

Los espacios de la locura.

Una arquitectura sana para las nuevas psiquiatrías

Olivo Hernández, Oscar David

Programa de Maestría y Doctorado en Arquitectura



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Los espacios de la locura.

Una arquitectura sana para las nuevas psiquiatrías

Tesis que para obtener el grado de Maestro en Arquitectura presenta:

Olivo Hernández, Oscar David

Programa de Maestría y Doctorado en Arquitectura

2008

Director de Tesis

Dr. Jesús Aguirre Cárdenas

Sinodales

Dr. Luis Arnal Simón

Dra. Gemma Verduzco Chirinos

Mtro. Alejandro Gálvez Cancino

Arq. Jorge Tamés y Batta

Para Horacio, mi hermano

Agradecimientos

Primeramente deseo expresar mi gratitud hacia todos mis profesores de la Maestría por las enseñanzas que me ofrecieron, y muy especialmente al Dr. Hugo García Pérez y al Dr. Carlos González Lobo.

A los profesores Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso y Dr. Ricardo Canal Bedía de la Universidad de Salamanca, España.

A los profesores Dr. Herbert Roeyers, Dr. Geert van Hove y Dra. Van Moefaert de la Universidad de Gante, Bélgica.

A la profesora Madelaine van de Winckel (q.e.p.d.), por su generosa amistad, y por su invaluable ayuda para la adquisición del material bibliográfico y visita a las instituciones hospitalarias en Bélgica.

Una mención especial para el Dr. Jorge Abia González, con quien estoy permanentemente en deuda por su consejo, su apoyo incondicional, y la lectura crítica de este trabajo.

A la Maestra Carminia Magaña por la revisión y comentarios críticos del texto.

A la Dra. Elisabeth Espinosa Dorantes, por su amistad y generoso apoyo para la presentación de este trabajo.

No menos valiosos fueron el consejo y la opinión de mis amigos y colegas: la Sra. María de la Luz González, el Arq. Juan Aguirre, la Maestra Ximena Osegueda, la Maestra María José Fernández Aldecua, el Psicólogo Darío Aguirre, el Maestro Enrique Mendoza, la Arq. Norma Ortega y la Dra. Josefina Cuevas.

Me siento obligado igualmente con mi madre y mis hermanos Luis Daniel y Larissa, quienes contribuyeron, de diferentes maneras, para la realización de este trabajo.

No puedo dejar de reconocer el apoyo de las becas otorgadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de la Fundación UNAM para la realización de la Maestría; y del Programa de intercambio UNAM con la Universidad de Salamanca, España, para la realización de los cursos del Doctorado en Investigación sobre discapacidad; al igual que el apoyo del Programa *Erasmus*, en la Universidad de Gante, Bélgica. Esta Tesis no hubiera sido posible sin esos soportes.

Los espacios de la locura	1
El espacio del encerramiento	3
El espacio de “la terapia”	11
Los espacios de la psiquiatría en México	18
El espacio de la <i>desinstitucionalización</i>	21
El espacio hospitalario	25
Los espacios de las psicopatologías	28
1. Los espacios de las agnosias, las apraxias y las afasias	29
2. Los espacios de las neurosis y las psicosis	31
3. Las fobias a los espacios	33
4. El espacio de los síndromes demenciales	33
5. El espacio de las adicciones	34
6. El espacio de los “efectos colaterales” de los psicofármacos y las terapias de choque	37
El espacio del internamiento	38
El espacio de la arquitectura	41
Los locos en la ciudad: el derecho a la locura	44
Bibliografía	45
Hemerografía	48

Los espacios de la locura.

Una arquitectura sana para las nuevas psiquiatrías

La sociedad industrial ha considerado a las personas que han sido tocadas por una “enfermedad mental” como parte de una categoría social muy determinada, formulándoles un medio aséptico y más o menos funcional, con vistas más a ocultarlas que a integrarlas. Esta sociedad enseña que tener una discapacidad equivale a “valer menos” (la claridad del término “minusválido” es ofensivamente reveladora): ser inferior, vergonzoso, y en el caso extremo, de quien ha sido víctima de un desorden mental, ser considerado como criminal. Desde el diván hasta el manicomio; del consultorio al hospital; de la escuela de “formación especial” al reformatorio; de la cama del enfermo al asilo forman un sistema cerrado, punitivo, alienante, pensado y controlado siempre por “especialistas” (la mayor parte de las veces uniformados).

Erwing Goffman¹ analizó la vida en las “instituciones totales” –los mundos cerrados como las prisiones, los campos militares, los reformatorios, los asilos y especialmente los hospitales mentales. Se enfocó en la relación entre el interno y la institución, cómo el encierro afecta a la persona y cómo la persona puede enfrentar la vida en el interior. En una “institución total”, dice Goffman, todos los aspectos de la vida están conducidos en el mismo lugar por la misma autoridad; todas las actividades diarias (sobre un período de 24 horas) están cuidadosamente programadas; hay una aguda división entre los supervisores y los subordinados; la información acerca del destino de los internos es retenida, negada. Goffman describe los efectos del medio ambiente institucional sobre sí mismos, y en las identidades de los reclusos.

En esta crítica a los internados el principal argumento se enfoca contra las instituciones de enfermos mentales, primero porque estigmatizan al interno, impidiéndole volver a reintegrarse a la sociedad; luego, porque obliga al interno a una identidad “enferma”. Goffman argumenta que la institución crea más problemas en los internos que los que les resuelve, volviendo a personas normales en personas insanas mentalmente.

¿Cómo puede el espacio físico contribuir en la terapia y la rehabilitación de las personas con necesidades especiales de salud mental? ¿Cuáles son las consideraciones que deben tenerse respecto a la percepción y uso del espacio, para personas con un diagnóstico

¹ Irving Goffman, **Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales y otros internos**. Siglo XXI, México, 1966

Los espacios de la locura

psiquiátrico? ¿Qué precauciones deben tomarse en las facilidades arquitectónicas, para aminorar los “efectos colaterales” de los psicofármacos? ¿Cómo puede eliminarse el aspecto opresivo de las instituciones tradicionales de salud mental?

La primera parte de esta Tesis analiza de manera paralela la historia de la psiquiatría, y la de la arquitectura hasta llegar a las “instituciones totales”. Analizamos la experiencia secular de una comunidad terapéutica en Gheel, Bélgica, que podría servir de modelo a soluciones futuras.

Cuestionamos después cuál es la función actual de la arquitectura hospitalaria y revisamos un diseño ejemplar, construido por Aldo van Eyck, para la residencia del Hospital Psiquiátrico Padua, en Boekel, en los Países Bajos.

Consideraremos también cuáles son las relaciones entre el espacio y las psicopatologías: las de los psicofármacos y las de sus “efectos colaterales”. Igualmente consideramos el espacio de las adicciones y las relaciones que se deberían tomar en cuenta para poder determinar las condiciones y necesidades especiales que deben cumplir los espacios para la rehabilitación. Revisaremos cómo está organizada actualmente la arquitectura de algunas instituciones psiquiátricas y las dificultades para el estudio de su vida en el interior.

La cuestión central es ¿qué tanto cambiará el sistema y las actitudes si tan sólo se transforman los espacios? ¿Qué tanto de los objetivos aquí planteados trascienden lo arquitectónico y se sitúan en otros ámbitos?

Así, el espacio destinado para las personas con discapacidad es reducido, inadecuado, incómodo y la mayor parte de las veces, inexistente. Pues el espacio cotidiano se vuelve inseguro, desprotegido, amenazador, peligroso para quien padece de una desventaja física, sensorial y/o mental.

Pero todo sistema tiene sus límites y la psiquiatría fracasa ante sus intentos por integrar a las personas con necesidades especiales de salud mental a una sociedad altamente segregacionista -¿debo decir injusta?- Las soluciones que buscan volver a cambiar para progresar se estudian y los paliativos se ponen en marcha, pero ninguna práctica nueva podrá responder a la demanda natural de las personas por formar parte activa del presente. ¿Cuál puede ser ahora, en los albores del Tercer Milenio, el interés por integrar a “las minorías” a nuestra sociedad? El mundo de las personas con necesidades especiales es ciertamente diferente, pero la diferencia está en otro sitio, ya no entre “el loco” y “el normal”, sino entre un pasado falso y aparentemente resuelto y un futuro todavía mal percibido.



Procesión de danza en Molembeek Sant Jean. De acuerdo con un grabado de Pieter Broughel. El día de san Juan aquellos que sufrían de una enfermedad mental o de epilepsia eran conducidos al puente de Molembeek (Flandes para atravesarlo bailando; entonces ellos serían curados durante un año y liberados de la epilepsia.

El espacio del encerramiento

Hablar hoy de la “arquitectura de las instituciones psiquiátricas” es en cierto sentido, un anacronismo. Apenas se puede hablar de un desarrollo autónomo de otros tipos de construcción (hospicios, cárceles, internados, reformatorios, asilos, conventos), y si la ocasión se presenta, de la arquitectura hospitalaria. Los enfermos mentales y otras categorías de residentes, son acogidos en los mismos edificios (en el mejor de los casos en los hospitales).

En **Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión**,¹ Michel Foucault hace la distinción entre dos formas del ejercicio del poder empeñadas bajo la forma de lucha en contra de la lepra y la peste, que responde así a la utopía de una sociedad pura y disciplinada. En el siglo XIX nació según Foucault, una aproximación entre los dos modelos: se aplica al espacio de la exclusión la técnica de la parcelación disciplinaria.

Foucault se enfoca en el modelo de prisión de Jeremy Bentham, o el panóptico², como Bentham le llamaba (panóptico literalmente quiere decir “el que todo lo ve”). La prisión panóptica fue popular desde principios del siglo diecinueve, y fue diseñada para permitir al guardián vigilar a todos sus prisioneros a cualquier hora del día, pero sin

¹ Michel Foucault (1975), **Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión**, Siglo XXI, México, 1976

² Bentham, Jeremy, **Le panoptique** precedido de “L’oeil du pouvoir entretien avec Michael Foucault”, prólogo de Michelle Perrot, Pierre Belfond, París, 1977

permitir a los prisioneros vigilar al guardián. El edificio era circular, con las celdas alineadas en el perímetro, en el centro había una torre observatorio que permitía vigilar a todas las celdas, y monitorear desde allí cualquier comportamiento inmoral, pero cuidadosamente pensado para impedir a los presos vigilar al mismo tiempo a sus guardias. El prisionero no sabía realmente cuándo era vigilado. Bentham creía que el saberse vigilados forzaría a los presos a comportarse moralmente, bajo la aplicación de sanciones.

El principio del panóptico reposa en la separación entre el ser visto/no ser visto (prisionero *versus* vigilante) y en la moralización por el encerramiento solitario (en oposición al encerramiento masivo en grandes celdas invisibles para los vigilantes). Las cárceles modernas, más “humanas”, pueden ser consideradas como un perfeccionamiento de los principios del panóptico, sobre todo por su objetivación (videocámaras en circuito cerrado)³.

Con la abolición de las torturas y la aparición de otras reformas, Foucault muestra el nacimiento de la penitenciaría moderna como un mero enfoque en el castigo, ya no bajo la forma de penas en el cuerpo del prisionero, sino ahora sobre su espíritu.

La arquitectura de las cárceles y la de los hospitales, entre otras por su multifuncionalidad, muestran más parecidos mutuos que diferencias. Nikolaus Pevsner⁴ en su estudio de las tipologías constructivas, considera el capítulo sobre las cárceles apenas como un *post scriptum* del capítulo sobre los hospitales. Sería mejor, según nosotros, de observar el orden inverso. En efecto, en ambos casos la gente va a ser aislada involuntariamente del mundo exterior a un lugar específico, y en los dos casos es necesaria una vigilancia permanente. En otras palabras, la arquitectura de los hospitales se deriva de la de las prisiones, y *viceversa*.⁵

El hospital medieval acumulaba diversas funciones: asilo, hospital, orfanato, albergue de peregrinos y viajeros, casa de asistencia para pobres. En distintas órdenes religiosas existe la obligación de acondicionar hospitales para los peregrinos y los pobres. Los primeros documentos son los del Hotel de Dios en París y el plano de la abadía Saint-Gall, los dos del 829. Este último es más un ideal que un plano utilizable, con las funciones ya separadas: cuarteles para los peregrinos, un hospital para huéspedes importantes (al Este), una enfermería (al Oeste) y un convento. La abadía cisterciense de Leeds poseía igualmente una capilla (en el lado Este). De esa forma, los enfermos podían ver el altar. El tratamiento médico, si éste existe, estaba subordinado a la comunicación con Dios.

Las enfermerías mejor conservadas se encuentran en Francia. Inglaterra tenía también muchas. Estos institutos tenían funciones específicas. Según Pevsner, la separación de acuerdo con la función se presentó primero en los asilos para los enfermos mentales. H. C. Burdett se refiere entre otros a Gante y Londres (siglos XII y XIII), y a las ciudades españolas (siglo XV). En Alemania un hospital se fundó en 1533, especialmente para los locos: la abadía cisterciense de Haina.

³ Esos dispositivos tecnológicos para la vigilancia también son comúnmente usados en las instituciones psiquiátricas actuales.

⁴ Nikolaus Pevsner, **Historia de las tipologías arquitectónicas**, GG, Barcelona, 1979

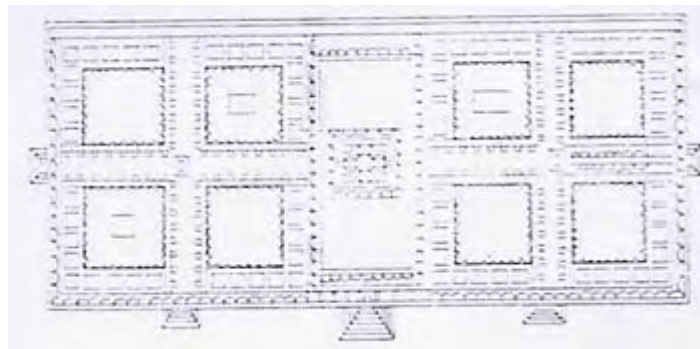
⁵ Ronald Van Der Sompel, “*Architecture et Psychiatrie*”, en *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1997

Los espacios de la locura

El hospital más grande y más tristemente famoso, el Hotel de Dios en París, sin embargo no estaba diversificado. Fue construido hacia 1260 y ampliado en el siglo XVII. Al final de la Edad Media, contaba con unas 450 camas y 1280 pacientes, es decir, tres enfermos por cama, sin hacer diferencias por las enfermedades. Otros hospitales fueron mucho más pequeños, las estimaciones varían entre 250 y 500 pacientes, en las que los pobres, los viajeros y los huéspedes que pagaban estaban incluidos.

El primer establecimiento exclusivamente destinado a los cuidados de los enfermos mentales, fue el Hospicio de los Santos Mártires Inocentes de Valencia fundado en 1409 por Fray Juan Gilberto Jofré, y que significó el origen de la construcción de una serie de asilos en la España del siglo XVI. En 1547, el monasterio Santa María de Belén se convirtió en el *Bedlam* de Londres, hospicio de los insensatos. En 1567 Fray Bernardino Álvarez fundó el primer asilo para dementes en la Nueva España.

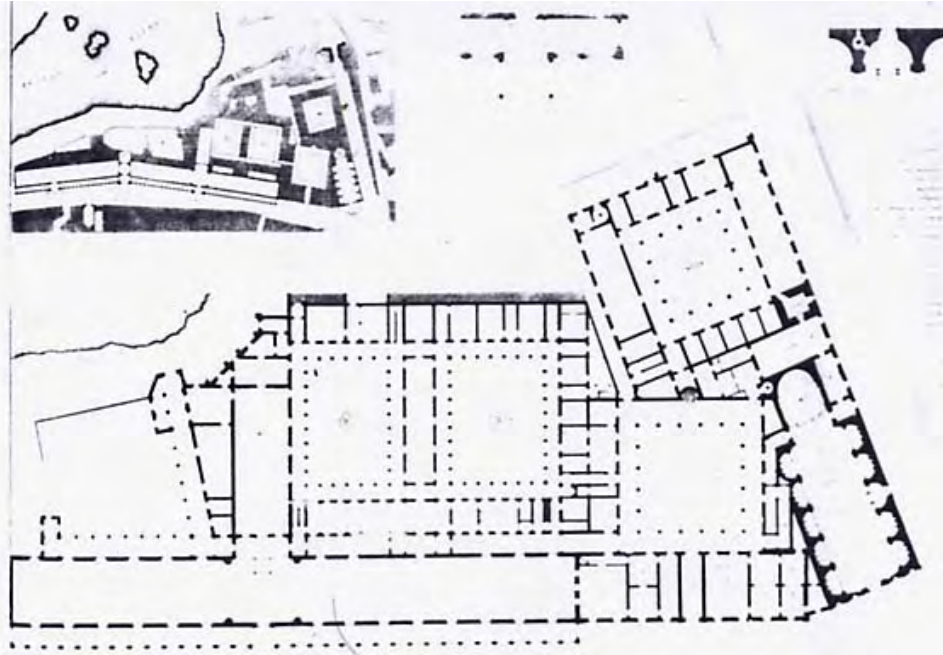
A partir de mediados del siglo XV se desarrolla en Italia un nuevo tipo de hospitales, de planta cruciforme. El San Maria Nuovo florentino (fundado en 1286) es el más influyente. En 1334 se anexó un nuevo departamento para hombres a este edificio en forma de cruz: cuatro secciones que convergían en el centro donde estaba el altar. Un segundo edificio en forma de cruz se construyó en 1657-60. Este esquema provocó una revolución, aunque no inmediata, en la arquitectura hospitalaria.



Milán, Ospedale Maggiore (N. Pevsler, *Historia de las tipologías arquitectónicas*)

Antonio Filarete, el arquitecto del Ospedale Maggiore en Milán, utiliza también la forma de cruz en el interior de una planta tripartita, rectangular. La parte de en medio comprende un gran patio central con una iglesia planeada en el centro. Los otros dos tercios comprenden cada uno cuatro salas dispuestas en forma de cruz con un altar en el crucero. Cada sala podía contener 60 camas.

Un ejemplo específico para los enfermos mentales (500) y los niños abandonados (800) es el hospital Santo Spirito en Sapia. Construido por Pontinelli (1447-82) está constituido sólo por dos brazos de cruz. Al centro Andrea Palladio colocó una cúpula.



Roma, hospital Santo Spirito en S. Maria della Scia (N. Pevsler, *Historia de las tipologías arquitectónicas*)

El periodo de 1600-1800 es para la historia de la psiquiatría un periodo oscuro. Esa fue también la época del barco de los locos - que erraba por los mares con su cargamento de “anormales” e “indeseables”- de tal manera que ya no pertenecieran a ninguna comunidad.

