

# CONTRASOCIOLOGÍA DE LA INFANCIA Y ANTIPSIQUIATRÍA INFANTIL



<https://doi.org/10.22533/at.ed.477112501048>

*Data de aceite: 12/112025*

### Clody Genaro Guillén Albán

Sociólogo, Máster en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento por la Universidad Internacional de La Rioja (España), Post grado en Educación de Niños de la Calle y especialista en educación no formal de niños en alto riesgo; tiene Certificación en Estrategias para Equipos de Salud que abordan problemas de consumo intrafamiliar por Sedronar (Argentina) y estudios de Maestría en Educación en la Facultad de Teología Pontificia y Civil de Lima (Perú), ha sido ponente en diferentes congresos internacionales en temas de infancia e institucionalización y es autor, entre otros, de los libros Covid-19 y Proyecciones del Trabajo Infantil en el Perú (2020), Iatrogenia y Nueva Socialidad (2021), La Paradoja Peruana (2021) y Paulo Freire y los Educadores de Calle (2021) y de artículos periodísticos sobre problemas de la niñez en el Perú. Tiene amplia experiencia en gestión y dirección de servicios sociales para niños en riesgo, tanto en el sector público como en el privado; en la actualidad es Jefe de la Subunidad de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle del INABIF y es Asesor de proyectos educativos para comunidades en vulnerabilidad por diversidad cultural.

**Resumen:** A partir del reconocimiento de la heterogeneidad de la infancia, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre los procesos de socialización que se operan en los niños, niñas y adolescentes institucionalizados y, asimismo, sobre la base de las principales premisas que sirven de sustento para la «no institucionalización», se busca proponer que la «psiquiatrización» de la conducta de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados —entre otras cosas— ha contribuido a la crisis de los Centros de Acogida Residencial como instancias resocializadoras de las infancias en riesgo. Debido a que en el acogimiento residencial se vienen presentando problemas de convivencia y adaptación, en éste han surgido categorías pedagógicas, psicológicas y sociológicas que abordan el comportamiento infantil, a las que genéricamente se les llama *inadaptación*, la misma que ha migrado teóricamente hacia la categoría psicopatológica que fue clasificada en el DSM<sup>1</sup> como *trastorno disocial*, en la que la medicalización es concebida como la única alternativa posible para controlar la conducta no deseada de los niños, niñas y adolescentes. Esta perspectiva comprende a la infancia como

1. Siglas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado por la American Psychiatric Association.

una categoría de análisis en construcción y a la institucionalización como un fenómeno socialmente construido y variable en términos históricos en el que no se ve a los niños, niñas y adolescentes como actores sociales protagónicos y, por ello, al ser controlados con los recursos de la psiquiatría infantil, son excluidos de la sociedad.

## INTRODUCCIÓN

La *Sociología de la Infancia* es todavía una ciencia social en construcción, aunque siguiendo los parámetros de la Sociología General, puede afirmarse que estudia a las infancias y sus problemas de adaptación a sus grupos y sociedades; es decir, ésta estudia la incorporación del niño, la niña y el adolescente a sus grupos sociales (familia, escuela, etc.) y, a través de éstos, a la sociedad, dentro de los parámetros de la «normalidad» establecidos para la época<sup>2</sup> y, a partir de ellos, busca el mantenimiento del orden social, en tanto éste es asumido como el bien social que debe ser protegido por el Estado y la Sociedad.

Así, siguiendo la *necesidad de rescatar a la Sociología de la propia Sociología* que fue propuesta por Michael Hviid Jacobsen y Keith Tester (2014), recogiendo lo señalado por Enrique Jaramillo (2022), puede afirmarse que, en tanto se trata de una disciplina y ciencia social en construcción, la *Sociología de la Infancia* “se encuentra obligada a establecer nuevos procedimientos que nos ayuden a asegurar y garantizar un control sistemático sobre el proceso de generación de conocimientos, con la finalidad de ofrecer mejores condiciones de vida a la infancia” (p. 33).

De acuerdo con esto, para ofrecer mejores condiciones de vida a las infancias, justamente, se requiere de nuevos métodos de intervención y que éstos, tras hacer una crítica a la imperante homogenización de las infancias, partan de su heterogeneidad y que, asimismo, se aparten de las explicaciones reduccionistas y lineales y, también, de las soluciones universales.

