

# PRIVACIONES DE LIBERTAD POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

## Editores

Renato Constantino C.  
Renata Bregaglio L.  
Andrea Montecinos T.



DERECHO PUCV  
Facultad Latinoamericana de Ciencias de la Vida

Departamento  
Académico de Derecho





**PRIVACIONES DE  
LIBERTAD POR  
RAZONES DE  
SALUD MENTAL  
EN LATINOAMÉRICA**



# PRIVACIONES DE LIBERTAD POR RAZONES DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

EDITORES

RENATO CONSTANTINO

RENATA BREGAGLIO

ANDREA MONTECINOS



DERECHO PUCV  
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

**Departamento  
Académico de Derecho**



**Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD)**

**Jefe del DAD**

Elmer Arce Ortiz

**Director del CICAJ-DAD**

Betzabé Marciani Burgos

**Consejo Directivo del CICAJ**

Renzo Cavani Brain

Areli Valencia Vargas

Gilberto Mendoza del Maestro

**Equipo de Trabajo**

Rita Del Pilar Zafra Ramos

Carlos Carbonell Rodríguez

Ana Lucía Montenegro Chaupis

Facundo García Encinas

Leonardo Franshresco Cáceres Salazar

Genesis Mendoza Lazo

*Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica*

Editores: Renato Constantino, Renata Bregaglio y Andrea Montecinos

Imagen de cubierta: Weiye Tan/Pexels.com

Primera edición digital: setiembre de 2024

© Pontificia Universidad Católica del Perú  
Departamento Académico de Derecho  
Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú

Teléfono: (511) 626-2000, anexo 4930 y 4901

<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/>

Corrección de estilo: Maria Gracia Tamara Minaya Chávez (textos en español) y  
Natalie Ross Oyola Liza (texto en portugués)

*Derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de los textos con permiso expreso de los editores.*

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-10136

ISBN: 978-612-49809-0-9

Los textos de esta publicación han pasado  
satisfactoriamente por un proceso de arbitraje doble ciego  
por pares externos internacionales.





# CONTENIDOS

<b>PREFACIO / PREFACE</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN: ¿PARA QUÉ ESTE LIBRO?</b>	<b>27</b>
<b>ARGENTINA</b>	
Privaciones de libertad con justificación terapéutica en Argentina <i>Paula Gastaldi y Belén Gulli</i>	37
La privación de libertad por motivos de salud mental en el proceso penal argentino <i>Ezequiel Mercurio</i>	65
El proceso de desinstitucionalización de personas con sufrimiento mental en Argentina: una reforma de salud sobre principios de derechos humanos <i>Macarena Sabin Paz y Eugenia Bianchi</i>	89
<b>BRASIL</b>	
Holocausto Brasileño: un análisis desde las intersecciones entre la animalidad y las discapacidades <i>Ana Paula Barbosa-Fohrmann y Anna Caramuru Aubert</i>	113
Fim dos manicômios judiciários e garantia dos direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei no Brasil: mais perto do que longe? <i>Ludmila Cerqueira Correia y Olívia Maria de Almeida</i>	131
<b>CHILE</b>	
Privación de libertad de personas con discapacidad mental y proceso penal chileno <i>Francisca Figueroa San Martín</i>	155

## COLOMBIA

- Salud mental y privaciones de libertad en Colombia: su entendimiento desde la norma y la jurisprudencia constitucional  
*Federico Isaza Piedrahita* 179
- Inimputabilidad en Colombia: Prisión o psiquiátrico  
*María Isabel Mora Bautista* 205
- El proceso de desinstitucionalización en Colombia, una tarea por concluir  
*Martha Patricia Saavedra-García* 223

## MÉXICO

- Privaciones de libertad por cuestiones terapéuticas en México  
*Mariana Mascorro Osorio y María Fernanda Pinkus Aguilar* 243
- Privaciones de índole penal por motivos de salud mental en México  
*David Mejía y Diana Sheinbaum* 269
- El obstáculo epistémico en la ley que define el encierro  
*Emma Erika González Gutiérrez* 287

## PERÚ

- Las privaciones de libertad por motivos terapéuticos en el Perú  
*Renato Antonio Constantino Caycho* 313
- La privación de libertad de personas con discapacidad mental a partir de la regulación de inimputabilidad en el Perú  
*Renata Bregaglio* 333
- La salud mental en el Perú: progresos hacia la desinstitucionalización  
*José Carlos Ponce de León y María Grazia Erasquin Ruiz* 363

# EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS CON SUFRIMIENTO MENTAL EN ARGENTINA: UNA REFORMA DE SALUD SOBRE PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS<sup>1</sup>

Macarena Sabin Paz<sup>2</sup>

Eugenia Bianchi<sup>3</sup>

## Resumen

El artículo propone un recorrido breve por la historia de la salud mental en la Argentina, desde el siglo XIX con el auge de los hospitales psiquiátricos, hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 y el actual proceso de transformación manicomial, la desinstitucionalización de las personas y el retorno a la vida en la comunidad. En este recorrido, pone el énfasis en la situación de las mujeres como paradigma de las violencias sufridas en el encierro, desde una perspectiva interseccional. Para eso, toma distintos informes y estudios, y plantea algunos desafíos pendientes.

**Palabras clave:** salud mental, desinstitucionalización, hospital psiquiátrico, sufrimiento mental, derechos de las personas con sufrimiento mental, mujeres

## Abstract

*The article proposes a brief overview of the history of mental health in Argentina, from the nineteenth century with the rise of psychiatric hospitals, to the enactment of the National Mental Health Law in 2010 and the current process of asylum transformation, the deinstitutionalization of people and the return to life in the community. In this journey, she emphasizes the situation of women as a paradigm of the violence suffered in confinement, from an intersectional perspective. To do this, it takes different reports and studies, and poses some pending challenges.*

**Keywords:** mental health, deinstitutionalization, psychiatric hospital, mental suffering, rights of people with mental suffering, women

- 
- 1 Algunas ideas ya se han esbozado en Sabin y Bianchi (2023).
  - 2 Macarena Sabin Paz, Lic. en psicología, UBA, Dra. en Salud Mental Comunitaria, UNLa, Coordinadora del Equipo de Salud Mental en el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). [msabin-paz@cels.org.ar](mailto:msabin-paz@cels.org.ar)
  - 3 Eugenia Bianchi, Lic. en sociología (UBA), Dra. en Ciencias Sociales (UBA) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos, Buenos Aires, BA, Argentina. C1114AAD – [info@conicet.gov.ar](mailto:info@conicet.gov.ar); [iigg@sociales.uba.ar](mailto:iigg@sociales.uba.ar); [gesfyd@gmail.com](mailto:gesfyd@gmail.com).