El gran encerramiento ordenado en cada ciudad del reino por Luis XIV en un edicto del 16 de junio de 1656, creó en Francia el Hospital General: Está caracterizado por el “gran encerramiento” indiferenciado: Locos, criminales, prostitutas, alcoholizados, ladrones y extravagantes de todo tipo han convivido en el mismo lugar donde las distintas facetas de su anormalidad resultaban niveladas por un elemento en común - el salirse de la norma y de sus cánones - debido a la necesidad de aislar al anormal del contexto social.⁶

En la misma época, en Inglaterra, se erigieron las *houses of correction* (casas de corrección) y las *workhouses* (casas de trabajo). En Alemania erigieron los centros de educación vigilada. En los Países Bajos llamaron a estas instituciones “asilos” u “hospicios”. Según Schroeder van der Kolk la situación era inhumana: “Un edificio muy inadecuado para los cuidados de los alienados, sin separación entre estos enfermos y las otras personas cuidadas. El ala destinada a los alienados tiene todo el aspecto de una prisión. Las celdas tienen el techo bajo, no hay aire suficiente. No están iluminadas por la noche y en invierno, no las calientan. Los medios del sometimiento son la camisola de fuerza, la privación de alimentos, cadenas en los puños y en los pies sujetos a los muros. Un aprisionamiento entre las celdas.”⁷

⁶ Entrevista a Franco Basaglia, Fundación Carl Joseph Jung, 4 de octubre 2007.

⁷ Citado por René Stockman, “Du chaman au psychiatre”, en *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1997

Los espacios de la locura

La intención del Hospital General era la de juntar, encerrar y poner a trabajar a los mendigos, los condenados y los alienados. Los alienados no eran considerados enfermos sino seres que por su aspecto animal estaban por debajo de lo humano. En virtud de ese aspecto animal no se podía medir la locura sino por la educación severa y el trato como cretinos. Es interesante señalar que a pesar de su aislamiento, mediante un pago se podía ir a ver a los lunáticos, ya que por su naturaleza sexual o las peleas violentas, era considerado un pasatiempo divertido.⁸

Las paredes del hospicio limitaban, contenían y ocultaban al “endemoniado”, al “loco”, como expresión del mal involuntario e irresponsable del espíritu, junto al criminal, expresión del mal intencionado y responsable. Para el hombre descarriado moralmente, la cárcel; para el hombre con el espíritu enfermo, el manicomio; para el hombre criminal y reconocido enfermo, el manicomio criminal.

“Según el racionalismo iluminista, la cárcel tenía que ser la institución punitiva para quien violase la norma representada por la ley - la ley que protege la propiedad, que define los comportamientos públicos correctos, las jerarquías de la autoridad, la estratificación del poder, la amplitud y la profundidad de la explotación - . El loco, el enfermo de espíritu, quien se apropia de un bien habitualmente atribuido a la razón dominante - el extravagante que vive según las normas creadas por su misma razón o por su locura - , empezaron a ser clasificados como enfermos, para los cuales hacía falta una institución que marcara y definiese claramente los límites entre razón y locura, y en la cual se pudiera encerrar y aislar a quien atentara contra el orden público en cuanto a criterios de peligrosidad o escándalo públicos. Cárcel y manicomio - cuando ya estuvieron separados - siguieron conservando todavía la misma función de tutela y defensa de la “norma”, donde el anormal - por enfermedad o criminalidad - se transformaba en normal en el mismo momento en que quedaba circunscrito por esos muros que establecían una diferencia y un distanciamiento.”⁹

Desde entonces, “la locura será castigada en el internado, inclusive si ella era considerada inocente afuera. Será durante mucho tiempo, incluso hasta nuestros días, aprisionada en un mundo moral.”¹⁰ Esta mutación anuncia la emergencia de la medicina espacial y su instrumento: el asilo, en donde la locura será sujeta a tratamiento: primero el tratamiento moral, luego el médico.

En el siglo XVI la planta cruciforme aparece en Inglaterra y en España, entre otras en Santiago de Compostela, en una decoración totalmente *Quattrocento*. Hacia 1620 llega a la América española, Alemania y Francia. El Hospital de los Incurables (1635-49) es una combinación de dos cruces.

En el período clásico (a partir de la segunda mitad del siglo XVII) los mecanismos disciplinarios se diseminan de los institutos aislados hacia la sociedad total, según Foucault.¹¹ Su función se invierte. Ya no concierne a la exclusión no productiva, sino toma una individualización productiva, un control flexible en lugar de un control

⁸ R. Stockman, “*Du chaman au psychiatre*”, en *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1997, p. 35

⁹ Entrevista a Franco Basaglia, Fundación Carl Joseph Jung, 4 de octubre 2007.

¹⁰ *Les machines á guerir*, citado por Jean-David Delveaux, *Les espaces de la folie*, L'Harmattan, París, 1996

¹¹ Foucault, Michel (1964), *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vol., Breviarios, FCE, México, 1967

compacto. Por otro lado, las disciplinas se “estatizan”. La cuestión disciplinaria sobre el normal/anormal se juega ahora en todos los terrenos de la vida social.

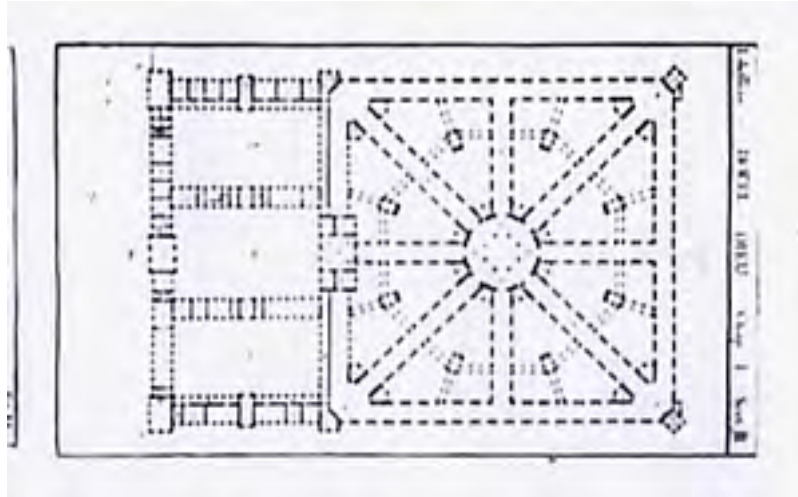
Responde a consideraciones de utilidad, conforme a las evoluciones demográficas del siglo XVIII, en un nomadismo creciente que se traducirá sobre todo en las medidas de higiene pública, y en el crecimiento en el aparato de producción. La acumulación del capital presupone o implica una acumulación política en la gestión de los individuos. Jurídicamente nace una especie de contra-derecho. Las disciplinas introducen las relaciones de compresión privadas que instauran una relación de desigualdad. Finalmente las disciplinas alcanzan en el siglo XVIII el nivel sobre el que la producción del conocimiento y la concentración del poder se refuerzan. Cada mecanismo de objetivación funciona en tanto instrumento de sumisión. Como en la Edad Media, donde las técnicas de inquisición están en el origen del cuestionamiento jurídico, ahora el principio panóptico se introduce por intermediación de la investigación de las ciencias humanas.

A partir de ese contexto, Foucault analiza en la **Historia de la locura en la época clásica**, la relación entre “el nacimiento” de la enfermedad mental (su descubrimiento y su clasificación en las ciencias humanas) y su internamiento. La terapia y el modo de internamiento evolucionan paralelamente. El punto de salida está marcado por la fundación del Hospital General (1657) con el encierro masivo de pobres según el modelo predisciplinario. El punto final es la reforma de Bicetre por Phillippe Pinel (1794). El internamiento se vuelve un asunto de la “policía”, es decir, de la organización del conjunto de las condiciones necesarias para mantener el trabajo. La voluntad de curar siempre es secundaria. El trabajo de los internos debe ser productivo, en la medida de lo posible.

Las nuevas instituciones que aparecen a partir del XVII cambian en el tiempo, en cuanto a sus funciones. Bicetre funciona como hospital de los inválidos, los pobres (1656), los enfermos mentales (1660), los jóvenes delincuentes (fin del XVII) y otros malhechores (1728). En 1836 es un hospital para hombres viejos, J.R. Tenon escribe en 1788 sobre el tema: “*There were the poor, the young and old, invalid or able, the mad, the imbecile, the epileptic, the blind and all kind of incurables.*” En la Salpêtrière ya no se puede hablar de especialización. De 1634 a 1684 los enfermos mentales viven allí al lado de otras categorías de residentes. El Hotel de Dios sigue siendo igual de aterrador que en la Edad Media. Los únicos hospitales “exclusivos”, en el sentido actual de la palabra, fueron el Hospital Saint-Louis (1607), y la Charité (1602), un hospital modelo en el que cada paciente tenía su propia cama.¹²

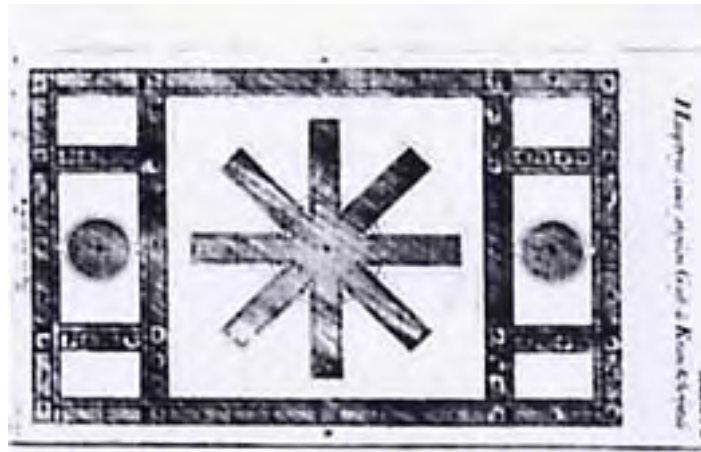
¹² Ronald Van Der Sompel, *Op. Cit.*

Los espacios de la locura



(N. Pevsler, *Historia de las tipologías arquitectónicas*)

A partir de las consideraciones de eficacia, pasamos hacia el fin del XVII y principios del XVIII de la forma de una cruz a una planta radial. Un plano con más de cuatro paredes ofrece evidentemente más espacio para camas en la misma superficie. El primero proviene de Antoine Desgodets y presenta una planta octogonal y dieciséis salas radiales. Una cúpula al centro funciona como sistema de ventilación (para aspirar el aire), y en las esquinas de radios concéntricos se encuentran los sanitarios. Leonhard Christoph Sturm se basa en ese proyecto para un hospital tipo octogonal con una iglesia en el centro (1720). Esta planta continúa a utilizarse hasta el siglo XIX, sobre todo para los albergues específicos para enfermos mentales.¹³



(N. Pevsler, *Historia de las tipologías arquitectónicas*)

En el siglo XVIII, aumenta la producción de hospitales, sobre todo en Gran Bretaña, donde se construyen igualmente albergues destinados a los enfermos mentales: el London Hospital, el St. Luke y el Bethlem. En la segunda mitad del siglo XIX se construye una serie impresionante en las provincias (que rivalizan). Uno de esos hospitales es el de la fundación Quaker en York, The Retreat (1796).¹⁴

¹³ Ronald Van Der Sompel, *Op. Cit.*

¹⁴ *Ibidem.*

Los espacios de la locura

En Italia igualmente se observa poca diversificación. Entre las edificaciones destinadas a los enfermos mentales está San Maria della Pieta. En el siglo XVIII los albergues más interesantes son el Alberghi di Poveri , el Pamatonne de Genes y un proyecto de Fuga comprende una iglesia hexagonal central y seis salas radiales en Nápoles (1751-1829).¹⁵

El Hotel Dieu en Lyon, concebido por Jaques Germain Soufflot (1741-1842) es comparable a ese plan. Se trata de edificios impresionantes con fachadas representativas, largas, en alas salientes, columnatas y cúpulas. Rothman los compara a las edificaciones para fábricas y utiliza como tesis en relación a esas grandes columnas visibles, que significan la fe en el orden, según los principios del Siglo de las Luces.¹⁶ Se esperaba del aislamiento de los residentes (total o parcial), en relación con las influencias del exterior, que una vez que ese orden fuese instalado, los enfermos mentales serían menos ruidosos, los prisioneros estarían listos para la reforma de sí mismos.¹⁷

En 1773 Jean Baptiste Le Roy junto con Jean Francoise Vel, proponen un novedoso plan en pabellones. Lo novedoso son las grandes salas de un solo piso, paralelas, organizadas en ángulos rectos a la derecha y a la izquierda de grandes patios interiores. De un lado se encuentran los bloques de servicio, del otro lado una iglesia. Una comisión determinó que no fuesen más de 36 camas por sala, una persona por cama y las camas de hierro. El concepto de asilo se estaba gestando.¹⁸

¹⁵ *Ibidem.*

¹⁶ Pierre Pinon, *L'Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l'Archaeologie*, Mardaga, Archives, Bruselas, 1999

¹⁷ Ronald Van Der Sompel, *Op. Cit.*

¹⁸ *Ibidem.*



Escena de una ducha forzada en la casa de los locos de Charenton
(*L'Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l'Archaeologie*)

El espacio de “la terapia”

Una casa de alienados es un instrumento de curación. Entre las manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales.

Jean Ettienne Esquirol

Con un cuchillo se puede preparar el más exquisito de los platillos, pero también se puede cometer el crimen más abominable

Las relaciones entre arquitectura y los cuidados psiquiátricos son muy antiguas y encuentran sus orígenes en los primeros espacios mágico-religiosos. En el Asclepión de Pérgamo, los locos deambulaban en un espacio circular destinado a provocar una desesperación considerada como terapéutica para los alienados.¹

El concepto de espacio curativo o terapéutico es más complejo de lo que parece, y la relación del significado que introduce puede conducir a confundir lo que pertenece a las terapias mismas y lo que corresponde al espacio en el que son realizadas. La historia testimonia además ese intercambio sutil entre la psiquiatría y la arquitectura. La liga entre el tratamiento moral y la arquitectura del asilo es bien conocida, al igual que la de la ciudad hospitalaria con la psicoterapia institucional, en la búsqueda del impacto terapéutico que podría tener una sociedad ideal sobre el enfermo mental.

¹ Pascal, Jean Charles, *Théorie du soin en psychiatrie et architecture*, en *Architecture, espace et psychiatrie*, en las XXI Jornadas de Fontainvraud, 13 de mayo 2006.

Los espacios de la locura

La historia de la teoría de los cuidados de la psiquiatría está muy ligada a la de la arquitectura. La cuestión fundamental queda evidentemente en el equilibrio necesario entre ese sentido dado a la obra arquitectónica y su propia referencia teórica y el objetivo del proyecto arquitectónico ligado a la expresión misma de las necesidades.

Con la Declaración de los derechos del hombre y de los ciudadanos surgió una nueva concepción acerca de lo humano, definida fundamentalmente en su racionalidad, y de la locura, concebida ahora como enfermedad susceptible de ser curada. Entonces ¿en dónde se iban a colocar a aquellos seres que habían perdido la razón y el buen juicio, a aquellos tocados por la pérdida de la inteligencia o de la conciencia? Si la ciudad era el espacio para la civilidad y la racionalidad, y el campo el espacio para la naturaleza bruta, indómita, el asilo debería ocupar entonces un espacio de intermediación entre la ciudad y el campo.



París, el Hospicio de Charenton
(*L'Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l'Archaeologie*)

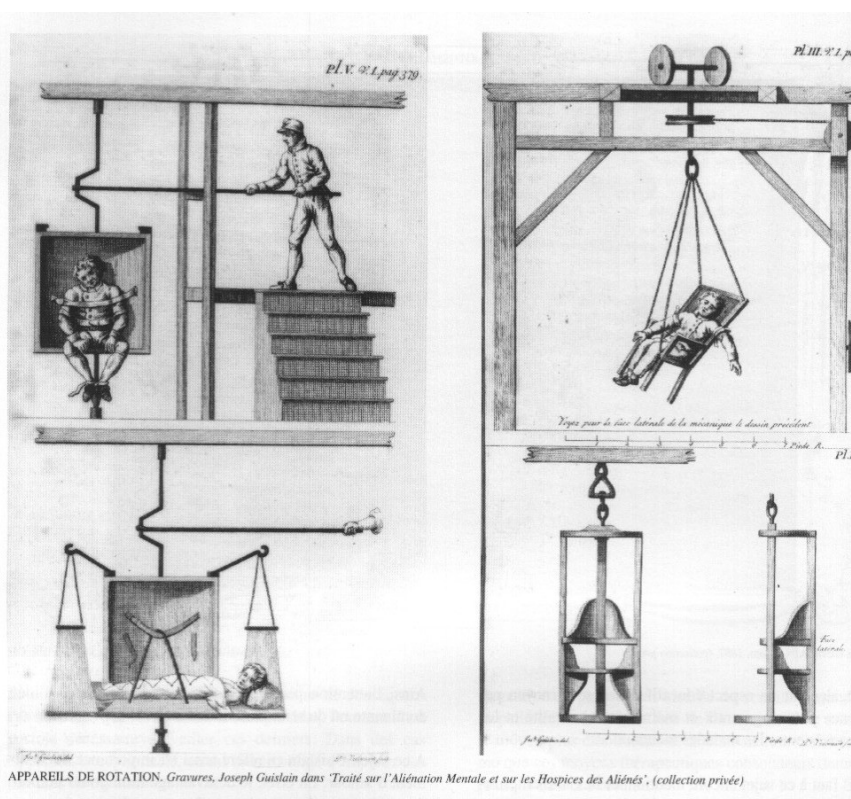
Después del Gran Encerramiento, vino el Gran Desplazamiento con la ideología del retorno a la naturaleza, las bondades del medioambiente y de la estética/terapéutica. El asilo aparece entonces como una fusión arquetípica entre la ciudad y el campo y realiza así el ideal de Palladio: “La naturaleza sometida a la razón y la razón sometida a la naturaleza”.²

² Pascal, Jean Charles, *Op. cit.*

Los espacios de la locura

El objetivo original del asilo nunca estuvo limitado a la cuestión del encierro de los alienados o al sueño de una medicina clasificatoria en la que el alienista sólo describirá los problemas mentales en la representación purificada del escenario asilar. La gran idea de Pinel, era el “tratamiento moral”, en oposición a los brutales tratamientos físicos que acompañaban al encierro. Ese “tratamiento moral” consistía en cuatro puntos: “es un arte de dirigir a los alienados, reprimiéndolos enérgicamente, para sacudir su imaginación, por una intimidación sin violencia.”³

Distinguidos psiquiatras en defensa de los dementes fueron Jean Ettienné Dominique Esquirol, que murió en 1840, y John Connolly, cuyo libro principal fue publicado en 1856: *Treatment of the Insane without mechanical Restraints*. El título lo dice todo. El tratamiento a principios del siglo XIX puede difícilmente distinguirse de una tortura, aunque la intención fuera generalmente buena: tirar al paciente desprevenido en agua fría y hacer dar cien vueltas por minuto al paciente en un columpio circular.