En este sentido, pensar en una *Sociología de la Infancia* que vaya más allá de la mera aplicación de principios sociológicos generales a las problemáticas de las infancias, nos conduce a plantear una «*contrasociología de la infancia*» no solo como una crítica sociológica a una disciplina y ciencia social que todavía está en construcción, sino como condición necesaria para la producción de conocimientos y para la construcción de métodos «no convencionales» y «no universales» de intervención que se orienten a superar los problemas que tienen las infancias para adaptarse a los grupos sociales por los que deben circular y, a través de éstos, integrarse a sus sociedades de pertenencia, sin «*medicalizar*» problemas de índole social y, sobre todo, sin institucionalizarlos para «*normalizar*» su conducta.

---

2. Entiéndase por época al contexto social e histórico en el que hombres y mujeres actúan y producen narrativas dando sentido a la experiencia social e histórica que es vivida en un momento determinado.

En base a sus efectos sociales, estudiar la institucionalización de niños, niñas y adolescentes sirve para entender a éstos como parte de un colectivo de riesgo diferente a los demás colectivos de riesgo dentro de la infancia, con lo que la «*no institucionalización*» es parte de esa intervención que, al no ser convencional ni universal, si bien se reclama para superar los problemas que tienen las infancias, no se busca para el mantenimiento del orden social sino para su cambio a favor de la sociedad y la infancia, de ahí que *ésta* —*como se propone*— esté en los parámetros de la «*contrasociología de la infancia*», ya que ella acepta que las niñas, niños y adolescentes son «*Sujetos de Derechos*» y, también, los reconoce como actores sociales protagónicos.

## DIVISIÓN DEL UNIVERSO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES<sup>3</sup>

Enrique Jaramillo (2022) ha recordado que la infancia no es un todo homogéneo sino que, pese a la *episteme occidental* que ampara la hegemonía de la sociedad adultocéntrica, ésta —más bien— es una realidad heterogénea y, en base a esta constatación, puede deconstruirse el discurso que sustenta la actual Sociología de la Infancia y, también, construirse una narrativa (o «*una narrativa otra*») que recoja las diferencias existentes en los niños, niñas y adolescentes y, además, sirva de base a una nueva Sociología de la Infancia, «*desde el sur*».

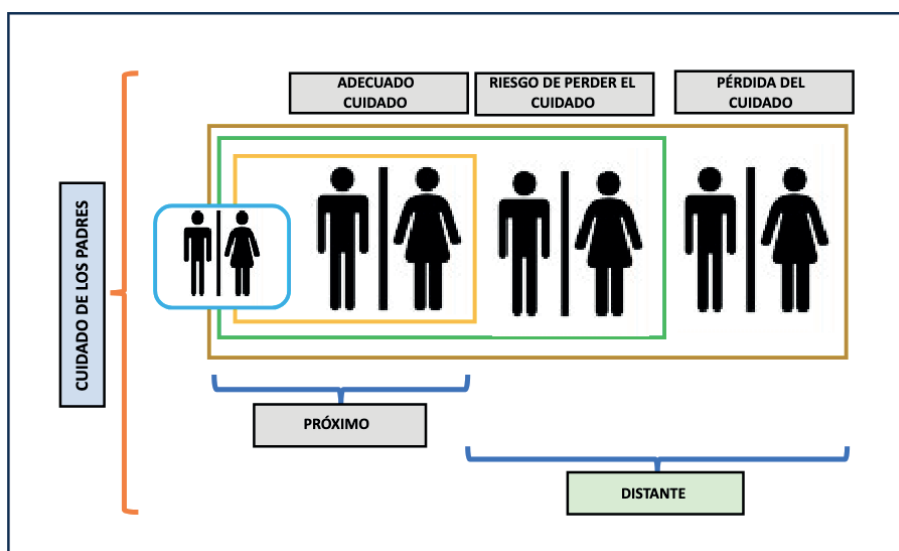
De acuerdo con esto, aun cuando ésta no es la única posible, siguiendo los criterios que han sido propuestos por Fermín Chunga Lamónja (1984 y 2012), puede ensayarse una división de los niños, niñas y adolescentes en aquellos que están al cuidado de sus padres y aquellos que no lo están; por ello, en otro trabajo, ya se había propuesto que

