

Instituto de Investigaciones Gino Germani

VI Jornadas de Jóvenes Investigadores

10, 11 y 12 de Noviembre de 2011

Melisa De Leonardis y Leila N. Lafi

Universidad Nacional de Córdoba – Fac. de Psicología

melisadeleonardis@yahoo.com.ar

leilalafi@hotmail.com

Eje 2: Poder. Dominación. Violencia

“Algunas relaciones entre arquitectura y clínica en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (H.N.P.) de Córdoba.”

DESARROLLO

Este trabajo es el resultado de la investigación cualitativa realizada en el marco de las prácticas para acceder a la Lic. en Psicología, de la Universidad Nacional de Córdoba.

La misma se realizó en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (H.N.P.) durante 2010. El H.N.P. es una de las pocas instituciones monovalentes públicas de la provincia, dedicada al abordaje específico de enfermedades psiquiátricas; la única en la ciudad de Córdoba que posee camas para internación.

Cuenta con los servicios de: guardia (con equipos interdisciplinarios), consultorio externo, internación y rehabilitación. Posee una farmacia, que provee medicamentos de forma gratuita.

Dadas estas circunstancias, consideramos que se erige como un símbolo de la concepción y tratamiento de la locura.

El objetivo fue realizar una reconstrucción de la historia institucional, y establecer relaciones entre la clínica (entendida como los modos de concebir la enfermedad mental, los pacientes, y los tratamientos) y la arquitectura del hospital.

Como postula S. Freud, “mientras menos sepa uno sobre el pasado y el presente, tanto más incierto será el juicio que pronuncie sobre el porvenir.” (Freud, S. 2006, tomo XXI, p. 5)

El análisis de los hechos pasados que llevaron a la conformación del H.N.P. permitiría resignificar la actualidad y fortalecer la memoria de la institución. Y particularmente, la reflexión en cuanto a la inclusión de los psicólogos en el hospital.

Si, en la historia de la salud mental se han ido modificando los modos de concebir a un paciente y de tratarlo, para posibilitar e incluso vehiculizar estos diferentes modos de tratamiento, han sido necesarias ciertas condiciones materiales.

“Para comprender el sentido y la estructura de la experiencia-clínica, es menester rehacer primeramente la historia de las instituciones en las cuales se ha manifestado su esfuerzo de organización.” (Foucault, M. 2008, p. 86)

Articulando el discurso psiquiátrico con el de la arquitectura, J. B. Garré (2006) pone de manifiesto el uso de términos provenientes de las artes del espacio para hacer referencia a cuestiones terapéuticas: marco terapéutico, contención, sector, espacio de discurso. A su vez, la reflexión arquitectónica, haciendo uso de la psiquiatría, desarrolla un trabajo sobre los límites, paredes, membranas, intercambios entre internos y externos, privados y públicos, dentro y fuera, intra y extra muros.

Para pensar lo estructural de las instituciones psiquiátricas, se rescataron algunos interrogantes que el autor plantea al respecto:

¿Existe una arquitectura específica para los cuidados psiquiátricos, en materia de urgencias o de unidades de seguridad o de hospital de día, por ejemplo? (...) ¿podemos pensar en un isomorfismo estilo/locura? ¿paradigma arquitectónico/paradigma psicopatológico? (...) ¿Existe una arquitectura preventiva y antidepresiva por ejemplo? ¿Y, a la inversa, qué es un espacio patógeno, suicidógeno, adictógeno o fobógeno? ¿cuál es el medioambiente más óptimo para el hombre? (Garré, J. B. 2006, <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/2006/programme2006.htm>)

Este hospital nació como un asilo, y funciona hoy en aquel mismo edificio, que según F. Garzón Macea, en ese momento no correspondía por su construcción a “ningún tipo aceptable dentro de los sistemas arquitectónicos específicos para su destino”. (Garzón Macea, F. 1917, p. 672)

La bibliografía respecto a su historia era escasa, por lo que se complementó con entrevistas semi dirigidas a informantes claves.

