

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/324228358>

Los escenarios del Theatrum Insaniae. Análisis de los modelos arquitectónicos del Gran Encierro

Article in *Revista de historia de la psicología* · January 2018

DOI: 10.5093/rhp2018a3

CITATIONS

0

READS

8

3 authors, including:



Iván Sánchez-Moreno

75 PUBLICATIONS 28 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Paulo Jesus

University of Lisbon

24 PUBLICATIONS 21 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Narrative personality in Psychology and Philosophy [View project](#)



Self & Truth: On cognition, action, and life [View project](#)



Revista de Historia de la Psicología

www.revistahistoriapsicologia.es



Los escenarios del Theatrum Insaniae. Análisis de los modelos arquitectónicos del Gran Encierro

Iván Sánchez-Moreno

Universitat de Barcelona

Arthur Arruda Leal Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Paulo Renato Jesus

Universidade Portucalense

INFORMACIÓN ART.

Recibido 5 marzo 2018
Aceptado 21 marzo 2018

Palabras clave
Manicomios,
Arquitectura,
Locura,
Historia,
Subjetividad

Key words
Mental asylums,
Architecture,
Madness,
History,
Subjectivity

RESUMEN

Nuestro trabajo pretende analizar algunas de las principales características de la configuración de los espacios manicomiales en Europa y América durante el período que corresponde al “Gran Encierro” al que nos remite Michel Foucault, comprendido según éste entre los siglos XVII y XVIII, pero cuyas consecuencias se extendieron hasta el XIX. Dicho período de la historia coincide con la proliferación de instituciones correctivas y penales desmarcadas del ámbito médico y cuyo fin era el encierro tanto de alienados mentales como también de otras personas que supusieran una cierta peligrosidad social. En consecuencia, la creación de manicomios configuró una nueva manera de entender y definir la sociedad y sus necesidades. Para nuestro análisis nos centraremos en la intrínseca relación que se desprende entre la constitución de un modelo de subjetividad (el del paciente recluido) y el espacio manicomial, comprendiendo en éste la funcionalidad del propio espacio, la conformación arquitectónica y la disposición escenográfica en el interior de sus dependencias.

Scenarios from the Theatrum Insaniae. Analysis of the Architectural models of the “Great Confinement”

ABSTRACT

In this paper we intend to analyze some of the main characteristics of the configuration of the mental asylums in Europe and America during the period that corresponds to the Great Confinement of Madness between the 17th and 18th centuries, but whose consequences have impact on the early 19th century. This historical period coincides with the proliferation of corrective and criminal institutions, both suggested from the medical field and whose purpose was the closure of both mentally alienated as well as other people who could present a certain social danger. Consequently, the creation of mental asylums formed a new way of understanding and defining society and its needs. For our analysis we will focus on the intrinsic relationship between the constitution of a model of subjectivity (i.e. the mental illness patient) and the mental asylum, including the functional structures of its buildings, their architectural design, and the scenographical arrangement of inner and outer spaces.

El punto de fuga: La delimitación de objetivos

El concepto de la locura ha echado raíces profundas en la psicología popular gracias en parte a la larga historia de sus representaciones en el imaginario cultural de la humanidad. Al respecto, José Antonio Llera (2012, p.62) describe la locura como un *theatrum insaniae*: el conjunto de unas formas de representación que requieren asimismo de un escenario, de un actor y de un público que lo contemple. Pero dichas representaciones dependen también de una significación atribuida por la mirada que las juzga, condicionadas por el marco que las envuelve y por la actuación de sus agentes en la escena.

Nuestro objetivo es realizar un análisis de varios modelos arquitectónicos que remiten exclusivamente a una época determinada de la historia de la locura: la que corresponde a la fundación de las primeras instituciones mentales y que Michel Foucault (2006) sitúa entre los siglos XVII y finales del XVIII. En España, sin embargo, el “Gran Encierro” de la locura –para servirnos del término utilizado por Foucault– se extenderá hasta bien entrado el siglo XIX, con un retraso significativo de las bases médico-psiquiátricas que redefinirían la locura como enfermedad mental (Pastor y Ovejero, 2007).

Al respecto, se han considerado tres los objetivos específicos ligados a este análisis de los modelos arquitectónicos más usuales en la construcción de manicomios en el período que comprende el “Gran Encierro”. Primeramente, es necesario definir qué se entiende por espacio manicomial y, en consecuencia, de qué modos dicho espacio concibe y determina un tipo de perfil subjetivo para los individuos que se contienen en él. Asimismo, se pretende con este estudio abordar diferentes ejemplos de integración cultural de los manicomios a través del arte y la planificación urbanística de las grandes ciudades modernas.

A tenor de lo dicho, no es casualidad que la horquilla histórica escogida se extienda hasta el período del Romanticismo, pues el modelo romántico del yo no se limitó a promover un discurso sobre la subjetividad personal, sino que apremiaba a la acción social y a cambiar el mundo por medio de una reforma cultural absoluta que fuese más allá de los intereses meramente objetivistas del Iluminismo y la Ilustración. En el Romanticismo se dio una importancia capital a la influencia del medio sobre el contenido emocional, en ocasiones subrayando hasta la exageración los rasgos negativos de la realidad en sendas recreaciones fantásticas a través de la pintura y la literatura. Lo misterioso y lo mórbido comenzaron a manifestarse estéticamente en obras que conjugaban una particular visión del *pathos* humano y el medio en el que el individuo se veía inmerso. Ejemplo de ello es la pintura prerrafaelista y simbolista, donde los paisajes cobran un protagonismo casi místico, trastocando ante la mirada del espectador lo conocido y tradicional en extraño y amenazador. Gergen (2006) cita las figuras de Casper David Friedrich, perdidas entre sus paisajes pictóricos, así como también la distorsión psicótica de la realidad en la obra de Edvard Munch. Estos dos artistas evidenciarían muestras claras del cambio de concepción romántica sobre la subjetividad y su respectiva transcendencia en formas culturales muy definidas en pleno siglo XIX. Si bien el Romanticismo va a adquirir una significativa presencia en nuestro trabajo, es por situarse en este período una mayor preocupación por las formas de vida en su propio contexto de desarrollo social.

Nuestro enfoque de reflexión parte de la propia definición que hace Foucault (2000) sobre la subjetividad, entendiendo ésta como el resultado de unos modos de hacer que revisten una cierta influencia sobre los cuerpos, las conductas y los pensamientos de un sujeto con el fin de modificarlos durante todo el proceso constructivo de su personalidad. Estas técnicas del yo implican formas de aprendizaje –explícito o implícito– que deben ser situadas en un marco concreto para su análisis, así como también conviene atender a la adquisición de ciertas actitudes y disposiciones del sujeto respecto a sí mismo en dicho contexto.

A nuestro juicio, creemos indispensable poner en relación el espacio manicomial durante el período del “Gran Encierro” por diversos motivos. El primero es que la proliferación e institucionalización del espacio manicomial durante dicho período de la historia supuso un fuerte impacto en la cultura, así como dio por resultado un modelo hasta entonces inédito de subjetividad específica: el del enfermo mental ingresado en una institución hasta su futura curación. Por otra parte, si queremos conocer la lógica estructural que se desarrolla en un espacio manicomial y el tipo de acciones que condiciona su habitabilidad, debemos analizar la intrínseca relación entre arquitectura y escenografía en dicho espacio y el modo cómo los distintos agentes que conviven en él interactúan entre sí y se someten al propio discurso institucional.

Con el fin de mantener una estructura definida en nuestro trabajo, dividiremos éste en varios apartados, dedicados independientemente a conceptualizar las ideas clave que van a dirigir nuestra reflexión, revisar la imagen social que se desprende de la iconografía popular respecto a la figura del loco antes del período del “Gran Encierro” y, a continuación, asentar las bases sociopolíticas y epistemológicas que sirvieron al diseño y la constitución de un espacio ideal para el ingreso de los locos. El grueso de nuestro trabajo se concentrará por tanto en los dos principales modelos arquitectónicos para la construcción de manicomios en Europa y América, basados en los pensamientos reformistas de Fourier y Bentham y que, consecuentemente, tuvieron también una fuerte repercusión en otros campos de la reforma social y urbanística de medio mundo.

La mirada y el marco: El enfoque teórico

Nuestro trabajo parte del tramado conceptual que sustentaba otro precedente sobre el tratamiento escenográfico de los manicomios en la cultura popular (Sánchez-Moreno, 2017). Compartiendo con Fedele (2006) su visión sobre la relación entre espacio, arquitectura y ambiente escenográfico en la configuración de los manicomios, se asume que el contexto en cuestión ejerce una transformación en los patrones de subjetividad de los individuos que allí se contienen. La introducción del subjetivismo en el estudio del espacio arquitectónico abrirá puertas hacia orientaciones próximas al constructivismo, la semiótica, la psicología epistemológica y fenomenológica en materia de estudio del arte.

A tal fin es importante distinguir tres conceptos clave –arquitectura, espacio y escenografía– que van a fundamentar los tres niveles de análisis de los marcos manicomiales en los que se desarrollaron los inicios del “Gran Encierro”. Por arquitectura entenderemos el arte y técnica que aplica sus principios al diseño, emplazamiento y construcción de edificios. En términos generales, la arquitectura se refiere al conjunto de todo el continente formal, siendo éste dotado de unas características físicas determinadas a destacar en nuestro análisis. En cambio, la escenografía supone el conjunto de elementos que se disponen de manera que se produzca el efecto de un determinado ambiente. La escenografía engloba por tanto la disposición de elementos (ornamentales, físicos, lumínicos, etc.) en un espacio concreto. Por último, el espacio integra los dos conceptos anteriores. El espacio pretende ser un lugar de formas materiales e inmateriales que configura una construcción lógica de posibilidades de realidad y que, por supuesto, incluye también al sujeto que lo habita y condiciona sus modos de actuar, pensar y sentir, por lo que se subraya la importancia de estos análisis en la construcción mental de la subjetividad de los pacientes ingresados en dichos marcos institucionales, a tenor de las definiciones aportadas por Fatás y Borrás (1993), Cirlot (1978) y Cooper (2007).