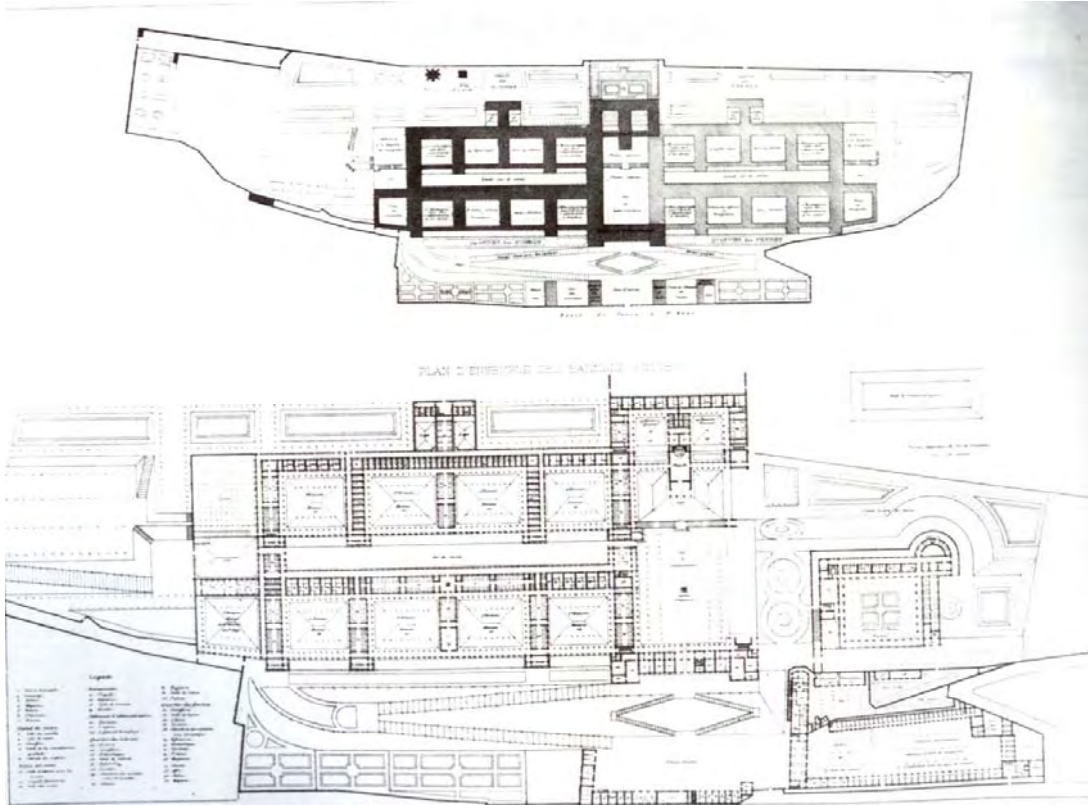
La terapia de rotación (*Ni rime ni raison*, *Histoire de la psychiatrie*)

El aislamiento y la libertad no son totalmente irreconciliables, el asilo tuvo la función de ofrecer una libertad limitada. Dar la impresión de libertad aparente fue uno de los objetivos particulares de la arquitectura del asilo: encerrar al enfermo en un espacio con límites infranqueables dándole al mismo tiempo la ilusión de la libertad. Un bello paisaje y el trabajo en el campo eran concebidos como la compensación a la melancolía y la ociosidad inherentes al aislamiento.⁴

³ Citado por Pinon, Phillipe, *Op. cit.*

⁴ La ociosidad era considerada como una de las principales fuentes de las enfermedades mentales.

Los espacios de la locura



Estado de la construcción del Hospicio de Charenton hacia 1865 (*L'Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l'Archaelogie*)

El hecho de que la existencia del asilo y que la organización de su espacio sea considerado por los alienistas como una condición *sine qua non* para aliviar a los alienados, pone a la arquitectura asilar en el centro del problema de la curación de la locura. Más que cualquier otro espacio médico, el asilo es una máquina para curar.⁵

Los manicomios, emblema de la psiquiatría en la sociedad industrial, han sido comparados metafóricamente con teatros, granjas, prisiones, pueblos, comunidades utópicas, zoológicos humanos petrificados por el aislamiento geográfico; la clasificación de los enfermos por el comportamiento y el grado de agitación (curables/incurables, tranquilos/agitados/agresivos); la separación de los sexos y de las clases sociales, fue la regla en los asilos clásicos y sus avatares.

Muy pronto encontramos una repartición de los enfermos según su patología pero este principio, deseado por Pinel, no fue respetado por Esquirol quien prefería juntarlos según su comportamiento. En la parte más calmada y eventualmente más sombría, pero también la más alejada, se hospitalizaba a los furiosos, los agresivos; en la parte intermedia, los periódicos y mientras más se acercaba a la puerta de entrada, los enfermos son más calmados. Los hombres a la derecha y las mujeres a la izquierda se decía clásicamente...

La clasificación y el aislamiento no son, sin embargo, las únicas nociones que van a guiar a los alienistas en su nueva concepción del internamiento terapéutico. Médico y máxima autoridad simultáneamente, el alienista se vuelve la figura central del asilo.

⁵ Citado por Pinon, Phillipe, *Op. cit.*

Los espacios de la locura

Esa autoridad única, situada en la cúspide de la jerarquía, se va a traducir arquitectónicamente: Los edificios para los servicios generales sobresalen siempre en el centro de la institución, para expresar así la fusión entre la medicina y la administración. “Un centro único de autoridad debe estar siempre presente en su imaginación, para que ellos (los enfermos) aprendan a reprimirse ellos mismos y a domar su espíritu”, concluía Pinel en su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*.⁶ Lo que domina en el asilo es la simetría, la organización del espacio era considerada como susceptible de contribuir a la reorganización del espacio psíquico desordenado de los pacientes alienados.



Patio de la administración y capilla de la Maison Nationale de Charenton
(*L'Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l'Archaeologie*)

La belleza, la austeridad y la adecuación práctica y teórica son los elementos del tríptico fundador del manicomio. Las teorías de los psiquiatras se asocian estrechamente con las de la concepción arquitectónica e importantes debates tendrán lugar sobre el número de pisos ideal para los establecimientos, la cuestión de la seguridad en los hospitales era una verdadera obsesión.

Iniciado por Esquirol y Ferrus, el sistema alienista consagra la mutación de la mirada médica y la conversión de la mirada social. El campo médico se enriquece por la disciplina mental y el médico, más preocupado por describir que por interpretar, lanza las bases de la psiquiatría confirmando la diferencia del enfermo mental por nosografías cada vez más precisas. Pero creando el asilo y el tratamiento de los locos, la sociedad se absuelve de la deuda en la que basa su culpabilidad, el enfermo cuidado, aislado, se sumerge en un paradójico distanciamiento que desde entonces no ha cesado de estrecharse.

La simetría, la austeridad y el despojo son la regla, y los enfermos satisfaciendo las necesidades de clasificación médica, se reparten en categorías: Esquirol establece doce en 1824, Briere de Boismont no cuenta más de diez en 1836, Girad de Cailleux no quiere más que siete en 1848.⁷ Además, Esquirol reconoce que la complejidad de las enfermedades compuestas da lugar a “muchas opiniones diversas sobre el carácter y la clasificación de las diversas alienaciones mentales”.⁸ Esa complejidad arruina toda

⁶ Citado por Pinon, Phillippe, *Op. cit.*

⁷ Jean-David Delveaux, *Les espaces de la folie*, L'Harmattan, París, 1996

⁸ Esquirol, *De la manie*, citado por Jean-David Delveaux, *op. cit.*

tentativa de traducir la nosografía en equipamientos. En consecuencia, Parchappe considera que “la subdivisión de un asilo de alienados (...) no debe ni puede corresponder a las clasificaciones científicas”. En 1853 describe ya las utopías de Pinel, un modelo de asilo perfectamente ordenado y simétrico, en el que los enfermos se distribuyen dependiendo si son curables o incurables, agitados o tranquilos –la mayoría en una división más funcional que medical.

Se preconizaba la construcción de establecimientos con una capacidad moderada de 200 a 400 camas, de dormitorios comunes más que de células y de lugares de reunión y de reposo, participa de la formalización rígida que tomaba el asilo, en la Francia de aquella época.

Si es cierto que suavizaba la condición de la locura, este dispositivo de asilo, tan caro para los alienistas filántropos, satisfará sobre todo las exigencias burguesas de un internamiento moral, sin poder ofrecer otra terapéutica a la locura. Los conjuntos de enfermos se multiplicaron según los criterios de moralidad, de competencia y de posición social, que los barrios especiales encierran a partir de ahora una caricatura de la sociedad. Rápidamente, el asilo va a proveerse de estructuras jerarquizadas, autoritarias y paternalistas.

A principios del siglo XX, la psiquiatría se desplaza hacia el campo científico. Magnan, Morel (partisanos del No-Aprisionamiento) y Charcot en Francia, Kraepeling en Alemania, los neurólogos anglosajones, Ramón y Cajal en España, consagran el nacimiento de la Psiquiatría clínica. Entre 1899 y 1905, Freud elabora la teoría psicoanalítica, que otorga la palabra a los enfermos. Paul Serieux, representando el descontento de los alienistas, critica severamente el encierro institucional en un reporte de 1903. Si la psiquiatría completa grandes progresos teóricos y comienza a producir las terapéuticas medicas, la situación de los internados cambia poco.

Para los años 1930 las cárceles psiquiátricas se habían vuelto grandes e inmanejables. Se desarrolló la lobotomía⁹ y varios tratamientos de choque –impaludación, choques de insulina, electrochoques (ECT)¹⁰ y psicocirugía- el descubrimiento en 1952 de la clorpromazina,¹¹ por Delay y Deniker, abre el período psicofarmacológico y facilita la apertura del hospital.

Hacia 1946 se conceptualizó una nueva variante asilar con la idea del “manicomio del futuro”: la “ciudad hospitalaria”. A la “casa de los locos”, le seguía la “ciudad de los locos”. Eminentemente desalienistas intentaron concebir lo que sería el espacio terapéutico de los decenios por venir. Después de distinguir entre la admisión cerrada y la admisión abierta que funcionaría como una unidad de observación, que ya era muy moderna, el resto del proyecto se calificaba como plan general o ideal. El dispositivo recomendado retomaba en gran parte la organización del asilo clásico, con un centro económico y social rodeando una especie de plaza central del pueblo. Al oeste, hacia el servicio de los hombres (que también es a la derecha), el bloque de los talleres necesarios para el

⁹ Lobotomía: ablación total o parcial de los lóbulos del cerebro.

¹⁰ La terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés) es un controvertido tratamiento psiquiátrico en el que, para efectos terapéuticos, con descargas eléctricas se inducen convulsiones o “seizures” (efecto electrofisiológico anormal producido en el cerebro, que produce una sincronización anormal de la actividad eléctrica neuronal).

¹¹ Un neuroléptico o antipsicótico que calmaba a los esquizofrénicos agitados y activaba a los calmados.

Los espacios de la locura

funcionamiento normal del hospital y los locales para actividades terapéuticas para el trabajo de los hombres; al este, hacia el servicio de las mujeres, el bloque de servicios económicos con personal femenino predominando así los de los talleres femeninos.

Apenas realizada la “ciudad hospitalaria” ya se consideraba obsoleta. Muy rápido se le reprochó lo rural, la segregación que provocaba por su aislamiento pero sobre todo la sobreinversión en el personal en detrimento de lo relacional a través del artificio de la ilusión.¹²

En Francia se introdujo una cierta uniformidad de las respuestas arquitectónicas, mientras que en Inglaterra existió una mayor libertad de concepciones y de interpretaciones en relación con el asilo arquetípico. En Alemania, por el contrario, los hospitales fueron concebidos en plena naturaleza como granjas agrícolas en referencia a las concepciones filosófico-terapéuticas dominantes que se volverán a encontrar en la “ciudad hospitalaria”.

Al discurso sobre el asilo clásico palladiano, le sucedió el del hospital funcional y luego el de la ciudad hospitalaria, ahora apoyados sobre el ideal de una arquitectura y urbanismos “racionalistas”. El manicomio y luego el hospital psiquiátrico se adaptaron lentamente a las estructuras cambiantes de la ciudad: Primero intra-muros, en la ciudad preindustrial; fuera de la ciudad, en la ciudad moderna; y luego de nuevo en un medio urbano, pero disperso, en la ciudad contemporánea.

¹² Pascal, Jean Charles, *Op. cit.*

(Breve historia de la psiquiatría en México)

A México el sistema asilar llegó con casi cien años de retraso: "...Porfirio Díaz puso en marcha la construcción del Manicomio General de La Castañeda, que fue una calca del hospital francés La Pieté-Salpetriere de París, una antigua fábrica de pólvora del siglo XVII convertida inicialmente en asilo de vagabundos.



Manicomio de la Castañeda

(Breve historia de la psiquiatría en México)

"Aunque los científicos porfiristas empezaron a planearla en 1881, imaginándose una ciudadela como la parisiense para enfermos de ambos sexos separados en pabellones según la naturaleza de su dolencia, la obra no se materializó sino hasta 1909 y fue concluida doce meses más tarde en el casco de una antigua hacienda en las colinas del pueblo de Mixcoac, donde en la actualidad bulle el fraccionamiento Lomas de Plateros. Diversos estudios coinciden en que en 1905 aún funcionaban las pequeñas instituciones forjadas por fray Bernardino Álvarez y José Sáyago; en San Hipólito, que era para hombres, había 204 usuarios, y en la Canoa, para mujeres, 399. La Castañeda abrió sus puertas en 1910, con una capacidad de alojar a mil pacientes. La investigadora Guadalupe Ríos estableció, a partir del reglamento de 1913, que los enfermos eran distribuidos no sólo por su mal sino también por su condición económica. En el 'pabellón de los Distinguidos' estaban los 'pensionistas' de primera clase; en el de Observación, los indigentes y pensionistas de segunda y tercera clases y los toxicómanos; en el de Peligrosos los 'violentos, agitados e impulsivos', y en los tres restantes los 'Epilépticos', los 'Imbéciles' y los 'Infecciosos'. En realidad, bajo sus techos, agrega la investigadora, convivían 'niños, delincuentes, ancianos, alcohólicos, drogadictos y prostitutas'."²

México importó el caducado modelo germánico asilar de granjas campestres cuando en 1968, el gobierno de Díaz Ordaz clausuró el manicomio de La Castañeda, y repartió a

² Jaime Avilés, *Op. cit*

Los espacios de la locura

sus cinco mil pacientes en diversas granjas ubicadas en la periferia de la mancha urbana. Ocho años después la revista *Siempre!* denunció el grado de despojo y abandono en esas granjas acumulado desde su instalación, por la carencia de presupuesto e instalaciones adecuadas. Sin embargo, esas denuncias no tuvieron efecto alguno y la situación actual acumula esas deficiencias.³

También en 1968 el gobierno de Díaz Ordaz construyó el Hospital psiquiátrico para adultos enfermos agudos Fray Bernardino Álvarez, en el barrio de San Fernando en Tlalpan. El edificio tiene siete pisos para hospitalización (uno para derechohabientes de PEMEX y el ISSTE) y un piso para psicogeriatría. La capacidad actual es de 200 camas censables y 22 de ingreso. El ala A es para enfermas y el ala B para enfermos. El gran inconveniente de este edificio es el número de pisos que lo vuelve muy difícil en cuanto al acceso para las discapacidades que producen los medicamentos en los enfermos ya que hubiera sido más adecuada una solución en uno o dos niveles, de tipo pabellonario.

Durante el gobierno del presidente Zedillo se construyó un hospital de día, para dar consulta externa y terapia ocupacional a los pacientes externos, igualmente se rediseñó el área de urgencias y terapia intensiva. Y en el sexenio del presidente Fox tan solo se remodeló el edificio, eliminando la celosía las fachadas, ya que se registraron fugas masivas por enfermos que escalaron por ellas.



Hospital Fray Bernardino Álvarez
(Foto: Oscar Olivo)

El edificio es masivo e impersonal, hace parecer a los internos como enjaulados. La pequeñez de las ventanas conformadas con policarbonato (“pues es más resistente a los golpes que el cristal”) están opacadas por el paso del tiempo. A los internos no se les permite conservar ninguna pertenencia ni vestimenta, y se les uniforma con unos *pants* para identificar el piso en el que se ubican. Diariamente se duchan en unas salas comunes con baños continuos con agua regulada por el personal del hospital. Aquellos que pueden caminar, se les permite bajar a los jardines o a los talleres ocupacionales

³ Jaime Avilés, *Op. cit*

Los espacios de la locura

con actividades de pasatiempo. Las condiciones de accesibilidad y de seguridad son muy reducidas.

La Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente 450 millones padecen en el mundo desórdenes mentales, neurológicos o psicosociales que les provocan muerte prematura. Datos de la Secretaría de Salud revelan que en México 4 millones de personas sufren depresión severa y de éstas, el 15 por ciento manifiestan tendencias suicidas; se calcula que existe un millón de personas con esquizofrenia. En nuestro país, pese a que 15 millones de personas viven con afecciones mentales, sólo existen 31 hospitales psiquiátricos en los que se tienen internados de por vida a 5 mil 500 enfermos, 95 por ciento de los casos podrían ser manejados a nivel de consulta externa.



Instituto Nacional de Psiquiatría. Edificio de gobierno
(Foto: Oscar Olivo)

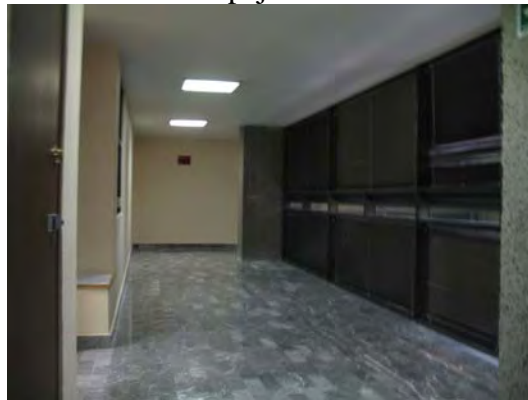
El Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) fue creado durante los ochenta por el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, con el objeto de responder a las necesidades de modernización de la psiquiatría de esa época. Cuenta con diversas subdirecciones: Enseñanza, Investigación en Neurociencias, Imagenología (Radiología avanzada), Hospitalización, Consulta externa y Subespecialidades (Geriatría, Trastornos alimentarios, Clínica de la adolescencia, Clínica de adicciones, Clínica del sueño, etc.). Es la única institución mexicana que responde a los estándares internacionales de investigación y tratamiento psiquiátrico, y hasta hace poco, la única donde no se hace la internación involuntaria de los pacientes.