el universo de los niños y adolescentes, es pasible —por diversos mecanismos de la tecnología social— de ser dividido o separado en grupos pequeños y relativamente homogéneos, lo cual puede hacerse —por ejemplo— de acuerdo con sus *características biológicas* o sus *circunstancias sociales*; así, puede hallarse diferencias biológicas en relación a edad, talla, peso y enfermedades prevalentes o crónicas, entre otras, encontrándose cada vez indicadores biomédicos más finos para operacionalizar dichas diferenciaciones. Mientras tanto, en relación a las circunstancias sociales, puede hallarse diferencias respecto a la exposición a la violencia o sobre la situación respecto a los grupos sociales de los que forman parte, aunque —en relación a los niños y adolescentes— un indicador relevante [o el «*Indicador Natural*»] siempre será «el cuidado que el niño o adolescente recibe de sus padres o familia biológica». (Guillén, 2021, p. 31)

Así, si bien los tipos de composiciones familiares pueden ser diversos, en todos los casos, la variable más importante para el bienestar de los niños, niñas y adolescentes es «el cuidado» que éstos reciben de sus padres o —a falta de éstos— de quienes cumplen el

3. Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño no hace esta distinción, en el Perú, el Código de los Niños y Adolescentes sí la hace, precisando que se es niño hasta los 12 años de edad y que se es adolescente a partir de esa edad hasta los 18 años.

«*papel sustituto de parentalidad*» en la familia extensa o en la familia artificial del Centro de Acogida Residencial, ya que –tal como está ampliamente documentado– entre el niño, niña o adolescente y su cuidador primario (o principal) se produce un vínculo afectivo que es sinónimo de cuidado (Cruz, 2021) que, cuando es seguro, estable, confiable, dialogante y sensible, opera como un mecanismo de inmunización psicoafectiva ante enfermedades mentales y sociales (Yarí, 1999), lo que –como es de esperarse– inmuniza al niño, niña o adolescente frente la posibilidad de desarrollar «*conductas de riesgo*» que pueden afectar su normal desarrollo e integración a la sociedad (Guillén, 2021, p. 33); la dinámica que adquiere «el cuidado», en tanto situación próxima o distante del niño, niña o adolescente en relación a su cuidador primario, puede apreciarse en el Gráfico N° 01, desprendiéndose que cuanto más próximo es el cuidado más seguro y protector es el vínculo con el cuidador primario.



Tomado de Guillén, 2021, p. 32

Gráfico N° 01 Situación social del Niño o Adolescente en relación al cuidado próximo o distante de sus padres o familia

En este sentido, dentro del universo de niños, niñas y adolescentes, a partir de la situación social «*próxima*» o «*distante*» en que éstos se ubican en relación al cuidado que les es brindado por sus padres o familia biológica, puede hacerse –aunque sólo de modo discursivo y con fines explicativos– una diferenciación preliminar en:

1. Niños, niñas y adolescentes que viven bajo el adecuado cuidado de padres,
2. Niños, niñas y adolescentes que viven con riesgo de perder el cuidado de sus padres, y

### 3. Niños, niñas y adolescentes que ya han perdido el cuidado de sus padres.

Siguiendo esta diferenciación, dentro del grupo de *niños, niñas y adolescentes que viven en riesgo de perder el cuidado de sus padres*, puede encontrarse a aquellos que –por diversas razones– son víctimas de contextos familiares y circunstancias sociales que los ponen en situación de vulnerabilidad y, asimismo, los colocan al borde de desarrollar conductas que pueden afectar su normal desarrollo e integración a la sociedad.

De acuerdo con lo señalado por Chunga Lamonja (1984 y 2012), en el grupo de niños, niñas y adolescentes en riesgo de perder el cuidado de sus padres, puede hacerse –además– una diferenciación entre: 1) aquellos que *no han quebrantado la norma social* y 2) aquellos que *son protagonistas de hechos que constituyen faltas o delitos*, quienes –por esto mismo– requieren de medidas socioeducativas, a diferencia de los primeros, quienes al no haber transgredido la norma social, ante la vulneración de sus Derechos de la que han sido objeto, requieren de una medida de protección, la misma que –según la gravedad de la vulneración– puede implicar la separación de la familia de origen y, asimismo, la *institucionalización* o internamiento en un Centro de Acogida Residencial<sup>4</sup>

No obstante lo anterior, tanto en el caso de los niños, niñas y adolescentes que no han quebrantado la norma social como en el caso de aquellos que son protagonistas de hechos que constituyen faltas o delitos, los operadores sociales y de justicia, lejos de recurrir –en primera instancia– a la participación en un servicio de apoyo a la familia para mejorar el cuidado en el propio hogar, han priorizado como medida de protección a la *institucionalización* (o acogimiento residencial), tanto para la protección de los niños, niñas y adolescentes cuyo contexto familiar no es adecuado para su desarrollo como para la re-educación de los adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal; en este sentido, María Acosta et al. (2006) han afirmado que “serían objeto de institucionalización niños y adolescentes cuyo contexto de relación se considera no adecuado para su crecimiento personal, físico y moral y los niños-adolescentes en conflicto con la Ley Penal” (p. 171).