El interés por el espacio arquitectónico empezó a introducirse en la psicología del arte a partir del estudio de los fenómenos de la percepción en el seno de diversas corrientes como la Gestalt o

la escuela de Würzburgo, mientras que historiadores del arte o arquitectos como Alois Riegl o Heinrich Wölfflin van a preocuparse por el fenómeno de la empatía estética en tanto que sentido o significado que la persona otorga al espacio a partir de su propio movimiento en él y la experiencia subjetiva al recorrerlo. Retomando estos acercamientos psicológicos, De Stefani (2009) antepone una concepción vitalista del espacio frente a la típica definición formalista que entiende el espacio como una abstracción vacía. Así, el autor abordará el espacio como una experiencia y no como una representación icónica o meramente formal.

Siguiendo premisas kantianas, Álvarez Falcón (2014), De Stefani (2009) y Muntañola (2004) coinciden en definir la arquitectura como un tipo de arte que pretende organizar el espacio de una determinada manera, esto es, orientado hacia la construcción de un sistema de valores no sólo espaciales, sino también de vivencia subjetiva. Dichos autores abogan por un abordaje psicológico en contraste con las concepciones más formalistas. Por ello, consideran que toda arquitectura concibe estructuras mentales para la representación de lugares, advirtiendo que la arquitectura no sólo modela formalmente un espacio cualquiera, sino que apunta contenidos psicológicos que el habitante tiene de ese espacio al dotarlo de un sentido concreto. Al respecto, cabe añadir a dicho significado las dimensiones de lo social, lo político, lo simbólico, etc., que se inmiscuyen en la relación que establece una vida humana con el espacio. La sociedad, dice De Stefani (2009), suele servirse de la arquitectura de los edificios para desarrollar un orden funcional de los espacios, por lo que, según De Stefani, el espacio arquitectónico es inseparable del lugar que ocupa ni puede entenderse como una entidad física independiente de las personas que lo transitan, pues no es perceptible objetivamente, no es un mero soporte natural o pasivo. Al contrario, el espacio arquitectónico debe ser abordado como una abstracción mental y por tanto no puede definirse al margen de la subjetividad.

La definición de espacio, por tanto, debe desprenderse de la clásica división cartesiana que se establece entre las ideas de “espacio mental” y de “espacio físico” que derivan de la confrontación entre la postura platónica y aristotélica respectivamente. Al referirse al espacio, Aristóteles lo confunde con la noción de lugar en tanto que medio físico que contiene objetos en su interior. Muntañola (2004) hace hincapié en que un espacio no puede existir sin los cuerpos que lo definen tanto dentro como fuera de dicho espacio. Para que un sujeto exista o tenga representación de sí mismo, éste debe ser enmarcado entre unos límites concretos. Descartes hace lo propio al plantear que el establecimiento de límites es lo que define la figura que contiene, mientras que Leibniz plantea el proceso inverso: son los objetos los que permiten discernir el espacio en el que están inseridos. Por su parte, Hegel introduce con el término *Aufheben* un matiz diferencial de ambiguo significado: el espacio destaca y distingue al mismo tiempo, como también aísla y protege simultáneamente. Todas estas definiciones filosóficas del espacio expresan cierta similitud al definirlo como un lugar limitado objetivamente.

La orientación de Husserl pondrá el acento en la trascendencia del mundo objetivo a partir de la naturaleza de la percepción. En el campo que nos ocupa, el enfoque fenomenológico ubicará la experiencia del espacio en la arquitectura, donde la intervención de la subjetividad desplegará elementos para la concepción del tiempo, de la identidad y del sentido de la realidad. Es lo que el autor definirá con el concepto de *Leibkörper* refiriéndose no a un cuerpo a “escala natural de la vida”, sino como algo vivido desde la espacialidad que habita. Para Husserl, tanto el urbanismo como la arquitectura explotan los recursos de significación de la experiencia subjetiva, fundamental para la constitución de la realidad. Consecuentemente, será adecuado considerar todo lugar o *topos* como situación en la que vivimos para acceder al sentido identitario que tenemos de nosotros mismos como sujetos en el mundo. La propia vinculación kinestésica con esa parcela métrica de la realidad ya define por sí misma nuestro

lugar y por extensión nuestro sentido existencial y personal. La dinámica de la subjetividad precisará entonces del despliegue de sensaciones materiales corporeizadas en un espacio determinado (Álvarez Falcón, 2014).

La concepción espacial que defendemos pretende analizar la construcción de la realidad a partir de dinamisismos de la subjetividad con el entorno que nos envuelve. De tal modo, consideramos que el espacio constriñe unas condiciones particulares de experiencia y pone en íntima relación la naturaleza de la subjetividad y su corporeidad. En la arquitectura se hace evidente la participación de la subjetividad en la configuración del espacio. Tal perspectiva unifica la dimensión del sujeto y la dimensión material del entorno, implicando tanto aquello físico (lo sensible, lo presencial, lo percibido), como también aquello mental (lo abstracto, lo que se concibe de las representaciones) y social (la relación con el medio, la experiencia empírica vivida en ese lugar). Es la interacción del sujeto en un medio el que le da sentido a éste. Todo espacio, por tanto, pondrá en relación una organización del espacio que permita su representación mental, una traducción simbólica que favorezca su representación gráfica y una lógica propia que legitime unas causas, unas normas más o menos implícitas, unas pautas de conducta, etc.

Dichas disposiciones espaciales, a través de su organización y forma, ejercen una influencia significativa en los individuos. Al respecto, es interesante considerar la definición con que varios epistemólogos de la ciencia reformulan los conceptos de los que estamos hablando. Partiendo principalmente de Foucault –pero también de Deleuze, Lacan y Agamben–, García Fanlo (2011) y Chinkes (1997) adaptan el término “dispositivo” para resaltar los modos de influencia inscribe sobre las personas el espacio, la arquitectura y la escenografía inherente. Por dispositivo se entiende toda una compleja red de variables heterogéneas que integra discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglamentos y leyes administrativas, enunciados científicos, proposiciones morales y filantrópicas, medidas higiénicas, etc.

Según lo dicho, un modelo de espacio escenográfico y arquitectónico puede ser entendido como parte de un programa institucional que ordene un campo concreto de racionalidad, inscribiendo en el cuerpo de los individuos que lo habitan un conjunto de praxis, saberes e identidades cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar y dar sentido a las conductas, los pensamientos y los gestos de dichos individuos. Así, un dispositivo no se reducirá tan sólo a las prácticas discursivas que se desarrollan en un lugar concreto, sino también a las relaciones que se establecen entre las personas tanto en el interior como en el exterior de dicho espacio. Foucault (1986) toma la planta panóptica de ciertos edificios –manicomios, prisiones y talleres, preferentemente– como ejemplo de dispositivo arquitectónico cuya geometría y particular distribución del espacio escenográfico condiciona a los individuos que lo transitan. La arquitectura, en tal caso, actuaría sobre los individuos implementando en sus cuerpos y en su mente una organización de modos particulares de subjetividad.

Asimismo, si el abordaje de los espacios arquitectónicos que definen un modelo manicomial es interesante para la historia de la psicología es porque dichos dispositivos se sitúan genealógicamente en el curso de una determinada enunciación epistemológica. Un espacio arquitectónico definido con una función social concreta –como pueda serlo un manicomio– otorga una existencia y un sentido particular a los individuos que lo habitan, dentro de los límites entre los cuales dicho dispositivo se encuadra. De este modo se puede hablar de un dispositivo en clave de estrategia topológica. Consecuentemente, no se puede entender un dispositivo al margen de la sociedad que lo genera y en la que se instala, pues tiende a visibilizar e invisibilizar al sujeto sobre el que se aplica dicho dispositivo. El dispositivo arquitectónico-espacial-escenográfico hace visible dentro de sus márgenes algo que antes no existía. Pero

igual que lo resalta o lo destaca, también lo puede hacer desaparecer, de tal forma que, a partir del momento en que un sujeto entra en contacto con el dispositivo, ya no puede existir independientemente de éste. Así, el mecanismo que produce dicho dispositivo no sólo subjetiva, sino que, separado del dispositivo, se desencadena la propia negación del sujeto. En conclusión, el sujeto adquiere la categoría desde el instante en que es ingresado en una institución manicomial, generando a su vez nuevas formas de experiencia:

Es decir, el espacio en el que se desarrolla el dispositivo, en este caso la institución “manicomio”, es el emplazamiento, la determinación del lugar de cada quien y cada cosa, que se mantiene por tales relaciones de saber-poder, al tiempo que permite la construcción de una subjetividad específica (el loco), un cierto saber sobre el sujeto (la locura) y una especificación espacial para tal saber y tal sujeto (el confinamiento exclusivo del manicomio). Lo que realmente ocurre es que el espacio es un lugar de inclusión y de exclusión, incluye al sujeto loco al espacio del manicomio, pero lo excluye de los otros lugares posibles. De ahí que el manicomio constituye al loco (Martínez, 2010, p.97).

Isola Dementiae a la deriva: De la marginación al gran encierro del loco

La práctica de recluir a los locos en instituciones diseñadas exclusivamente para ello es muy tardía. Hasta entonces, el loco despertaba en la sociedad una fascinación muy particular, ya fuera como figura sagrada o endemoniada, además de disfrutar del privilegio de la libre expresión. La representación del loco como iconografía del bufón es prueba de ese legado en el imaginario popular, caracterizado en el tarot marsellés como un alma libre que vagabundea por los campos con un hatillo al hombro (Nichols, 2002).

La figura del loco siempre despertó una ambivalente fascinación en la sociedad desde la Antigüedad greco-latina hasta el alto medievo, según admite Foucault en su historia crítica de la locura (2006). Entendida la locura como utópico ideal de pensamiento libre –esto es, constituida por su propia lógica al margen de las ataduras convencionales, aunque aquella fuese del orden de lo delirante–, el Renacimiento adoptó al loco como estandarte ejemplar de la expresión más natural del alma humana, como ejemplifica la obra capital de Erasmo de Rotterdam: *Elogio de la locura* (2006). En contrapartida, la representación popular del loco también irá adquiriendo la faz de lo indeseado, de lo grotesco y de aquello que atenta contra la voluntad de la razón y el control de los afectos. No es casual que la imagen prototípica que más veces se reproduce hasta mediados del siglo XVII sean las alegóricas representaciones de la *Stultifera Navis*: barcasas en las que se abandonaba a su suerte río abajo a aquellos locos que, por sus malos pensamientos o sus conductas incívicas, supusieron un peligro para la estabilidad social en los pueblos.

