

EL ENCIERRO EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS Y HOGARES DE MENORES: SOBRE HISTORIAS PARALELAS Y PRÁCTICAS RECICLADAS

Benjamín Azar Bon¹

RESUMEN

Este artículo indaga sobre los puntos de contacto entre los hospitales psiquiátricos y los hogares de menores sin cuidados parentales, tanto en sus recorridos pasados como en sus características presentes. Para el análisis de estas instituciones se tienen en cuenta aspectos tales como sus orígenes, la función social que cumplen, la existencia de legislaciones específicas, los efectos subjetivos que producen y los cuestionamientos que recibieron. Se plantea que el surgimiento de leyes vinculadas a tratados internacionales de derechos humanos en ambos campos produjo una resignificación de la práctica de la internación.

Palabras clave: Encierro – Internación – Hogar de menores – Hospital psiquiátrico

ABSTRACT

¹ Psicólogo UNLa/UNT/CONICET. benjazar88@gmail.com.
Febrero 2022

This work inquires about the common points between psychiatric hospitals and residential children's homes, both in past and present characteristics. For the analysis we considered aspects such as their origins, social function, the existence of specific legislation, subjective effects they produce and the questions they received. We argue that the emergence of laws related to international human rights treaties produced a resignification in the practice of confinement.

Key Words: Confinement – Hospitalization – Psychiatric Hospitals – Residential Children's Homes

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XIX, Argentina, al igual que el resto de los nacientes países latinoamericanos, se encontraba en plena constitución de su Estado nacional. El ideario iluminista, que fue la base intelectual de las revoluciones de independencia, contribuyó a la formación de un Estado liberal clásico en el que la posesión de ciudadanía y, por lo tanto, de derechos civiles y políticos era un privilegio reservado para un selecto grupo. Tanto alienados, como menores, indígenas y –en menor medida- mujeres, quedaban por fuera de esta prerrogativa, por lo que constituían las excepciones al sujeto de derecho del nuevo Estado. Para algunos de ellos se crearon instituciones estatales de asistencia establecidas con los aportes de sociedades filantrópicas o de beneficencia. De este modo, proliferaron las construcciones de grandes hospitales psiquiátricos y hogares de menores sin cuidados parentales que, a

través de la práctica del encierro, cumplieron una importante función en la organización simbólica y material del joven Estado nacional (Llobet, 2010; Golcman, 2017; Stolkiner, 2018).

El presente artículo tiene como objetivo dar cuenta de la presencia de similitudes tanto históricas como actuales entre el campo de la niñez y el de la salud mental, específicamente en lo atinente a las instituciones de reclusión en ambas áreas. Asimismo, se abordará cómo el surgimiento de leyes vinculadas a tratados internacionales de derechos humanos modificaron y, sobre todo, resignificaron la práctica del encierro ejercida en sendos campos bajo la modalidad de internación.

Desde el punto de vista metodológico se realizó una aproximación analítico-interpretativa sobre bibliografía específica, instrumentos legales, relevamientos estadísticos y aportes teóricos-conceptuales de autores pertenecientes, principalmente, a la heterogénea corriente de la Salud Mental Comunitaria Latinoamericana, cuya tradición crítica hacia las instituciones de encierro ha producido numerosos estudios y reflexiones que permitieron iluminar un área que se mantuvo ajena a cuestionamientos académicos, profesionales y políticos durante gran parte de su existencia.

Por último, debe mencionarse que este artículo surge como parte del proyecto de investigación “Encierro y salud mental en Tucumán. Subjetividad, género y clase social (1970-2019)” dirigido por la Doctora Alejandra

Golcman y financiado por el PIUNT perteneciente a la Universidad Nacional de Tucumán.

LA INSTITUCIÓN DEL ENCIERRO: SOBRE HISTORIAS PARALELAS

En Argentina desde que se crearon los primeros hospitales para alienados, a mediados del siglo XIX, hasta finalizada la primera década del XXI, la práctica hospitalaria en salud mental careció de una legislación nacional específica que centralice las medidas y unifique los criterios vinculados a los tratamientos, en general, y a las internaciones, en particular. Este vacío legislativo, sumado al pujante espíritu positivista imperante en aquel entonces, favoreció al posicionamiento de los psiquiatras como los gestores naturales de la anormalidad, al mismo tiempo que se generaron las circunstancias para que estos detentaran un poder excepcional dentro del hospital. Esta situación le permitió a los psiquiatras ejercer simultáneamente una triple función, según Galende (2005): médico, juez y policía. Por lo que se legitimaba, además del ejercicio del tratamiento médico, la facultad de acusar, juzgar y condenar (al encierro) sin necesidad que haya defensa ni debido proceso.