## **La situación de la salud mental antes de la sanción de la Ley de Salud Mental Argentina**

La Argentina, al igual que otros países de la región, tuvo una larga historia en relación con la atención en salud mental desde el siglo XIX hasta la actualidad, centrada fundamentalmente en la atención y tratamientos en hospitales psiquiátricos de tipo asilar (Vezzetti, 1985). Dentro de los hitos se señala la apertura del Hospital para mujeres Braulio Moyano en 1854 y el Hospicio San Buenaventura —hoy José T. Borda— en 1863, ambos en la ciudad de Buenos Aires (Pita, 2012). Veinte años después se abrieron los tres principales hospitales psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires, en funcionamiento hasta la actualidad (Sy et al., 2020; Pierri, 2021). En general, estos ámbitos se orientaban al diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, con tratamientos crueles e inhumanos (Galende y Kraut, 2006; Galende, 2008).

La razón de ello, para Galende (2015), fue incluir a la psiquiatría dentro del campo de la medicina, para lo cual los sufrimientos mentales fueron considerados enfermedades. Sin embargo, al carecer de una explicación etiopatogénica como las enfermedades de las que se ocupa la medicina, la psiquiatría identificó causas explicadas a partir de supuestos. El forzamiento por constituirse en especialidad médica tuvo su límite en la práctica, ante la ausencia de tratamientos nutridos por la racionalidad de los principios de la patogenia. En su lugar, advino la reclusión y el internamiento de las personas con sufrimiento mental, como correlato de un mandato que es de orden social y político, y que en nuestros días se sostiene en el estigma social sobre la “locura” y la presunción de “peligrosidad” de la persona con sufrimiento mental (Foucault, 2000; 2005).

Recién en 1956, y como consecuencia de las profundas transformaciones que dejó la segunda guerra mundial, —y el fracaso del sistema manicomial y el tratamiento moral de la locura— comenzó a concebirse un modelo de atención en la salud mental más humano. Para esos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya hablaba de construir comunidades terapéuticas alternativas al manicomio. En este contexto, se crea el Servicio de Psicopatología, dirigido por el Dr. Mauricio Goldemberg en el Hospital Gregorio Araoz Alfaro en la provincia de Buenos Aires, caracterizado por conceptos como la prevención, la inclusión familiar en el tratamiento de las patologías mentales, y la apertura de un servicio de internación en el mismo piso donde funcionaba la clínica médica, hecho sin precedentes. Además, se incorporaron psicólogas, psicólogos y psicoanalistas dentro de los equipos tratantes, disciplinas que estaban, hasta ese momento, reservadas a cierto grupo de la sociedad (Galende, 1994).

Los años posteriores, diferentes experiencias tuvieron lugar en la Argentina, tanto en relación con la creación de servicios de atención en salud mental en hospitales generales, como de reforma del sistema de salud. Pero fueron honrosas excepciones (Faraone, 2015).

En el año 2008, 70 años después de que Gonzalo Bosch —por entonces director del Hospital Borda— publicara un texto titulado “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina” sobre el fracaso del Estado como de los propios

psiquiatras, en el tratamiento de las enfermedades mentales y de los modelos de atención, se conoció la publicación *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS]-Mental Disability Rights International [MDRI], 2007).

La investigación reveló que “en Argentina había cerca de 25 mil personas [alojadas en] instituciones psiquiátricas y comunidades terapéuticas” (Negrello, 2022). Las condiciones de alojamiento eran gravísimas; vivían hacinadas, eran víctimas de abusos físicos, sexuales, aislamiento en salas de reclusión,

e incluso tortura. La sobre medicación psicofarmacológica era práctica habitual, al igual que las sujeciones físicas a las camas sin controles clínicos, el abandono generalizado e incluso el electroshock. En sintonía con esa realidad, las muertes nunca se investigaban porque eran consideradas muertes naturales. (Negrello, 2022)

Un sistema judicial de características tutelares y capacitistas fue la pieza legal clave y necesaria para generar estados de excepción sobre las personas que “caían” en el hospital psiquiátrico, delineando y configurando un sistema manicomial aniquilador de las subjetividades. El modelo tutelar tuvo su institucionalidad en la organización judicial y procuró acciones piadosas, filantrópicas, de reeducación, protección y control.

Foucault define este anudamiento entre los métodos médicos y judiciales del siguiente modo:

La prohibición constituía la medida judicial mediante la cual se descalifica a un individuo, al menos parcialmente, como sujeto de derecho. Ese marco jurídico y negativo, va a ser en parte cubierto y en parte reemplazado, por un conjunto de técnicas y procedimientos con los que se emprenderá el enderezamiento de quienes se resisten a la domesticación y la corrección de los incorregibles. El encierro practicado en gran escala a partir del siglo XVII puede aparecer como una especie de fórmula intermedia entre el procedimiento negativo de la prohibición judicial, y los métodos positivos de rectificación. (Foucault, 2000, p. 298)

La pretendida protección de las personas con sufrimiento mental fue un argumento poderoso del modelo tutelar que, en su propósito, sostuvo medidas restrictivas del ejercicio de derechos mantenidas por tiempo indeterminado y sin limitación del poder de intervención del Estado sobre la vida de esas personas. Las personas con discapacidad psicosocial eran declaradas insanas o incapaces por regla y no por excepción, y sus decisiones eran reemplazadas por las de un representante legal o curador que resolvían de acuerdo con sus propios criterios e incluso intereses (CELS, 2023).

## **1. La llegada de la Ley Nacional de Salud Mental: mucho más que un nuevo orden legal**

En 2010, la Argentina sancionó por unanimidad la Ley Nacional de Salud Mental bajo el número 26.657, reglamentada posteriormente en 2013 (Ministerio de Justicia de la Nación, 2010; 2013). Esta Ley fue el resultado de un conjunto de

voces, de actores, de voluntades políticas, de personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familias, de instituciones académicas, de sindicatos, de organizaciones sociales y de derechos humanos, que se unieron y en su polifonía exigieron un nuevo orden de reconocimiento y de respeto de los derechos humanos de las personas con algún sufrimiento mental (Faraone, 2012; Faraone et al., 2023).

Fue necesaria una ardua discusión en espacios de gobierno con autoridades y legisladores para disputar la vieja concentración del poder médico: la salud mental no sería nunca más un asunto exclusivo de las disciplinas de la medicina y la psiquiatría, sino que el nuevo modelo apostaba a un sistema en el que toda la sociedad cumpla un rol. Los equipos de salud pasarían a estar conformados —no sin disputas y forcejeos— por profesionales de la psicología, el trabajo social, el acompañamiento terapéutico, la musicoterapia, la terapia ocupacional, la enfermería especializada.

Las personas con sufrimiento mental serían consideradas sujetos de derecho y, entonces, tendrían todas las garantías del debido proceso judicial tanto para los procesos de regulación de sus internaciones como de restricción a su capacidad jurídica. Abogadas y abogados defensores, órganos de revisión de las internaciones que realicen control de legalidad y aseguren el cumplimiento de la ley, la consideración de la voluntad de la persona en los tratamientos, la priorización de su voz y su voluntad, y, por sobre todo, el consentimiento informado, serían desde ese momento piezas claves para poder comprender la esencia de una ley que, por primera vez en la Argentina, disponía un orden ético y respetuoso de derechos, que vele por la dignidad y la integridad de la persona.