La disposición de los edificios del INP es sencilla, volúmenes sobrios de concreto gris aparente, con el estilo brutalista de los ochenta. El dominio del color gris en la arquitectura hace pensar en la enfermedad mental o en la locura como algo “triste”, a diferencia de los altos muros y los enrejados del hospital Fray Bernardino, que hacen pensar en el enfermo como alguien “peligroso”.



Instituto Nacional de Psiquiatría. Espacio para usos múltiples
(Foto: Oscar Olivo)

El área clínica se conforma de cinco pabellones: cuatro para mujeres (40) y uno para hombres (12); y se articula alrededor de un patio central que se utiliza para las actividades grupales de los internos al mediodía. Funciona como una gigantesca Cámara de Gessell⁴ pues las ventanas de los corredores que lo rodean, están protegidas por persianas que reproducen el efecto del espejo unidireccional hacia el interior del patio.



Instituto Nacional de Psiquiatría. Área de hospitalización
(Foto: Oscar Olivo)

La atención y la calidad de vida de los internos es personalizada: cada uno cuenta con una habitación individual y se les permite conservar su propia vestimenta y en ocasiones son acompañados durante toda su hospitalización por un cuidador.. La duración del internamiento en promedio es de tres a cuatro semanas, a diferencia del hospital Fray Bernardino Álvarez donde el internamiento de estos enfermos dura en promedio tres meses. La pregunta obligada es ¿de que manera el mejoramiento de las condiciones espaciales pueden reducir el tiempo de la hospitalización?

⁴ La Cámara de Gessell es un dispositivo ideado por ese paidopsiquiatra durante la primera mitad del siglo XX para la observación de niños a través de un espejo unidireccional que oculta al observador.

Los espacios de la locura

A partir del 2003, se ha tratado de impulsar en México la Reforma Psiquiátrica con el Modelo Hidalgo: hasta la fecha se han construido 10 villas en la ciudad de Pachuca (hasta el 2004), 14 en el Estado de México, diez en Tamaulipas y cinco en Durango (hasta el 2007), con capacidad para 168, 120 y 60 usuarios respectivamente. En cuanto a las casas de medio camino, hay dos en Pachuca, que alojan a 30 personas; dos en Aguascalientes, para 20; una en el Estado de México, para 10; y otra en el Distrito Federal, para 10. La primera unidad de psiquiatría dentro de un hospital general público, hasta ahora la única, está en la ciudad de Aguascalientes y dispone de diez camas para enfermos en fase aguda.⁵

En México la clase política ha encontrado la complicidad de los manicomios para encerrar al “hijo rebelde”, a la esposa y la suegra “insoportable”. Véase el reportaje de Jaime Avilés *Op. Cit.*

⁵ Fuente: Jaime Avilés, *Op. Cit.*, pp 204-205

El espacio de la *desinstitucionalización*

Después de la Segunda Guerra Mundial ciertos psiquiatras se dieron cuenta de la similitud entre el mundo de los campos de concentración de los que sobrevivieron y el de los manicomios donde retomaban sus funciones. De sus reflexiones y sobre todo de su voluntad de abordar desde un ángulo más operante el hecho de la enfermedad mental en su conjunto, nació el movimiento de psicoterapia institucional y con él, la terapia ocupacional. Así, alrededor de trabajos de Tosquelles, Daumezon, Balvet, Vermorel, Sivadon, Bonnafe, Oury, por citar sólo unos cuantos, fueron elaboradas nuevas concepciones, permitiendo abordar de manera diferente a la locura y a su expresión vesánica.

Durante la década de 1960 surgió opuesta a la psiquiatría biológica, una activa “corriente antipsiquiátrica”, promovida principalmente en Francia por Michel Foucault, en Inglaterra por David Cooper, Ronald D. Laing, Irving Goffman y la Escuela de Palo Alto en los Estados Unidos, y en Italia por Franco Basaglia. Sus críticas más poderosas iban en contra del internamiento involuntario, del compromiso de la medicación con los fuertes intereses económicos de las compañías farmacéuticas, la agresividad de técnicas como el electroshock y la lobotomía, el estigma de los diagnósticos que toman religiosamente y al pie de la letra, los sistemas de categorías dictadas por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*, por sus siglas en inglés).

En 1960, los textos oficiales que definían la psiquiatría de sector son de alguna manera, el resultante de ese movimiento en el plan legal, administrativo y político. La perspectiva se ensanchaba todavía más con la propuesta en 1971, de Jacques Hochmann, de una “psiquiatría comunitaria”.¹

En el espacio cerrado del hospital psiquiátrico el tiempo se encuentra cautivo. La vida no puede suceder que día con día, según un ritmo que progresivamente anula toda percepción temporal. Los juegos de la institución muy frecuentemente se desenvuelven en una atmósfera conflictiva, impregnada de una fuerte agresividad, describe Jean Sandretto.²

En la década de 1960 la atención de las personas consideradas como “enfermos mentales” recibió la fuerte influencia de una conjunción de nuevos métodos de farmacoterapia y la tendencia de esa época hacia los procesos revolucionarios. Los

¹ J. Hochmann, *Pour une psychiatrie communautaire*, París, Ed. Du Seuil, 1971.

² J. Sandretto, *Un enfant dans l'asyle*, París, Ed. Du Seuil, 1980.

derechos de los enfermos mentales confluyeron con otros movimientos de liberación – las feministas, los homosexuales, los negros, los pobres- en una cruzada que prometía modificar el control institucional en el mundo occidental. En el caso del enfermo psiquiátrico se tomó conciencia de que el hospital en sí crea condiciones que perjudican a los pacientes. Lo que se había considerado un control neutro, o un tratamiento de capacitación, se visualizó como un instrumento de despersonalización. Algunos comenzaron a equiparar la internación con la esclavitud y esto dio lugar a una búsqueda generalizada de nuevas alternativas.

En Inglaterra el movimiento fue encabezado por R. D. Laing. En 1965 Laing y sus colegas pidieron el uso del centro comunitario Kingsley Hall, en el East End de Londres, para crear una comunidad para ellos mismos y personas en estado de psicosis. En consecuencia, Kingsley Hall se convirtió en uno de los experimentos más radicales de la psicología de su tiempo. Aunque las ideas de Laing son ahora muy conocidas, no lograron influir en los servicios que ofrecen el hospital psiquiátrico ni en su organización y funcionamiento.³

La desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos en Italia estuvo fuertemente politizada y tuvo como líder a Franco Basaglia, quien dirigía un hospital de salud mental de 800 camas en Gorizia, una ciudad cercana a la frontera italo-yugoslava. “Entre 1968 y 1974 Basaglia y sus seguidores fueron fundamentales en el cambio de opinión del Partido Comunista italiano para que incluyera la ‘liberación del paciente mental’ como parte de su plataforma política. En 1978 los Demócratas y el Partido Comunista unieron sus fuerzas para desarrollar una nueva legislación de salud mental. Basaglia fue el asesor, y la Ley 180 promulgada por el Parlamento italiano en mayo de 1978 se conoce como la Ley Basaglia. Esta ley ordenaba la transformación gradual de las grandes instituciones psiquiátricas en centros de salud mental de tipo comunitario y un estricto control sobre las internaciones involuntarias en guardias psiquiátricas de los hospitales generales.

“Al enmarcar la hospitalización dentro de la legislación política, los italianos detuvieron la construcción de hospitales psiquiátricos a través de su acción, provocando una crisis de atención de los enfermos mentales.”⁴

En los Estados Unidos el proceso de desinstitucionalización tuvo lugar en un clima político diferente. Los conservadores en el gobierno proclamaban que los tranquilizantes, que actuaban como “camisolas de fuerza mentales”, eran un milagro que podría reducir los presupuestos a la vez que humanizaría el tratamiento psiquiátrico. Miles de pacientes fueron enviados a “casa” desde las instituciones psiquiátricas, cuyos fondos fueron drásticamente reducidos. “Pero ¿qué sucedió con los pacientes desinstitucionalizados? ¿Son las soluciones de la década de 1980 menos simplistas y más satisfactorias que las soluciones de Luis XIV en 1656?”, se preguntan Elizur y Minuchin.⁵

El debate en el seno de la psiquiatría entre marxismo y psicoanálisis ha tenido importantes repercusiones sobre las modalidades arquitectónicas y medioambientales aportadas a los cuidados de los enfermos mentales. Los partidarios del psicoanálisis

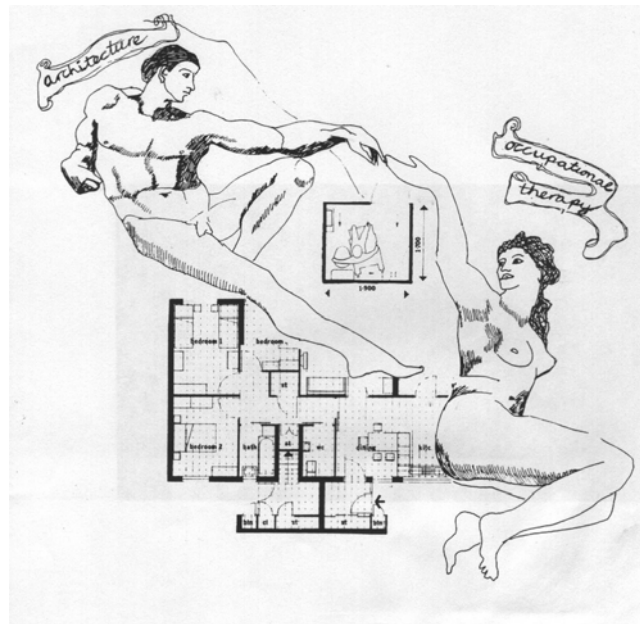
³ Joel Elizur y Salvador Minuchin, **La locura y las instituciones. Familia, terapia y sociedad**, Gedisa, Col. Terapia familiar, Buenos Aires, 1991

⁴ *Op. Cit.*

⁵ *Op. Cit.*

Los espacios de la locura

defendían al hospital urbano susceptible de disminuir los efectos paradójales debidos al personal y lo estigmatizador de la “ciudad hospitalaria” como representando una pseudo realidad que se inscribía entre psicoterapia y los valores de cambio.



De esa manera se han diversificado los tipos de hospitales psiquiátricos que albergan a personas con diversos grados de enfermedades mentales:

La **unidad de estabilización de crisis** es una sala de emergencia para atender los desórdenes mentales. La hospitalización involuntaria está restringida dependiendo de las leyes locales y su jurisdicción. Muchas veces se requiere de una orden judicial dentro de las primeras 72 horas de que el paciente ingresa al hospital.

Las **unidad abierta** es menos segura que la unidad de estabilización, no son utilizadas para personas suicidas en crisis aguda por ejemplo, sino su intención es hacer de la terapia lo más parecido a la vida normal de los pacientes. Sin embargo no se les permite a los enfermos llevar el control de su medicación por el temor de una impulsiva sobredosis. Aunque algunas unidades abiertas están físicamente sin candados, la mayoría tiene candados en las entradas y salidas principales, para evitar “fugas impulsivas” o que salgan sin que hayan sido formalmente dados de alta de la unidad.

Los **hospitales de duración media** ofrecen cuidados durante varias semanas. A muchos de los psicofármacos empleados por los psiquiatras les lleva varias semanas para que hagan efecto y se pueda nivelar el suministro y nivelación de las dosis. El propósito de estas instituciones es la observación de los pacientes para determinar el momento en que pueden salir.

Las **crujías juveniles** son secciones de los hospitales psiquiátricos para el cuidado de niños y jóvenes. Normalmente albergan a menores de 18 años.

Las **crujías geriátricas** son diseñadas para albergar a pacientes adultos mayores. El equipo de personal está capacitado para asistir a adultos mayores.

Las **unidades de larga duración** ofrecen facilidades para los cuidados y la reintegración social de los enfermos, una vez que la medicación ha alcanzado niveles que les permitan incorporarse a una vida normalizada, en un período más extenso (dos o tres años).

Las **casas de medio camino** no son propiamente hospitales sino residencias que ofrecen cuidados a los enfermos mentales durante un período de tiempo muy extenso. Estas instituciones son consideradas como una de las partes más importantes del sistema de salud mental, por muchos psiquiatras. Están dedicadas a los cuidados de pacientes que todavía no son aptos para integrarse plenamente a la vida independiente.⁶

Las **prisiones psiquiátricas** son unidades de atención especial para enfermos criminales, o para personas especialmente agresivas o peligrosas. Muchas veces consisten en cámaras de aislamiento. La psiquiatría punitiva se ha utilizado en varios países contra los disidentes políticos (Psishushka).⁷

Las **clínicas especializadas**, son las unidades más recientes, las hay para el tratamiento de los trastornos del sueño, la depresión, del alcoholismo, las adicciones.

A partir del último tercio del siglo XX, con la caída del comunismo⁸ y el “fin de las utopías” (comenzando por la utopía de querer curar a los locos), la sociedad contemporánea ha ido redefiniendo el concepto de “la locura”, ya no como una enfermedad, sino ahora como “una discapacidad”. La sociedad post-industrial (y su expresión espacial y material, la arquitectura posmoderna), reclaman su derecho a la locura.⁹ De esa misma manera también las personas con discapacidad reclaman su derecho a la inserción en la sociedad, en el entendido de que en la dinámica de una sociedad capitalista no hay mejor integración social posible que a través del trabajo remunerado. Los “locos” dejarían así de ser *pacientes*, mejor considerados como *clientes*.

⁶ A partir del 2003, se ha tratado de impulsar en México la Reforma Psiquiátrica con el Modelo Hidalgo: hasta la fecha se han construido 10 villas en la ciudad de Pachuca (hasta el 2004), 14 en el Estado de México, diez en Tamaulipas y cinco en Durango (hasta el 2007), con capacidad para 168, 120 y 60 usuarios respectivamente.

En cuanto a las casas de medio camino, hay dos en Pachuca, que alojan a 30 personas; dos en Aguascalientes, para 20; una en el Estado de México, para 10; y otra en el Distrito Federal, para 10. La primera unidad de psiquiatría dentro de un hospital general público, hasta ahora la única, está en la ciudad de Aguascalientes y dispone de diez camas para enfermos en fase aguda. (Fuente: Jaime Avilés, *Op. Cit.*, pp 204-205)

⁷ En México la clase política ha encontrado la complicidad de los manicomios para encerrar al “hijo rebelde”, a la esposa y la suegra “insuportable”. Véase el reportaje de Jaime Avilés *Op. Cit.*

⁸ La caída del Muro de Berlín puso al descubierto la corrupción del sistema asilar en los países de Europa del Este, donde los manicomios eran utilizados para encerrar a los disidentes políticos.

⁹ Así muchas expresiones artísticas del siglo XX no le pedirían nada al arte realizado por los “enfermos mentales”.

El espacio hospitalario

La palabra hospitalario resume toda la evolución de una institución tradicional, que se ha renovado a lo largo de los siglos. De asilo de caridad, el hospital pasó a ser el lugar de asistencia para víctimas de epidemias, y más tarde, establecimiento de cura, evolucionando con el progreso de la Medicina, hasta la diversificación de la terapéutica actual.

El planeamiento territorial, el urbanismo y la arquitectura contribuyen para definir la misión del hospital. El hospital aporta un sentimiento de seguridad, y también el orgullo por la calidad de su arquitectura, sus técnicas y la competencia de sus médicos. Pero lo que a menudo escapa a los especialistas, es que la necesidad de recurrir personalmente al hospital, también engendra un sentimiento difuso de miedo o malestar.

La imagen colectiva del hospital está impregnada aun de la imagen de asistencia y de la promiscuidad de las salas de espera comunes, aunque éstas están en vías de superación total.

El gigantismo de las ciudades hospitalarias de principios del siglo XX, rodeadas de altos muros ciegos, engendró el desequilibrio en el tejido urbano alrededor, dando lugar a una segregación como en los cementerios y en las cárceles.

La masa aplastante de los centros hospitalarios importantes, su complejidad, el hermetismo de las técnicas médicas avanzadas, engendran sentimientos de angustia y de inseguridad. La implantación periférica de los hospitales recientes dificulta por su lejanía, el acceso a los viejos y a los que tienen alguna discapacidad.

Estas barreras psicológicas son graves: Perjudican a la frecuentación del hospital en el estado precoz de las enfermedades. La “humanización” de los hospitales comienza con el cuadro de vida de los enfermos; y sigue por el abandono del gigantismo y una justa distribución en el paisaje urbano. La psiquiatría ya demostró que los hospitales se pueden reducir de tamaño. Convendría aprovechar la reducción de los servicios hospitalarios para construir una red de pequeños centros dentro de las ciudades, concentrando los servicios altamente especializados en los establecimientos próximos a los grandes ejes de comunicación.

Los espacios de la locura

La redistribución del patrimonio hospitalario tiene algo de utópico, cuando se observa la importancia de las acciones emprendidas en los últimos años. Sin embargo, toda nueva realización debería incluir un análisis urbanístico. El desarrollo de la ciencia nueva hace de los cuidados el centro de concepción moderna del hospital, y las otras funciones se satelizan. Así se hace ya con las personas mayores, las que tienen alguna discapacidad, y los casos sociales. Ahora es el turno de las unidades de observación y reeducación funcional.

La evolución de las técnicas médicas se traducirá seguramente en nuevos progresos en la reducción de la hospitalización; reducción de la hospitalización en los servicios especializados; recurso más frecuente al método ambulatorio. El cambio principal a prever es la reducción del número de camas en los hospitales, y con ello la apertura de los servicios corrientes., que todavía son considerados como territorio privado y como símbolo de identidad para cada equipo médico. La disminución de camas depende en gran medida de la atención a las personas de edad. La hospitalización puede ser siempre mejorada. Los cuartos deben ser concebidos de acuerdo con la duración de la hospitalización, dando importancia a los lugares de descanso, lugares para estar, etc. La hospitalización debe ser beneficiada para acoger a los enfermos que imposibilitados de recibir cuidados en su casa, o cuando estos cuidados son complicados.

Estas estructuras ligeras, en los barrios, pueden recibir personas mayores. Deben ser tratados como lugares de vida y dejar de parecer asilos para ancianos. Los enfermos prefieren estar en su casa. La concepción de estos establecimientos debe comprender actividades de integración social y médicas, deben abrirse al exterior, ser un lugar de animación para toda la política gerontológica del barrio.

La tendencia del hospital-clínica que desde el siglo XIX sustenta una evolución neoclásica se vuelve incapaz de considerar a la institución de otra manera que a la luz de su criterio interno y de acudir a un criterio conveniente de definición para su uso. Entonces la idea de “suprimir las camas” viene convirtiéndose en una verdadera tragicomedia: ¿se sustituirá al actual estado de la herencia segregativa (inclusive dotándose de los medios en relativo progreso) por una invención nueva?