En relación con los menores, a diferencia de los alienados, sí se produjo una legislación específica durante el siglo XX: la ley N°10.903 de Patronato de Menores, también conocida como Ley Agote²,

² La Ley Agote lleva el nombre de su autor, el diputado conservador Luis Agote, impulsor en Argentina de

estableció en 1919 la Doctrina de la Situación Irregular o Modelo de Patronato. Esta implicaba que los niños, ante la incapacidad de las familias de cumplir con sus cuidados, pasarían a ser responsabilidad estatal basándose en la noción de minoridad en riesgo (Llobet, 2010). De esta manera, con el objetivo de prevenir la delincuencia y la marginalidad, se facultaba al Estado para extender los mecanismos de control sobre los menores sin cuidados parentales o sobre aquellos que no habían podido ser disciplinados por la familia en primer término, o por la escuela posteriormente. Los jueces tenían la potestad, por lo tanto, de institucionalizar al menor con plena discrecionalidad, privándolo de la libertad por tiempo indefinido. Fue a partir de la Doctrina de la Situación Irregular que se generó una filiación explícita entre los menores – concebido como objetos de protección- y el Estado, representado en sus instituciones de reclusión (Bellof, 2004; Llobet, 2010). Dicha circunstancia permitió justificar, no solo la proliferación de instituciones de encierro para esta población sino también las prácticas estatales peno-custodiales y represivas vinculadas a los menores.

Cabe destacar que, tanto la gestión de los hospitales psiquiátricos como de los hogares de menores no estuvo exclusivamente en manos de la medicina mental o del Estado. Antes de la aparición del Estado Benefactor, a mediados del siglo XX, la ayuda social, lejos de ser una prerrogativa oficial, era llevada a cabo por órdenes religiosas u organizaciones civiles (de Paz Trueba, 2007).

movimientos tales como la Teoría de la Degeneración y el Higienismo.

Fueron entonces las sociedades de beneficencia o filantrópicas quienes, a través de la caridad cristiana –en la mayoría de los casos-, se encargaron del mantenimiento y puesta en función de estas primeras instituciones.

A pesar de la diferencia en cuanto a la existencia de legislaciones específicas que regulen el accionar de las instituciones, el encierro se constituyó, paralelamente, como la práctica más habitual tanto en el campo psiquiátrico como en el de los menores sin cuidados parentales. Las instituciones de encierro encontraban legitimidad en las corrientes teóricas dominantes de fines de siglo XIX y principios del XX, concretamente la psiquiatría positivista y la teoría de la degeneración. Esta última, iniciada con la publicación en 1857 del *Tratado de Degeneración de la Especie Humana* del psiquiatra francés Bénédict Augustin Morel, buscaba sustituir la clasificación sintomatológica de los clásicos por una etiológica basada en la herencia y en factores adquiridos del medio social, tales como el consumo de alcohol o la inmoralidad. La alienación para Morel era curable si podía hallarse a tiempo en determinados signos que la anunciaban, por lo que la Teoría de la Degeneración facilitó el surgimiento de la psiquiatrización de las anomalías y de los desvíos del comportamiento, lo cual consolidó una verdadera biopolítica de la población y permitió a la psiquiatría salir de los límites del hospital (Caponi, 2015). En la Argentina de fines del siglo XIX, al igual que en gran parte del mundo occidental, esta teoría argumentó –a partir de teóricos locales tales como José Ingenieros o Eusebio Gómez- un proyecto político nacional que necesitaba gestionar los efectos de

los grandes movimientos poblacionales acaecidos en aquel entonces (Vezzetti, 1982). Los niños huérfanos o trasgresores de la ley, al igual que las personas con alguna problemática de salud mental (principalmente aquellas que alteraban el orden público) eran fácilmente institucionalizados en pos de un bien común que encontraba su justificación en la instrumentalización política de la teoría de Morel.