En este mismo sentido, más adelante, Acosta et al. (2006) también han señalado que

Existe un conjunto de niños y adolescentes a los que el Estado y la sociedad civil ofrece como medida de protección o de reeducación: espacios físicos, estadía por tiempo no precisado, convivencia con otros niños y/o adolescentes.

Estas tienen un sistema administrativo, estructura metodológica y personal para implementar la metodología diseñada; para brindar un espacio alternativo de socialización a los espacios y contextos de los niños y adolescentes, por cuanto estos son evaluados como no adecuados para el desarrollo personal de estos niños o adolescentes. (p. 171)

4. El concepto Centro de Acogida Residencial equivale en toda su amplitud y potencia explicativa al concepto Institución Total que –desde la Sociología– fue propuesto por Irving Goffman (1972).

De acuerdo con esto, *la institucionalización* (o acogimiento residencial) se lleva a cabo dentro de «*instituciones totales*», las que siguiendo a Irving Goffman (1972, citado por Acosta et al, 2006) han sido entendidas como

instituciones que burocráticamente administran un conjunto de seres humanos, aíslan a los sujetos internos en ella del contacto con el mundo, absorben sus espacios de socialización e interacción, organizan la vida de estos en función de reglas definidas por la institución, además de tener tendencia a la uniformización conductual de las personas instaladas en ella. (p. 179)

Para Goffman (1972, citado por Foucault, 2016), las «*instituciones totales*» son estructuras sociales que están caracterizadas por ser una barrera a las interacciones con el exterior y, en este sentido, tal como ha dicho Michel Foucault (2016) éstas serían instancias de control que, “en lugar de ser immanentes al propio cuerpo social, son en cierta forma deportadas hacia el exterior y quedan a cargo de una serie de regiones, instituciones de sobrepoder” (p. 243).

De acuerdo con esto, al ser el Centro de Acogida Residencial una instancia de control, éste le impone al niño, niña o adolescente reglas para lograr su uniformización conductual (o, como se espera, la normalización de su conducta), con lo que «*se incorpora a la sociedad a quienes aceptan las reglas*» y se excluye a los que no las aceptan, patologizando sus conductas y, asimismo, medicalizando su proceso de institucionalización.

Debido a que los Centros de Acogida Residencial son espacios cerrados que se encuentran estructurados en base a normas e impersonalidad, la socialización de niños, niñas o adolescentes que presentan diversas características, conduciría –por la imposición de normas– al “desarrollo de conductas anómicas y de riesgo, como producto de un *contagio psicosocial de las conductas más severas* por parte de quienes son menos resistentes a la presión del grupo de pares” (Guillén, 2008) o al desarrollo de esquizofrenia (Guillén, 2021).

Además de conducir a la «socialización patológica» (Yaría, 1999) de niños, niñas o adolescentes, la dinámica social propia de la institucionalización genera dos procesos que son nocivos para ellos:

1. La desvinculación de la familia, y
2. El desarraigo, cuando –por acción de los operadores sociales o de justicia– éste es alejado de su lugar de origen y de su cultura.

De otro lado, en relación al grupo de *niños, niñas y adolescentes que ya han perdido el cuidado de sus padres*, con mayor precisión, puede señalarse que –en éste– se encontrarían:

- Aquellos que viven con su familia extensa, con su familia extendida o con una familia de terceros,
- Aquellos que viven en un Centro de Acogida Residencial, y
- Aquellos que viven en la calle.