A su vez, la norma estableció la prohibición de abrir nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes y, en su defecto, señaló la necesidad de crear en forma urgente una red de atención en la comunidad que integre los tres niveles de atención. En armonía con esas concepciones, las internaciones por motivos de salud mental serían una excepción, utilizada cuando otras alternativas ambulatorias hayan sido probadas y no hayan resultado eficientes o eficaces. En esos casos, deben procurar la duración más breve posible y cumplir con las garantías judiciales de protección. La Ley señaló la obligatoriedad de aumentar el presupuesto público destinado a las políticas de salud mental, y estableció como piso mínimo el 10 % dentro de lo que corresponde a toda la cartera de salud.

La Ley Nacional de Salud Mental argentina representó un hecho histórico: no solo ordenó legalmente las internaciones, los tratamientos y revirtió la consideración jurídica del grupo, sino que fue el primer paso para saldar la deuda histórica que el Estado y la sociedad habían tenido hacia las personas con sufrimiento mental (Faraone y Barcala, 2020).

## **2. Las vicisitudes de la reforma: un camino sinuoso de mesetas y avances desiguales**

En el año 2019, el Estado argentino, a través de la autoridad de aplicación de la Ley, el Ministerio de Salud de la Nación, realizó el primer —y único— Censo

Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) 9 años más tarde de lo estipulado por la norma.

De este modo se conoció que, en Argentina, había 12,035 personas entre los 7 y los 96 años, que se encuentran “internadas en 162 instituciones monovalentes de salud mental, públicas y privadas” (CELS, 2020, p. 1). Así,

El promedio de tiempo de permanencia en ellas es de 8,2 años, cifra que aumenta a 12,5 años en el sector público. Una de cada cuatro personas lleva más de 11 años internada y se encontraron personas con 90 años de internación. (CELS, 2020, p. 1)

El 63.6 % no contaba “con el criterio de internación establecido por la Ley Nacional de Salud Mental, configurando detenciones ilegales” (RUMBOS, 2023, p. 15). Esto permite concluir que “son los motivos sociales y no los clínicos, los que continúan explicando el elevado número de internaciones y los tiempos excesivos durante los cuales se sostienen”. (CELS, 2020, p.1-2).

El 60.4 % de las personas no había brindado su consentimiento para ingresar a un hospital psiquiátrico (RUMBOS, 2023, p. 15). Únicamente el 12.4 % de las personas internadas tenía posesión de su documento nacional de identidad y solo el 41.6 % podía efectuar llamadas telefónicas, algunas teniendo que pagar para hacerlo (RUMBOS, 2023, P. 15). Además, había 266 niños, niñas y adolescentes entre las personas internadas (RUMBOS, 2023, P.15).

Este relevamiento no incluyó a las personas que residen en instituciones con internación exclusiva en adicciones (RUMBOS, 2023, P. 15), en hospitales polivalentes, ni a las personas declaradas inimputables o con figuras penales afines internadas/detenidas en dispositivos psiquiátricos del sistema penitenciario. Los datos no se han actualizado desde entonces.

En cuanto a la disposición presupuestaria, según datos publicados por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, la suma de los recursos totales representó tan solo el 1.47 % del gasto total de salud, lo que se encuentra muy por debajo del 10 % dispuesto en la Ley. La situación se agrava por el hecho de que gran parte de este escaso porcentaje se dirige al financiamiento de instituciones psiquiátricas (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia [ACIJ], 2021).

Sin embargo, los avances y el respeto institucional por las imposiciones legales no fueron similares en todas las provincias argentinas. Existen dos casos que resultan paradigmáticos para representar esta irregularidad: la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Provincia de Buenos Aires es la más grande y poblada de la Argentina: según el Censo Nacional de 2022 viven 17 569 053 personas, lo que representa un 38.13 % de la población total (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Indec], 2023). Desde fines del año 2019, las autoridades de la provincia asumieron un compromiso histórico respecto de las políticas de salud mental que, hasta ese entonces, habían estado orientadas a nutrir el sistema asilar manicomial a través de los cuatros hospitales monovalentes más grandes del país; el Hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” en la localidad de La Plata, el Hospital Esteves en la ciudad de Temperley, el Hospital Domingo Cabred, en la localidad de Luján, y



el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Doctor Domingo José Taraborelli, en la ciudad costera de Necochea.

La Provincia de Buenos Aires definió un plan de adecuación de estos hospitales a la Ley hasta su cierre definitivo, en el marco del Programa Provincial Buenos Aires Libre de Manicomios. Dentro de los principales resultados informados en páginas oficiales, externaron a 632 personas; inauguraron 181 viviendas asistidas; se financiaron más de 800 proyectos laborales, y se conformaron 38 equipos interdisciplinarios (Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires, s.f).

En contrapartida, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (con 3 120 612 personas, según los datos del mismo censo nacional), aún conserva una lógica asistencial manicomial, nucleada a través de los cuatro hospitales monovalentes de su jurisdicción: el Hospital José T. Borda, el Hospital B. Moyano, el Hospital de Urgencias T. de Alvear, y el Hospital C. Tobar García, orientado a la salud mental de las infancias y juventudes (Buenos Aires Ciudad, 2023a).

Si bien no existen datos oficiales sobre las acciones destinadas a avanzar en políticas de salud mental adecuadas a las normas vigentes, los datos presupuestarios permiten arribar a algunas conclusiones preliminares.

La distribución del presupuesto destinado a salud mental de los porteños señala una tendencia que se repite cada año: el 77.4 % del gasto se concentra en los hospitales psiquiátricos. Esto evidencia que la ciudad no ha avanzado en su obligación de sustituir las instituciones monovalentes por dispositivos de base comunitaria, tal como lo establece la Ley Nacional e incluso una Ley específica de Salud Mental de la que dispone la Ciudad desde el año 2000, n.º 448. También reviste particular gravedad la situación presupuestaria del Programa de Externación Asistida del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad en tanto “cae un 97,77% en valores reales (ajustados por la inflación anual) en relación con el presupuesto del 2021” (Buenos Aires Ciudad Resolución en EX-2023-35980580-GCABA-OGDAI, 2023b). un 97.77 % en valores reales en relación con el presupuesto original del 2021.

### **3. El desafío de la vivienda: el sueño de un lugar para vivir**

Dentro de todos los derechos que se requieren para avanzar sostenidamente hacia políticas de desinstitucionalización, la vivienda es quizás el que presenta los mayores obstáculos.