¿Estructuras para la salud? Es común emplear este término para designar los fragmentos de un conjunto, “olvidando” lo que la palabra estructura significa: relaciones existentes entre los elementos de un conjunto. A partir del momento en que se considera de otro modo, que la base de la estructura es la medicina de base, se establece el vínculo con el usuario con una prioridad completamente nueva, sólo así se pueden acceder a las definiciones de los elementos del conjunto estructural, donde cada elemento se define en función de su lugar y su función en razón de los otros elementos.

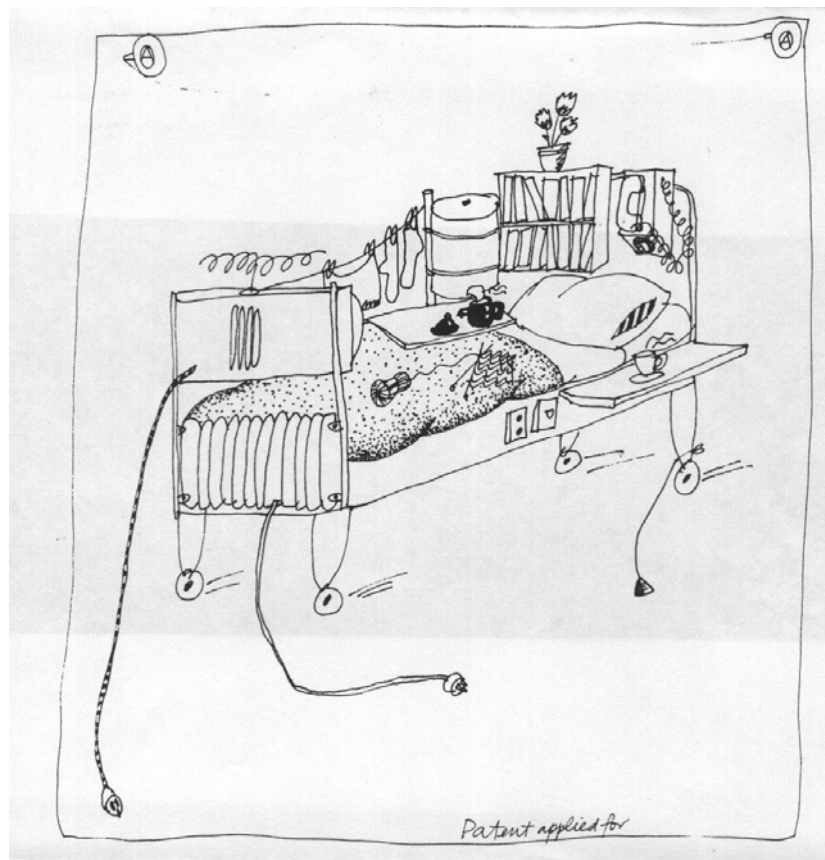
Como la organización de la estructura plantea fundamentalmente la idea del equilibrio o de la armonía de las relaciones entre medios diseminados y medios concentrados, se puede, por ejemplo, definir al hospital como un lugar de concentración de medios que ya dejará de ser animado sólo por un apetito inflacionista, monopolista de acumulación de medios y que hace caer a la pirámide puesta a la inversa, pero que integra en su estructura a las mejores condiciones del vínculo entre el usuario, sus mediadores (el médico de base, por excelencia), y...

Los espacios de la locura

Nunca llega más lejos de la tradición de que el hospital es sólo una acumulación de camas sobre una gran plataforma técnica, y cuyo progreso, después de decenios de censura, nada tiene por hacer. Pero alrededor del concepto de la plataforma técnica se revela el corazón del problema: cuando en plena conformidad con la ideología en cuestión, esta “plataforma técnica” nació como una acumulación de materiales y de medios más o menos sofisticados, más o menos estorbosos, más o menos onerosos, etc... y no como un lugar de terapia, de palabra, de intercambio de ideas entre los hombres del aparato (o de los aparatos) y de aquellos que tienen que recurrir a sus servicios. Igualmente y en el mismo sentido, lugar de intercambio de ideas para los candidatos al aprendizaje de las ciencias de la salud.

Más que una cuestión de demagogia política para construir “máquinas para curar”, convendría valorar el papel técnico donde se oculta para fundirse en la ciudad: El hospital busca volverse simpático, parecer seductor.

Prisión, fortaleza, laberinto de cuartos secretos celosamente cuidados, lugar de poder y de saber, lugar inquietante donde siempre se teme no salir vivo, modelo de estudio para Michel Foucault, lugar de enfermedad y de exclusión, ciudad de los enfermos, enclave en la ciudad de los vivos, alrededor del hospital se teje toda una trama de angustias ocultas, olor a muerte, miedo de la enfermedad.





La locura de Hugo Van der Goes (Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie)

Los espacios de las psicopatologías

La pérdida de esta capacidad discriminadora entre el adentro y el afuera del espacio psíquico, queda para nosotros en el centro de la patología mental. Continuamos entonces por definir las neurosis como los conflictos entre el mundo interior y el Yo, y las psicosis como los conflictos entre el mundo exterior y el Yo.

Jean Garrabe, *Espace et psychopathologie, Le dedans de l'Institution*

Las producciones psicopatológicas viven y engendran espacios específicos, descritos de acuerdo con la nosografía psicológica y psicoanalítica. Es cuestión de las neurosis, que no modifica o poco el espacio de la realidad, y las psicosis que alteran la relación con el mundo, en sus formas de elaboración clínica.¹ Parece que las relaciones espaciales psicóticas son frecuentemente amplificaciones de los espacios creados por los problemas espaciales neuróticos.

1. Los espacios de las agnosias, las apraxias y las afasias

¹ Fernández-Zoila, *Espace et psychopathologie*, P.U.F., Nodules, París, 1987

Los espacios de la locura

Las **agnosias**, como su nombre lo indica: *sin conocimiento o pérdida del conocimiento*, son los desórdenes neurológicos que afectan la percepción, es decir, la dificultad o la imposibilidad de reconocer lo que es percibido. Los problemas de las funciones perceptivas conciernen a la identificación, el reconocimiento, la representación y el significado de las formas, de los olores, de los sonidos, de los colores y del espacio propiamente dicho. Las agnosias están comúnmente asociadas con el daño cerebral o enfermedades neurológicas, especialmente del lóbulo derecho.

La perturbación puede ser una agnosia de los objetos, con posibilidad de describir los objetos (contornos, configuraciones, partes) sin poder decir ni su nombre ni su uso. La agnosia de las imágenes implica las deficiencias en el reconocimiento de las imágenes figurativas simples (objetos), complejos (escenas), de reproducciones esquemáticas. La agnosia de los rostros, o prosopagnosia, supone la dificultad de reconocer a los familiares o conocidos, incluida su propia imagen en el espejo, a veces con la sensación de la metamorfosis del rostro, con deformaciones.

La agnosia espacial entraña la pérdida del sentido topográfico y del reconocimiento de los lugares. Podemos discernir en las agnosias espaciales varios grupos de síntomas:

- Los problemas de la percepción espacial con desorientación visual, pérdida de la localización absoluta o relativa de los objetos, perturbación en la apreciación del tamaño, de la profundidad, de las distancias, de la verticalidad, de la horizontalidad y de la inclinación, dificultad en la coordinación espacial.
- Los problemas en el manejo de los hechos espaciales con agnosia unilateral (hemidesorientación, negligencia unilateral del espacio) –es decir, lateralización del espacio- y pérdida de las nociones topográficas (incapacidad de orientarse sobre un mapa o un plano para establecer un itinerario, para situar las referencias espaciales coordenadas o cardinales)
- La pérdida de la memoria topográfica, es decir la imposibilidad de reconocer las referencias topográficas.
- Autotopagnosia (incapacidad de percibir partes del propio cuerpo)
- Agnosognosia (pérdida de la propia condición)
- Agnosia integrativa (pueden percibir, pero no integrar en un todo)
- Agnosia asociativa (pueden reconocer, pero luego lo confunden, por ejemplo un cuchillo con una cuchara)
- Simultagnosia (pueden reconocer elementos sueltos de una escena, pero no en su conjunto).
- Agnosia de forma (pueden percibir detalles, pero no todo el objeto)

Agnosias táctiles

- Agnosia de los dedos (no sienten sus dedos)
- Agnosia del dolor o analgesia
- Agnosia somatosensoria o astereognosia (pérdida del tacto)

Agnosias auditivas

Los espacios de la locura

- Fonagnosia (incapacidad de reconocer las voces)
- Sordera cortical (pérdida de la audición aunque las funciones auditivas estén intactas)
- Amusia o amusia receptiva (imposibilidad de percibir música, ritmos, intervalos)
- Amusia auditoria (imposibilidad de percibir sonidos ambientales, aunque las funciones auditivas estén intactas)
- Agnosia visual verbal
- Agnosia verbal auditoria

Agnosias visuales

- Agnosia automobilia (imposibilidad de reconocer vehículos)
- Agnosia topográfica (imposibilidad para reconocer lugares)
- Agnosia social emocional (incapacidad de percibir gestos o emociones)
- Prosopagnosia o ceguera facial (imposibilidad para reconocer personas)
- Agnosia de color (incompatibilidad entre la percepción del color y su reconocimiento)
- Alexia (imposibilidad de reconocer textos)
- Agnosia semántica (imposibilidad de reconocer el significado de sonidos, aromas, colores, etc)
- Agnosia de espejo (pérdida del campo visual derecho o izquierdo)

Las **apraxias**, como su nombre lo indica *sin movimiento*, son desórdenes neurológicos caracterizados por la pérdida de la actividad gestual intencionada, es decir la dificultad o imposibilidad de ejecutar movimientos adaptados a un propósito. La neurología actual describe muchos tipos de apraxia:

- Apraxia del habla (Incapacidad de controlar el movimiento para el habla)
- Apraxia Limbo-Kinética (Incapacidad de controlar el movimiento de los brazos o de las piernas)
- Apraxia Ideomotora (Incapacidad de llevar a cabo una instrucción de movimiento)
- Apraxia Ideational (Incapacidad de planear un movimiento o una acción)
- Apraxia de apertura de párpados
- Apraxia de caminar
- Apraxia Constructiva (Incapacidad de armar o construir un objeto)
- Apraxia Oculomotor (Incapacidad de controlar el movimiento de los ojos)
- Apraxia Buccofacial (Incapacidad de controlar el movimiento de los músculos de la cara y de la boca)

Las **afasias** o afemias, son desórdenes neurológicos caracterizados por la pérdida de la capacidad de producir o comprender el lenguaje. No son resultado del déficit en las funciones sensoriales, intelectuales ni psíquicas, tampoco son producto de problemas musculares ni desórdenes cognoscitivos. Alguien que padece afasia puede ser capaz de

escribir pero no de hablar, o viceversa, o ser capaz de cantar pero no de hablar, por ejemplo.²

2. Los espacios de las neurosis y las psicosis

Los **síndromes neuróticos** engendran sensaciones espaciales diferentes, dependiendo del tipo de neurosis.

Las neurosis asténicas generan un sentimiento de insatisfacción, como de estar incompleto, engendrando una espacialización reducida. La despersonalización amputa el espacio del individuo, provocando un sentimiento de extrañeza, llena el espacio de un sentimiento de duda, de imprecisión, un sentimiento como de despegarse de la realidad. En su forma neurasténica, el sentimiento de no poder ocupar ya más el espacio de su propia vida, conducen al individuo a ocupar un lugar tangencial, de retiro, en la economía de sí mismo.

Las neurosis de ansiedad toman la forma del espacio invasor, como las histerias, que analizaremos más adelante.

Las neurosis fóbicas son investidas por el miedo: temor de perderse, de disolverse, de desintegrarse. Domina la inquietud de protegerse, por reencontrar los límites imprecisos de sí mismo y de arreglar el conflicto interior-exterior. El espacio del medio ambiente es percibido como peligroso, perturbador, contaminante, inestable: "... el espacio vivido por los fóbicos deja de ser una fuente de energías positivas personales y trascendentes para convertirse en un receptáculo morbogéneo y extraño que actúa como fuente de amenazas y de riesgos, que cristalizan con facilidad bajo la forma de fobias. De allí la gran abundancia de fobias espaciales entre los neuróticos."³

Los neuróticos obsesivos se concentran en los espacios puntiformes, únicos, que exigen una inversión reiterada. "Los impedimentos espaciales imponen las simetrías, el siempre parejo, en una perdurabilidad a toda prueba. Lo repetitivo, las fijaciones regresan bajo la forma de ritos, de rituales, en una localización espacial que se engoma, se pega, se vuelve pesada."⁴

La histeria transforma el espacio en sí y el espacio alrededor de sí, en un teatro permanente: Un espacio móvil y centrípeto de exhibición permanente, en el que la mirada del otro justifica la existencia. La abolición de los límites individuales entraña la plasticidad de los lugares y la localización de sí. Los cuerpos no obedecen a una fisiología única, con el único propósito de atraer la atención del otro y de atraparlo en el espacio convergente.

Los **estados psicóticos** engendran perturbaciones importantes de la percepción espacial.

² Algunos autores sugieren la existencia de afasias motoras, por ejemplo en las que el individuo puede correr pero no caminar, o viceversa.

³ Fernández-Zoila, *L'espace des phobiques*, 1983, citado por Jean-David Delveaux, *Les espaces de la folie*, L'Harmattan, París, 1996

⁴ Fernández-Zoila, *op. cit.*

La melancolía, que nos recuerda a la neurosis asténica, vuelve estrechos los espacios, los límites. La pena y la tristeza van a circunscribir poco a poco el espacio en la parsimonia. Un espacio en la economía que puede coagularse totalmente en el estupor. Los espacios demasiado parecidos son inductores de monotonía y de sueño. Las melancolías ansiosas y delirantes se inscriben por el contrario en los espacios agitados, lugares de ambulación, como para huir perdidamente “ante un peligro que amenaza, o aún para preparar (siempre bajo la marca de la amenaza) la puesta en marcha de lo irreparable: los preparativos suicidas exigen una exploración del espacio y su utilización adecuada” Henri Ey describe la melancolía como una patética inmovilidad, una suspensión de la existencia en la que el marasmo, el estancamiento caracterizan el estancamiento del espacio. Esa cerrazón del espacio conduce a sentimientos de ausencia y de vacío, sensación de duelo descrita por Freud, que se inscribe en la melancolía presente como una “verdadera contracción dolorosa de la vida” (Deschamps). La melancolía engendra comportamientos obsesivos que concurren a fijar el presente en un cárcamo, en el que el espacio se prende como el cemento.

Las manías, descritas por Henri Ey como una extrema volatilidad de la vida psíquica, producen los espacios dilatados, móviles e imprecisos.⁵ El maniático aprecia mal las distancias, siempre está demasiado cerca de las personas u objetos a los que se dirige. “Lo cerca y lo lejos ya no tienen para él un acuerdo adecuado al soporte espacial en el que se encuentra. Las evoluciones se convierten en ambulaciones, las idas y los regresos llevan al vértigo: él no puede estar en un lugar y estar en su lugar.”⁶ El espacio se vuelve lugar de exhibición hirviente de localizaciones imprecisas. La manía tiende a invadir los espacios en un movimiento extensivo perdiendo en definición lo que gana en aparente riqueza. “El espacio maníaco no tiene distancia, ni definición, ni relieve, es a la vez muy vasto y muy pobre” dice Tattosian⁷, un espacio discontinuo, hecho de un puntillismo tanto espacial como temporal.

La esquizofrenia se presenta bajo muchas formas clínicas. El espacio se desestructura, se rompe durante el desarrollo y el esquizofrénico busca conservar lo que puede y conservarlo como puede.⁸ A pesar de una aparente medida espacial de locomoción y de aprehensión, el espacio se fija y hasta la catatonía, se reduce de manera concéntrica al propio cuerpo.

En despecho de actividad y de expansividad lo más frecuentemente ficticias, el espacio de vida del esquizofrénico está ausente, un espacio lateral: el enfermo parece abandonar los lugares. El paciente hebefreno se apropia de un territorio secretamente delimitado que defenderá a veces con violencia. Esta noción de territorio (espacio peri-corporal) lo explica Paul Sivadon, quien ofrece una ilustración personal en *Un espace pour l'homme*.

La esquizofrenia paranoide inscribe su discurso delirante en un espacio imaginario surrealista. “La locura esquizofrénica es la falta de espacio en sí, la pesantez, el desfondamiento sin verdadera demencia, el devorarse a sí mismo en el aislamiento, el rechazo, el falso orgullo del sí mismo vacío de espacio”, con “lentitud, retraso,

⁵ Jean-David Delveaux, *Op. Cit.*

⁶ Fernández-Zoila, *op. cit.*

⁷ Fernández-Zoila, *op. cit.*

⁸ *Idem.*, A.F. *Delmas et le signe du miroir dans la demente precoce.*

discordancia de las localizaciones y frecuente desinterés por las identificaciones espaciales.”⁹

Los delirios se presentan en diversas formas: paranoicos, paranoides y parafrénicos (según la clasificación de Kraepelin).

Las estructuras paranoicas captan su medio ambiente dentro de su espacio reconducido al Yo, y lo mantienen con un sentimiento de persecución.

Las estructuras paranoides (ver esquizofrenia paranoide) producen espacios móviles, sin límites –o que los desbordan- para cristalizar el delirio en “puntos de espacio objetivados”¹⁰ que constituyen las alucinaciones. Las estructuras parafrénicas necesitan por lo menos la coexistencia de dos espacios, uno para la existencia cotidiana, y otro para instalar allí el delirio, en un espacio remachado e incompleto. Los delirios pasionales (pasión en el sentido monopolístico de sí o de los otros por un lugar privilegiado, un polo de atracción) son variados: en los delirios hipocondríacos el individuo, separándose del espacio exterior, se concentra en su espacio interior, en el que las fronteras serán particularmente inspeccionadas para conjurar el miedo, el idealismo, la erotomanía, las reivindicaciones: el espacio pasional se inscribe en esta relación adentro-afuera.

3. Las fobias a los espacios

Las **fobias** son el sufrimiento mórbido o miedo irracional a ciertos estímulos (objetos, actos, situaciones o ideas) que no ofrecen un peligro real. En tanto que toman el valor de síntomas deben considerarse como un signo de un sufrimiento psíquico antes de tomar medidas terapéuticas. Muy frecuentemente, las fobias se acompañan de síntomas corporales: taquicardia, aumento o disminución de la presión arterial, dificultades para respirar, agitación, sudoración, vértigo... A continuación mencionamos tan sólo algunas de las fobias relacionadas con los espacios:

- Fotofobia, temor o intolerancia a la luz.
- Hidrofobia, miedo al agua.
- Agorafobia, temor a dejar su lugar habitual de vida y cambiar a un lugar desconocido. Terror a los espacios abiertos o los lugares públicos.
- Claustrofobia, miedo a los espacios cerrados o confinados.
- Aclufobia, miedo a la oscuridad.
- Acrofobia, miedo a las alturas.