De acuerdo con esta diferenciación, sobre aquellos niños, niñas y adolescentes que, por haber perdido el cuidado de su familia, viven en Centros de Acogida Residencial, es de señalarse que la institucionalización se debe producir como consecuencia de la inexistencia física o legal de un núcleo familiar de protección y, excepcionalmente, por la presencia de situaciones de grave conflicto familiar<sup>5</sup> que amenacen o afecten los Derechos del niño, niña o adolescente o de una desestructuración familiar de tal envergadura que afecta su normal desarrollo; en este sentido, la institucionalización se lleva a cabo para protegerlo y, únicamente, es efectiva como consecuencia de la aplicación de una medida de protección.<sup>6</sup>

Así, para atender la situación de los niños, niñas y adolescentes que han perdido el cuidado de su padres o familia biológica, en la mayoría de los países de la Región Americana, los operadores sociales de la investigación tutelar, por razones de protección, han utilizado en forma desmedida la institucionalización, convirtiéndose ésta en la principal medida de protección que es empleada, sin que se tenga en cuenta lo que ella significa para el normal desarrollo de quien se busca proteger.

Si bien por razones atribuidas a la necesidad de protección de la infancia, los operadores sociales de la investigación tutelar han recurrido a la institucionalización, por estas mismas razones los administradores de la protección integral han buscado que ésta se prolongue lo más posible, llegando incluso a extenderla hasta más allá de la mayoría de edad<sup>7</sup>; de acuerdo con esto, si bien el internamiento en un Centro de Acogida Residencial es una medida de carácter temporal, en la práctica, en el Perú –al igual que en muchos países de la Región– se ha convertido en una medida de carácter permanente.

Sobre esto, se ha señalado (Guillén, 2010) que la institucionalización

aunque debe ser transitoria (temporal) y subsidiaria (no reemplaza a la familia), en la práctica, ya sea por lentitud del proceso o por rechazo de los propios padres, se está convirtiendo en una situación permanente, con lo que se viola el Derecho del niño a vivir en familia. (p. 124).

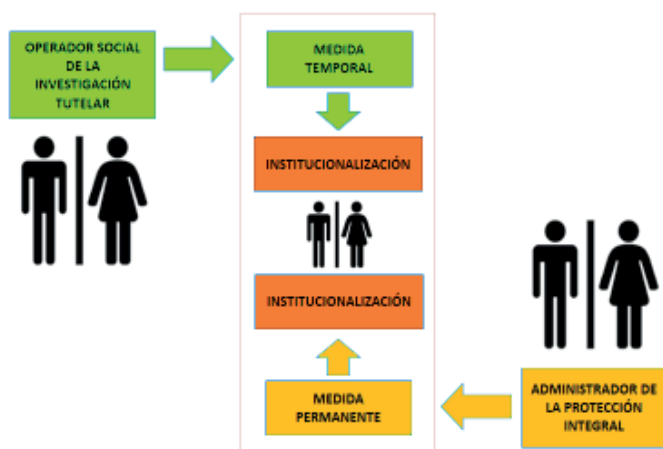
A pesar de tener las mismas razones, los operadores sociales de la investigación tutelar tienen una lectura diferente de la institucionalización de la que tienen los administradores de la protección integral: para los primeros la institucionalización busca la protección mientras que para los segundos ésta busca la normalización y, justamente, esta doble lectura (Gráfico N° 02) es lo que le otorga una dinámica que desnaturaliza su carácter de medida de protección temporal y le asigna el carácter de medida permanente, lo que actúa en contra del desarrollo integral del niño, niña o adolescente en protección.

---

5. Por inexistencia física de un núcleo familiar debe entenderse a aquella que es producida por la muerte de los padres, mientras que por inexistencia legal de un núcleo familiar debe entenderse a aquella que produce por la extinción de la patria potestad.

6. De acuerdo con las legislaciones de la Región Americana, para que los niños o adolescentes ingresen a un Centro de Acogida Residencial, se requiere de una resolución de la Autoridad administrativa o judicial que es competente para llevar a cabo la Investigación Tutelar y, asimismo, para dictar medidas de protección de naturaleza temporal.

7. Los adolescentes que alcanzan la mayoría de edad pueden permanecer excepcionalmente en un Centro de Acogida Residencial, siempre que así lo haya recomendado el Equipo Técnico Multidisciplinario.



Tomado de Guillén, 2021, p. 38

Gráfico N° 02 Doble lectura de la institucionalización

Debido a esto, ante la problemática social por la que atraviesan los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental que no han transgredido la norma social, en el Perú (y también en otros países de la Región), a fin de restituir los Derechos que puedan habérseles vulnerado, éstos han recibido una medida de protección, la misma que –como también se ha señalado– ha sido, por lo general, la institucionalización, dentro de la cual –tal como lo muestran las evidencias– permanecerán por un tiempo indeterminado, alejados de sus padres, familiares y comunidad, impedidos de desplazarse libremente, bajo rígidas normas de convivencia<sup>8</sup> y –como es de esperarse– socializando con niños, niñas o adolescentes que presentan diversas características y necesidades de atención<sup>9</sup>.