El Bosco, Brandt y Brueghel son algunos de los artistas que nos han legado una imagen simbólica de esta “nave de los locos”. La del Bosco es altamente representativa al subrayar la idea de marginalidad de aquellos personajes indecorosos que cada pueblo evita mantener en su misma comunidad. Aparecen en su retablo una barcaza a la deriva en la que apenas caben las múltiples figuras que asoman en su cubierta. Algunos especialistas leen en ellas sendas metáforas de

los siete pecados capitales –sobresaliendo la gula y la pereza entre los “actos impuros” que realizan monjas y goliardos en actitud festiva¹–. No obstante, crece en la mitad de la cubierta un tronco flaco de avellano –planta de la bestialidad según Cinotti (1968)– del que emerge una expectante lechuza y desde cuyo tallo serpentea una banderola con el símbolo de los lunáticos. Cirlot (197, p.323) asume la nave de los locos como iconografía de la navegación sin rumbo, contraria a la idea de evolución y tránsito hacia la mejoría. Pero es la versión que Pieter van der Heyden realizó entre 1559 y 1562 la que se ajusta de manera literal al aislamiento de los locos. No en vano, la nave característica en la *Stultifera Navis* quedaría aquí sustituida por un islote bivalvo en cuyo lomo crecería de nuevo un solitario y desnudo avellano (Cinotti, 1968, p. 93)².

La imagen a la deriva de la *Stultifera Navis* parece contradecir una de las raíces etimológicas que se pretenden para la palabra “loco”, derivándola del latín *locus/loci* en referencia al lugar que ocupa. Por el contrario, el rumbo desviado de tal representación no echa raíces más que en sí mismo, como ejemplifica el árbol que hace las veces de vela. Ese “no lugar” en el que se ubica la locura se definiría entonces por existir al margen de los muros de los que una vez se le echó afuera.

Esta poética libertad va a cesar repentinamente durante el período que Foucault (2006) denomina el “Gran Encierro”. El autor francés lo enmarca entre mediados del siglo XVII y finales del XVIII, concretamente marcando el límite con la fecha de 1795, año en que Philippe Pinel se hace cargo de la dirección de la Salpêtrière. En este lapso de tiempo, los sujetos a los que se deriva a espacios de reclusión son enviados a antiguas leproserías en las afueras de las ciudades, transformados para la ocasión en centros de internamiento para todo tipo de sujetos que han sido rechazados por cuestiones de decoro o moralidad (Pastor y Ovejero, 2007). El origen de dichas instituciones no respondería enteramente a razones médicas, sino correctivas, asumiendo la locura como una inadaptación social³.

Es sin duda un fiel argumento para la realidad histórica a la que nos referimos. Si tomamos por ejemplo las políticas de ingreso en el asilo de Bedlam en 1796, en la misma institución convivían a su pesar y sin ningún tipo de distinción locos, enfermos venéreos, ancianos, tullidos, pobres, libertinos, ateos, prostitutas, criminales y personas acusadas de herejía, sodomía y pensamientos contrarios a los del gobierno. El loco, en síntesis, alcanzaría el mismo estatus social que cualquier otro ejemplo de desorden moral. Por ende, el loco no se encontraría encerrado por causa de una enfermedad mental, sino por exclusión de la propia sociedad.

² La metáfora de la locura aislada tendrá una evidente manifestación cinematográfica en *Shutter Island* (Martin Scorsese, 2010). Rodada en Peddocks Island (Boston), la película plantea una particular visión psicopográfica de la locura. Balanzategui (2011) interpreta la lectura de la locura que hace Scorsese desde una dimensión subversiva de la sociedad al situarla justamente en un lugar aislado. Balanzategui remarca una orografía que, en el citado film, aísla más aún a los locos que se concentran en el ficticio Hospital Psiquiátrico de Ashecliffe. Rodeado éste por un frondoso bosque –en contraposición con el cuidado jardín del que se encargan los propios pacientes como parte de sus deberes terapéuticos–, el conjunto manicomial quedaría distribuido en dos pabellones para hombres y mujeres y un tercero (una antigua fortificación del siglo XIX) al que derivarían los casos más peligrosos. Balanzategui acentúa en su análisis la yuxtaposición entre el orden arquitectónico y funcional en el espacio que engloba Ashecliffe, por un lado, y la naturaleza salvaje y caótica que lo rodea, por el otro. Al respecto, pronunciados acantilados impiden escapar de la isla en caso de fuga, sumando a ello el riesgo de morir ahogado en un mar revuelto.

³ Sirvan de muestra las palabras con las que define al loco el director del manicomio de Bedlam en la ficción cinematográfica de Mark Robson (1946), ambientada en el año 1796: “El nuestro es el mundo de los humanos; el suyo, el de las bestias sin alma ni razón. Son animales. Algunos son perros; con esos puedo. Otros son cerdos; les dejo revolcarse en su propio fango. Otros son tigres, y tengo que enjaularlos”.

¹ Cinotti (1968: 92) interpreta en la disposición de unas cerezas en un platillo una referencia a los manjares afrodisíacos, mientras que el vómito de uno de los tripulantes remite directamente al castigo por la ingesta abusiva en pleno vaivén de las aguas. El pez que cuelga en la proa simbolizaría el sacrificio de la cuaresma, aunque todos los navegantes prefieren hincarle el diente a un merengue que cuelga del mástil en el que alguien ha atado un pollo asado.

El encierro del loco: La pía filantropía de la locura

Existe una cierta tendencia a generalizar la idea de las antiguas casas de caridad que, regentadas por un servicio religioso, albergaban indiscriminadamente casos socialmente marginados como pobres, huérfanos, impedidos físicos, personas aquejadas de un retraso cognitivo más o menos grave y enajenados mentales considerados incurables. Este modelo, iniciado en la Edad Media, perduraría hasta la era de la Ilustración, aumentando significativamente las críticas contra la mala gestión y el tratamiento inhumano de dichas instituciones para con sus ingresados. Los nuevos ilustrados no sólo enarbolaban valores éticos y morales respecto al cuidado de los locos, sino también una mal disimulada ojeriza anti-eclesiástica, propia de un momento histórico en el que, como en el período renacentista, se promulgaba el re-encumbramiento de la razón. Pero las críticas no trajeron consigo la abolición del ingreso masivo de locos y enajenados, sino una activa reforma política y administrativa que depuró las antiguas formas custodiales y las sustituyó por una controlada institucionalización de los asilos manicomiales. Las regulares inspecciones de técnicos y funcionarios instruidos por los principios reformistas de Philippe Pinel persiguieron las prácticas de sujeción y las condiciones de precariedad higiénica y sanitaria y exigieron una serie de condicionamientos arquitectónicos que tuvieron un amplio reflejo en los nuevos manicomios construidos a partir del siglo XIX.

Hasta esa fecha, era habitual el reciclaje de antiguas edificaciones en desuso –generalmente conventos y cárceles medievales que ya habían quedado limitadas para su uso original– para fines de reclusión mental. No obstante, Castro *et al.* (2012) sitúan las primeras referencias a edificios hospitalarios en el siglo IV d. C. en las zonas orientales, de influencia bizantina, colindantes con el imperio romano. Principalmente acogían a leprosos y enfermos sin pronóstico de curación, aislados de los caminos que conectaban con las grandes ciudades. De los antiguos lazaretos, los asilos mentales que se fundaron durante el período del “Gran Encierro” heredaron la necesidad del aislamiento social, así como el vallado con tapias o el cerco por fosos, además de otras técnicas que atajaban cualquier posibilidad de fuga como el llamado “salto del lobo”. Inspirado en prácticas militares de emboscada y de camuflaje, el salto del lobo consistía en un foso de suave pendiente excavado por todo el perímetro del edificio y en cuyo fondo se levantaba un muro de unos tres metros de altura. Aparentemente, se evitaban los muros circundantes y se daba la impresión de libertad al quedar todo el panorama sin obstáculos visibles (Navarro, 2015, p.160).

A partir del siglo X, los nuevos establecimientos benéficos se ubicarían anexos a instituciones religiosas como conventos o monasterios, ya dentro de los núcleos urbanos. Entre los siglos XII y XIII se comienza a segregar a los locos en departamentos aislados del resto de dependencias hospitalarias. No es hasta bien entrado el siglo XVIII que en la arquitectura manicomial se tiene en cuenta la separación por gravedad y por diagnóstico, ya sea distribuyendo a los ingresados a lo largo de un mismo edificio o complejo arquitectónico. En ocasiones, esta intención distaba mucho de ser llevada a cabo con eficacia, dado el elevado número de pacientes por demencia que se derivaban a estos nuevos asilos. Pero esto también comportó la estandarización de un modelo arquitectónico y funcional de entender la reclusión mental.

Durante la época colonial, sin embargo, muchos países de Latinoamérica carecían todavía de instituciones de asistencia para enfermos mentales. Hasta el siglo XVIII eran únicamente las Casas de Misericordia las instituciones que se encargaban de asistir a enfermos, huérfanos y mendigos, pero no a locos, por lo que se dejaba que éstos vagaran libremente por las calles o bien se pedía a sus familias que los mantuvieran ocultos. A los que presentaban comportamientos violentos públicamente se les enviaba a la cárcel. Según hace constar Porter (2003, p.110), es con el gobierno napoleónico cuando las

comisiones de especialistas (conformados por doctores y abogados) aprueban o deniegan los permisos y la renovación de licencias para ejercer el cuidado de los locos. En España fue Pedro Joaquín de Murcia –citado por Navarro (2015)– quien presentara ante la corte en 1797 un discurso sobre la importancia de crear hospicios dirigidos a:

(...) mantener y dar ocupación a los pobres; enseñar gratuitamente honestos oficios a los niños y cualesquier otros que necesiten de instruirse y recoger temporalmente a los vagos, y a los mendigos voluntarios haciéndoles trabajar, y asimismo recluir por el tiempo que fuera conveniente, a las personas de ambos sexos que necesiten de corrección. (p.143)

En realidad, estaba recogiendo el testigo que dos siglos atrás había dejado publicado el médico Cristóbal Pérez de Herrera justificando el encierro de vagabundos y maleantes sin oficio ni residencia con el fin de que llevaran una vida “cristiana y ordenada” (op. cit., p.144), ejercitándolos en labores forzadas de trabajo y disciplina correctiva.