Los datos fueron organizados en 4 períodos:

1. Fundación del Asilo de Alienadas (1890-1907)

Este período puede analizarse en función de lo teorizado por M. Foucault (1996) en cuanto a la historia de los hospitales en Occidente; en donde intervinieron, por un lado los médicos, y por otro el hospital como “instancias distintas, que no se superponían, que a veces se encontraban, pero que diferían fundamentalmente (...).” (Foucault, M. 1996, p. 109)

Plantea que antes del siglo XVIII su función era asistencial, constituyéndose a su vez como una institución de exclusión y separación de los pobres, locos y prostitutas. La inclusión de la medicina se produjo posteriormente, ante la necesidad no de buscar “una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad sino la anulación de los efectos negativos del hospital.” (Foucault, M. 1996, p. 111)

El nacimiento de los manicomios en nuestro país, como señala H. Vezzetti (1985), está marcado por la filantropía. Se suma el imperativo del Estado de mantener bajo control a los marginales, por no estar en concordancia con el proyecto de sociedad al que se aspiraba, constituida por sujetos morales.

F. Garzón Maceda (1917) sostiene que el asilo fue fundado por la Sociedad de Beneficencia, con la misión de realizar obras de caridad, sin tener como objetivo el tratamiento del padecimiento mental de los internos. No constituía una institución médica y estaba ubicado en zona de chacras, lejos de la urbanización.

Las instalaciones del asilo eran precarias, con una arquitectura influenciada por el carácter religioso de dicha sociedad: tenía una capilla, y otras dependencias, como la “casona”, para el uso de los religiosos que habitaban en el hospital, cura y monjas.

F. Garzón Maceda (1917), describe que el edificio constaba de un salón dormitorio, las asiladas comían en el patio o las galerías, y no había baños ni otras dependencias; y se encontraba ubicado al lado sur del Asilo de Mendigos. En 1897, se realizaron remodelaciones: una sala para dementes tranquilos, algunas habitaciones para personal auxiliar y baños.

2. Ingreso de la Facultad de Medicina (1907-1980)

F. Garzón Macea (1917) relata que en 1907 ingresó la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. El objetivo era la asistencia médica de los internos, y la enseñanza de la psiquiatría. Así, el asilo se convirtió en una clínica psiquiátrica.

El edificio sufrió modificaciones para responder a las necesidades de las cátedras: se construyó el aula magna y se refuncionalizaron otros espacios para el dictado de clases.

De los desarrollos de P. Bercherie (1986) y H. Vezzetti (1985), se infiere que el discurso médico en Argentina estaba marcado por las ideas de Pinel. El alienismo, que consistía básicamente en la aplicación del tratamiento moral, la observación metódica y la división de las especies para favorecer dicha observación, se combinó con las ideas de la criminología, que tenía un gran desarrollo por aquel entonces.

El edificio se encontraba cerrado y con sub-divisiones rígidas en su interior: el ingreso al internado estaba impedido por una puerta con llave, un muro separaba el pabellón de hombres del de mujeres, y había celdas. Existían además sectores diferenciados para pacientes mujeres violentas “Cuarto patio”, y para los judicializados hombres “La leonera”. Había una sala específica para los tratamientos de electroshock.

Las habitaciones tenían 7 u 8 camas, y los baños carecían de puertas y eran de uso común; sin que se contemplara la intimidad de los pacientes. La arquitectura se ponía al servicio de la vigilancia, facilitando la visibilidad de los pacientes para aquellos que se encargaban de su cuidado.

En la evolución de las instituciones disciplinarias, M. Foucault plantea que la arquitectura comenzó a desarrollarse ya no sólo para ser vista o

(...) vigilar el espacio exterior (...) sino para permitir un control interior, articulado y detallado –para hacer visibles a quienes se encuentran dentro–; en términos generales, (...) una arquitectura que habría de ser un operador para la transformación de los individuos (...). El viejo esquema simple del encierro y de la clausura –del muro grueso, de la puerta sólida que impiden entrar o salir– comienza a ser sustituido por el cálculo de las aberturas, de los plenos y de los vacíos, de los pasos y de las transparencias. De este modo se organiza en forma gradual el hospital-edificio como instrumento de la acción médica: debe permitir

observar bien a los enfermos, y así ajustar mejor los cuidados (...). (Foucault, M. 2009, p. 201, 202)

Los tratamientos incluían además el encierro y métodos de sujeción física, como chalecos de fuerza y cadenas. Ante la imposibilidad de la cura, estos métodos estaban sesgados por el pesimismo terapéutico heredado de la psiquiatría alemana.