En este contexto, se ha pasado del gobierno de la familia al gobierno a través de los Centros de Acogida Residencial, generándose políticas de intervención en lo social con una fuerte mirada del saber médico, siendo la medicalización la lógica hegemónica de esta política. De acuerdo con lo señalado por el Grupo de Trabalho Educação e Saúde do *Fórum Medicalização da Educação e Saude* (2015)

De acuerdo con lo señalado por el Grupo de Trabalho Educação e Saúde do *Fórum Medicalização da Educação e Saude* (2015)

Se entiende por medicalización el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social –complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico– son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas sociales

8. De Conformidad con el Informe Defensorial N° 150, una de las impresiones más generalizadas entre los niños y adolescentes que se encuentran institucionalizados es que en los Centros de Acogida Residencial todo está reglamentado y, en consecuencia, perciben la existencia de rígidas normas de convivencia.

9. Al respecto, entiéndase que en un mismo Centro de Acogida Residencial pueden convivir, entre otros, niños o adolescentes que presentan experiencia de vida en calle, que tienen trastorno de conducta disocial, que son víctimas de maltrato o abuso sexual o que se encuentran en estado de abandono y sin presentar ninguna patología



Es decir, los problemas no médicos han pasado a ser definidos como problemas médicos y tratados como tales, ya sea bajo la forma de enfermedades o de desórdenes psiquiátricos.

En este contexto, cabe hacerse otra diferenciación. Así, puede afirmarse que la socialización dentro de los Centros de Acogida Residencial tiene efectos que en los niños y niñas son diferentes a los que se dan en los adolescentes y, debido a que ésta se opera al interior de una dinámica que es preestablecida al grupo social artificial<sup>10</sup> formado por residentes, cuidadores y profesionales<sup>11</sup>, en todos los casos, se produce un proceso de «socialización patológica» (Yaría, 1999).

De acuerdo con esto, a diferencia de lo que ocurre en el «apego» con los niños y niñas, junto al proceso de «socialización patológica» de los adolescentes se opera también un proceso de «adoctrinamiento desviado involuntario» (Dishion, Mc Cord y Poulin, 1999, citados por Guillén, 2021), el cual –además– sirve como predictor de posteriores conductas de riesgo, entre las que se encuentran todas aquellas conductas que –una vez desinstitucionalizados– dificultan la reinserción familiar y social de los adolescentes.

Debido a esto, la institucionalización –a pesar de su objetivo– no deja de ser negativa para la socialización del niño, niña o adolescente, ya que –entre otros– ésta afecta la «*socialidad*» y compromete su desempeño social una vez que han sido desinstitucionalizados.

De acuerdo con esto, los niños, niñas y adolescentes desinstitucionalizados, sin saber, forman parte de un colectivo de riesgo a cuyos miembros, por haber sido socializados en un espacio cerrado, privados del cuidado de sus padres y de la vida familiar y al haber sido medicalizados para controlar su conducta, se les ha alterado –sin querer– la *capacidad de vida en sociedad* y se les ha vuelto vulnerables ante la posibilidad de desarrollar *patologías sociales*, como –por ejemplo– el embarazo precoz, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia urbana o la vida en la calle, entre otras.

## La afectación de la socialización<sup>12</sup> de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados

Tal como señaló Philipe Ariès (1987), la noción de infancia comenzó a configurarse desde el Siglo XVI, siendo la concepción que tenemos de ésta un producto de la

10. De modo general, un grupo social artificial cumple el objetivo de apoyar a los Grupos Primarios en la tarea (nada fácil ahora) de preparar al individuo joven para su inserción sincrónica en los Grupos Secundarios.

11. Todos los cuales cambian en el tiempo, siendo reemplazados por nuevos residentes y por otros cuidadores y profesionales.

12. La socialización es un proceso social permanente por el cual un individuo llega a integrarse a diversos grupos

modernidad (Luale, 2019), en donde se “aborda la preocupación por atender al hombre como sujeto terrenal, liberado de la subjetividad divina, pedagógicamente con posibilidad de perfeccionamiento para hacerlo más humano y cognoscible” (Orellana, 2003, p. 11).