Esta conjunción política, profesional, académica y social en torno a la función que desempeñaban las instituciones de encierro empezó a resquebrajarse con el surgimiento de corrientes críticas a las mismas luego de la Segunda Guerra Mundial. Tanto Michel Foucault (1964) como Erving Goffman (1961), dos de los referentes más importantes de este enfoque crítico al encierro, centraron sus análisis principalmente en el hospital psiquiátrico y las prisiones; sin embargo, sus estudios sirvieron de base para otros que tuvieron como objeto a la infancia y sus instituciones (Donzelot, 1991; García Méndez, 1994; Baratta, 1995; entre otros).

Actualmente, a pesar de los cuestionamientos que ha recibido la tradición crítica inaugurada por Foucault y Goffman, existe cierto consenso sobre la función segregativa y de disciplinamiento que cumplen las instituciones de encierro en los campos de la salud mental y de la niñez (Amarante, 2009; Galende & Kraut, 2005; Stolkiner, 2018), así como también en cuanto a las consecuencias subjetivas que sufren las personas institucionalizadas por largos períodos de tiempo. Vinculado a estos efectos, Goffman (1961) plantea que

en las instituciones totales³, tales como los hospitales psiquiátricos y los hogares para menores, se produce un despojamiento –al cual llamó institucionalizado- sobre todas las áreas de la vida de una persona internada. Para el autor canadiense, el sujeto se ve despojado no solo de la libertad, sino también de sus atributos personales, sus roles sociales, sus lazos afectivos, su individuación y, en último término, de su historia, lo cual resulta en la degradación de su propia existencia. Este proceso de desobjetivización (Galende, 2008) tiene como resultado, frecuentemente, el menoscabo de las capacidades de autonomía, autovalimiento y autodeterminación de las personas institucionalizadas.

En este fenómeno de despojamiento institucional la dimensión socioeconómica no jugaría un papel secundario sino que, por el contrario, se presenta como determinante, en tanto los efectos dehistorizantes y destructivos recaen, principalmente, sobre aquellos sujetos que no tienen más alternativas que la propia institución (Basaglia, 1968). En lo atinente a la salud mental, esta afirmación se opone al enfoque biologicista que plantea a lo social y material como puramente accesorio y entiende al deterioro en la autonomía como el único e inevitable destino natural de muchas formas

³ Goffman (1961) puntualiza las siguientes características como centrales en las instituciones totales: los aspectos de la vida de los internos se desarrollan en un mismo lugar; presencia de la compañía constante de los pares, de quienes se espera un igual comportamiento; todas las actividades diarias están estrictamente programadas e impuestas y las actividades se integran en un plan racional para el logro de los objetivos propios de la institución.

de padecimientos psíquico como, por ejemplo, las psicosis.

En el caso particular de los niños reclusos en hogares, cuya etapa vital en tránsito los coloca en un proceso de transformación tanto biológica como psíquica, las consecuencias subjetivas de la institucionalización cobran especial gravedad. El encierro institucional puede producir como efecto la discontinuidad y fractura del proceso de constitución subjetiva, así como el deterioro de aquello ya instituido. Esto no es resultante de particularidades contingentes de las instituciones de encierro, sino que es producto de sus características estructurales que imposibilitan la socialización, limitando fuertemente los vínculos, e impiden el despliegue de procesos propios de la adolescencia (Efrón, 2012).

En estas condiciones y por las consecuencias mencionadas de la institucionalización, tanto niños como personas internadas por problemáticas de salud mental son susceptibles, eventualmente, de sufrir un deterioro tal que solo les permita circular en un espacio completamente regulado, medido, controlado y, por lo tanto, vigilado y normativizado. En otras palabras, la institución total se presenta con frecuencia como la única posibilidad de un lugar para aquellos sujetos que ella misma produjo, constituyendo, de esta manera, un mecanismo de retroalimentación que argumenta su continuidad y persistencia.

LA INSTITUCIÓN DE LA LEY Y EL “RECICLAJE” DE LAS PRÁCTICAS

El origen, la función social que cumplen, el empleo del encierro y las consecuencias subjetivas que producen son solo algunos de los puntos de contacto que tienen los hogares de menores y los hospitales psiquiátricos. El paralelismo en los recorridos de estas instituciones se expresa, también, en las críticas de las que fueron objeto y en las transformaciones que estos cuestionamientos produjeron.