Un entrevistado refirió que las cátedras, de psiquiatría y neurología, mantenían internados a pacientes que estaban en condiciones de ser dados de alta, para mostrarlos en clase. Esto ilustra la pasividad del lugar otorgado al paciente, puesto al servicio del avance del conocimiento científico, no como sujeto de derecho, sino como objeto de estudio. Podría plantearse un predominio de una clínica regida por la observación, por la mirada, en detrimento de la palabra.

Alrededor de 1950, aconteció, a nivel nacional, una reorganización del sistema de salud. Los hospitales que pertenecían a las Sociedades de Beneficencia pasaron a depender del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación. (Tortolo, M. 2007)

Recién en la década de los '70, los entrevistados ubican la presencia de personal de disciplinas distintas a la médica, sin llegar a trabajar interdisciplinariamente.

Este período de análisis es extenso (1907 - 1980), y debe considerarse que ha habido en estos años distintos gobiernos de facto. Se resignifica entonces, el uso de celdas, el soslayamiento de ciertos derechos de los pacientes, las restricciones al rol del psicólogo (abocado al psicodiagnóstico y subordinado al médico), la prohibición del psicoanálisis, entre otros.

Hacia finales de los '70 fueron demolidas tres cuartas partes del edificio, con la justificación de que iba a construirse un hospital nuevo. Se observa la recurrencia de dicho discurso en distintas épocas.

Como describen E. Isuani y H. Mercer (1988), a nivel nacional en el marco del gobierno de facto, se produjo un desmantelamiento del sistema de salud público. Paulatinamente se deja de lado el modelo de Estado de Bienestar y las políticas neoliberales adquieren protagonismo en el campo de la salud, dejando ésta de concebirse como un derecho garantizado por el Estado y adjudicándosele el valor de un bien de mercado.

3. Retorno de la democracia. Interdisciplina y desmanicomialización (1983-2000)

A nivel internacional, R. Porter (2003) menciona el movimiento de la Antipsiquiatría, que acontece en las décadas de 1960-1970, cuestionando el medio asilar.

Debido a los distintos gobiernos dictatoriales de nuestro país, se puede pensar que estos desarrollos influyeron posteriormente en Argentina. Con la apertura democrática estas ideas tuvieron posibilidad de concretarse en la práctica.

Como menciona A. Stolkiner (1994), en ese momento se modernizaron los servicios, con la intención de disminuir las internaciones. Se crearon dispositivos abiertos y comunitarios.

Estos acontecimientos se ven reflejados en la historia del H.N.P.: el edificio se abrió, y se quitó la puerta de ingreso al internado. También se eliminó la separación del sector de hombres y mujeres, y se crearon lugares de recreación y uso común; todo lo cual implicó la libertad de circulación tanto de los pacientes como de los profesionales. La consigna de este momento fue: “hospital abierto y movilizado”.

Las condiciones generales del edificio fueron mejoradas: se realizó la conexión del gas, se redujo el número de camas por habitación, teniendo en cuenta la intimidad de los pacientes, y volvieron a refuncionalizarse los espacios en función de las nuevas necesidades.

Fueron creados los equipos interdisciplinarios, sin hegemonía de la disciplina médica. Y se construyeron consultorios dentro del internado, para el uso específico de los equipos, que permitieron el encuentro entre los profesionales y su mayor permanencia allí.

Se comenzó a trabajar preventivamente en la rehabilitación, teniendo en cuenta el contexto del paciente, su familia, los vínculos con los que contaba o podía establecer en la comunidad.

Se diversificó la respuesta terapéutica, con la conformación de nuevas áreas: taller protegido, área de rehabilitación, servicio de emergencia, y área de psicoanálisis. Sumado a ello, dejó de usarse el electroshock.