En este sentido, de acuerdo con la posibilidad de perfeccionamiento que se afirmó tienen los niños, niñas y adolescentes, en tanto que pueden ser más humanos y cognoscibles, el Grupo de trabajo *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias* (s/f) ha informado que

El niño de la modernidad es un niño que se concibe a partir de una normalización de su desarrollo y sus conductas, por lo cual tal desarrollo se debe cumplir en un tiempo y en una secuencia determinada a priori. Esta forma normalizada de concebir a las niñas y niños demarca lo que se considera normal de lo que se considera no normal en general, derivando en la categoría de patológico. (p. 15)

En este contexto, los niños, niñas y adolescentes pasan a ser importantes para el discurso de la modernidad y, por tal, para incorporarlos a la sociedad, ésta ideó distintos dispositivos para su disciplinamiento y control de sus cuerpos y psiquismos y, con ello, el logro –a futuro– de sujetos eficaces y eficientes para la sociedad capitalista. Así, debido a la nueva preocupación que fue mostrada por la infancia durante la modernidad, ésta aportó al nacimiento de la moderna escuela como institución socializadora y, de igual forma, al nacimiento del orfelinato como institución resocializadora de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en vulnerabilidad, quienes por sus conductas (como por ejemplo hacer uso de su tiempo libre estando en la calle o expresar su desacuerdo con las figuras de autoridad) corren el riesgo de ser criminalizados.

Aunque la concepción de los actuales Centros de Acogida Residencial data del primer cuarto del Siglo XX y busca la protección de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, éstos siguen siendo parte de la estructura que fue diseñada para reproducir la sociedad capitalista y, por tal, contribuyen –básicamente– al disciplinamiento de las infancias de las clases populares, ya que, al ser consideradas peligrosas y sus conductas criminalizadas, es necesario su encierro para controlarlos y mantener la división de la sociedad.

En su obra, Michel Foucault (1998, citado por Luale, 2019) muestra el encierro que han sufrido los niños, niñas y adolescentes pobres en hospitales y hospicios, donde han entrado “en serie con los locos, los delincuentes, los vagabundos” (p. 25) y el disciplinamiento (sometimiento) del que fueron objeto, tanto sus cuerpos como sus psiquismos; así, al amparo de la hegemonía de la sociedad adultocéntrica, Enrique Jaramillo (2022) ha afirmado que la infancia proveniente de las clases populares se encuentra

---

sociales a través del aprendizaje tanto de la cultura y las normas de los grupos que integra, como del rol que debe desempeñar dentro de estos grupos.

sometida a un proceso de disciplinamiento mediante el cuidado, la protección y la privacidad, en espacios de control social, como la familia, la escuela, e instituciones de corte arquitectónico, funcionales y jerárquicos que garantizan la obediencia y la sumisión. (p. 19)

De acuerdo con esto, ante la existencia de niños, niñas y adolescentes que —a lo largo de la historia— escapan al proceso de disciplinamiento impuesto por la familia y las instituciones del orden social (las iglesias, las escuelas, los establecimientos médicos, etc.), la modernidad impuso a la infancia y a la sociedad uno de los inventos occidentales decimonónicos: *El Orfelinato* y, con él, la institucionalización de los cuerpos y los psiquismos infantiles.

Los actuales Centros de Acogida Residencial para niños, niñas y adolescentes tienen el mismo origen que los Hospitales Psiquiátricos (o manicomios) y, asimismo, al haber sido concebidos como instancias resocializadoras, surgieron marcados por un doble motivo: por una parte, se buscó contar con un dispositivo de protección a la infancia y, por otra parte, se pretendió asegurar que los niños, niñas y adolescentes provenientes de las clases populares —y que escapan al proceso de disciplinamiento impuesto por la familia y las instituciones del orden social— no alteren el orden impuesto por el capitalismo, ya que ellos —por su pobreza— fueron considerados —como ya se había dicho— peligrosos y, asimismo, su situación fue vinculada con la peligrosidad social.