La investigación Cruzar el Muro: desafíos para la externación del manicomio señaló que

el porcentaje de personas que antes de la internación vivía en casa propia o de familiares (59,85%) disminuye de forma drástica para el momento de la externación (16,40%), lo que da cuenta de la instancia de internación como un período de despojo de alternativas de vivienda sostenibles vinculadas, además, a un entramado social o familiar. (CELS, 2014, p. 57)

La mayor parte de ellas (67.43 %) vivía en distintos dispositivos residenciales, y “en muchas ocasiones, la prolongación de la permanencia en dichos lugares no fue el resultado de una decisión libre, sino la consecuencia de la imposibilidad



de obtener financiación o subvención para la solución definitiva del derecho a la vivienda” (CELS, 2014, p. 57).

A 9 años de realizada dicha investigación, la situación de la vivienda no ha mejorado notablemente. Incluso en las jurisdicciones con mayor apego a las imposiciones legales y con demostrado compromiso político por el cierre de los hospitales psiquiátricos, faltan viviendas en las que poder proyectar salidas sustentables.

La investigación reciente Reflexiones sobre la desinstitucionalización de mujeres del Hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”: aportes al proceso de transformación manicomial (Sabin Paz y Biaggio, 2023, pp. 6-7) así lo revela.

[...] señalamos un hecho fáctico: un día se produce la mudanza. Ese acto condensa un punto de inflexión que determina los bordes entre el adentro y el afuera. [...] También sabemos que esas paredes manicomiales son permeables, y al igual que la piel constituyen una membrana de interacción con el mundo. Fronteras porosas que, al contrario de un muro rígido, que limita con nitidez y claridad un adentro y un afuera, funcionan de manera flexible creando zonas grises entre ambos espacios. (p. 6)

En nuestras conversaciones encontramos que ninguna pudo situar con claridad la mudanza como un punto de inflexión. No hay diferenciación de los espacios “adentro y afuera”, en una correspondencia con la internación y la externación. Solo una de las mujeres pudo situar una fecha precisa, o un momento significativo asociado a este hecho, como así tampoco el tiempo que había transcurrido. La forma en la que describieron su mudanza a la casa fue referida como un pasaje más, al igual que todos los producidos dentro del hospital: “*Me llevaron a la D, me pasaron a la G, me trajeron para acá*”. La casa apareció, en ese punto, como si fuera una sala más, en una enunciación de continuidad. (p. 6)

Estos pasajes permiten concluir que — pese a los casi 10 años transcurridos entre las investigaciones— externación, desinstitucionalización y derecho a la vivienda son tres variables independientes unas de otras que se utilizan erróneamente como sinónimos. En algunos casos, la vivienda adquiere características de derecho, en particular en situaciones en que las personas tenían una propiedad antes de la internación y pudieron recuperarla. La externación se presenta como una decisión del equipo interviniente y se confunde, muchas veces, con el pase entre salas. La desinstitucionalización se constituye en un acto subjetivo y, por lo tanto, no puede hacerse por fuera de la voluntad de la persona, sus deseos y autonomía.

#### **4. La situación de las mujeres internadas en instituciones psiquiátricas**

En consonancia con los objetivos de este escrito, planteamos que la situación de las mujeres bajo encierro psiquiátrico tiene un carácter paradigmático en virtud de las especificidades que revisten su internación en instituciones psiquiátricas, y por ello requieren ser analizadas desde una perspectiva interseccional y situada.

Entre dichas especificidades, el hospital psiquiátrico, los años de internación, la medicación psicofarmacológica, los diagnósticos y los efectos de la manicomialización son aspectos que impactan de un modo diferencial en las trayectorias vitales de las mujeres. Los efectos más notables se observan en las formas de habitar lo sexual

y en las experiencias de maternidad. La norma heterocispatriarcal, encarnada en los discursos, prácticas, lógicas e intervenciones de familias, funcionarios judiciales, profesionales de la salud y de la sociedad en su conjunto, generó normatividades esperables sobre sus modos de vida (Cobo Vedia, 2014).

La investigación “Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el derecho a la maternidad de las mujeres internadas en el hospital Dr. Alejandro Korn ‘Melchor Romero’ desde una perspectiva de género. Entre buenas y malas mujeres” (Sabin Paz, 2022) realizada en el Hospital A. Korn, sobre una base de 15 mujeres y 17 profesionales, arroja luz sobre distintos asuntos de la vida de las mujeres en el contexto de sus internaciones por razones de salud mental. Las principales conclusiones informan sobre la relación entre los motivos de internación, la determinación de los diagnósticos, y la medicación psicofarmacológica recibida, los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, derecho a la sexualidad, derecho a la maternidad. A continuación se vuelcan los principales hallazgos.

Respecto del hospital psiquiátrico y los años de internación, entre quienes integran el hospital habita un conglomerado de supuestos a modo de estereotipos, en el que convive la presunción de que las mujeres son poco autónomas; de correr más riesgos que los varones en la vía pública, de requerir mayor protección y ayuda, de no contar con habilidades para la realización de oficios debido a las trayectorias vitales previas a la internación; de requerir mayores cuidados por ser más emocionales, poco estables anímicamente y dependientes afectivas tanto de los profesionales como de las compañeras. En correspondencia con estos supuestos, las mujeres acceden mucho menos que los varones al Programa Promover para el desarrollo de proyectos laborales, ya que en su trayectoria previa a la internación no habían trabajado. Los pocos cupos a los que accedieron las mujeres eran de cosmética natural. En paralelo, participan menos que los varones en los centros de salud mental comunitarios porque podrían extraviarse en la vía pública y, en consecuencia, salen menos de las salas.

Las mujeres, por su parte, identificaron tareas tradicionalmente atribuibles al género como “limpiar el *office*”, “bañar a las abuelas”, con una valoración positiva porque, en general, reciben recompensas sencillas a cambio, como golosinas o cigarrillos. Ecuación que, siguiendo a Sen y Durano, dinamiza el poder de género bajo las formas del reconocimiento y el amor: a la madre-esposa leal y dócil le corresponde un padre esposo (institución) protector y proveedor (Sen y Durano, 2014).

Existen relaciones de mutuas determinaciones entre los estereotipos de género definidos por las hegemonías de poder de género, los motivos de las internaciones de las mujeres y la medicación psicofarmacológica que reciben.

Así, dentro de los motivos de internación, difícilmente se encuentren razones exclusivamente vinculadas a la salud mental, y aun dentro de las argumentaciones tendientes a evaluar el estado psíquico de una mujer, se observa que los criterios para determinarlo incluyen el cuidado por les hijes, las prácticas y los hábitos sobre la higiene de les niñes, la asistencia escolar, y los resguardos por su

alimentación. Asuntos que no se exploran en las entrevistas de admisión hacia los varones.

En paralelo, cuando se resuelve la decisión de una internación existe una tensión en la que las familias participan: internar a la mujer por haber abandonado las labores de cuidado, pero obtener el alta psiquiátrica pronto para que vuelva al hogar a cuidar a otros. La red de cuidado es sostenida centralmente por las mujeres, pero, a su vez, de ellas se exige que ese rol sea realizado de acuerdo con ciertos estándares esperables de madre ejemplar y abnegada. Los corrimientos respecto de este mandato son valorados no como diversidades en las tareas de cuidado, sino como formas de patologización (Sy, 2020), constituyendo una fuente de malestar y sufrimiento psíquico que, en algunos casos, determina la propia existencia.