M. Foucault (2009a) plantea que la clínica que se lleva a cabo en los asilos, consiste básicamente en la observación y clasificación. La inclusión del psicoanálisis, implicaría otras posibilidades, al tomar en consideración la palabra del que es observado, es decir del paciente.

El autor señala que “la locura no existe sino como un ser visto”. En el asilo se introdujeron modificaciones, por la eliminación de cadenas y rejas con las que se sujetaba a los alienados, pero ello sólo produjo proximidad, sin reciprocidad ni diálogo.

No es más que una proximidad de la mirada que vigila, que espía, que se aproxima para ver mejor, pero que aleja aún más, puesto que no acepta ni reconoce los valores del extraño. La ciencia de las enfermedades mentales, tal y como puede

desarrollarse en los asilos, no será nunca más que ciencia de la observación y de la clasificación. Ello no será un diálogo. Y no podrá serlo verdaderamente sino hasta el día en que el psicoanálisis haya exorcizado el fenómeno de la mirada, esencial en el asilo del siglo XIX, y que haya sustituido su magia silenciosa por los poderes del lenguaje. (...) El psicoanálisis ha agregado a la consideración absoluta del vigilante la palabra del vigilado, que es un monólogo indefinido, y que ha conservado así la estructura de la consideración no recíproca propia del asilo, pero equilibrándola en una reciprocidad asimétrica, por la nueva estructura del lenguaje sin respuesta. (Foucault, M. 2009a, vol. II, p. 227, 228)

El hecho de que los pacientes adquirieran mayor posibilidad de circulación, es un indicador de que se permitió que la locura se exprese. A diferencia del período de análisis anterior, en éste predomina una clínica regida mayormente por la palabra, que por la mirada.

En la década de los ´90, con la aplicación de políticas neoliberales, recorte presupuestario y de recursos humanos, se produjo un retroceso importante en cuanto al trabajo interdisciplinario, comienza también a deteriorarse el edificio por falta de mantenimiento, y nuevamente aparece la promesa de trasladar el hospital, en ese momento, al Hospital Pediátrico.

4. Últimas reformas. Recorte presupuestario. Disminución de recursos humanos (del año 2000 en adelante)

Se observan los restos de lo conseguido en el período anterior. El trabajo a partir de dispositivos abiertos, propiciando la libre circulación y expresión de los pacientes, se ve menoscabado.

Hay un retroceso en cuanto al lugar dado a la escucha y la palabra de los pacientes, que era vehiculizada a partir de la inclusión de disciplinas alternativas a la medicina. El trabajo interdisciplinario se vio afectado, y como consecuencia, volvió a privilegiarse la observación y clasificación.

Una de las entrevistadas observó que ante la disminución de recursos humanos, hubo menos posibilidades de contención realizada desde la intervención del equipo de salud, y fue necesario levantar más altas las paredes, construir salas de contención y poner rejas.

Se acondicionó el edificio, que se encontraba muy deteriorado. La reforma se realizó principalmente en el internado, y consistió en la mejora de la ventilación e iluminación, y el aumento en el número de los baños y las duchas, entre otras cosas. Se dio un paso más en cuanto a la consideración por la intimidad de los pacientes.

El Servicio de Psicología no entró en el presupuesto de este plan de reformas, sino que fue reformado utilizando sus propios recursos económicos.

Por otro lado, en este proceso, se perdieron los consultorios de los equipos interdisciplinarios en el internado, ya que esos espacios fueron ocupados con camas. Y tanto el Servicio de Enfermería como el internado, volvieron a estar separados del resto del hospital por una reja. La justificación es resguardar a los pacientes ante el riesgo de que puedan salir a la calle y tener accidentes, y a su vez, impedir el ingreso de gente extraña al hospital. La arquitectura se pone de este modo, al servicio de la seguridad.

Surge correlativamente la necesidad de contar con personal de vigilancia en el hospital. En un primer momento guardias, y actualmente policías. Sumado a la aplicación de un “protocolo de seguridad” que consiste en cerrar todos los accesos alternativos al hospital.