En Brasil, la mudanza de la corte imperial portuguesa a principios del siglo XIX acució la necesidad legal de apartar a los locos de la vía pública, argumentando una supuesta peligrosidad social para justificar así el ingreso en centros especialmente diseñados para su reclusión. Ejemplo de ello fue el Hospicio Don Pedro II en Río de Janeiro, planificado en 1841 e inaugurado once años más tarde (Bravo, 2011). El Hospital Conde de Ferreira de Oporto será un calco del citado Hospicio Don Pedro II. Por su grandiosidad fue denominado “Palacio de Locos” (Alves, 2016, p.170). El médico responsable del proyecto, António Maria de Sena, impondrá su criterio al quehacer del arquitecto, como también hiciera el doctor Emili Pi i Molist respecto a la obra del arquitecto Josep Oriol i Bernadet, cuyo Institut Mental del Hospital de la Santa Creu de Barcelona fue comparado con el mismísimo palacio de Versalles por su majestuosidad, según hace constar Josep Maria Comelles (2006, p.93). Como se puede apreciar, en el ámbito manicomial era bastante común adaptar referencias arquitectónicas a uno y otro lado del Atlántico, pero trabajos como los de la doctora Navarro (2015) permiten indagar en otras fuentes de inspiración.

El manicomio ideal: Un espacio para la reforma social

El doctor Joseph Guislain (1881) distinguió varios tipos de estructura arquitectónica en los manicomios que se empezaron a construir entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, destacando los de planta radiante (o de plano panóptico), los de planta de cruz (que distribuían los pabellones a lado y lado de un eje central donde se situaría el cuerpo médico, religioso y administrativo) y los de distribución por patios (o de estilo colonial, separando los pabellones mediante zonas ajardinadas y huertos). Este último fue el que inicialmente parecía que iba a ser el más favorable. No obstante, las preferencias arquitectónicas cambiarían de bando a partir de mediados del siglo XIX.

Las premisas básicas de la arquitectura manicomial se sustentaban en el aislamiento, la organización y la distribución de los pacientes. Para empezar, se trataba de construir edificios separados del resto de las instalaciones de un hospital general. El ideal manicomial que propugnaban los ilustrados debía localizarse en plena naturaleza, lejos de la contaminación urbana y de la pernicioso influencia de un estilo de vida que, en la mayoría de casos, podría haber causado la enajenación mental. En realidad, retirarlos de la sociedad a la que no se adaptan respondía a un principio simple de protección recíproca.

Asimismo, ubicar el manicomio en un paraje idílico o en un marco campestre era también un atractivo para el bolsillo burgués que pagaba el tratamiento del paciente ingresado en los centros manicomiales privados que no dependían del Estado, creando la impresión de que la tranquilidad y el aislamiento social eran sinónimos de descanso y

recuperación mental. En el caso de los centros públicos, en cambio, se esperaba que el asilo manicomial típico actuara como una colonia autosuficiente, disponiendo de granjas, lavanderías y talleres cuyas necesidades respondían ambiguamente tanto a intereses terapéuticos como económicos. Así, con el empleo de los propios pacientes ingresados en las labores del centro no sólo se procuraba su restitución social a través de la formación para un trabajo práctico, sino que se ahorrraban costes en el mantenimiento de dicho centro.

Entre los ilustrados, fue Diderot (y luego Esquirol) quien aconsejó que, a la hora de erigir un manicomio, las labores del arquitecto debían estar supeditadas a los dictados del médico alienista: es el caso de Hippolyte Lebas, quien en 1818 trabajará codo con codo con Esquirol; y el de Guillaume Ferrus, discípulo de Pinel, quien creará un manicomio radiocéntrico que planificará Pierre Philippon, arquitecto que posteriormente colaborará con Maximien Parchappe (Navarro, 2015). Esta mutua colaboración favoreció la evolución de los edificios sanitarios, pasando de las formas renacentistas a otros modelos de configuración espacial. Aunque se seguían manteniendo algunos elementos comunes, se adoptaban nuevos criterios de seguridad e higiene.

También fue práctica habitual que los médicos alienistas viajaran al extranjero acompañados por algún técnico en arquitectura con el fin de conocer las últimas tendencias en cuanto a instalaciones manicomiales. Es el caso de Emili Pi i Molist (1860), quien viajó por varios países europeos junto al arquitecto Josep Oriol i Bernadet con el objeto de asentar las bases para su *Proyecto Médico-Razonado*; o el del doctor Tenon, médico de la Salpêtrière que viajó a Gran Bretaña con el físico Coulomb a finales del siglo XVIII. Autores como Rodríguez Villargoitia (1848), António Maria de Senna (1879), Prudencio Sereñana y Partagás (1883) y Gabriel de Lupiáñez y Estévez (1887) también recabaron información en sendos viajes prospectivos para fundamentar los principios arquitectónicos de sus respectivos ideales manicomiales (Navarro, 2015). La tendencia general era imitar los modelos de construcción franceses, pero también se intuyen influencias británicas, italianas y alemanas.

Estas premisas respondían casi siempre al modelo instaurado por Esquirol en 1838 tras su ingreso como director del Hospital de Alienados de Charenton. Esquirol encargó al arquitecto Émile Gilbert unir varios pabellones mediante patios con columnas dóricas, situando la iglesia y las dependencias administrativas en el centro del conjunto (Navarro, 2015). Todo manicomio que se preciara de serlo debía basarse en las consideraciones arquitectónicas y espaciales dictadas por Esquirol en beneficio de la cura de los enfermos mentales, distribuidos éstos en pabellones distintos segregados según su categoría diagnóstica, su gravedad, su pronóstico de curación, edad, sexo y clase social. Dichos pabellones estarían conectados por largos pasillos transversales, mientras que externamente el conjunto arquitectónico estaría rodeado por terrenos ajardinados para fomentar los paseos al aire libre y huertas para la práctica de labores terapéuticas derivadas de la horticultura. Según las doctrinas de Esquirol, los manicomios de nueva construcción estarían ubicados a las afueras de las grandes ciudades y situados en una posición elevada para defenderse de las humedades, con abastecimiento abundante de aguas subterráneas (Alves, 2016).

El modelo ideal de manicomio creado por Esquirol debía disponer de un cuerpo central para el equipo administrativo, el cual serviría como eje desde el cual irradiaría a la derecha los departamentos para los hombres y a la izquierda los dedicados a las mujeres. En la planta inferior se localizarían los espacios comunes; en el piso superior, las habitaciones de los pacientes. Asimismo, el esquema no disimulaba el trato de favor hacia las clases pudientes, pues los pacientes que pudieran pagar una pensión podrían disfrutar de privilegios privados al resto de ingresados, como por ejemplo acceder a las zonas más cercanas al eje central, esto es, bien lejos de los desahuciados, los incurables, los violentos y los enfermos custodiados por la

Beneficencia, arguyendo que la incomunicación y el aislamiento de éstos protegían al resto de ingresados. Además, todos los pabellones constarían en su interior de patios amplios que sostendrían sendas galerías abiertas con el fin de airear las habitaciones de los ingresados.

Los defensores de este nuevo ideal manicomial –como Jean Pierre Falret, Maximien Parchappe y Joseph Guislain– también sostenían la importancia de la arquitectura y el diseño del edificio, garantizando la máxima seguridad, una amplia ventilación, un drenaje eficiente de las aguas y una visibilidad óptima, según los planos panópticos de Jeremy Bentham (2011). Estas medidas tenían una estrecha relación tanto con la implementación de nuevos medios terapéuticos como la hidroterapia, sino también con la redistribución del interior del manicomio. Un aspecto crucial de este modelo era la clasificación de los enfermos mentales separando a hombres y mujeres, distinguiendo los casos según su gravedad y garantía de curación, aislando a los más peligrosos y violentos, etc. Estos sistemas de clasificación, pretendidamente estandarizados, son el principal mandamiento de los directores de cada asilo, pudiendo destacar unas condiciones por encima de otras. El optimismo terapéutico depositado en este modelo ideal de manicomio queda patente en las edulcoradas palabras del doctor Browne, responsable del Montrose Royal Lunatic Asylum de Escocia:

Imaginemos un edificio amplio parecido al palacio de un noble, airoso y elevado, elegante, rodeado de extensos y exuberantes terrenos y jardines. El interior se distribuye en galerías, talleres, salas de música. La luz del sol y el aire pueden entrar por cada ventana, la vista de los arbustos, los campos y los grupos de trabajadores no queda obstruida por contraventanas ni barrotes; todo luce limpio, sosegado, atractivo. Los internos parecen ser llevados por el común sentimiento de jovialidad, todos se hallan ocupados y parecen encantados de estarlo. La casa y sus alrededores semejan un panal de industria y actividad. (Browne, 1837; citado en Porter, 2003, p.118).

La mayor parte de los manicomios concebidos entre los siglos XVIII y XIX comenzaron a cosechar fuertes críticas a inicios del XX debido al ingente crecimiento del número de ingresados y los tratamientos prolongados de asistencia psiquiátrica. Navarro (2015) apunta las quejas del doctor Félix Cerrada, médico y político zaragozano, a finales del XIX, así como las de Marín Agramunt, director del manicomio provincial de Valencia y miembro de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, pero también las de Joseph Guillaume Desmaisons, quien a mediados del siglo XIX ya ponía en entredicho la falta de modelos propios en los manicomios españoles, acusándolos de escasa originalidad y excesiva influencia extranjera.

Como respuesta, Emili Pi i Molist (1860) planteaba el “sistema español”, combinando la distribución arquitectónica a base de pabellones unidos longitudinalmente por largas crujiás pero aplicando algunos dispositivos de inspiración panóptica tanto en el interior como en el exterior. En realidad, este modelo híbrido surgía de las iniciativas de Maximien Parchappe, pionero en la aplicación de la división arquitectónica en dos mitades, correspondiendo una a los pabellones de mujeres y la otra a la de hombres, subdividiendo a su vez cada sección en indigentes, pensionados de clase inferior y de clase superior, además de por diagnósticos o pronósticos de curación. En España se vieron otros ejemplos en los casos del manicomio de Sant Boi de Llobregat (de mediados del siglo XIX), el de Conxo (inaugurado en 1885), el Observatorio de Dementes de Huesca (1915), el Frenopático de Les Corts en Barcelona (fundado en 1863) o la ordenación de pabellones y de salas alrededor de patios comunicados como la que proyectó el arquitecto Manuel Portillo en 1878 para el Manicomio Miraflores de Sevilla, que finalmente se desestimó. Mención aparte merecen las casas de reposo para pacientes de clase pudiente como la Torre Lunática o Nueva Belén: la primera reciclaba una mansión señorial como institución psicoterapéutica, mientras

que la segunda fue construida como una villa de recreo y sosiego en 1873 por iniciativa del doctor Joan Giné i Partagàs bajo la dirección del arquitecto Josep Xiró Jordà (Navarro, 2015).