En la investigación citada, el sufrimiento mental en las mujeres se produce en un segundo momento, es decir, no como el efecto ante la opresión machista y patriarcal e interpelación al poder de género (Lagarde y de los Ríos, 2003; Basaglia, 1983; Burin, 2010), sino por haber sido excluidas del conjunto de las mujeres, construyendo para ellas categorías marginales de mujeres resto, mujeres residuales. Tales categorías adquieren formas diversas: loca, promiscua, vaga, chorra, prostituta, adicta, mala madre; y, en forma complementaria, se crean institutos jurídicos que determinan el encierro de sus cuerpos, prácticas de esterilización forzada o la determinación de adopciones.

En la dimensión de la sexualidad, lo sexual, la intimidad y lo íntimo de las mujeres usuarias, se expresan los tratos y modalidades más violentas hacia quienes son identificadas como sexualmente activas. Malos tratos verbales, burlas, la corrección en los esquemas de medicación psicoactiva, e incluso la prohibición de concurrir a otros servicios, a fin de evitar encuentros entre personas sobre las que se presume que podrían mantener vínculos sexoafectivos.

Sin embargo, la prohibición no evita que las mujeres mantengan estos vínculos, sino que genera una trama de secretos, clandestinidades y una suerte de tabú sobre asuntos de los que no se habla para evitar represalias. La sexualidad de las mujeres internadas y, en particular, los diversos modos de su manifestación es un complejo que opera como una pantalla de proyección (Ulloa, 2012) en la que se depositan diversos modos de la violencia institucional (Izaguirre, 1998; Perelman y Tufró, 2017) y la asimetría de poder (Goffman, 2009; Basaglia, 1970), que en su conjunto se denominó violencia institucional sexo-genérica.

La insistencia de lo sexual bajo la forma de una clandestinidad compartida representa un modo de resistencia vital del que todas las personas, mujeres usuarias y profesionales, participan de distintas formas.

Por su parte, con respecto a la conjunción entre el consumo de psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos, estudios realizados en monovalentes de la Provincia de Buenos Aires ya habían detectado una relación de mutuas determinaciones: efectos de la medicación que modifican diagnósticos y cuadros clínicos que requieren fármacos diferentes. Entre ellos, se cuentan el Informe de CELS, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y la Comisión Provincial por la Memoria (2017). En el mismo se consignan casos con

polimedicación en altas dosis, ausencia de razonabilidad y fundamentación entre criterios diagnósticos y esquemas farmacológicos, mantenimientos de esquemas de medicación por períodos prolongados, entre otras situaciones que desvirtúan el uso de medicación en un tratamiento integral. Un informe previo de CELS (2015) demostró cómo las falencias de las políticas para el abordaje de personas con discapacidad psicosocial extienden la precariedad en el goce de derechos, incluso cuando han logrado salir de la institucionalización manicomial. También arrojó que las prestaciones contempladas por los sistemas previsionales (públicos, mixtos y privados) por motivos de discapacidad psicosocial, mantienen un enfoque reactivo, residual, fragmentado y medicalista, orientado a la internación en crisis y la provisión de psicofármacos.

En otro estudio, y como plantean Bianchi y Sabin Paz (2023), la medicalización en el siglo XXI se desarrolla a expensas de la incorporación de nuevas categorías diagnósticas (Conrad, 2007; 2013; Jutel, 2011), y la biomedicalización se enfoca en la relevancia de la industria farmacéutica transnacional (Clarke et al., 2010; Bell y Figert, 2015). También implica el incremento, en la población general, de la prescripción y consumo de psicofármacos (Natella, 2008; Abraham, 2010; Jenkins, 2011). En contexto de encierro psiquiátrico, la prescripción adquiere un sentido particular, trabajado desde el concepto de medicamentación para designar una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad, se constituye como una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma y que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico y mediado por la utilización del fármaco (Bianchi y Faraone, 2018, p. 75).

En esta línea, Natella destaca el manicomio como paradigma de medicalización y productor de prácticas medicalizantes, o medicamentación, toda vez que extralimita su función de aliviar el sufrimiento mental para apropiarse de la totalidad de la vida de la persona sometida a la intervención sanitaria, invalidando otras intervenciones y otros actores para su resolución.

Estos estudios coinciden en identificar una dinámica entre las formas de opresión generadas por prescripción de psicofármacos, los diagnósticos, y los efectos en las mujeres con sufrimiento mental, y esta identificación convergente entre los distintos estudios es la que habilita un análisis interseccional situado. Maite Clement Clemente (2018) retoma a Carmen Romero y Marisela Montenegro, quienes atentas a las críticas al concepto, proponen concebir la interseccionalidad como situación. Con este enfoque plantean que las múltiples formas de opresión, privilegios y vulnerabilidades entrecruzadas se caracterizan por la contingencia de sus interacciones entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergen y/o se reactualizan en ciertos contextos, y no en otros. Avtar Brah (2011) caracteriza la interseccionalidad como una sistematicidad de las contingencias, que operan en categorías relacionales como relación social, experiencia, subjetividad e identidad, todas situadas diferencialmente en campos multiaxiales de las relaciones de poder. En sus palabras, “las similitudes y diferencias a lo largo de los distintos ejes de diferenciación —clase, racismo, género,

sexualidad y demás— se articulan y desarticulan [...], marcando a la vez que son marcadas por la compleja red de poder” (Brah, 2011, p. 241).

De acuerdo con Climent Clemente (2018), la contingencia remite a la posibilidad de que se produzca un efecto, a la vez que determinadas situaciones tienden a repetirse históricamente como espacios de privilegio o subordinación. La contingencia descarta el determinismo porque ciertas posiciones se tornan potencialmente transformables. Por su parte, la sistematicidad alude a la probabilidad de ocurrencia de ciertas vulnerabilidades vinculadas a determinados cuerpos que encarnan posiciones interseccionales determinadas. La interseccionalidad situada también admite la emergencia de nuevas vulnerabilidades no descritas previamente, y siguiendo a Judith Butler (1997) asume la identidad como un ente fluido, no lineal, dinámico y plural.

Retomando resultados de la antedicha investigación realizada por Bianchi y Sabin Paz en el Hospital Melchor Romero, el estudio indagó acerca de la medicación psicofarmacológica recibida por las mujeres internadas y la variación —si es que existía alguna— a través de los años.