Se vuelve a observar aquí, en contraposición a lo ocurrido en el período anterior, un movimiento de cierre, y una mayor segregación en cuanto a los espacios de circulación.

Desde el psicoanálisis se plantea que la clínica consiste en considerar la singularidad del caso por caso. Pero, lo que sucede en la práctica, con el auge de los manuales diagnósticos y la preponderancia de los psicofármacos, es una tendencia a unificar la respuesta terapéutica, por ejemplo, a través del discurso médico hegemónico.

Cabe entonces, por un lado, el interrogante acerca del lugar que tomará el psicólogo en esta tensión. También se piensa que puede formar parte de esta misma tendencia, el hecho de que haya disminuido el número de psicólogos en la institución.

CONCLUSIONES GENERALES

El hecho de que la institución naciera como un asilo, marcó una tendencia en lo edilicio y asistencial, que tuvo que transformarse progresivamente, sin un plan prefijado, para responder a las nuevas necesidades de cada momento y llegar a ser un hospital.

En la historia de los tratamientos de las enfermedades mentales, el recurso terapéutico de sacar al enfermo del contexto en el que vive y lo llevó a enfermar es una constante. Uno de los entrevistados, estima que cuando alguien tiene una crisis de excitación psicomotriz o un desborde muy serio, el encierro produce un efecto de armado. En este sentido, cabe interrogarse acerca de las condiciones en que se administra esta medida para que sea terapéutica.

J. J. Kress (2006) sostiene que existe una relación entre arquitectura y cuerpo. En el uso de los espacios se produce una articulación entre sentido y funcionalidad; y en este caso el sentido del encierro sería producir un efecto de armado en el cuerpo. Cabe aclarar que dicha articulación es buscada intencionalmente, es decir, que por medio de los recursos que brinda la arquitectura, se buscan efectos clínicos.

Al respecto, J. C. Pascal (2006) remarca que la organización del espacio puede contribuir a organizar el espacio psíquico, que se considera desordenado en los pacientes. Con este objetivo, las construcciones de los hospitales psiquiátricos suelen ser simétricas; y en el H.N.P. se puede observar este criterio de edificación en los pabellones de hombres y mujeres, que están en espejo.

Este recurso, del aislamiento, fue utilizado en los diferentes períodos del H.N.P., tomando distintos matices.

En el primer período, puede verse la influencia del higienismo y el degeneracionismo, en la ubicación del edificio alejado de la ciudad. El aislamiento era del asilo en relación a los centros urbanos y el objetivo, apartar a aquellos que se consideraban como desviados.

Posteriormente, el aislamiento se produjo también hacia adentro de la institución, poniendo límites físicos a la circulación.

En el segundo período, se utilizó diferencialmente el espacio para mantener a los pacientes violentos y peligrosos en lugares separados.

El tercero marca una ruptura, en cuanto aconteció una gran apertura en relación a los espacios y los discursos, coincidente con el retorno de la democracia. Con la inclusión de la interdisciplina, y en particular del psicoanálisis, sumado al avance de los psicofármacos, los tratamientos se diversificaron, posibilitando la circulación de los pacientes en el interior de la institución y hacia afuera.

El aislamiento, sin dejar de ser usado, adquirió otras características. Disminuyó el tiempo de las internaciones, y cambiaron las condiciones en las que se llevaba a cabo.

En la actualidad, existen divisiones internas. El internado y Servicio de enfermería, están aislados del resto del hospital. A su vez, dentro del internado fueron construidas las salas de contención.

Además continúa reproduciéndose el dispositivo de segregación, porque ahora que esa zona de la ciudad se revalorizó, existe el proyecto de trasladar el hospital para utilizar ese espacio con fines comerciales.

La ideología en cuanto a la concepción de sujeto, y la formación de los profesionales que circulan, hace que el espacio adquiera distintas características.

El tercer período del H.N.P. está caracterizado por la apertura, el hecho de que se quitaran los muros que separaban y las puertas con llave que dividían e impedían la circulación, fueron consecuencia de otra concepción de enfermedad y otro modo de abordaje, distintos a los que se venía poniendo en práctica hasta entonces.

