

No congruente con el estado de ánimo.- Véase síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Persecutoria.- Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

Somática.- Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

Idea sobrevalorada.- Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto.

Ideación paranoide.- Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Ideas de referencia.- Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para

cada sujeto. Debe distinguirse de un *delirio de referencia*, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

Identidad sexual.- Convicción interna de una persona acerca de ser varón o mujer.

Ilusión.- Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces. Véase también alucinación.

Incoherencia.- Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprendible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre *dentro* de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce *entre* las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada «ensalada de palabras» para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Insomnio.- Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio:

Insomnio inicial.- Dificultad para conciliar el sueño.

Insomnio medio.- Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades.

Insomnio terminal.- Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para remprender el sueño.

Lentitud psicomotora.- Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

Macropsia.- Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

Mecanismo de defensa.- Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización, y «*acting out*») son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

Medicamento agonista.- Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos

del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

Medicamento agonista/antagonista.- Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos m, d y k), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

Medicamento antagonista.- Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

Micropsia.- Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

Movimientos estereotipados.- Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (p. ej., sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Nistagmo.- Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

Papel o rol sexual.- Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente «masculinos» o «femeninos».

Parasomnia.- Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Pensamiento mágico.- Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Personalidad.- Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los *rasgos de personalidad* son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Pródromo.- Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

Psicótico.- Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de

psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). A diferencia de estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en el DSM-II y en la CIE-9 era probablemente demasiado inclusiva y se centraba en la gravedad de la incapacitación funcional, de modo que un trastorno mental era denominado *psicótico* si daba lugar a «una alteración que interfiere seriamente en la capacidad para satisfacer exigencias corrientes de la vida». Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV subrayan diferentes aspectos de las definiciones de *psicótico*.

Retrospectiva.- Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Sexo.- *Status* biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

Signo.- Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Síndrome.- Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Sinestesia.- Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p. ej., un sonido produce la sensación de un color particular).

Síntoma.- Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Síntoma de conversión.- Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.- Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido

o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.- Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Tic.- Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

Transexualismo.- Importante disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico.