En primer lugar, la mayoría de las mujeres (11 de 15) manifestaron algún tipo de conocimiento sobre la medicación que recibían; el resto no sabe qué toma o no brindó ninguna respuesta. Entre las mujeres con conocimiento sobre la medicación recibida, los datos arrojan que ese conocimiento se expresa de diferentes maneras. Dos mujeres pudieron dar cuenta del principio activo que tomaban en ese momento; mencionaron lorazepam, fluoxetina, olanzapina. El primero está clasificado como benzodiacepina, y es empleado como ansiolítico, amnésico, sedante e hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular. La segunda está clasificada como antidepresivo, también indicado para el trastorno obsesivo-compulsivo, algunos trastornos alimenticios y ataques de pánico. La tercera está clasificada como antipsicótico atípico, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, episodios agudos de manía y tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

Algunas mujeres respondieron de acuerdo con el efecto terapéutico del principio activo. Hablaron de “calmantes”, “pastillas para dormir” o “para estar más tranquila”. Otras se refirieron a los fármacos prescritos según la cantidad de pastillas que ingieren y la distribución a lo largo del día, indicando “cuatro a la mañana, una a la tarde, cuatro a la noche”.

Respecto de la variabilidad de los esquemas de medicación recibidos, siete mujeres respondieron que no sabían. Dos refirieron no haber tenido cambios desde hace muchos años y dos comentaron que tuvieron cambios para revertir efectos adversos. Dina expresa al respecto:

Dina 36. No quiero tomar pastillas. No quiero tomar para vivir. Quiero vivir un poco más de mi vida sin tener que estar tan dopada [...]. Me la fueron cambiando. Ahora me la dan [solo] en la tarde porque me chorreaba la baba. (Entrevista realizada el 21/12/2021)

Sobre su acuerdo con la medicación recibida, cinco dijeron estar de acuerdo, situando razones vinculadas a sentirse mejor, a no sufrir dolores físicos, sea de piernas o estómago. Tres mujeres no respondieron a la pregunta. Y dos dijeron no estar de acuerdo con la medicación porque les ocasiona problemas que antes no tenían: temblores, olvidos, dolores físicos, malestares gastrointestinales e incluso sentirse “muy dopada”.

Otro aspecto a resaltar de estos estudios en relación con los diagnósticos psiquiátricos en mujeres internadas en monovalentes es la credibilidad del sufrimiento mental. Rasgos como la exageración, la manipulación y los intereses encubiertos forman parte de supuestos de algunas familias e, incluso, de equipos profesionales. Eso lleva, principalmente a las familias, a desplegar actitudes de escasa tolerancia y no aceptación del padecimiento.

Miranda Fricker (2017) analizó las prácticas epistémicas desde una perspectiva de sujetos situados y acuñó el concepto injusticia epistémica, que desdobra en injusticia testimonial (que implica que las personas que escuchan las denuncias atribuyen menor nivel de veracidad por la identidad de quien las relata) e injusticia hermenéutica (porque no es posible hacer comprender conceptualmente a quien escucha la denuncia lo que se está denunciando). Por su parte, y en coincidencia con los resultados expuestos hasta aquí, el estudio de Yoma et al. (2021) retoma esta noción para argumentar acerca del déficit de credibilidad que sufren las mujeres internadas en monovalentes en Córdoba que denuncian maltratos y vulneraciones de derechos, y documentan situaciones de precarización y cuestionamiento de las denuncias.

Finalmente, en relación con las experiencias de maternidad al interior del manicomio, la investigación de Sabin Paz exploró el complejo entramado de las maternidades en el encierro. Al decir un complejo entramado, se hace referencia a una multiplicidad de posiciones y enunciados de las mujeres en relación con su maternidad y el vínculo con sus hijos. Todas las mujeres señalaron la existencia de un vínculo definido como vínculo a lo materno, que trasciende la posibilidad de mantener encuentros con los hijos. La posición materna otorga una identidad inmanente que, incluso, las categorías hegemónicas de buenas y malas madres no han logrado despojar, en una inscripción irreductible que ficciona la ilusión de naturalidad y de atemporalidad, propuesta por Ana María Fernández. A su vez, en el vínculo a lo materno hay un afecto que no cesa, experimentado como modalidades del sufrimiento psíquico y que adquiere el fraseo de no haber sido una madre lo suficientemente buena.

Como conclusión a los aspectos considerados en esta sección, entendemos que una política de salud mental con perspectiva de género debe considerar los modos específicos de sufrimiento mental de las mujeres para que los procesos de desinstitucionalización tengan la finalidad de revertir las formas de daño manicomial, —en una reproducción inagotable de normas heterocispatriarcales, tutelares y capacitistas—, como medidas de reparación simbólica y garantías de no repetición.



## 5. Los procesos de desinstitucionalización no culminan con la externación

Otra capa de esta somera historización de la salud mental en Argentina y las reformas sostenidas en principios de derechos humanos en la que vale detenerse remite a la experiencia de la Provincia de Buenos Aires. El análisis de algunos aspectos de la misma permite afirmar que una reforma en salud mental que lleve a la transformación de los hospitales psiquiátricos asilares y la creación de una red de salud comunitaria, es posible.

Los procesos de reforma en salud mental son, en general, complejos y suponen un entramado de acciones y actores político-institucionales de diferente nivel trabajando desde el principio de corresponsabilidad, conjuntamente con un cambio de lógica social que permita superar el estigma asociado a la locura y las erróneas percepciones de peligrosidad. La experiencia en la Provincia de Buenos Aires participa de esta caracterización.

Sin embargo, es necesario establecer las diferencias entre el proceso de desinstitucionalización y el de externación, para construir proyectos rehumanizantes que tiendan a la vida digna e independiente. El primero busca el reposicionamiento subjetivo, la identificación de las personas que han vivido en el manicomio en calidad de víctimas, y la determinación de acompañar el retorno a la vida en la comunidad, con políticas reparatorias y garantías de no repetición. La externación se basa en el hecho fáctico del cambio de lugar en el que vivir; asume el cese de los criterios que llevaron a mantener a las personas dentro del sistema de internación manicomial —también llamado alta médica— y la búsqueda de alternativas habitacionales.

En personas que han permanecido internadas durante años, es indispensable que este pasaje permita la construcción de un proyecto de vida en la comunidad, sin que eso implique la ausencia de referentes sanitarios que acompañen los tratamientos en salud a lo largo de sus vidas. Sin embargo, ese vínculo debe asimilarse a la figura de los sistemas de apoyo, para permitir el despliegue de las potencialidades y la recuperación de la autonomía. De no desarrollarse de ese modo, se corre el riesgo de reproducir formas de sometimiento y dependencia e incluso opresión institucional.

También a este respecto, el informe de Sabin Paz y Biaggio (2023) deja entrever algunos resultados sobre los que vale la pena detenerse. El informe es el resultado de entrevistas grupales realizadas con 11 mujeres externadas del Hospital Dr. Alejandro Korn, viviendo en cuatro casas de externación.

El primer punto en el que repara el informe repone el hecho de que los cuerpos portan las marcas que dejó el manicomio; dificultades en la marcha, características en la mirada, rigideces, formas de vestir, o del arreglo personal, delinean una identidad que determina las formas en que las mujeres fueron recibidas por el barrio.