4. El espacio de los síndromes demenciales.

Los síndromes demenciales implican a veces la degradación de las funciones cognitivas (agnosias, apraxias, afasias), pero también las alteraciones espaciales asociadas a los déficit psicomotores, al debilitamiento intelectual. Esta deterioración

⁹ *Idem. Op.cit.*

¹⁰ *Idem. Op.cit.*

espacial concierne al reconocimiento de los lugares habitados, los utensilios empleados, los itinerarios que perseguir. Como lo subraya el imaginario popular, la fuga, la huida, lo errante caracterizan al demente: es decir, la pérdida de las capacidades de identificación y de localización.

Fernández Zoila anota que todas las modalidades espaciales son clínicamente tocadas y modificadas. El espacio extendido se circunscribe, se disminuye, o por el contrario provoca la agitación, la fuga de la desinhibición demencial. El espacio de las formas y el espacio topográfico se deforman también, significando la pérdida de las capacidades ideatorias, la desorientación, las ilusiones, las “lagunas”, con divagación, las repeticiones estereotipadas, las incongruencias irreflexivas... Se asiste, entre otros síntomas, a una destrucción paulatina de los espacios del demente mientras que, como lo señala Claude Leroy,¹¹ la organización general del espacio es prácticamente conservada y análoga a la de un sujeto normal de otras patologías.

Hemos descrito aquí las psicopatologías en términos de deficiencias, pero las producciones patológicas engendran espacios que no están necesariamente marcados por la deficiencia espacial. El espacio es frecuentemente reconfigurado para satisfacer el delirio.

5. El espacio de las adicciones.

En *The doors of perception*¹² (1954) Aldous Huxley detalló sus experiencias con la mescalina. Este libro se considera una de los estudios más profundos sobre los efectos de las drogas “que expanden la mente”. Las drogas psicodélicas se consideran como la deshabilitación de un filtro que bloquea o suprime las señales de las funciones mundanas de la mente consciente. Huxley explora la idea de que la mente humana filtra la realidad, en parte porque ha sido enseñada para eso y en parte porque no podría soportarla. Observó que bajo los efectos de la mescalina los objetos de la vida cotidiana perdían su funcionalidad y repentinamente se volvían “como tales”. El espacio y la dimensión se volvían irrelevantes, y las percepciones parecían ensancharse y a veces volverse abrumadoras.

Numerosos estudios se enfocan a describir los efectos en la percepción espacial con el consumo del alcohol y otras drogas.¹³ Sin embargo nuestro enfoque también se dirige a considerar los efectos por la abstinencia de esos productos durante la rehabilitación.¹⁴

En *Addictionary: A Primer of Recovery Terms & Concepts from Abstinence to Withdraw*¹⁵ se explora el significado de la abstinencia para el adicto. Aunque el ámbito

¹¹ Claude Leroy, “De l’espace de l’hôpital psychiatrique à celui de la ville”, en *Architecture et santé mentale*, bajo la dirección de E.A. Sand, Ed. Universitaires de Bruxelles, 1982

¹² Huxley, Aldous, *The Doors of Perception*, HarperCollins, New York, 1954

¹³ Dykstra, Linda et al., “SENSATION AND PERCEPTION AND EFFECTS OF DRUGS” en *Encyclopedia of Drugs, Alcohol and Addictive Behavior*, Macmillan, 1995

¹⁴ No consideramos las nuevas “drogas de diseño” como el *crack* y otros cócteles, pues aún no existen estudios que describan sus efectos.

¹⁵ Wilson, Judith A. *Addictionary: A Primer of Recovery: Terms & Concepts from Abstinence to Withdrawal*, Hazelden, New York, 1992

Los espacios de la locura

de la dependencia es muy amplio (sexo, comida, juego, codependencia, etc.), aquí nos referiremos tan solo a los efectos de abstinencia de algunas drogas:

El **síndrome de abstinencia** es el conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia (alcohol o bebidas con etanol, cigarro u otras drogas) deja de consumirla. Aunque los síntomas varían en forma e intensidad de acuerdo con el producto empleado y el tiempo que lleva desarrollándose la dependencia, en todos los casos se deben a que se ha alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso.

En términos generales, las sustancias adictivas poseen compuestos semejantes a los neurotransmisores (químicos empleados por las neuronas para comunicarse entre sí) encargados de desencadenar la actividad de los centros cerebrales de recompensa o placer, los cuales permiten la expresión de emociones gratificantes como entusiasmo, alegría y serenidad. Precisamente por ello hay quienes los utilizan para enfrentar momentos difíciles.

Empero, el uso frecuente de drogas, tabaco o alcohol exige cantidades cada vez mayores para lograr el mismo efecto; a este hecho se le conoce como tolerancia, y ocurre porque las sustancias adictivas sustituyen gradualmente la creación de neurotransmisores que desencadenan sensaciones de bienestar. En consecuencia, el paciente pierde la capacidad de experimentar gozo y tranquilidad de manera natural, y crea una dependencia o consumo compulsivo para no sufrir una serie de malestares como ansiedad, nerviosismo, alucinaciones, sudoración, temblores, escalofríos, dificultad para dormir, vómito y otros que, en conjunto, forman el síndrome de abstinencia.

Cabe destacar que el abuso de sustancias no siempre crea dependencia física, sino psicológica, la cual se basa en el deseo continuo de consumir un químico para hacer frente a situaciones que generan malestar. Aunque también es muy difícil de superar, tiene la peculiaridad de que cuando se deja de emplear la droga no se manifiestan cambios en el organismo, es decir, no hay síndrome de abstinencia, sólo alteraciones emocionales y de conducta.

Los síntomas del síndrome de abstinencia siempre dependerán de la sustancia utilizada, por lo que describimos los correspondientes a las adicciones más frecuentes:

Alcohol. El síndrome de abstinencia en bebedores relativamente moderados comienza de 12 a 24 horas después de haber dejado de beber, y sus síntomas son: temblor, debilidad, escalofríos, dolor de cabeza, deshidratación y náuseas (idénticos a los de una cruda o resaca, pero de mayor duración e intensidad). También es común el deseo de volver a ingerir esta sustancia.

En grandes bebedores, además de lo anterior, puede producirse un evento más grave, llamado *delirium tremens*, que ocurre entre 2 y 10 días después de dejar de ingerir alcohol y que puede ser mortal. En principio, el paciente se muestra ansioso, desorientado, con pesadillas, sudoración excesiva, alteraciones en el tacto y depresión profunda; en ocasiones el pulso se acelera, hay fiebre, convulsiones (epilepsia alcohólica) y alucinaciones. También parece que el suelo se mueve, la cama gira o las paredes caen.

Si hay deficiencia de vitaminas llegan a presentarse, después del delirium tremens , el síndrome de Korsakoff, en el que se pierde la memoria de acontecimientos recientes, y encefalopatía de Wernicke, que genera movimientos anormales de ojos y extremidades, confusión y cambios de carácter.

Nicotina. Por regla general, cuanto más tiempo y más cigarrillos haya fumado una persona, mucho mayor será la probabilidad de que presente síntomas al abandonar el consumo de tabaco; los más comunes son: deseo irrefrenable de fumar, tensión, irritabilidad, dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, somnolencia o insomnio y aumento del apetito y de peso.

Narcóticos. Morfina, hidromorfina, opio y heroína, además de sustancias farmacológicas como oxicodona y codeína integran este grupo de depresores del sistema nervioso. La reacción del organismo ante la abstinencia suele ser, en principio, respiración agitada acompañada de bostezos, lagrimeo, flujo nasal y sudoración; luego se presentan hiperactividad, sentido de alerta exacerbado, incremento del ritmo cardíaco, piloerección ("piel de gallina") y fiebre. Otras manifestaciones son pupilas dilatadas, temblores, escalofríos, dolor muscular, inapetencia, dolor abdominal y diarrea.

Ansiolíticos e hipnóticos. Son fármacos depresores de la actividad nerviosa, como benzodiazepinas, barbitúricos, glutetimida, cloralhidrato y meprobamato que se prescriben con receta médica para controlar la ansiedad o inducir el sueño, pero que al tomarse en altas dosis o por periodos prolongados generan adicción. Al interrumpir su consumo cuando hay dependencia se desencadena una reacción grave, aterrizante y potencialmente mortal, muy parecida al delirium tremens , cuyos síntomas principales son debilidad, malestar general, depresión, temblores, deshidratación, delirio, insomnio y alucinaciones.

Anfetaminas. La adicción a estos estimulantes del sistema nervioso suele iniciar cuando se administran como medicamentos para bajar de peso, aunque la metanfetamina y el MDMA o éxtasis han alcanzado amplia difusión en el mercado ilegal. Cuando se interrumpe bruscamente su consumo se generan cansancio y somnolencia extremas, si bien algunas personas se muestran intensamente ansiosas e inquietas. Los consumidores que estaban deprimidos al comenzar a usar las amfetaminas pueden incrementar su malestar cuando las dejan, al grado de que adoptan tendencias suicidas. También experimentan delirios y alucinaciones.

Cocaína. Es otro estimulante del sistema nervioso, sólo que más potente; puede inhalarse o inyectarse, y cuando se hierve con bicarbonato sódico se obtiene el crack , que puede ser fumado. La tolerancia se desarrolla rápidamente y las reacciones de abstinencia incluyen cansancio extremo, depresión y ansia de suicidio; en ocasiones hay alucinaciones.

Polvo de ángel o fenciclidina. Fue desarrollado a mediados del siglo XX como anestésico, pero se suspendió su uso porque los pacientes presentaban ansiedad, delirios y cuadros de psicosis temporal (alteraciones profundas de la realidad y de la percepción sensorial); sin embargo, comenzó a sintetizarse en laboratorios clandestinos para su uso como estimulante. Su abstinencia genera depresión, ansia de consumir drogas, fatiga, dificultades para dormir o dormir mucho, aumento del apetito y de peso, movimientos

lentos o súbitos y sueños vívidos desagradables. El carácter suele volverse violento y suicida.

Desde la década de 1950, el campo de la rehabilitación de las farmacodependencias prácticamente ha estado monopolizado por la psiquiatría. Sus otrora curas prometidas incluyen una larga lista de fracasos como neurocirugías, choques de insulina, psicoanálisis y LSD. Sus contribuciones más recientes son el programa de mantenimiento con metadona o el uso de dosis "controladas" de la heroína en sí: una prestidigitación en la que se dictamina que los adictos están "curados" cambiándolos a una droga que substituye a otra y que tiene los mismos poderes adictivos que la heroína, o dándoles pequeñas dosis de heroína en sí, y volviendo a la persona totalmente dependiente del gobierno o el psiquiatra local.

6. El espacio de los “efectos colaterales” de los psicofármacos y las terapias de choque.

Los riesgos físicos de las Terapias Electroconvulsivas (ECT) son similares a los de la anestesia general. Los efectos colaterales inmediatos más comunes son la confusión y la pérdida de la memoria, pero comúnmente desaparecen después de una hora (aunque algunas veces pueden desaparecer recuerdos durante períodos más largos). Los efectos agudos incluyen amnesia retrógrada (para los eventos que ocurrieron antes del tratamiento) y anterógrada (para eventos que ocurrieron después del tratamiento).

Aunque la lobotomía¹⁶ es una técnica que por su barbarie dejó de ser usada en 1967, todavía existen sobrevivientes entre las 40,000 y 50,000 personas que fueron sometidas a esta intervención. La ansiedad crónica severa, la depresión con riesgo de suicidio, la hiper-agresividad, y el desorden obsesivo-compulsivo eran los síntomas principalmente tratados. Cerca del seis por ciento de los pacientes no sobrevivieron, y la gran mayoría registraban cambios adversos en la personalidad y en el funcionamiento social de esos individuos. Hoy en día se practican procedimientos lesivos de núcleos cerebrales localizados mediante técnicas supuestamente menos invasoras. La definición de los efectos en la percepción espacial con la aplicación de estas técnicas, rebasa por mucho los alcances del presente trabajo.

Los neurolépticos o antipsicóticos, y en general los psicofármacos, actúan o buscan actuar como “una camisola de fuerza mental” o “lobotomías químicas”. Los efectos de las drogas médicas y psiquiátricas, ya sean analgésicos, tranquilizantes o "antidepresivos", pueden ser desastrosos. Estas neurotoxinas no son sólo físicamente debilitantes, sino que obstaculizan la capacidad mental y el crecimiento espiritual. “Estas drogas tienen muchos efectos discapacitantes llamados "efectos secundarios" para minimizar lo que en realidad son, efectos tales como: temblores o movimientos incontrolados en las manos y en otras partes del cuerpo (cosas que ocurren en los trastornos neurológicos como el parkinsonismo o la disquinesia tardía), calambres musculares, visión borrosa, pasarse por ansia, pesadillas, súbitas explosiones de enojo, agitación, pérdida de memoria, desmayos, trastornos en la sangre, ataques epilépticos y muerte súbita. Ahora bien, los así llamados efectos secundarios son el propósito de estas drogas.”¹⁷

¹⁶ Se llama lobotomía cuando no hay extirpación, lobectomía cuando sí la hay.

¹⁷ Don Weitz, Notas sobre el fascismo psiquiátrico, http://www.grupoelron.org/quienes/epdlsiii_metodosdelapsiquiatria.htm

Los espacios de la locura

Los efectos secundarios de los neurofármacos que inciden directamente sobre el sistema nervioso central, no se manifiestan sólo como discapacidades físicas (como la dificultad o pérdida de la movilidad) o preceptuales (como la ceguera, o la sordera temporal o permanente), sino que también producen síntomas psiquiátricos, de tal manera que se vuelve prácticamente imposible distinguir entre un síntoma de la “enfermedad original” del paciente, y los síntomas provocados por los “efectos laterales” de las neurotoxinas, desencadenándose así un verdadero círculo vicioso sin solución: Así en esa dinámica los enfermos “agudos” se van volviendo “crónicos”. Frecuentemente se habla en psiquiatría de enfermedades iatrogénicas, es decir aquellas enfermedades provocadas por los hospitales, las terapéuticas, los procedimientos médicos, los medicamentos¹⁸ y también los diagnósticos psiquiátricos, por ser altamente estigmatizantes.¹⁹

¹⁸ Haley, Jay, “El arte de ser esquizofrénico” en **Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos**, Paidós, México, 1992

¹⁹ Goffman, Irving, **Estigma**, Amorrurtu, 2002

El espacio del internamiento

Si alguien dice que le está hablando a Dios, se dice que esa persona está orando; pero si alguien asegura que Dios le ha hablado, se dice que ése es un esquizofrénico.

Santiago Genovés

La psiquiatría es la única especialidad médica en que el tratamiento involuntario y aún la hospitalización involuntaria se usan frecuentemente. Se puede hablar de la psiquiatría con la plena conciencia de que esta realidad en la que sucede no es sino la caricatura hasta la exageración de lo que sucede en el mundo. Se muestra altamente revelada, pero también es cierto que la luz de estas revelaciones es en general, demasiado cegadora.

En “Acerca de estar sano en un medio enfermo”¹, David L. Rosenhal pone en tela de juicio las expresiones “estar sano”, “locura”, “enfermedad mental” y “esquizofrenia”. Muestra que “aquello que para una cultura se considera normal puede considerarse completamente anormal en otra”. A la cuestión central de si es posible diferenciar entre el mentalmente sano del enfermo, se llevó a cabo el internamiento de personas normales (es decir, personas que no presentan los síntomas de un trastorno psíquico severo y tampoco lo han sufrido nunca). “Muy pocos psiquiatras y psicólogos, hasta de entre aquellos que han trabajado en tales clínicas, saben lo que significa una experiencia como ésta. Hablan poco con ex pacientes sobre el particular, seguramente porque desconfían de la información de quienes fueron enfermos mentales. Aquellos que han trabajado en clínicas psiquiátricas tal vez se acostumbraron tan completamente a las condiciones que allí reinan, que son insensibles al shock que significaría esa experiencia. Si bien ha habido, de vez en cuando, informes de científicos que se expusieron a la permanencia en un hospital psiquiátrico, sólo permanecieron internados durante períodos breves y muchas veces el personal de la institución sabía del experimento. Es difícil saber en qué medida fueron tratados como pacientes o como colegas científicos. A pesar de todo, sus informes sobre lo que pasa en un hospital psiquiátrico fueron útiles.”² Los seudos pacientes entraron en el hospital como pacientes psiquiátricos auténticos. A cada uno se les dijo que debían ser dados de alta por sus propios esfuerzos, fundamentalmente, convenciendo al personal de su salud mental. Las internaciones tuvieron una duración entre nueve y 52 días. Salvo uno de los casos en que se diagnosticó esquizofrenia, todos los demás salieron con un diagnóstico de esquizofrenia “en remisión”.

En otro momento del experimento, se pidió al personal de las instituciones psiquiátricas que identificaran a pseudopacientes entre los internos (en realidad no había ninguno). Las personas normales no se detectan como sanas. “Cualquier procedimiento diagnóstico que es susceptible de cometer errores tan graves con tanta facilidad, no puede ser muy confiable”, alerta Rosenhal.

¹ David L. Rosenhal, “Acerca de estar sano en un medio enfermo”, en Paul Watzlawick et al., **La realidad inventada**, Gedisa, Col. El mamífero parlante, Buenos Aires, 1988

² *Ididem*.

Los espacios de la locura

“...Existen muchas pruebas de que la actitud frente a los enfermos mentales está caracterizada por el temor, la hostilidad, la desconfianza y el horror. Los enfermos mentales son los parias de la sociedad.

“El hecho de que esos sentimientos se encuentren en la mayoría de la población quizás no sea sorprendente, aunque causa consternación. Pero el hecho de que también los profesionales, asistentes, enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes tienen trato con enfermos mentales y les administran las terapias, sean presa de los mismos sentimientos resulta sustancialmente más inquietante, en primer lugar, porque tales actitudes causan daño y en segundo, porque no son intencionales”... (Esas actitudes negativas) “no deberían sorprendernos. Son el resultado natural del sello que llevan los pacientes y del entorno en que los encontramos.

“Obsérvese la estructura del típico hospital psiquiátrico. El personal y los pacientes están estrictamente separados. El personal dispone de su propia área, incluidos comedores, baños y salas de reunión. Las áreas de trabajo provistas de vidrios en las que permanece el personal (bautizadas por los seudos pacientes ‘jaula’), dominan las salas de permanencia diurna de los pacientes. Los profesionales emergen de allí, en primer lugar, para cumplir tareas como reparto de medicamentos, dirigir una terapia individual o de grupo, ilustrar o censurar a un paciente. Por lo demás, el personal permanece junto, como si la enfermedad de sus protegidos fuese contagiosa.”