El ojo que todo lo ve: El modelo panóptico aplicado a los manicomios

No es hasta bien entrado el siglo XVIII que en la arquitectura manicomial se tiene en cuenta la separación por gravedad y por diagnóstico, ya sea distribuyendo a los ingresados a lo largo de un mismo edificio o complejo arquitectónico. En ocasiones, esta intención distaba mucho de ser llevada a cabo con eficacia, dado el elevado número de pacientes por demencia que se derivaban a estos nuevos asilos. Pero esto también comportó la estandarización de un modelo arquitectónico y funcional de entender la reclusión mental.

No obstante, es en plena era de la Ilustración cuando aparecen dos dispositivos que, aplicados a la arquitectura y la escenografía manicomial, permiten un mayor control y una mejor ordenación de las personas ingresadas en la institución mental. El modelo panóptico de Jeremy Bentham (1748-1832) es el más citado, pero no el más utilizado. A diferencia de lo que aduce Michel Foucault (2006), Porter (2003, p.117) no admite de manera tan tajante la construcción de manicomios de acuerdo a los planos específicos de Bentham. De hecho, este modelo no prosperó tanto como se pensó inicialmente y tan sólo tuvo una especial influencia en el ámbito carcelario y fabril. Rendueles (2011, p.14) reconoce que el propio Bentham tuvo que sufragar de su bolsillo los costes para la contratación de arquitectos que diseñaran su plano, así como para la compra del terreno donde pretendía alzarlo. Finalmente su iniciativa no fue aprobada por el Parlamento inglés.

El principio fundamental del panóptico se resume en una figura arquitectónica que dispone en el centro una torre que es a un tiempo la única entrada y salida de cada planta. La construcción panóptica, pues, se erige en forma de anillo alrededor de ese centro que, desde anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo, brinda la posibilidad de vigilar las celdas dispuestas periféricamente. Las únicas ventanas que tienen éstas corresponden, por una parte, a la que se abre hacia la torre de vigilancia y, por otro lado, la que da al exterior, permitiendo que la luz diurna atravesase la celda y recorte la silueta de quien se halla en su interior. Basta una escasa vigilancia para controlar los pasillos circulares de un edificio que disponga su arquitectura según la técnica ideada por Bentham. Se suman a ésta otros muchos dispositivos arquitectónicos –la superposición de distintas alturas en una misma planta, sistemas de contraluz alternativos que no dependen tanto de la iluminación solar, largos pasillos circulares, celosías, etc.– que aporten un mayor control de los movimientos de las personas allí encerradas. No es casualidad que el alzado del plano panóptico creado por Bentham coincida con la morfología de un ojo humano, como observa muy atinadamente Juan Antonio Ramírez (2003, p.86).

Lo cierto es que Bentham estaba a favor del aislamiento individualizado de los locos aunque, eso sí, manifestando su humanitario rechazo al uso de cadenas en los manicomios. Si defendía el enclaustramiento en celdas separadas era para proteger a los enfermos mentales de empeorar en contacto con los demás y, de paso, reprimir toda posibilidad de amotinamiento masivo en los casos de “lunáticos ocupando la misma sala” (Bentham, 2011, p.132). La justificación de Bentham ponía en el mismo lado a locos y a criminales, como prueban sus propias palabras:

los dementes, así como los malvados, pueden dirigirse, bien contra sus congéneres, bien contra sí mismos. Si en este último caso sólo las cadenas resultan eficaces, en todos los demás ejemplos donde sólo el primer peligro es posible las celdas separadas (...) harían que el uso de las cadenas y otros

modos de sufrimiento corporal se volviesen francamente innecesarios.(op. cit., pp.131-132)

Un diseño funcional como el que proponía Bentham –un edificio o espacio circular cuyas celdas o habitaciones se distribuyen a lo largo del perímetro que rodea un único punto de observación, desde el cual se puedan controlar todos los movimientos de las personas residentes– no podía ser más que el producto de un racionalismo llevado al extremo en las ansias de reformulación de las organizaciones sociales. Bentham –como nos hacen observar Foucault (1986) y Aguirre (2015) – no se había descuidado de detalles tan sutiles como el paso de la luz entre las ventanas: una abierta hacia el exterior y otra en el interior, de tal modo que el efecto de contraluz en las celdas permitiera apreciar la presencia de una silueta ocupando las celdas.

Navarro (2015) aventura que en realidad Bentham se inspiró en las reformas del Hôtel-Dieu que planteó el médico Antoine Petit junto al arquitecto Bernard Poyet a finales del siglo XVIII. El nuevo hospital sería un edificio muy bien ventilado y distribuido radialmente, inspirado en los antiguos hospicios cruciformes del Renacimiento como el de Santa María Nuova en Florencia, presentando cuatro alas que se extienden desde un centro donde se sitúa el altar. La versión de Poyet se organizaba alrededor de un patio que serviría para estructurar el resto de la composición arquitectónica, permaneciendo invariable la ubicación de la capilla respecto al canon renacentista. La situación privilegiada y céntrica de la capilla en el mismo centro del hospital indicaba que el orden divino seguía rigiendo en el gobierno de la salud a finales del siglo XVIII. La intención de esa localización era que todos los ingresados, aunque no pudieran desplazarse hasta la capilla, pudieran oír las misas desde sus aposentos, favoreciéndolo la propia distribución radial del edificio. En España, sin embargo, los hospitales cruciformes tuvieron un mayor apogeo constructivo desde la época de los Reyes Católicos.

Guillaume Ferrus también se apropiaría del modelo panóptico en el ideal manicomial que presentó en 1834 y que trazó el arquitecto Pierre Philippon según sus directrices. El objetivo de Ferrus era garantizar la seguridad y la vigilancia de los enfermos distribuyéndolos entre las diferentes secciones unidas éstas a un núcleo central común, en el que se ubicarían los servicios generales y al que desembocarían las distintas galerías que conectaban los pabellones. Todo el conjunto arquitectónico, de forma radial, estaría rodeado por jardines y el cercamiento perimetral adoptaría la técnica del “salto del lobo” (Navarro, 2015).

A pesar del escaso éxito del que gozó Bentham en vida, su proyecto alcanzó mayor prestigio tras su muerte, aunque en 1784 se empezaron a construir algunos edificios radiales compuestos por pabellones rectangulares que confluían en el centro, donde generalmente se ubicaban los espacios administrativos y se controlaban los ingresos y las salidas. Ejemplo de ello es la cárcel de Suffolk, de ese mismo año, y los asilos para enfermos mentales de Millbank (1812), Londres (1814) y Glasgow (1807), este último creado por el arquitecto William Starck siguiendo las premisas de Bentham. También se puede incluir aquí la Torre de los Locos, edificio de planta circular anexo al hospital de Viena según los planos de Isidore Canevale a finales del siglo XVIII.

En España, Portugal y América Latina, las opiniones siempre fueron muy favorables respecto al modelo panóptico en su aplicación penitenciaria y manicomial. Aguirre (2015) y Navarro (2015) señalan numerosos ejemplos como la Casa de Corrección de Rio de Janeiro (1834) y el hospital psiquiátrico de Rilhafoes (1896), en Lisboa, diseñado por José María Nepomuceno según el modelo arquitectónico ideado por Pompeo Schiantarelli a finales del siglo XVIII para el lazareto de Mesina (Portera, 2009). También se experimentaron otras variantes panópticas en la distribución de los pabellones en forma de H, de herradura o de U, como el Manicomio Vasco-Navarro, cuyas obras se iniciaron en 1888 (Navarro, 2015). Entre las instalaciones penitenciarias de forma panóptica, cabe destacar también las prisiones de Vitoria (1859), Vigo (1880), Madrid (1884), Valencia

(1901), Barcelona (1904) y Oviedo (1907), siendo la de Carabanchel una de las más recientes en la historia –fechada su construcción en 1944, cuando el modelo de Bentham ya había quedado en desuso en la mayor parte del mundo–.

Por supuesto, también se alzaron voces en contra del plano panóptico, pero fueron pocas (Navarro, 2015). Para las élites políticas del momento, el panóptico era un reflejo de la modernidad y del esfuerzo reformador de la civilización. Aguirre (2015) admite que incluso se organizaban paseos y recorridos preparados para las ocasiones en las que se recibían visitas que, aun no siendo por motivos de inspección técnica, eran promovidas por una especie de “turismo institucional”, permitiendo que la gente externa al recinto se fotografiara en sus patios, comedores u otros espacios comunes –a veces hasta en presencia de los presos o enfermos mentales allí ingresados, como denunció William Hogarth (1697-1764) en una serie de grabados sobre el citado manicomio de Bedlam–. Si el modelo panóptico tuvo una buena acogida entre penitenciarias y manicomios fue porque invitaba a la aplicación del tratamiento moral en su interior. Sometido a la vigilancia constante de todos sus actos, la persona recluida terminaba modificando su conducta. A ello también contribuía el estricto régimen de rutinas que gestionara la propia institución, hasta el punto que, en caso de suprimir la vigilancia, las personas allí ingresadas ya habrían interiorizado una estricta disciplina, la cual consistía en recibir diariamente formación escolar e instrucción religiosa y trabajar en talleres instalados en alguna dependencia intramuros o en labores de mantenimiento (como limpieza, cocina, lampistería, etc.). Alcanzado un evidente nivel de autonomía correctiva, el sujeto en cuestión ya estaría capacitado para ser dado de alta. Éste es, a juicio de Foucault (1986), el principio motivador de la regeneración personal condicionada fundamentalmente por un espacio habilitado para tal función.