Si bien en 1959 la Organización de Naciones Unidas aprobó la Declaración por los Derechos del Niño y en 1979 declaró a ese año como el Año Internacional del Niño, fue recién en 1989 que se produjo un cambio sustantivo en materia de derechos humanos y niñez con la sanción de la Convención sobre los Derechos del Niño. Esta fue el primer instrumento internacional de carácter vinculante -es decir, de cumplimiento obligatorio para los países firmantes- sobre los derechos de los niños, constituyendo el corolario de un movimiento, tanto político como académico, que promovía un cambio paradigmático expresado en el pasaje de la concepción del menor como objeto de tutela y protección, al niño como sujeto de derechos. La convención adquirió rango constitucional en Argentina con la reforma de la carta magna de 1994 y sirvió de fundamento para la sanción en 2005 de la ley N° 26.061, llamada Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. De este modo, a nivel nacional, se consolidó el paso de la doctrina de la Situación Irregular a la Protección Integral de las niñas, niños y adolescentes (en adelante N,NyA), al menos en los aspectos políticos y jurídicos.

En cuanto a la salud mental, los movimientos de transformación institucional, herederos de la tradición crítica inaugurada por Foucault y Goffman, fueron acompañados por múltiples pronunciamientos de los organismos internacionales de derechos humanos desde principio de la década de 1970, tales como la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental de 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1976. No obstante, fue recién en 1990 que se produjo un verdadero hito a nivel regional con la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud convocada por la OMS y la OPS, a partir de la cual surgió la llamada Declaración de Caracas, que se estableció como una fuerte crítica al hospital monovalente y a todo el sistema psiquiátrico en general. En la misma línea, un año después, la ONU adopta Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. Estos dos instrumentos, junto con los Principios de Brasilia (2005), fueron la base teórica para la formulación y posterior sanción en Argentina de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM) N° 26.657 en 2010, que fue la coronación de un proceso que sostenía la necesidad de entender al usuario de servicios de salud mental como sujeto de pleno derecho y al hospital psiquiátrico como un lugar de segregación social y vulneración de garantías legales.

La LNSM y la de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA poseen múltiples puntos de encuentro, en tanto comparten una perspectiva de ampliación de derechos. Entre ellos se destacan, ya sea por su grado de

similitud y/o por la importancia que revisten en sendas normas, los siguientes puntos:

Ambas están basadas en instrumentos internacionales de derechos humanos (Art. N°2 de la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA y Art. N°2 de la LNSM).

Tanto la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA (Art. N°3 Inc. A) como la LNSM (Art. 7) resaltan y sostienen una concepción del sujeto en cuestión como titular de derechos.

Las dos leyes consideran a la promoción de redes intersectoriales locales como una estrategia adecuada y necesaria (Art. N° 4 Inc. D de la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA y Art. N°. 9 de la LNSM).

Tanto la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA en su Art. N°6 como la LNSM en sus artículos N°7, N°30 y N°36 sostienen la necesidad de la participación comunitaria en los procesos en cuestión. Ambas resaltan al sujeto en cuestión como participe activo del proceso que los incumbe. En la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA se explicita el derecho a opinar y a ser oído (Art. N°2 y N°24) y en la LNSM se sostiene la importancia de que los usuarios del sistema de salud mental sean informados y brinden su consentimiento al tratamiento (Art. N°7 Inc. J y Art. N°10).

Ambas legislaciones se refieren al derecho a la identidad a través del acceso a la documentación (Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA Art. N° 11, N° 12 y N° 13 y LNSM Art. N° 17).

Tanto en la Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA en su Art. N°47 como en la LNSM en sus

Art. N°22 y N° 38 se previó la creación de figuras y órganos de control de las normas y de promoción y protección de los derechos de las personas en cuestión.

A pesar de estas numerosas convergencias entre las leyes mencionadas, interesa a los fines de este trabajo remarcar aquellos puntos concernientes a la internación o resguardo institucional:

La LNSM en su artículo N° 14 se refiere a las internaciones como un recurso terapéutico de carácter restrictivo. Esto significa que solo se indicará esta medida cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones en el entorno familiar, comunitario o social. Además de ello, la ley promueve una serie de estrictos mecanismos de control, principalmente en el caso de las internaciones involuntarias, a fin de garantizar los derechos de la persona internada en tanto se restringe su libertad.