En dichos de una de las entrevistadas, lo que se buscaba no era acallar el síntoma, sino hacerse cargo de la locura de otro modo, propiciando la palabra de los antes acallados (observados), y la circulación de los mismos.

La refuncionalización de los espacios, se realizó en relación a la diversificación de las respuestas que se dio en este momento.

En el cuarto período, se puede ver un cambio importante. Si bien mejoraron las condiciones del edificio, también se limitó la circulación, como en períodos anteriores. Estos topes, aparecen en el mismo momento en que disminuyó el número de profesionales, son una forma de suplir esa falta de recurso humano por medio de la arquitectura.

Tomando como referencia el Área de Rehabilitación del hospital, los profesionales entrevistados plantean la influencia a nivel de los espacios, que ejerce la formación que posee cada profesional, y los mismos pacientes que hacen uso del espacio. Se preguntan si la arquitectura está al servicio de las necesidades de los pacientes o de los profesionales, ya que consideran que en general, en el ámbito de la salud, la arquitectura y la aparatología está en función de la comodidad del prestador de salud.

Se podría pensar, tomando los aportes de M. de Certeau (2000), en la influencia que ejercen los profesionales posibilitando que los lugares se transformen en espacios, a partir de sus

ideologías, modos de concebir la clínica, de cómo se usan los lugares en la práctica según la subjetividad de cada actor.

El autor plantea que existe un orden espacial que organiza prohibiciones (muros, obstáculos que impiden avanzar) y posibilidades (lugares donde es posible el paso), en relación a la circulación. Y el caminante es quien las actualiza.

De ese modo las hace ser tanto como parecer. Pero también las desplaza e inventa otras, pues los atajos, desviaciones e improvisaciones del andar, privilegian, cambian o abandonan elementos espaciales. (...) El caminante transforma en otra cosa cada significante espacial. (de Certeau, M. 2000, p. 110)

El autor diferencia los conceptos de lugar y espacio. “Un *lugar* es el orden (cualquiera que sea) según el cual los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia.” Excluye la posibilidad de que dos cosas ocupen el mismo sitio. “Es una configuración instantánea de posiciones. Implica una indicación de estabilidad.” (de Certeau, M. 2000, p. 129) Se podría pensar que alude a lo estático.

El espacio “es un cruzamiento de movilidades”, tomando en consideración las variables de dirección, velocidad y tiempo.

[*Está*] animado por el conjunto de movimientos que ahí se despliegan. (...) El espacio es al lugar lo que se vuelve la palabra al ser articulada, (...) queda atrapado en la ambigüedad de una realización, transformado en un término pertinente de múltiples convenciones, planteado como el acto de un presente (o de un tiempo), y modificado por las transformaciones debidas a contingüidades sucesivas. (de Certeau, M. 2000, p. 129)

Se diferencia entonces del lugar, porque carece de univocidad y estabilidad. “El espacio es un lugar practicado. [*Y la práctica del lugar*] constituye un sistema de signos: un escrito.” (de Certeau, M. 2000, p. 129)

El modo en que el Área de Rehabilitación va tomando lugares que permanecían inutilizados, o que se utilizan para otras actividades, se puede relacionar con lo planteado por el autor, en referencia al poder de las personas de transformar los lugares en espacios, en función del uso que se hace de ellos. Por ejemplo el aula magna, que fue creada para usos académicos en el momento en que ingresaron las cátedras al hospital, es tomada posteriormente por el Área de Rehabilitación para realizar actividades culturales, sancionando dicho uso hasta con un acto de

nominación distinto, nombrándola sala Ricardo Pérez. Como así también el patio puede convertirse en el espacio propicio para entrevistar a los pacientes cuando no hay consultorios disponibles.

Según las épocas, ha habido un predominio de una clínica regida por la mirada, la observación sistemática. Y en otros momentos, el auge de una clínica distinta, donde predomina la palabra, que toma en cuenta el discurso de los pacientes.

En el H.N.P. puede verse en su arquitectura, la incidencia de cada una. En el primer y segundo período, se favorecía la observación por medio de la creación de lugares diferenciados para los pacientes de acuerdo a la peligrosidad, existiendo una hegemonía del discurso médico.