Las críticas contra el tratamiento moral aplicado en este tipo de instituciones correctivas eran que no debían ser utilizadas como fábricas, dado el énfasis que se ponía en el trabajo de los ingresados para garantizar su reforma moral. En el caso de los enfermos mentales, resultaba más discutible equiparar la obediencia a una rigurosa disciplina con la salud mental y la plena restitución del sujeto. Médicos como William Alexander Francis Browne, por el contrario, defendían el carácter regenerador del tratamiento moral en la Crichton Royal Institution basándose en los principios de Pinel y Esquirol (Finn, 2012, pp.42-43). Curiosamente, el propio Browne era muy reacio a aceptar el modelo panóptico de Bentham en el ámbito manicomial. Browne prefería que su institución (la cual abrió puertas en 1839) se concibiera como:

un espacioso edificio que se asemeje a un palacio, aireado, elevado, elegante, rodeado de campos y jardines (...). El sol y al aire entrarán por cada ventana. Será una comunidad sin coacción, ni cadenas, ni látigos, ni ninguna otra clase de castigo corporal (...). Tal es la imagen fiel de lo que puede verse en algunas instituciones, y de lo que debería ser visto en todas (citado por Finn, 2012, p.41; la traducción es nuestra).

Finalmente, el modelo panóptico entraría en crisis porque su localización apartada del centro de las ciudades ya no era tal debido al crecimiento urbano acaecido entre los siglos XIX y XX. Asimismo, la presión inmobiliaria propició el cierre de muchas de estas instituciones carcelarias y manicomiales al verse pronto rodeadas por zonas residenciales y áreas comerciales (Comelles, 2006).

Escenografía de la mente o la fábrica de curar: La alternativa falansterial

Otro de los modelos que sirvió de molde para los nuevos manicomios construidos a partir del siglo XIX fue el del falansterio ideado por François Marie Charles Fourier (1772-1837). También él,

como Bentham, se arruinó en vano tratando de sacar adelante su utopía: la creación de micro-comunidades autoabastecidas y que cumplieran la misión de ejemplificar una sociedad más armónica, donde todos sus integrantes convivieran en iguales condiciones (Suárez, 2008). Fourier partía de la pretensión de modelar la sociedad a través de la configuración de un espacio comunitario, actuando por medio de su disposición tanto en el comportamiento individual como también colectivo. Estructuraría el espacio en función del orden que cada persona ocupe en esa sociedad, por lo que la distribución haría más evidente los deberes de cada cual desde un orden visualmente claro (Navarro, 2015). Lejos de haber pensado en una aplicación manicomial, Fourier entendía el falansterio como una edificación en la que cohabitaran y trabajasen familias enteras, repartiéndose sus labores en función de sus capacidades y limitaciones –tanto físicas como mentales– y, sobre todo, sus pasiones personales.

En parte, este mismo principio motivador va a ser el eje sobre el que pivote el tratamiento moral promulgado por Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo directo de Philippe Pinel y uno de los máximos divulgadores de los beneficios manicomiales. Sin embargo, la misma bondad que Fourier depositaba en las pasiones para garantizar la armonía comunitaria era, en exceso, la causa de las disarmonías morales que habrían ocasionado la enajenación mental de los ingresados, según dicta la teoría médica de Esquirol (2000).

A lo largo del siglo XIX, según hacen constar Castro *et al.* (2012), la arquitectura manicomial se articulará al estilo falansterial; esto es, por pabellones independientes separados entre sí por amplias zonas ajardinadas, adoptando así las nuevas propuestas higienistas como un “signo de autoridad progresista” (op. cit., p.43). No obstante, pronto iba a proliferar una alternativa más barata a la construcción de manicomios y hospitales por pabellones, como era dar mayor iniciativa a formas arquitectónicas que se elevaran verticalmente según las necesidades de cada departamento, añadiendo nuevas plantas a conveniencia. Esta reorganización del espacio arquitectónico estaba en parte favorecida por el uso de materiales más ligeros y de menor coste (como el ladrillo) y técnicas más rápidas de construcción (como el uso de vigas de hierro y columnas de hormigón armado). Sin embargo, el espacio mismo se convertía en el caso de la distribución falansterial en una forma encubierta de corrección y coerción de los individuos, pues su organización instrumentaba un sistema de valores comunitarios en relación con la clasificación nosológica, la separación según previsión de gravedad, la asimilación de etiquetas estigmatizadoras y la segregación por género y por clase social, haciendo de cada actividad singular algo predecible y minuciosamente pautado por el lugar que cada cual ocupaba dentro del plano arquitectónico.

A mediados del siglo XIX, Rodríguez Villargoitia defendía la distribución por pabellones separados según la patología mental de cada paciente, siguiendo la fórmula falansterial. En su análisis crítico de cómo debía ser la forma arquitectónica ideal de un manicomio, aspiraba a pabellones independientes en cuya planta inferior se ubicaran los espacios comunes, dedicando el piso superior a las habitaciones de los pacientes, asentando ambos niveles sobre una pequeña cámara subterránea que aislara de la humedad del suelo. El alzado de los pisos favorecería la ventilación de las estancias y reduciría la cantidad de terreno necesario para construir, además de abaratar costes y facilitar la vigilancia externa de cada pabellón (Navarro, 2015, p.60).

Ejemplo de cómo la filosofía utópica de Fourier se llevaría a cabo en un proyecto urbanístico que contemplara la cabida de un manicomio en la sociedad fue el diseño de una “ciudad jardín” ideada en 1898 por Ebenezer Howard (1850-1928). Fourier no fue su única influencia, sino también las iniciativas de muchos colonos británicos que en Australia y Nueva Zelanda habían comenzado a construir sus propias barriadas de casas adosadas. Howard confiaba en transformar la idea de una ciudad degradada recuperando los beneficios de un emplazamiento rural, inspirándose en las iniciativas de muchos colonos en Australia,

Nueva Zelanda y el oeste norteamericano. Inicialmente, su propuesta estaba planificada como un conjunto de seis secciones dispuestas alrededor de un núcleo central en el que se ubicarían los edificios administrativos y culturales, insertados entre zonas de jardines y de comercio. Dispersas externamente a este cinturón se situaría cada uno de los sectores urbanos según su función en la sociedad: una sección residencial, otro barrio dedicado a la producción agrícola, otro concentraría las escuelas, en otro se emplazarían fábricas y almacenes, etc., escogiendo una sección para ubicar expresamente una institución para sordos y ciegos y un manicomio, siguiendo las doctrinas higienistas en boga. Cada sección desempeñaría su función de manera independiente, estando separada del núcleo por una vía de ferrocarril, la cual rodearía todo el perímetro para, por un lado, facilitar la comunicación con el resto de la ciudad-jardín y, por otro, con fines de aislamiento y de segregación de cada sector entre sí (Montiel, 2015).

El Instituto Pere Mata de Reus (Barcelona) fue uno de los primeros en aplicar a su particular distribución arquitectónica el modelo falansterial de Fourier. Pau Font de Rubinat, alcalde de Reus y principal impulsor del proyecto, conocía los postulados del socialismo utópico. No obstante, consideraba imprescindible condicionar cada módulo del manicomio de forma autónoma, estableciendo una división no sólo por diagnósticos y sexos sino también en base a la clase social de los ingresados. Concebido por Domènech i Montaner según la propuesta funcional dictada por el principal inversor, se planificó un entorno que estéticamente fuera agradable a la vista, con ornamentos de estilo vegetal, con el fin de relajar el ánimo de los enfermos más agitados. El sentido de la productividad del que presumía toda construcción de carácter falansterial, tan ligada al socialismo utópico inglés, tenía un claro reflejo en la opinión del que fuera el primer director de dicha institución, el doctor Pere Mata, quien definía el centro médico como “una fábrica de curar” (Navarro, 2013, p. 36).

A menudo, la arquitectura falansterial para los manicomios se caracterizó por separar a hombres y mujeres en dos alas paralelas del mismo edificio, conectadas ambas por un pabellón central que servía tanto de recepción de los pacientes ingresados como también de lugar donde se ubicaba el gobierno administrativo. Gardenour (2014) considera el diseño falansterial en deuda con antiguos modelos medievales que separaban no sólo a los pacientes según su sexo – como la autora aprecia en ciertos hospitales templarios, bizantinos e islámicos –, sino también en base a una distribución separada por áreas en función de la naturaleza humoral de cada patología diagnosticada. Para probar sus sospechas, Gardenour refiere la localización del centro político y administrativo de la propia institución mental, posiblemente heredada de la situación en la que se encontraría el altar eucarístico en los templos hospitalarios. Pero tampoco olvida la particular configuración fabril de muchos manicomios del siglo XIX que, pese a su distribución falansterial, también asumen una división por zonas bien delimitadas en el interior del edificio, incluyendo escaleras con celosías que separen en un mismo tramo a pacientes y a personal médico.

No obstante, el modelo arquitectónico inspirado en el ideal palaciego de Fourier también tuvo otro claro precedente en el sistema organizativo elucubrado por Tomaso Garzoni (1549-1589) tres siglos antes. Jalón (2000) lo tilda de “escenógrafo de la mente” dado que Garzoni se servía del edificio arquitectónico como metáfora del tipo de pensamiento que allí se contiene, con su singularidad y su particular distribución dentro de un determinado núcleo urbano. El proyecto de Garzoni respondía al afán clasificatorio propio de su época, como asume su utópica aplicación para un Hospital de Locos Incurables que el autor presentaba como una gran fábrica que producía en sí misma la locura de sus habitantes. Sin alcanzar un verdadero rango médico, Garzoni articulaba su retórica administrativa de los ingresados en base a un doble dictamen: afirmando dos formas diversas de locura en función de si surgían de una naturaleza orgánica o moral. Pese a ello,

Garzoni concentra en su estudio numerosos casos psicopatológicos de los que señala una etiología de carácter social y no fundamentalmente del orden médico. Garzoni fue, además, pionero en formular una propuesta arquitectónica que segregara a los pacientes por género, diagnóstico y gravedad mórbida, aunque sus criterios siguieran a veces una imprecisa taxonomía.

No en vano, el propio Tomaso Garzoni, en sendos ensayos (de 1583 y 1586) sobre los fundamentos constitutivos de un espacio creado exclusivamente para la clasificación de la locura define cualquier proyecto ideal de hospital mental como una fábrica que genera y mantiene entre sus paredes el particular sinsentido con que se identifica la locura, entendida como una pequeña comunidad desordenada y confusa muy diferente de la ingenua pretensión de armonía filantrópica que se espera de este tipo de hospitales (Jalón, 2000). En pleno siglo XIX, el alienista Brierre de Boismont se servirá, como Garzoni, de la metáfora del hospital mental como un teatro en el que el paciente interpreta su propio personaje ideal y delirante, siendo cada loco el actor de su particular locura (Navarro, 2015, p.131).