El manicomio no solo moldea atributos físicos, como el de “parecer una loca”, sino que esos atributos pasan a constituir identidad: “ser la loca”.

Las mujeres sin marca manicomial visible o que menos marca exhibían podrían, por ejemplo, elegir en qué comercios comprar, alejarse del barrio, efectuar

trámites incluso para otras compañeras. En cambio, aquellas mujeres con mayor marcación manicomial preferían ir a los comercios donde sabían que serían bien recibidas y tratadas de manera respetuosa. Por esa razón, estaban destinadas a habitar las cercanías y circular en un número limitado de lugares. A continuación, se comparten algunos dichos textuales:

“Ella me decía, ‘lo bueno es que vos tenés una cara normal, a vos no se te nota’, y es verdad, a mí me tratan bien porque no tengo cara de loca”.

“Yo no tengo la apariencia de ser una paciente del Korn”.

“Nosotras no parecemos del manicomio, nosotras estamos bien, vamos prolijas”.

En segundo lugar, el informe echa luz sobre los límites del manicomio y, al igual que la piel, es una membrana con bordes porosos que permiten la interacción entre el adentro y el afuera.

Ninguna de las mujeres entrevistadas pudo situar con claridad la mudanza a la casa como un punto de inflexión respecto de su internación. No hubo una diferenciación de los espacios adentro y afuera. Solo una de ellas pudo situar una fecha precisa, o un momento significativo asociado a este hecho, como así tampoco el tiempo que había transcurrido. Las demás se mostraron ajenas con respecto al proyecto de irse del hospital: quién lo planteó, cómo lo organizaron, qué sentimientos o sensaciones les producía, cómo eligieron la casa, cómo la amueblaron, cómo lograron alquilar, los costos; fueron preguntas irrelevantes para las mujeres entrevistadas. La forma en la que describieron su mudanza a la casa fue referida como un pasaje más, al igual que todos los producidos dentro del hospital: “Me llevaron a la D, me pasaron a la G, me trajeron para acá”. La casa apareció como una sala más, en una enunciación de continuidad.

El tercer punto del informe exploró la organización de la casa y la gestión de lo cotidiano.

En las casas con mayor asistencia, estas funciones están atravesadas por personal de enfermería o por las acompañantes terapéuticas, personas de referencia ineludible y nombradas como apoyos fundamentales para vivir. Indican y organizan las tareas domésticas (incluso en algunos casos las realizan), organizan y administran la medicación, guardan los documentos de identidad, manejan el dinero y contribuyen con la administración de los gastos. Además, existen rasgos que establecen una semejanza con la vida en el hospital: la presencia de enfermería, el libro de enfermería, el pase de guardia, la administración de la medicación, la regulación de los tiempos, de los espacios, el establecimiento de rutinas.

En las casas en las que viven mujeres con mayor grado de autonomía personal, la organización de lo cotidiano cambia: se distribuyen las tareas de manera rotativa, tienen más elementos de uso común, guardan ellas mismas sus documentos personales y realizan trámites, incluso complejos, sin requerir apoyos. También hay más ayuda entre pares y son manifiestas las expresiones de amistad, cariño y preocupación.



Finalmente, en su cuarto punto, el informe invita a pensar en estas convivencias como la conformación de un nuevo modelo familiar, ya no atravesado por roles que prescriben modos de ser y de actuar, por relaciones estructuradas sobre la obligación de cuidados, sino del compartir la vida, pudiendo recrear roles conocidos o inventar otros nuevos. Habitar con otras mujeres, proyectar actividades cotidianas, crear un sostén mutuo que habilite otros modos de relacionamiento, también pueden ser vínculos experimentados como familiares.

Estas conversaciones con mujeres que han permanecido en el encierro pueden constituir una hoja de ruta para promover procesos de desinstitucionalización que resulten superadores de las externaciones psiquiátricas y tengan el valor de la vida digna.

## **6. Palabras finales**

Desde el siglo XIX en la Argentina existieron grandes hospitales psiquiátricos de tipo asilar, con el propósito de efectuar clasificaciones y diagnósticos de las enfermedades mentales.

Si bien algunas provincias habían avanzado en la sanción de leyes locales de salud mental, recién en 2010 se consagró la primera Ley Nacional de Salud Mental, que otorgó un ordenamiento en los tratamientos, las internaciones y la consideración jurídica de las personas que hasta entonces, habían sido declaradas incapaces por tener un padecimiento en su salud mental.

Con distintas velocidades, la Ley Nacional se fue implementando en forma desigual a lo largo y ancho del país. La Provincia de Buenos Aires mostró, desde 2019, un ritmo acelerado y un compromiso político para llevar adelante el proceso de adecuación de los cuatro manicomios de su jurisdicción, hasta su cierre definitivo. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por el contrario, es paradigma de desapego legal y concentración de recursos en los hospitales psiquiátricos.

En términos generales, el presupuesto no superó el 1.47 %, pese a que la norma indica el 10 % dentro de todo el presupuesto para salud. Aún resta la conformación de una robusta red en salud que brinde una alternativa de atención en los diferentes niveles.

Dentro de las vulneraciones producidas en los contextos de internación psiquiátrica, las mujeres han sido víctimas paradigmáticas de graves violaciones a sus derechos humanos, por el corrimiento producido respecto de los roles esperables por las hegemonías de género, hecho al que se respondió con el encierro de sus cuerpos y el suministro de medicación psicoactiva. El derecho a la sexualidad libre y a la maternidad diversa han sido dos aspectos históricamente subvalorados o lisa y llanamente ignorados. Su palabra no ha sido respetada y el registro de sus experiencias —e incluso de sus padecimientos mentales— considerados exagerados o simulados.

Si bien Argentina fue pionera en cuanto a la modificación del sistema sanitario y el modelo legal, aún enfrenta el desafío de avanzar con políticas de desinstitucionalización con enfoque de género y perspectiva interseccional, que fomente la autonomía de las personas para la vida en la comunidad y no reproduzca lógicas o dinámicas de la vida en el encierro.