... “En el servicio, los asistentes sometían a sus pacientes a insultos y en ocasiones a severos malos tratos corporales, a la vista de otros pacientes. Algunos de los que observaban (los seudos pacientes) anotaban todo. Los malos tratos, sin embargo, cesaban cuando llegaba otro miembro del personal. Los empleados de las clínicas son testigos de cuidado, los pacientes no.”

Los seudos pacientes reaccionaban intensamente a esta pérdida de personalidad, se sintieron presos del proceso de despersonalización y luchaban contra él. También el hecho de que se use una gran cantidad de psicotrópicos conduce tácitamente a la despersonalización. De esa manera el personal se convence de que se está realizando un tratamiento y de que no es necesaria una mayor comunicación con el paciente. Desde el punto de vista espacial, arquitectónico, los servicios de psiquiatría de los hospitales no son sustancialmente distintos que los de cualquier otro servicio hospitalario. De esa manera queda evidente la confianza que la psiquiatría biológica pone en los efectos de los psicofármacos.

¿Cuántos pacientes podrían ser “normales” fuera de la institución psiquiátrica pero parecen dementes dentro de ella, porque reaccionan a un entorno grotesco, un medio que existe solamente en instituciones destinadas a personas privadas de todo privilegio?

Es evidente que en las clínicas psiquiátricas no es posible distinguir a las personas sanas de los enfermos mentales. La propia institución crea una realidad especial y espacial, en la cual el significado de las formas de conducta muchas veces es malinterpretado. Las consecuencias para los pacientes que permanecen en tal medio, es decir el de la despersonalización, el aislamiento, la humillación y la desvalorización, indudablemente no pueden favorecer la terapia.



El hospital psiquiátrico Steinhof, Otto Wagner

El espacio de la arquitectura

La construcción de un asilo de alienados debe ser menos obra de un arquitecto que la realización de los principios de la enfermedad mental.
Falret

La planeación de un asilo de alienados no es algo indiferente que se les deba abandonar a los arquitectos.
Jean Ettienne Esquirol, 1818

Pocos hospitales psiquiátricos se han construido con el objetivo principal (al que todas las otras consideraciones están subordinadas) de crear un instrumento terapéutico.

Paul Sivadon, *Architecture psychiatrique*, E.M.C., 1968

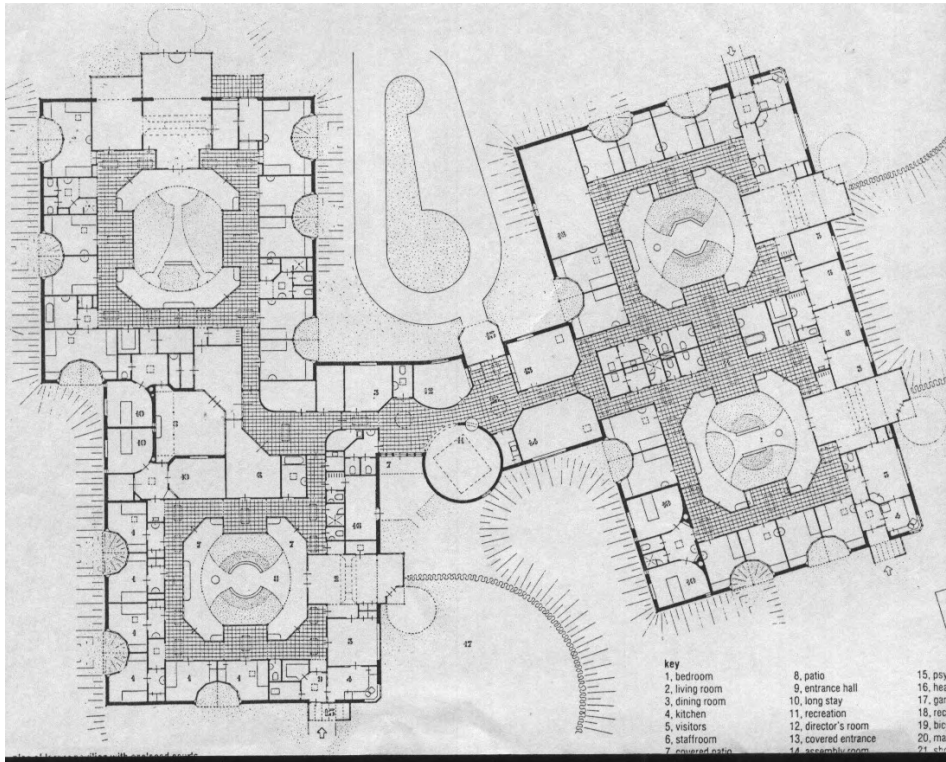
El hospital psiquiátrico Steinhof, del arquitecto austriaco Otto Wagner (1841-1918), en las cercanías de Viena, es sin duda el más famoso del siglo XX y el más grande de su época (1907).¹ La monumentalidad de esta arquitectura es reconocida mejor por la gran

¹ Leslie Toop, *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*, *The Art Bulletin*, Marzo, 2005

Los espacios de la locura

iglesia de mármol blanco coronada por una gran cúpula, que por el asilo del sistema en pabellones que lo conforman.

El diseño de hospitales en el siglo XX se ha visto cada vez más restringido por el catálogo de soluciones que las necesidades del equipamiento tecnológico impone. El diseño de los consultorios, laboratorios, quirófanos, cuartos de hospitalización, y demás servicios técnicos están de tal manera estudiados, analizados y optimizados en su equipamiento, calculados, que dejan muy poco margen de acción a los diseñadores. La gran mayoría de las veces la participación del arquitecto se reduce tan sólo a la propuesta de las fachadas y del vestíbulo de la entrada.



Hospital Psiquiátrico de Boekel, en Padua, Países Bajos, Hannie y Aldo van Eyck

La ampliación del Hospital Psiquiátrico de Boekel (1980-89), en Padua, Países Bajos, concebida por Hannie y Aldo van Eyck (1918-99), es ejemplar. El autor del Orfanato de Ámsterdam, diseñó esta pequeña residencia para internos con diagnóstico de esquizofrenia, que pasarán allí el resto de sus vidas. La intervención de esos creativos arquitectos, no se concentró en celebrar el umbral de la Razón con un gran vestíbulo, sino en mejorar la calidad de vida de los residentes a través de sus espacios vitales.

En una verdadera lección de imaginativo diseño arquitectónico, los arquitectos juegan graciosamente con la geometría de los espacios, sobre todo la de los cuartos de los residentes, para proporcionar no sólo una mayor área con los mismos metros cuadrados exigidos por la estricta normatividad de los hospitales holandeses, sino para organizar creativamente los espacios alrededor de cuatro patios interiores cerrados y dos en forma de "C".

Los espacios de la locura

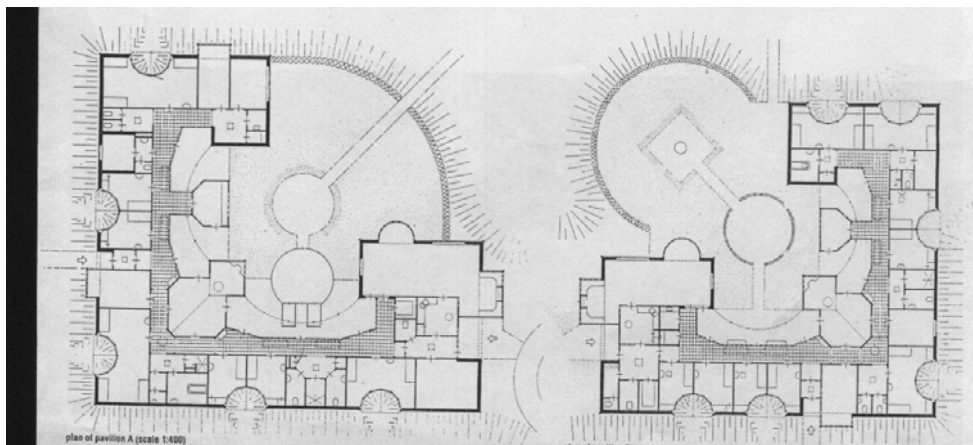
Todos los espacios parecen ser más amplios de lo que en realidad son. Las ventanas enmarcan las vistas hacia el paisaje exterior como si fueran cuadros, y dignifica a los internos encuadrándolos como en retratos, si son vistos desde afuera.

Los cuartos de los internos, los servicios y la zona para el personal están cubiertos por techos planos. Los techos en pendiente cubren las áreas comunes –las estancias compartidas y los ambulatorios alrededor de cada patio. Éstos están pavimentados y jardinados con flores.

Todos estos dispositivos alcanzan un ambiguo traslape y oscurecimiento de las divisiones espaciales de tal manera que el patio y el deambulatorio parecen ensancharse en su tamaño, mientras conforman un área comunal cuadrada. En esto hay varios grados de exterioridad, una cualidad que se extiende hacia el interior de la estancia, que se encaja hacia fuera. El autor de la Casa para madres solteras en Ámsterdam (Huberthuis), juega ahora con los espacios interiores haciéndolos parecer abiertos al exterior, y produce que desde los patios, los techos inclinados conformen un paisaje que parece extenderse hacia el patio.

Cada pabellón tiene una ligera variación en la inclinación de su orientación, que produce que la luz solar incida de manera diferente en cada espacio. Este efecto también dosifica la luz que podría incomodar a los residentes, por ser altamente sensibles al calor y a la luz solar, por los efectos secundarios de los medicamentos. Aldo van Eyck describe su intención de crear “un pequeño sol en múltiples lugares”, una cualidad alcanzada a través de estos edificios que aunque confinan e institucionalizan, también son cabalmente humanos.

El personal de esta residencia expone las dificultades que tuvieron los internos para trasladarse y adaptarse a estos nuevos espacios, ya que provenían de edificios con pabellones de una arquitectura demasiado simple y pobre. Si bien la transición les produjo muchas crisis, una vez que se adaptaron a los nuevos espacios, el personal refiere una notable disminución de crisis agudas en los residentes, comparadas con las que tenían antes de su traslado.



Hospital Psiquiátrico de Boekel, en Padua, Países Bajos, Hannie y Aldo van Eyck

Los locos en la ciudad

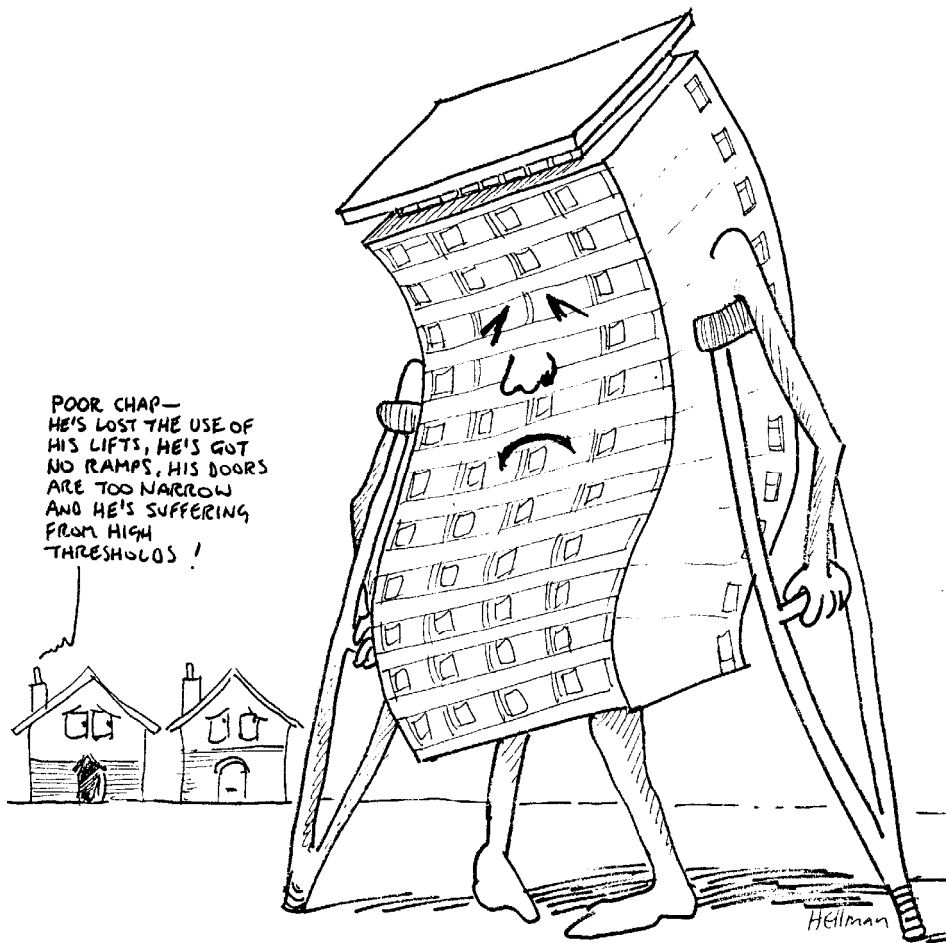
La primera comunidad terapéutica en Europa, nada tiene que ver con Foucault, Laing ni la “antipsiquiatría”: En la pequeña ciudad flamenca de Gheel (Bélgica), en la provincia de Amberes, existe desde el siglo XIII una tradición de peregrinaje asociada con el lugar donde está enterrada la santa patrona de la ciudad: Sta. Dymphna. Patrona de los sonámbulos, de la salud mental, de los epilépticos, de los “poseídos”, de las princesas y de la felicidad de la familia, la tumba de esta santa tiene la tradición de realizar curas milagrosas a los enfermos mentales, y desde entonces se construyó una enfermería que hoy en día se ha transformado en una pequeña clínica psiquiátrica.¹ Desde hace más de setecientos años las personas con necesidades especiales de salud mental que llegan a esa comunidad en busca de su curación, se han hospedado en las casas de los mismos habitantes, a cambio de una renta y muchas de las veces, encuentran un trabajo que les facilita la subsistencia. Esta experiencia ha servido de modelo para otras comunidades en Canadá, el Japón y los Estados Unidos.²

La función de la unidad psiquiátrica es básicamente la de atender sobre todo los casos de crisis (la hospitalización en la clínica es muy corta) y ofrecer consulta externa a los enfermos. Otra función importante es la de servir de enlace entre el enfermo y las familias que los acogen. “No cualquier familia es aceptada: es un requisito que ninguno de sus miembros tenga nada que ver con las terapias ni sean profesionales ligados con la salud mental, ya que de eso se encarga la clínica. Tampoco se aceptan a las casas que cuenten con algún dispositivo especial de control o vigilancia hacia los enfermos (cámaras de video, candados, barrotes en las ventanas, etc.)”, nos explica amablemente el personal de recepción de la clínica. “Preferimos que las familias y sus casas sean lo más normal posible.”

“Se trata de enfermos, no de criminales”, argumentan. “Si acaso algunas de las faltas que cometen podrían considerarse como ‘faltas a la moral o al orden’ (vociferar, desnudarse en público). Entonces el personal de la clínica interviene, no para castigarlos y encerrarlos, sino para explicarles que lo que están haciendo puede ser peligroso para ellos o la comunidad, y que deben cuidar su medicación.” Todos tenemos derecho a la locura.

¹ Eugene Roosens, *Des fous dans la ville? Gheel (Belgique) et sa therapie seculaire*, Presses Universitaires de France, Perspectives critiques, París, 1979

² Este modelo podría resultar particularmente interesante para aplicarlo en México, ya que existe una gran devoción a San Judas Tadeo, patrono de los olvidados, de las causas difíciles o de “los imposibles”.



Una arquitectura sana para las nuevas psiquiatrías

La arquitectura que conforma un cuadro espacial significativo, favorece la estructura de la personalidad y del comportamiento.

Un aspecto concierne al emplazamiento del lugar de la hospitalización, en relación con el lugar de origen del enfermo. Es verdad que muchas veces es saludable separar al enfermo del medio ambiente que le resulta patógeno. Llevarse lejos puede ser en muchos de los casos recomendable. Esa evasión puede representar también una forma patológica de poner un espacio intermedio entre el enfermo y los lugares donde se siente mal adaptado. Pero esta actitud resulta ambivalente: lo tranquiliza en la medida en que esa separación incluye la posibilidad del regreso, e inclusive en la medida en que su regreso se solicita por parte de aquellos de quienes fue separado.

Por el contrario, el deportar a un enfermo, desplazarlo hacia una región lejana de su lugar de origen, desorientarlo geográficamente, es comprometer sus posibilidades de curación. Por lo menos es tan grave como desorientarlo culturalmente, pero es habitual que los dos factores se sobrepongan. Esos enfermos así deportados tienen la tendencia a agruparse hacia la puerta por donde entraron. No buscan salidas por otro lugar. Parecen fascinados por la dirección de donde llegaron.

Hemos hecho alusión a las fugas. Ellas realizan habitualmente una búsqueda inconsciente de una mayor seguridad. Frecuentemente el prófugo toma la dirección hacia una zona de seguridad, centrada en un personaje en quien ha alguna vez encontrado protección: padres, médico, asistente social; o hacia quien se ha sentido amado: antigua esposa, la tía o la abuela. La ambivalencia del prófugo es que las personas y los lugares de los que tiene necesidad son resentidos por él como imperiosos, por el hecho mismo de que no puede rebasarlos, y les huye para escapar a esa obligación.

Hoy día se habla de edificios enfermos¹ para referirse a aquellos edificios que han perdido su funcionalidad, que envejecieron por el paso del tiempo, por falta de mantenimiento o por no poder adecuarse a las nuevas necesidades de accesibilidad.

La auditoría ambiental tiene por finalidad identificar las domopatías, factores ambientales que definen la "bio-habitabilidad" de un espacio, y valorar como inciden en el confort y la salud de las personas. Son muchos los factores de salud, a veces invisibles, que pueden hacer una vivienda inhabitable o crear un Edificio Enfermo, afectando a la salud y al rendimiento físico e intelectual, generalmente por una arquitectura demasiado artificial, electrificada y hermética.

Algunas estimaciones consideran que el 30% de los edificios puede presentar los problemas de higiene ambiental relacionados con el Síndrome del Edificio Enfermo. En principio causado por la mala calidad del aire, con frecuencia tóxico y saturado por la escasa ventilación, demasiado seco y cargado de electricidad (iones positivos), factores que son causa frecuente de molestias oculares, respiratorias (alergias) y cutáneas.

Hoy el exceso de tecnificación en la edificación crea otras domopatías, como ruido y vibraciones, radiactividad de materiales (granito, gres), o las emisiones tóxicas de materiales frecuentes como aglomerados, pinturas, melaminas, moquetas o plásticos, que generan tóxicos como el formaldehído, y también producen cargas electrostáticas, lo que incrementa el estrés y altera el confort.