La Ley de Protección Integral de los Derechos de las N,NyA en su artículo N° 39 define las medidas excepcionales -de protección- como aquellas que se adoptan cuando las N,NyA estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio.

Es evidente entonces que ambas normas contemplan el resguardo institucional como una alternativa posible, ya sea a través de la internación en dispositivos de salud o de las medidas proteccionales en el área de la niñez. Sin embargo, esta práctica —a diferencia de lo que sucedía antes de las sanciones de las leyes vigentes- debe ser argumentada y justificada dentro de los parámetros de

las normas en cuestión; es decir, debe demostrarse que no existen otras alternativas superadoras y que el motivo que la fundamenta está basado en los beneficios terapéuticos del usuario o en el interés superior del niño. La institución no es negada o abolida, sino enmarcada y limitada mediante una reglamentación que tiene al sujeto (niño o usuario) como el fin último. Se produce, entonces, una resignificación de la práctica institucional a partir de la instauración de una legalidad que reordena la configuración arbitraria con la que antes se ejercía el encierro.

Las internaciones y medidas proteccionales adquieren, a partir de una nueva fundamentación, un estatuto diferente. Las bases que las argumentan –centradas en el respeto por los derechos de los sujetos- constituyen un fin en sí mismo y, simultáneamente, son un medio que propicia un cambio de posición subjetiva. Desde esta perspectiva, las prácticas de resguardo darían cuenta de un corte, separación o pausa con el objetivo de interrumpir un circuito que podría resultar en una situación de gravedad. La restricción no se entiende como una condena, un acto punitivo, segregativo o burocrático, sino como una instancia de posible reordenamiento y reposicionamiento subjetivo, donde se produce aquello que Lacan (1998) conceptualiza como escansión. Este concepto, proveniente de la clínica psicoanalítica, define la intervención de corte o detención en algún momento no preestablecido de la sesión con el fin de producir un efecto reordenador en el sujeto. Es posible entender a la internación o al

abrigo⁴ en los términos de la escansión, en tanto la práctica institucional promueva, a través de la interrupción de la cotidianidad y de su reemplazo por otra, una recomposición en términos subjetivos (Efrón, 2020). El acto objetivante del encierro, criticado fuertemente desde hace más de setenta años, es modificado y, por lo tanto, transformado en prácticas de resguardo institucional con base en la comunidad a fin de evitar el aislamiento, la estigmatización y el desentendimiento estatal.

A pesar de estos avances en términos jurídicos, tanto el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019) como el Relevamiento Nacional de Situación de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina - actualización 2017- (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y UNICEF, 2018) han expuesto que todavía las internaciones crónicas en hospitales monovalentes y en institutos proteccionales son prácticas recurrentes y que los dispositivos alternativos a la institucionalización no se han desarrollado en la medida de poder reemplazar a los propios del paradigma anterior. Asimismo, son numerosas las jurisdicciones dentro de Argentina que no cuentan todavía con las figuras y órganos de control que las normas prevén para garantizar su cumplimiento y, por lo tanto, asegurar los derechos de las personas objeto de ellas. Esta dificultad en la puesta en acto de las leyes,

⁴ Medida excepcional, provisoria y fundada en la protección de derechos que implica la separación del N,NyA de su medio familiar.

a través de políticas públicas acordes, sitúa al resguardo institucional en riesgo de quedar solo en un enunciado legal que contenga en su interior prácticas que apenas difieren de aquellas que vino a reemplazar. En tal sentido, Rubén Efrón (2020: 65) sostiene que la internación en el campo de la salud mental o el abrigo - como medida proteccional- en el de los derechos de la infancia “son herramientas que deben ser reconsideradas y refundamentadas para que no queden atrapadas y encorsetadas en los paradigmas anteriores”.