## REFERENCIAS

- Abraham, John. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. (2021). *Presupuesto 2021. Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*. Informe presupuesto y salud mental 2021 (acij.org.ar)
- Basaglia, Franca. (1983) *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Basaglia, Franco. (1970) *La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- Bell, Susan y Figert, Anne. (2015). *Reimagining (Bio) medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. Routledge.
- Bianchi, Eugenia y Sabin Paz, Macarena (2023). Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico. *Revista Estudos Feministas*, 31(1).
- Bianchi, Eugenia y Faraone, Silvia. (2018). "Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales". En Faraone, Silvia y Bianchi, Eugenia, *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 61-92). Teseo.
- Burin, Mabel. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Texto construido sobre la base de una clase sobre Género y Salud Mental, dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Brah, Avtar. (2011). *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Traficantes de sueños.
- Buenos Aires Ciudad. (2023a). *Hospitales Especializados*. Recuperado el 21 de octubre de 2023. <https://buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-especializados>
- Buenos Aires Ciudad. (2023b). Resolución en EX-2023-35980580-GCABA-OGDAI. Recuperado el 25 de octubre 2023. [https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-11/RESOL-2023-140-GCABA-OGDAI\\_0.pdf](https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-11/RESOL-2023-140-GCABA-OGDAI_0.pdf)
- Butler, Judith. (1997). *Mecanismos psíquicos de poder*. Ediciones Cátedra.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina*. CELS. <http://www.cels.org.ar/especiales/in->

- forme-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-El-desaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales, y Mental Disability Rights International. (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. [http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2014). *Cruzar el muro*. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#prologo>
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina*. CELS. <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-El-desaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental.pdf>
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2017). *La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. CELS. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-situacion-de-las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico-dr-alejandro-kornmelchor-romero/>.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2020). A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: propuestas para saldar una deuda histórica. CELS. <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/>
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2023). Contribuciones a la resolución 49/12 del Consejo de Derechos Humanos para la Oficina del Alto Comisionado en Derechos Humanos (OACNUDH), Agosto 2023.
- Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer, y Shim, Janet (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Duke University Press.
- Climent Clemente, Maite. (2018). Interseccionalidad en Salud Mental. En Climent Clemente Maite y Carmona Osorio Marta (Coords.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 249-271). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Cobo Vedia, Rosa (2014) *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*, Perú: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres – CLADEM Programa de Formación.
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. The John Hopkins University Press.

- Conrad, Peter. (2013). Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts. En Cockerham, William (Ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (pp. 195-214). Springer.
- Faraone, Silvia (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. 2(4). [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08\\_Faraone.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf)
- Faraone, Silvia (2015). Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental. En Faraone, S.; Bianchi, E. y Giraldez, S., *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657* (pp. 63-78). UBA.
- Faraone, Silvia; Valero, Ana Sivia, y Torricelli, Flavia. (2023). Des/institucionalización: procesos de externación, dispositivos intermedios y de promoción de salud mental comunitaria. En Wilner, Alejandro y Torricelli, Flavia. (Comps.), *Praxis en Salud Mental. Abordajes y procesos de cuidado* (pp. 136-165). UNLa: Remedios de Escalada.
- Faraone, Silvia y Barcala, Alejandra. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo. <https://www.editorialteseo.com/archivos/18485/a-diez-anos-de-la-sancion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental/>
- Foucault, Michel. (2000). *Los Anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Fricker, Miranda. (2017). *Injusticia epistémica. Poder y la ética del conocimiento*. Herder.
- Galende, Emiliano. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Galende, Emiliano. (2008). *Los fundamentos de la Salud Mental*. Lugar.
- Galende, Emiliano. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar
- Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar.
- Goffman, Erving (2009) *Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermeros mentales*. Amorrortu Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). *Censo Nacional 2022*. Recuperado el 21 de octubre de 2023. <https://censo.gob.ar/>

- Izaguirre, Inés. (1998). *Violencia social y Derechos Humanos*. EUDEBA.
- Jenkins, Janis. (2011). Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment. En Jenkins, Janis (Ed.), *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology* (pp. 17-40). SAR Press.
- Jutel, AnneMarie. (2011). *Putting a name to it. Diagnosis in Contemporary Society*. Johns Hopkins University Press.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. (2003). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. Emakunde.
- Ministerio de Justicia de la Nación. (2010). Ley Nacional de Salud Mental (Ley n.º 26.657). Senado y Cámara de Diputados de la Nación. <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de Justicia de la Nación. (2013). Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (Decreto 603). Poder Ejecutivo Nacional. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>.
- Ministerio de Justicia de la Nación. (2014). Código Civil y Comercial de la Nación (Ley n.º 26.994). Senado y Cámara de Diputados de la Nación. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/textact.htm>
- Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires. (s.f.). *Hacia una Buenos Aires libre de manicomios*. Ministerio de Salud – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado el 21 de octubre de 2023. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/buenos-aires-libre-de-manicomios/>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06\\_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf)
- Murúa, Fabián. (2020). *El derecho a decidir: apoyos, medidas anticipadas y salvaguardas*. CELS.
- Natella, Graciela. (2008). La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin (Coords.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2008.\\_](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._)

medicalizacion\_y\_sociedad\_lecturas\_criticas\_sobre\_un\_fenomeno\_en\_expansion.pdf.

- Perelman, Marcela y Tufró, Manuel. (2017). *Violencia Institucional. Tensiones actuales de una categoría política central*, CELS. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/violencia-institucional-tensiones-actuales-de-una-categoria-politica-central/>
- Pierri, Carla. (2021). *Sobrevivir y morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres*. Topía.
- Pita, Valeria. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*. Prohistoria.
- REDI. (2017). Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad. 18° Período de Sesiones/Evaluación sobre Argentina. Informe Alternativo. Situación de las personas con discapacidad en Argentina 2013/2017. [informe-alternativo-argentina-2017/informe-alternativo-argentina.pdf](https://www.redi.org.ar/informe-alternativo-argentina-2017/informe-alternativo-argentina.pdf) (redi.org.ar)
- Rumbos. (2023). Informe Alternativo sobre la situación de las personas con discapacidad en Argentina. 28° Período de sesiones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad – marzo 2023, Evaluación sobre Argentina del período 2018-2023. [https://www.rumbos.org.ar/news/informe-alternativo-sobre-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-argentina-\(2018-2023\)](https://www.rumbos.org.ar/news/informe-alternativo-sobre-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-argentina-(2018-2023))
- Sabin Paz, Macarena. (2022). Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el derecho a la maternidad de las mujeres internadas en el hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” desde una perspectiva de género. Entre buenas y malas mujeres. Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Argentina.
- Sabin Paz, Macarena, y Biaggio, Mariana. (2023). *Reflexiones sobre la desinstitucionalización de mujeres del Hospital Dr. Alejandro Korn ‘Melchor Romero’: aportes al proceso de transformación manicomial*. CELS. Reflexiones sobre la desinstitucionalización de mujeres del Hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” – CELS.
- Sen, Gita y Durano, Marina (2014). *Refundando los contratos sociales – Feministas en un mundo Feroz*. Montevideo: DAWN
- Sy, Anahí; Naszewski, Marcela; Pierri, Carla, y Barrio, Ana Laura (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Editorial Teseo.

Ulloa, Fernando. (2012). *Novela clínica psicoanalítica*. Libros del Zorzal.

Vezzetti, Hugo. (1985). *La locura en Argentina*. Editorial Paidós.

Yoma, Solana; Buhlman, Soledad, y Burijovich, Jacinta. (2021). Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En Herrera, Marisa; Fernandez, Silvia y De La Torre, Natalia (Dir.), *Políticas públicas y multidisciplinas. Tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151-166). Rubinzal Culzoni.