La utopía distópica: Cárceles que son manicomios

Tanto el modelo de Fourier como el de Bentham nacen en un momento en que se transforma la concepción misma de la sociedad. Este cambio afectaría también al modo de entender la enfermedad mental. A tenor de lo dicho, sirvan los principios que esgrima Philippe Pinel para justificar la fundación de instituciones dedicadas al tratamiento de trastornos del comportamiento. Comprendida la sociedad como un sistema orgánicamente ordenado, se creía necesario apartar a todo aquel elemento subversivo o distorsionador que pudiera suponer una amenaza para el funcionamiento general – armónico y sano – de la sociedad en su conjunto. Durante el período del “Gran Encierro” al que remite el estudio crítico de la historia de la locura que traza Foucault (2006), por elemento subversivo se entendía cualquier persona que pudiera atentar contra los convencionalismos de la moral contemporánea. Bajo esta premisa se señalaban tanto a intelectuales contrarios al pensamiento político mayoritario como también a delincuentes menores, criminales, prostitutas, personas dedicadas a la mendicidad y, cómo no, locos y locas.

Para todos ellos, Étienne Esquirol (2000), formado a la sombra de Pinel, defendía el tratamiento moral –es decir, el recondicionamiento por medios terapéuticos de una mente desviada– en espacios alejados de los núcleos urbanos. Por un lado, se afirmaba que el exceso de vicios y los malos hábitos adquiridos en condiciones sociales adversas podría haber sido la causa que engendrara las dolencias psicopatológicas por las que se recomendara su ingreso. Por otro lado, la reclusión temporal de estos casos perniciosos para la armonía social bastaba para legitimar la construcción de nuevos manicomios bajo parámetros aprobados por especialistas del alienismo. El alejamiento de los elementos sociales considerados *enfermos* garantizaba cierto grado de profilaxis ante el posible riesgo de contagio de pensamientos o conductas que no se ajustaran al orden establecido.

No es extraño hallar en la época propuestas experimentales en la arquitectura y el nuevo urbanismo orientadas a la creación de sociedades utópicas para el futuro. Así, el espacio interior, la forma arquitectónica y la propia configuración del edificio dentro de un núcleo urbano concreto se apreciaban como un todo orgánico e interrelacionado que dotaba al conjunto de un sentido completo que, por supuesto, también tenía que afectar al pensamiento mismo de sus habitantes. Edificios y ciudades debían expresar fisionómicamente no sólo la función para la que fueron concebidos, sino también transmitir una serie de valores e ideas (estéticas, políticas, morales, etc.) basadas en el racionalismo social. En conclusión, la organización racional del espacio era asimismo una especie de laboratorio experimental de nuevos modos de organizar la vida (Bozal, 2000a).

De este tipo de planteamientos arquitectónicos deriva también la obra estética de Giovanni Batista Piranesi (1720-1778), quien trabajó en una serie de dibujos sobre cárceles imaginarias entre 1745 y 1761. Las *Carceri d'Invenzione* de Piranesi fueron pensadas como un espacio irreal, subrayando su sentido terrorífico y el modo cómo ciertos elementos de la composición arquitectónica y escenográfica pueden convertirse en una amenaza constante para las personas que allí habitan. El nombre de la serie respondía a la pretensión de representar una descripción física de lo que el autor consideraba que debía ser una “cárcel de la mente”, una metáfora de la locura y de la privación de la subjetividad en un espacio claustrofóbico, oscuro y trufado de rupturas y caminos cortados de forma abrupta (Insuasty, 2015). Por esa razón, el autor introduce figuras humanas en algunos dibujos con el fin de contrastar la escala diminuta de éstas y el espacio circundante. De esta forma, Piranesi compone imágenes de espacios interiores sincopados y caóticos, de proporciones mayestática –cúpulas, bóvedas, escalinatas y pasarelas laberínticas que se entrecruzan cortándose–, grandes moles de piedra que configuran complejas estructuras casi imposibles en la realidad. Además, Piranesi introduce en sus dibujos elementos escenográficos que no son propios del supuesto espacio carcelario que representan (poleas, cuerdas, lámparas, escaleras de peldaños irregulares, etc., junto a instrumentos de tortura como cadenas y tornos gigantes). Al intensificar los contrastes lumínicos acentuando los claroscuros, Piranesi subraya la expresividad de un espacio subterráneo (Bozal, 2000b).

Por el contrario, la propuesta piranesiana parece contradecir los motivos racionalistas de su época. Su utópico proyecto no pretende sobrepasar los límites de la imaginación. El suplicio que inspira la habitabilidad de sus espacios y las arbitrarias estructuras que los componen intimidan a los sujetos sin seguir un orden evidente. La intención de Piranesi era, en efecto, remarcar que del orden racional podía surgir una representación espacial del delirio. Al respecto, Mauricio Subirana (2015, p.110) apunta que las *Carceri* de Piranesi pudieron influir en el pensamiento humanitario de George Dance a la hora de diseñar la prisión de Newgate a finales del siglo XVIII. Así, lo azaroso de los espacios carcelarios de Piranesi se contraponen al ejemplo ultra-racionalista del panóptico de Bentham y del falansterio de Fourier, diseñados a partir de un sistema que (utópico o no) respondían a una arquitectura funcional y a la ordenación de los espacios según la distribución de roles y labores que desempeñaban las personas en su interior.

Como ironía del destino, antiguas prisiones y manicomios fueron reconvertidos con el tiempo en modernos centros comerciales aprovechando su estructura panóptica (Aguirre, 2015). El Eastern State Penitentiary, por ejemplo, se alquila en la actualidad para el rodaje de películas, como *12 Monos* (Terry Gilliam, 1995), ambientada en parte en las dependencias ficticias de un manicomio. Como prisión –entre sus “huéspedes” más célebres cabe destacar la presencia de Al Capone en 1929–, esta institución se ganó los elogios de Charles Dickens y Alexis de Tocqueville por su particular composición panóptica. Construido entre 1821 y 1829, su diseño también llamó la atención de muchas autoridades en materia carcelaria.

Fue el caso de Mariano Felipe Paz Soldán, quien acudiera a visitar sus dependencias en 1853 para declarar su total conformidad con el fin de imitarlo en la capital peruana. Éste fue uno de los más convencidos devotos de la introducción del tratamiento moral en cárceles, siendo pronto imitado en el resto de Sudamérica y aplicado también al ámbito manicomial. Obsérvese el argumento civilizatorio y filantrópico que aduce para aprobar la implementación penitenciaria del modelo de Bentham en su país:

Cuando me encontré con esta Penitenciaría, sentí emociones difíciles de explicar; hacía mucho tiempo que la conocía por su gran nombradía y en mi sueño sobre mejoras del sistema penal de mi patria vislumbraba siempre aquel famoso edificio planteado en medio de la ciudad de Lima: el corazón se

me llenaba de gozo, porque no veía más cadalsos y antes sí establecida en su lugar la obra de la civilización, de la filantropía y de la redención de la sangre (citado por Aguirre, 2015, p.280).

El telón que tapa las ruinas: Conclusión

La realidad manicomial distaba mucho de los esfuerzos iniciales por no encumbrar una falsa utopía. Fueron muchas las voces que se alzaron contra una nueva profesionalización que, a pesar de sus aparentes motivaciones humanitarias, se lucraba a menudo desatendiendo a los ingresados. Las críticas más duras acusaban a los manicomios de segregar a los locos bajo el estigma de la marginación institucionalmente reglada y convertirse en contraproducentes “fábricas de locos” que, más que asegurar la sanación de éstos, empeoraban su situación personal. A esto se sumaba el aumento de pacientes ingresados y el bajo nivel de curaciones firmadas por los especialistas. Inglaterra e Italia son dos claros ejemplos de este preocupante índice: en 1900, el número de enfermos ascendió hasta diez veces más la cantidad de 1000 registrados en Inglaterra un siglo antes, mientras que los reclusos en Italia, que no superaban los 8000 en 1881, alcanzó los 40000 en tan sólo 26 años (Porter, 2003, p.113).

La indefinida prolongación de algunas estancias alarmó a muchos médicos y juristas que creyeron firmemente en la panacea manicomial, hecho que propició el uso cada vez más masivo de sedantes y otras medidas psicofarmacológicas que abarataran los costes de las terapias individualizadas y fomentaran una cierta autonomía asistencial de cada paciente. A pesar de la demolición de muchos centros manicomiales tras las reformas acaecidas en el último cuarto del siglo XX, el legado farmacológico es el que ha suplantado los muros aislantes por otro tipo de cadenas del alma humana.

A principios del siglo XIX, la situación en EEUU no distaba demasiado de la que se sufría en la vieja Europa. Las propuestas reformistas de Benjamin Rush quedaron pronto truncadas por la guerra civil norteamericana (Solà, 2006, p.164). Inicialmente, las pretensiones de Rush fueron las de crear pequeños hospitales en zonas rurales, defendiendo las bondades terapéuticas de una retirada al campo. Así, en los nuevos manicomios erigidos según los postulados de Rush, los pacientes ingresados podían pasear tranquilamente alrededor de éste, residiendo en la institución por un corto período de tiempo hasta su total curación. No obstante, con el estallido del conflicto bélico, los asilos se vieron abarrotados de repente –a causa de traumas de la guerra o por locuras simuladas que eximían a los soldados de morir en el frente–, se recortaron las dotaciones económicas que sufragaban dichos centros y se retrocedió a condiciones de vida propias de la época pre-ilustrada, hacinando de nuevo a numerosos pacientes en salas atestadas. Esta situación perduró hasta bien entrado en el siglo XX.