La dificultad del pasaje de la ley a la política pública responde, sin dudas, a una multiplicidad de causales, alguna de las cuales puede pensarse en ambos campos en cuestión –siguiendo el paralelismo planteado- y otras como específicas de la salud mental o de la niñez; en cualquier caso abordar esta complejidad excede los objetivos de este trabajo. No obstante, a pesar de la distancia entre lo que dicta las normas y lo que en la práctica se ejerce, la existencia de leyes que contemplen a los sujetos en cuestión como ciudadanos de pleno derecho permite instalar una nueva y diferente referencia moral. Tal como sostiene Rita Segato (2003), las leyes tienen el poder simbólico de dar forma a la realidad, de representarla, un poder producto, en última instancia, de su legitimidad para nominar. Quedará pendiente indagar si estas nuevas referencias tienen la potencialidad por sí mismas de motorizar políticas públicas que generen dispositivos alternativos al encierro institucional; así como también, dilucidar cuál es el rol de los profesionales y académicos en la disputa

por la implementación de prácticas coherentes con las leyes vigentes.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo se ha intentado mostrar los puntos de contacto existentes entre los hospitales psiquiátricos y los hogares de menores sin cuidados parentales, tanto en sus recorridos pasados como en sus características presentes. Estos lugares de encuentro permiten pensar en un devenir paralelo de ambas instituciones en la que los aspectos comunes superan ampliamente las diferencias. Entre las similitudes se destacan los orígenes, la función social segregativa que ambas cumplieron (y siguen cumpliendo en muchos casos), las consecuencias subjetivas que producen en quienes residen en ellas y la existencia de fuentes críticas comunes que propiciaron el surgimiento de leyes vinculadas a tratados internacionales de derechos humanos.

Asimismo, se ha expuesto cómo estas nuevas legislaciones, representantes de un cambio paradigmático, colaboraron a resignificar la práctica de la internación, antes ligada al encierro y ahora entendida como resguardo institucional. El cambio de legislación en ambos campos se presenta como un hito que marca el pasaje en la concepción de los menores y enfermos mentales incapaces a la de los N,NyA y las personas con padecimientos mentales como presuntamente capaces y sujetos de pleno derecho.

A pesar de que ha habido grandes dificultades para el cumplimiento de estas normas y que, en la actualidad,

los dispositivos pertenecientes al viejo enfoque asilar siguen siendo mayoritarios, el cambio paradigmático representado en las legislaciones vigentes ha producido una marca que trasciende lo jurídico. Cómo convertir la letra de la ley en políticas públicas que incluyan, en los hechos, a las personas con padecimientos mentales y a los N,NyA sin cuidados parentales parece posicionarse ahora como el tema en disputa.

BIBLIOGRAFÍA

Amarante, P. (2007). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.

Baratta, A. (1995). La niñez como arqueología del futuro. En Bianchi (Ed.), *El derecho y los chicos*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Bellof, M. (2004). *Los Derechos del Niño en el Sistema Interamericano*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Basaglia, F. (1998 [1968]). *L'istituzione negata*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.

Caponi, S (2015). *Locos y degenerados: una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Paz Trueba, Y. (2007). El ejercicio de la Beneficencia: Espacio de prestigio y herramienta de control social en el centro y sur bonaerense a fines del siglo XIX. *Universidade Estadual Paulista; Revista História; 26; 2; 366-384*.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina.

Efrón, R. (2012). *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Del malestar al protagonismo*. Editorial Académica Española.

Efrón, R. (2020). Intersecciones iluminadoras: abrigo e internación. *Salud Mental y Comunidad (UNLa)*, 8; 62 – 71.

Foucault, M. (2015 [1964]). *Historia de la locura en la época clásica*, Tomo I. México: FCE.

Galende, E. & Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Golcman, A. (2017). *El trabajo clínico psiquiátrico en el Buenos Aires del siglo XX*. Madrid: Catarata.

Goffman, E. (1994 [1961]). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 30.

García Méndez, E. (1994). *Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Forum Pacis, con apoyo de UNICEF- TACRO.

Lacan, J. (1998): *Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje en Psicoanálisis*. En Escritos 1. México: Siglo XXI.

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061. Boletín Oficial N° 30767. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 26 de octubre de 2005.

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26657. Boletín Oficial N° 32041. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Llobet, V. (2010). *¿Fábricas de niños? Las instituciones en la era de los derechos*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación & UNICEF (2018). Situación de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional - actualización 2017.

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud mental. Dossier Salud Mental. *Revista Soberanía Sanitaria*. 2 (4): 34-38.

Vezzetti, H. (1982). La Locura y el Delito. Un Análisis del Discurso Criminológico en la Argentina del Novecientos. En P. Legrend (Ed.) *El Discurso Jurídico. Perspectiva Psicoanalítica y Otros Abordajes Epistemológicos* (Pp. 235-257). Buenos Aires: Editorial Hachette.