En el tercer período, se produjo un cambio, marcado por el modo de trabajo horizontal entre personal de diversas disciplinas, y la inclusión de otros discursos, como el psicoanalítico.

Paralelamente, el lugar se modificó. Fue abierto para hacer posible esa horizontalidad, llevarla a la práctica quitando los impedimentos a la circulación. Y creando espacios que propiciaban los encuentros.

Finalmente, en el cuarto período, coexisten ambos tipos de clínica, en estado de tensión. Con la disminución del personal de las disciplinas no médicas, y el auge de enfoques biologicistas, el internado fue cerrado nuevamente.

La horizontalidad se vio menoscabada. Ahora sólo pueden moverse con cierta libertad aquellos profesionales que poseen el picaporte y las llaves correspondientes para acceder a cada uno de los espacios.

Cuando prima la clínica de la observación, los lugares se caracterizan por estar cerrados, como parte del dispositivo de control. En la situación opuesta, con la clínica de la palabra, la arquitectura se utiliza para favorecer los lugares abiertos, propiciando la circulación de los cuerpos y las palabras.

Referencias bibliográficas

Libros

- Ackerknecht, E. (1964) Breve historia de la psiquiatría. (2º edición) Ed. Universitaria de Buenos Aires. Argentina.
- Bercherie, P. (1986). Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Ed. Manantial. Buenos. Aires. Argentina.
- Cohen, H., De Santos, A., Stolkiner, A. y cols. (Compiladores: Saidón, O. y Troianovski, P.) (1994) Políticas en salud mental. Ed. Lugar. Buenos Aires, Argentina.
- De Certeau, M. (2000) La invención de lo cotidiano. (1º reimpresión de la 1º ed. en español) Ed. de la Universidad Iberoamericana. Dpto. de Historia. Instituto tecnológico y de estudios superiores de occidente. México. Edición virtual.
- Foucault, M. (1996) La vida de los hombres infames. Caronte ensayos. Argentina.
- Foucault, M. (2008) El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. (2º ed. argentina revisada) Ed. Siglo veintiuno. Argentina.
- Foucault, M. (2009) Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. (2º ed. argentina revisada) Ed. Siglo veintiuno. Argentina.
- Foucault, M. (2009a) Historia de la locura en la época clásica. Vol. I y II. (1º ed., 7º reimpresión). Ed. Fondo de Cultura Económica. Argentina.
- Freud, S. (2006) El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras (1927-1931). Tomo XXI. (9º reimpresión) Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- Garzón Maceda, F. (1917) La medicina en Córdoba. Apuntes para su historia. Tomo II. De los Hospitales en Córdoba desde 1573 hasta 1916. Cap. 3. Otros Hospitales de la Ciudad de Córdoba. Ed. Talleres Gráficos Rodríguez Giles. Buenos Aires. Argentina.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988) La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Biblioteca política Argentina. Ejemplar nº 241. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. Argentina.
- Porter, R. (2003) Breve historia de la locura. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Vezzetti, H. (1985) La locura en Argentina. Ed. Paidós. Edición digitalizada.

Material recuperado de Internet

- Garré J. B. (2006) Architecture, Espaces et Psychiatrie. Les Pages de la Psychiatrie Angevine. XXIéme journée de Psychiatrie de Fontevraud. Extraído de: <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/2006/programme2006.htm>. Recuperado el día 26 de Mayo de 2010.
- Kress, J. J. (2006) Architecture, espaces et psychiatrie. Conclusion. Extraído de: <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/2006/kress2006.htm>. Recuperado el día 26 de Mayo de 2010.
- Pascal, J. C. (2006) Architecture, espaces et psychiatrie. Théorie du soin en psychiatrie et architecture. Extraído de: <http://www.med.univangers.fr/services/AARP/2006/pascal2006.htm>. Recuperado el día 26 de Mayo de 2010.
- Tortolo, M. (2007) Ramón Carrillo. Del prestigio científico al servicio público: historia de un hombre leal. Extraído de: http://www.medicinaycultura.org.ar/11/Articulo_05.htm. Recuperado el día 27 de Mayo de 2010.