Otra creciente patología ambiental es la electropolución, causada por ordenadores, impresoras, climatizadores, luminarias, televisión, electrodomésticos y otras instalaciones eléctricas y, cada día más, en muchos espacios públicos (bancos, centros comerciales, parkings, metro), aparecen antenas emisoras "indoor" de telefonía móvil, lo que incrementa la radiación y los problemas de salud de personal y clientes que, a largo plazo, pueden afectar al sistema inmunitario.

A corto plazo, estas domopatías son causa de fatiga y estrés psicofísico, que afecta al estado de ánimo y al rendimiento laboral (errores, absentismo, bajas, accidentes, etc.), pero a largo plazo un Edificio Enfermo puede causar enfermedades en sus habitantes.

La arquitectura bioclimática² consiste en el diseño de los edificios teniendo en cuenta las condiciones climáticas, aprovechando los recursos disponibles (sol, vegetación, lluvia, vientos) para disminuir los impactos ambientales, intentando reducir los consumos de energía.

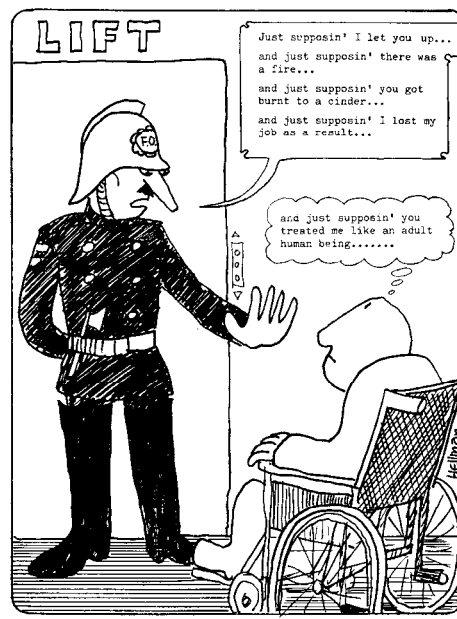
¹ Wikipedia, 2008

² Wikipedia, 2008

Los espacios de la locura

Una arquitectura bioclimática puede conseguir un gran ahorro e incluso llegar a ser sostenible en su totalidad. Aunque el coste de construcción puede ser mayor, puede ser rentable, ya que el incremento de la edificación se compensa con la disminución del consumo de energía.

La Arquitectura Sustentable, también conocida como Arquitectura Sostenible, Arquitectura Verde, Edificios Verdes, Eco-arquitectura y Arquitectura ambientalmente consciente, es un modo de concebir el diseño arquitectónico buscando aprovechar los recursos naturales de tal modo de minimizar el impacto ambiental de las construcciones sobre el ambiente natural y sobre los habitantes. La arquitectura sustentable intenta reducir al mínimo las consecuencias negativas para el medio ambiente de edificios; realizando eficacia y moderación en el uso de materiales de construcción, del consumo de energía, del espacio construido manteniendo el confort en la humedad y en la temperatura ambientales.



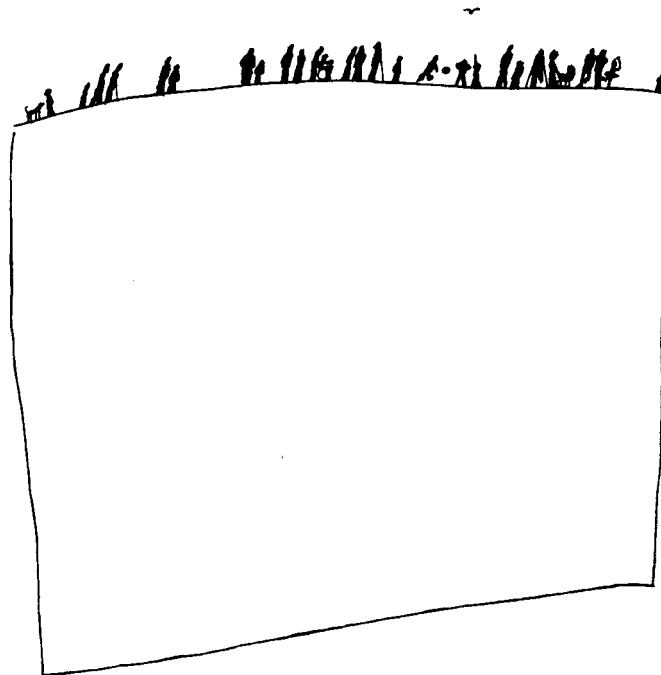
La arquitectura para las nuevas psiquiatrías debe dejar de considerarse en la clasificación carcelaria u hospitalaria y mejor inspirarse en la arquitectura sacra o aquella concebida para la experiencia interior. Espacios saludables que no sean agresivos para otras concepciones culturales. El espacio debe permitir “regresar al cuerpo”, es decir, incorporarse. La arquitectura concebida como un lugar de vida, de animación y de aprendizaje. Lugares protegidos y protectores concebidos para transformar y para ser transformados. Lugares para renacer, como lo propuso Bruno Betlehem.

Es muy frecuente querer separar la salud física de la salud mental. La cultura occidental ha construido una oposición cartesiana entre la salud y la enfermedad; el cuerpo y el espíritu; la mente y el cerebro; el médico y el enfermo... el arquitecto y el habitante... La medicina moderna conoce desproporcionadamente más sobre las enfermedades que sobre la salud. Parece que la medicina actual, hiperespecializada, ha querido hacer individuos normales (los que estadísticamente entran en la norma) más que personas sanas. La sociedad de consumo ha convertido a la salud en una mercancía monopolizada por unos profesionales, inalcanzable para los grupos mayoritarios de la población y los

Los espacios de la locura

gobiernos evaden su responsabilidad por mejorar la calidad de vida de sus gobernados. Parece como si la sociedad occidental, falsamente, nos enseña que son los médicos los responsables de la salud de los enfermos, mientras que en realidad el mensaje debería ser “nadie va a hacer por ti lo que tú mismo no hagas por ti”, o mejor dicho: nadie va a hacer por nosotros lo que nosotros mismos no hagamos por nosotros.

La autonomía es un valor muy apreciado en nuestra sociedad: el objetivo final de la psiquiatría sería que el enfermo mental se convierta en su propio psiquiatra. La arquitectura constituye entonces un dispositivo fundamental para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con necesidades especiales de salud mental. En una sociedad ideal, los psiquiatras serían marginales y el planeta un inmenso asilo.



Bibliografía

- Aouattah, Ali, *Ethnopsychiatrie maghrébine Representations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, L'Harmattan, Santé, sociétés et cultures, Paris, 1993
- Bachelard, Gastón (1957), **La poética del espacio**, FCE, Breviarios, México, 1965
- Bentham, Jeremy, *Le panoptique* precedido de "L'oeil du pouvoir" entrevista con Michael Foucault, prólogo de Michelle Perrot, Pierre Belfond, París, 1977
- Colin Barnes et alt. (Editores), *Doing Disability Research*, The Disability Press, Leeds, 1997
- Delveaux, Jean-David, *Les espaces de la folie*, L'Harmattan, París, 1996
- Dykstra, Linda et alt., "SENSATION AND PERCEPTION AND EFFECTS OF DRUGS" en *Encyclopedia of Drugs, Alcohol and Addictive Behavior*, Macmillan, 1995
- Entrevista a Franco Basaglia, Fundación Carl Joseph Jung, 4 de octubre 2007.
- Elizur, Joel y Salvador Minuchin, **La locura y las instituciones. Familia, terapia y sociedad**, Gedisa, Col. Terapia familiar, Buenos Aires, 1991
- Fernández-Zoila, *Espace et psychopathologie*, P.U.F., Nodules, París, 1987
- Ford-Martin, Paula, *Gale Encyclopedia of Psychology: Halfway house*
- Foucault, Michel (1975), **Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión**, Siglo XXI, México, 1976
- Foucault, Michel (1964), **Historia de la locura en la época clásica**, 2 vol., Breviarios, FCE, México, 1967
- Foucault, Michel (1963), **El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica**, Siglo XXI, México, 1966
- Frith, Uta; *Autism, Explaining the Enigma*, Basil Blackwell, Cambridge, 1989
- Goffman, Irving, **Estigma**, Amorrurtu, 2002
- Guislain, Joseph, *Nouvelle hospice des hommes aliénés a Gand*
- Haley, Jay, "El arte de ser esquizofrénico" en **Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos**, Paidós, México, 1992
- Hall, Edward T. (1966), **La dimensión oculta**, Siglo XXI, México, 1972
- Irving Goffman, **Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales y otros internos**. Siglo XXI, México, 1966

- Hécaen, H, *Neuropsychologie de la perception visuelle*, Mason, París, 1972
- Hertzberger, H.; A. von Royen-Wortmann, F. Strauven, “*Psychiatrische Klinik Padua, Boekel*” en Aldo van Eyck, 1982
- Hochmann, J., *Pour une psychiatrie communautaire*, París, Ed. Du Seuil, 1971.
- Huxley, Aldous, *The Doors of Perception*, HaperCollins, New York, 1954
- Jarreau, Philippe *Du bricolage: Archeologie de la maison*, Alors No. 8, Centre de Creation Industrielle, Centre Georges Pompidou, París, 1985
- Leroy, Claude, “*De l’espace de l’hospital psychiatrique á celui de la ville*”, en *Architecture et santé mentale*, bajo la dirección de E.A. Sand, Ed. Universtaires de Bruxelles, 1982
- Levy, F. P. y M. Segaud, *L’Antropologie de l’espace*, Alors No. 1, Centre de Creation Industrielle, Centre Georges Pompidou, París, 1985
- Olivier, Marc, *Psychology of the House*, Thames and Houdson, 1977
- Pinon, Pierre, *L’Hospice de Charenton, Temple de la Raison ou Folie de l’Archaeologie*, Mardaga, Archives, Bruselas, 1999
- Pelicier, Yves (compilador), *Espace et psicopathologie*, P.U.F., Nodules, París, 1987
- Pevsner, Nikolaus , *Historia de las tipologías arquitectónicas*, GG, Barcelona, 1979
- Roosens, Eugeen, *Des fous dans la ville? Gheel (Belgique) et sa therapie seculaire*, Presses Universitaires de France, Perspectives critiques, París,1979
- Rosenhal, David L.; “Acerca de estar sano en un medio enfermo”, en Paul Watzlawick et alt., *La realidad inventada*, Gedisa, Col. El mamífero parlante, Buenos Aires, 1988
- Sand, E.A. (compilador), *Architecture et santé mentale*, Ed. Universtaires de Bruxelles, 1982
- Sandretto, Jean, *Un enfant dans l’asile*, Editions du Seuil, París, 1977
- Sivadon, Paul y Françoise Gantheret, *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, Collection des sciences humaines appliqués, Les editions ESF, Bruselas, 1973
- Stockman, R., “*Du chaman au psychiatre*”, en *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1997
- Stockman, R. (curador), *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1996

Stockols, Daniel, *Perspectives on Environment and Behavior: Theory, Research and Applications*, Plenum Press, New York, 1977

Topp, Leslie; James E. Moran, Jonathan Andrews, *Madness, Architecture and Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, Routledge Studies in the Social History of Medicine, New York, 2007

Toop, Leslie; *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*, *The Art Bulletin*, Marzo, 2005

Van Der Sompel, Ronald, "Architecture et Psychiatrie", en *Ni rime ni raison, Histoire de la psychiatrie*, Museo Dr. Guislain, Gante, 1997

Van Ree, Dr. Frank et al., *Het psychiatrisch siekenhuis in nieuw perspectief*, Wolters-Noordhoff, Groniengen, 1977

Viejas y nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina contemporánea, Ayuntamiento de Leganés, Catálogo de la exposición del 10 de junio al 10 de julio 1994, Madrid, 1994

Watzlawick, Paul (Compilador) et al., **La realidad inventada**, Col. El mamífero parlante, Gedisa Editorial, Primera Edición, Buenos aires, 1988

Wilson, Judith A. *Addictionary: A Primer of Recovery: Terms & Concepts from Abstinence to Withdrawal*, Hazelden, New York, 1992

Hemerografía

“Attitudes are Changing”, en *American Journal Nursing*, Vol. 64, No. 1, p.106

Blue, Amy V., “Greek Psychiatry’s Transition from the Hospital to Community”, en *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 7, No. 3 (Sep. 1993) pp. 301-318.

Bonnafé, Lucien, “Caligula batisseur ou le syndrome de la grosse vache”, en *l’Architecture d’Aujourd’hui*, SANTE, No. 214, abril 1981

Castel, Robert, “L’institution psychiatrique en question”, en *Revue Francaise de Sociologie*, Vol. 12, No. 1. (Enero-Marzo, 1971), pp. 57-92.

Clarke, Gary J., “Deinstitutionalization: The Evolution and Evaluation of Health Care Policy in the United States and Great Britain”, en *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 57, No. 4, pp. 461-479

Egli, Mark *et alt.* “Architectural Acoustics in Residences for Adults with Mental Retardation and its Relation to Perceived Homelikeness” en *American Journal on Mental Retardation*, 1999, Vol. 104, No. 1, 53-66

Freeman, Howard E., “Out of Bedlam: The Truth About Deinstitutionalization”, en *Contemporary Sociology*, Vol. 20, No. 3. (Mayo, 1991), pp. 465-467.

Frohboese, Robinsue, y Bruce Dennis Sales, “Parental Opposition to Deinstitutionalization: A Challenge in Need of Attention and Resolution”, en *Law and Human Behavior*, Vol. 4, No. 1/2. (1980), pp.1-87.

Garrison, Edward R., “Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry, and Alternate Therapies”, en *Medical Anthropology Newsletter*, Vol. 12, No.1. (Nov. 1980), pp.30-31.

Mary L. Weston: Elvira Moreschi, “Housekeeping Can be Therapy”, en *The American Journal of Nursing*, Vol. 47, No. 12. (Dic., 1947) pp.804-805.

Gill, Howard B., “Correctional Philosophy and Architecture”, en *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, Vol. 53, No. 3, (Sep. 1962), pp. 312-322.

Goldstein, Michael S., “The Transfer of Care: Psychiatric Deinstitutionalization and Its Aftermath”, por Phil Brown, en *Contemporary Sociology*, Vol. 15, No. 2. (Marzo, 1986), pp. 272-273.

Halpin, David, “Maximun Security: The Culture of Violence in Inner-City Schools” por John Devine, en *British Journal of Educational Studies*, Vol. 45, No. 4 (Dic. 1997), pp.429-431.

Johnson, Ann Braden, “Madness in the Streets: How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill” por Rael Jean Isaac y Virginia C. Armat, en *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 521, Drug Abuse: Linking Policy and Research (mayo, 1992), pp. 218-219.

Kawash, Samira, “*Safe House?: Body, Building, and the Question of Security*”, en *Cultural Critique*, No. 45, (Primavera, 2000), pp. 185-221.

Kling, Rob, “*The Electronic Eye: The Rise of the Surveillance Society*”, por David Lyon, en *Contemporary Sociology*, Vol. 24, No. 4 (Julio, 1995), pp.398-399.

Leone, Mark P., “*A Historical Archaeology of Capitalism*”, en *American Antropologist*, New Series, Vol. 97, No. 2. (Junio, 1995), pp. 251-268.

Mace, David R., “*Crisis in Psychiatric Hospitalization*”, en *The Family Coordinator*, Vol. 21, No. 2, Aging and the Family, (Abril, 1972), p. 242.

McCandless, Peter, “*Life at the Texas State Lunatic Asylum, 1857-1997*”, por Sarah C. Sitton, en *The Journal of American History*, Vol. 87, No. 1. (Junio, 2000), p. 218.

McEwen, Craig, “*The Evolution of Women’s Asylums Since 1500: From Refuges for Ex-Prostitutes to Shelters for Battered Women*”, por Sherrill Cohen, en *The American Journal of Sociology*, Vol. 99, No. 4. (Enero, 1994), pp. 1120-1121.

Miller, Jacques-Alain, y Richard Miller, “*Jeremy Bentham’s Panoptic Device*”, en *October*, Vol. 41, (Verano, 1987), pp. 3-29

Peplau, Hildegard, “*Standards for Psychiatric Hospitals and Clinics*”, en *The American Journal of Nursing*, Vol. 52, No. 12. (Dic., 1952), p. 1538.

Prior, Lindsay, “*The Architecture of the Hospital: a Study of Spatial Organization and Medical Knowledge*”, en *The British Journal of Sociology*, vol. 39, No. 1 (Mar., 1988), pp.86-113.

Rigakos, George S., “*Hiperpanoptics as Commodity: The Case of the Parapolice*”, en *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, Vol. 24, No. 3. (Verano, 1999), pp. 381-409.

Rubel, Arthur J., “*Psiquiatría Folclórica: Shamanes y Curanderos*”, en *Medical Anthropology Newsletter*, Vol. 13, No. 4. (Agosto, 1982), pp.26-27.

Scheper-Hughes, Nancy, “*A Proposal for the Aftercare of Chronic Psychiatric Patients*”, en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 14, No. 2. (feb. 1983) pp.3 11-15.

Sewel, Graham, “*The Discipline of Teams: The Control of Team Based Industrial Work Through Electronic and Peer Surveillance*”, en *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, No. 2, Special Issue: Critical Perspective on Organization Control. (Junio, 1998), pp.397-428.

Snow, David A. y otros, “*The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless*”, en *Social Problems*, Vol. 33, No. 5 (Junio, 1986), pp.407-423.

Spielberg, Joseph, “*Curanderismo: Mexican-American Folk Psychiatry*”, en *American Antropologist*, New Series, Vol. 70, No. 6 (Dic., 1968), pp. 1221-1222.

Los espacios de la locura

Surich, Jo , “*From Asylum to Welfare: The Evolution of Mental Retardation Policy in Ontario from 1831-1980*” por Harvey G. Simmons, en ***Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique***, Vol. 17, No. 2, (Junio, 1984) pp.395-396.

Surman, George R., “*The Hamadsha, A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*”, en ***Medical Anthropology Newsletter***, Vol.8, No. 3 (Mayo, 1977), pp.20-21.

Vidler, Anthony , “*Spatial Violence*”, en ***Assemblage***, No.20, Violence, Space. (Abril, 1993), pp.84-85.

Weinstein, Raymond M. “*The Favorableness of Patient’s Attitudes toward Mental Hospitalization*”, en ***Journal of Health and Social Behavior***, Vol. 21, No. 4. (Dic. 1980),pp. 397-401.

Wright, Eric R., “*The Social Organization of Mental Illness*” por Lindsay Prior, en ***Contemporary Sociology***, Vol. 24, No.1, (Enero, 1995), pp. 130-131