Hasta entonces, el tratamiento habitual se reducía a la contención y la represión, ya fuera para proteger al paciente de sus lesiones (a sí mismo o a los demás) y, de paso, garantizar su propio papel protector para con la sociedad, sugiriendo una supuesta peligrosidad en la figura del loco. Tras la crisis que provocó la guerra civil, en EEUU se recuperaron métodos de inmovilización como cadenas, grilletes y camisas de fuerza, se aislaron las celdas con paredes acolchadas y se instalaron nuevas técnicas en las sesiones de hidroterapia como los baños de agua caliente en bañeras cerradas –dejando sólo la cabeza del paciente al descubierto– o las duchas de agua fría a presión (Solà, 2006, p.165) y, en casos extremos, se procedía a atar con una camisa de fuerza a los locos más agresivos. Paradójicamente, la providencial aparición de los psicofármacos liberaría al enfermo mental de estas ataduras de antaño, no sólo controlando su agresividad, sino favoreciendo la reducción temporal de sus ingresos. A ello cabe sumar los programas de rehabilitación que, en forma de laborterapia (que ya

los alienistas decimonónicos habían probado aplicando los principios del tratamiento moral de Pinel), promovían la reintegración del paciente a una vida más o menos resolutive y autosuficiente.

Quedando cada vez más en el arcén del recuerdo el término *manicomio*, se comenzará a mediados del siglo XX a denominar como clínicas mentales a estos edificios de nueva planta en los que se alojaba temporalmente a los pacientes según la gravedad de su sintomatología. De esta manera, el paciente que fuera ingresado por el servicio de urgencias médicas pasaría un corto período de tiempo en un departamento de agudos, siendo luego dado de alta o derivado a una unidad de media estancia. En cambio, los casos de peor pronóstico serían confinados en pabellones de larga estancia. Solà (2006, p.166) nos recuerda que entre las causas que motivaran este ingreso también se contaban los recursos económicos: si ningún familiar reclamaba al enfermo ni el Estado se hacía cargo de él, la institución estaba obligada a mantenerle ingresado por un tiempo indeterminado. Este sistema de distinción en el espacio arquitectónico según la evolución del cuadro clínico tendrá su plasmación sobre todo en el modelo falansterial, que sería el que prevalecería al llegar el siglo XX, en contraposición con el sistema panóptico.

Nuestro trabajo ha planteado un análisis de varios de los modelos arquitectónicos en la cultura occidental mayoritariamente más empleados en la construcción de manicomios a lo largo de los últimos siglos. Las concepciones falansteriales y panópticas pugnarán por imponerse en la sociedad europea y americana hasta el desmantelamiento institucional del sistema de ingreso forzado. Consecuentemente, el aprovechamiento de estos edificios o construcciones arquitectónicas ya en desuso para acoger otra clase de servicios sociales borró toda memoria sobre su función primigenia. Sin embargo, dichos edificios, al ser integrados en los grandes centros urbanos, quedaron desprovistos del sentido al que respondía su forma original. Además, dichos espacios concibieron una determinada mirada social sobre el loco, asumiendo así un determinado modelo de subjetividad en base al contexto en el que aquél se integraba. En suma, definir los espacios manicómiales nos ha permitido adoptar una sugerente perspectiva genealógica para abordar los cambios epistemológicos que subyacen en las distintas reformas en salud mental a lo largo de la historia.

Referencias

- Aguirre, C. (2015). Apogeo, crisis y transformación del panóptico iberoamericano: Apuntes para la historia de un modelo arquitectónico. En J. A. Trujillo (ed.), *Voces y memorias del olvido: Historia, marginalidad y delito en América Latina*, pp. 273-304. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Álvarez Falcón, L. (2014). El lugar en el espacio. Fenomenología y arquitectura. *Fedro, Revista de Estética y Teoría de las Artes*, 13, 17-30.
- Alves, J. F. (2016). O legado do Conde de Ferreira e o Hospital de Alienados na reconfiguração da filantropia tradicional. *Saúde, Ciência & Patrimônio. III Congresso de História*, pp. 168-176. Oporto, Portugal: Santa Casa da Misericórdia.
- Balanzategui, J. (2011). The Receptacle for all that is Monstrous and Vile. The Island Asylum in Scorsese's *Shutter Island*. *Etropic*, 10, 153-157.
- Bentham, J. (2011). *Panóptico*. Madrid, España: Círculo de Bellas Artes.
- Bozal, V. (2000a). Arquitectura de la razón, arquitectura fantástica. *Goya: Entre Neoclasicismo y Romanticismo. Historia del Arte*, vol. 26, 86-89. Madrid, España: Historia 16.
- Bozal, V. (2000b). Piranesi: El mundo de la noche. *Goya: Entre Neoclasicismo y Romanticismo. Historia del Arte*, vol. 26, 96-98. Madrid, España: Historia 16.
- Bravo, O. A. (2011). *Las prisiones de la locura. La construcción institucional del preso psiquiátrico*, pp. 53-68. Cali, Colombia: Universidad Icesi.
- Castro, F. J.; Castro, M.; Megías, F.; Martín, F. V.; Causapie, A. (2012). Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. *Cultura de los cuidados, Revista de Enfermería y Humanidades*, 32, 38-46.
- Chinkes, A. (1997). Sobre el uso del término "Dispositivo" en psicoanálisis. *Nudos en Psicoanálisis*, 4(5), 14-16.
- Cinotti, M. (1968). Estudio analítico de la obra pictórica del Bosco. *Clásicos del Arte*, vol. 2, 81-115. Barcelona, España: Noguer.
- Cirlot, J. E. (1978). *Diccionario de Símbolos*, pp. 190-192. Barcelona, España: Labor.
- Comelles, J. M. (2016). *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida, España: Milenio.
- Cooper, J. C. (2007). *Diccionario de Símbolos*, p. 74. Barcelona, España: Gustavo Gili.
- De Stefani, P. (2009). Reflexiones sobre los conceptos de espacio y lugar en la arquitectura del siglo XX. *Revista Electrónica DU&P, Diseño Urbano y Paisaje*, 5(16).
- Esquirol, E. (2000). *Sobre las pasiones*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fatás, G.; Borrás, G. M. (1993). *Diccionario de términos de arte*. Madrid, España: Alianza / Del Prado.
- Fedele, J. (2006). Fábricas, cárceles y manicomios. *DC Papers, Revista de Crítica i Teoria de l'Arquitectura*, 15-16, 255-263.
- Finn, M. A. (2012). *The West Riding Lunatic Asylum and the Making of the Modern Brain Sciences in The Nineteenth Century*. Leeds, Inglaterra: University of Leeds.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2000). *Tecnologías del yo*. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica. Vols. 1 y 2*. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei, Revista de Filosofía*, 74.
- Gardenour, B. S. (2014). Listening to Ghosts: Haunted Hospitals, Spectral Patients, and the Monstrous in Modern Medicine. *Trespassing Journal*, 4, 51-62.
- Gergen, K. J. (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.
- Gilliam, T. (1995). *12 Monos*. Los Ángeles (CA): Universal.
- Guislain, J. (1881). *Lecciones orales sobre las frenopatías*. Madrid, España: Enrique Teodoro.
- Insuasty, E. (2015). *La interrupción de la mirada. Hacia la validez de un proyecto audiovisual en prisión*. Departamento de Comunicación. Estudios de Cine y Audiovisual Contemporáneos. Barcelona, España: Universitat Pompeu Fabra.
- Jalón, M. (2000). Sobre el método de Garzoni: Todos los ingenios, científicos y profesionales. En T. Garzoni, *El Teatro de los Cerebros / El Hospital de los Locos Incurables* (pp. 7-27). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Llera, J. M. (2012). *Rostros de la locura*. Madrid, España: Abada.
- Martínez, J. E. (2010). Historia de los espacios, historia de los poderes: Hacia una genealogía de la noción de espacio público. *Tabula Rasa*, 13, 93-109.
- Mauricio Subirana, S. (2015). *La fragmentación: Categoría estética y artística de la modernidad*. Tesis doctoral dirigida por Simón Marchan Fiz. Facultad de Filosofía. Madrid, España: UNED.
- Pi i Molist, E. (1860). *Proyecto médico razonado para la construcción del manicomio de Santa Cruz*. Barcelona, España: Tomás Gorchs.
- Montiel, T. (2015). Ebenezer Howard y la Ciudad Jardín. *ArtyHum, Revista Digital de Artes y Humanidades*, 9, 118-123.
- Muntañola, J. (2004). *La arquitectura como lugar*. Barcelona, España: UPC.
- Navarro, M. (2013). Supercherías. En D. Bastué y A. Valdés (ed.), *La línea sin fin*, 1 (pp. 33-36). Barcelona, España: Bestué & Valdés.
- Navarro, M. J. (2015). *De hospitales para el alma a dispositivos de poder. Arquitectura en las instituciones psiquiátricas aragonesas (1809-1939)*. Tesis doctoral dirigida por Manuel García Guatas y Antonio Urquizar Herrera. Facultad de Geografía e Historia, Departamento de Historia del Arte. Madrid, España: UNED.
- Nichols, S. (2002). El loco: en el tarot y en nosotros. *Jung y el Tarot. Un viaje arquetípico* (pp. 46-73). Barcelona, España: Kairós.
- Pastor, J.; Ovejero, A. (2007). *Michel Foucault. Caja de herramientas contra la*

- dominación (pp. 45-57). Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid, España: Turner.
- Portera, G. (2009). Il Lazzaretto di Messina dal XVI al XVIII secolo. Le origini, l'edificio di Carlos de Grunenbergh, il progetto di Pompeo Schiantarelli. *Lexicon, Storie e Architettura in Sicilia*, 8, 23-34.
- Rendueles, C. (2011). Jeremy Bentham: Sociofobia y utopía. En J. Bentham, *Panóptico* (pp. 9-27). Madrid, España: Círculo de Bellas Artes.
- Robson, M. (1946). *Bedlam*. Los Ángeles (CA): RKO Pictures.
- Rotterdam, E. (2006). *Elogio de la locura*. México DF, México: Tomo
- Sánchez-Moreno, I. (2017). La mente emparedada: Análisis crítico del tratamiento escenográfico de los manicomios en el cine. En G. Camarero y F. Sánchez (eds.), *Escenarios de Cine Histórico. V Congreso Internacional de Historia y Cine* (pp. 233-252). Getafe, España: Universidad Carlos III.
- Scorsese, M. (2010). *Shutter Island*. Los Ángeles (CA): Paramount.
- Solà, A. (2006). Del manicomio a la clínica mental. *Hollywood: Cine y psiquiatría* (pp. 157-168). Barcelona, España: Base.
- Suárez, J. L. (2008). Introducción a F. M. C. Fourier, *Valor educativo de la ópera y la cocina* (pp. 9-20). Gijón, España: Trea.