De acuerdo con esto último, con la institucionalización se aisló de la sociedad a los niños, niñas y adolescentes, insertándoseles en microsociedades en las que

el niño o adolescente es integrado contra su voluntad a una dinámica en la que le son impuestas normas preexistentes y una cultura desde la que debe dar respuestas conductuales adaptativas a un entorno acotado ante situaciones previsibles, dado que no existe una interacción real con el entorno social. (Guillén, 2021, p. 75)

Además del aislamiento del entorno social, en los Centros de Acogida Residencial existe una separación rígida entre cuidadores y cuidados (Lapassade, 2000), por lo que las interacciones entre sus diferentes actores conforman un sistema social que está entramado por “el poder ejercido por una clase sobre otra” (Foucault, 2016) y, por ello, buena parte de las conductas de los niños, niñas y adolescentes que son caracterizadas en términos psicológicos o psiquiátricos son explicables si se tiene en cuenta el sistema institucional en su conjunto; debido a esto, Álvarez-Uría y Varela (2009) han señalado que “cuando los profesionales de la terapia asumen la lógica hospitalaria y tienden a reducir a problemas puramente psicológicos e individuales los problemas institucionales, cierran el camino a un tratamiento institucional efectivo” (p. 124).

De acuerdo con esto, tal como ha afirmado Georges Lapassade (2000), debido a la separación que existe entre cuidadores y cuidados, “las instituciones ya no son herramientas terapéuticas y pedagógicas” (p. 77) y, debido a ello, citando los estudios realizados por Chaplin (1915), Lewry (1940), Bakwin (1942), Golfarb (1943), Riable (1944) Spitz (1946),

Browlby (1951) y Fisher (1952) y retomando lo señalado por Malpartida y Mazuelos (1992), Martínez, et al. (2001) han afirmado que los niños, niñas y adolescentes que se encuentran institucionalizados tienen las siguientes características:

1. Ausencia de la figura materna específica. Los niños permanecen solos gran parte del tiempo, lo que da lugar a un exceso cuidado de los niños y a la falta de constancia en las relaciones entre éstos, lo que impide que el niño desarrolle una conciencia de sí mismo y de medio ambiente.
2. Desarrollo físico disminuido. Retardo en el desarrollo, insuficiente peso.
3. Compromiso en la manufacturación de la motilidad: atraso en el desarrollo motor.
4. Compromiso en el lenguaje. Es el más afectado, pero a la vez el más susceptible de mejorar si se cambia al niño de medio ambiente.
5. Bajo rendimiento intelectual. Comprobado en pruebas psicológicas.
6. Dificultades en el proceso de internalización de imágenes, conceptos y valores.
7. Ineptitud. En nuevas situaciones sociales.
8. Dificultad para lograr la diferencia sexual.
9. Retardo o defecto en el descubrimiento del cuerpo y en la interrogación del autoconcepto.
10. Falta de tensión y ansiedad normal que se manifiesta por ejemplo en la adaptación pasiva de procesos escolares.
11. Dificultad para desarrollar un sentimiento de confianza en el adulto.

En relación a la institucionalización en sí, se ha puesto en evidencia que “el tipo de vínculo con los cuidadores adultos, genera conexiones en el cerebro en crecimiento que facilitan el desarrollo de habilidades intelectuales, emocionales y físicas” (Guillén, 2021, p. 53), tal como se muestra en la Ilustración N° 01.

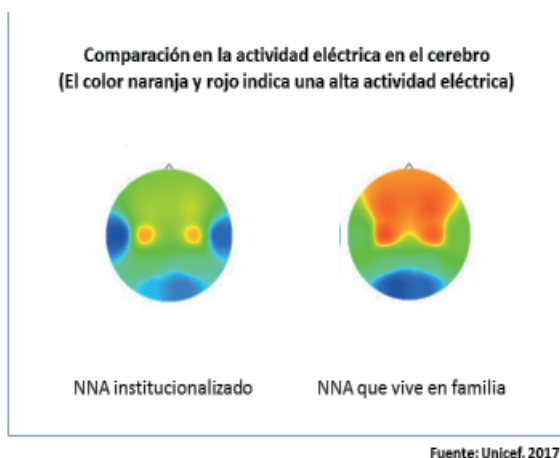


Ilustración N° 01

En este sentido, en base a los hallazgos realizados al respecto, se ha afirmado que “a mayor vínculo, mayores serán las conexiones cerebrales”, con lo que, como es de esperarse, la baja actividad eléctrica en el cerebro del niño, niña o adolescente institucionalizado, tiene incidencia negativa en su desarrollo psicológico, cognitivo y motor, afectando su desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida social.

De acuerdo con la bibliografía existente, se ha evidenciado que –en mayor o menor medida– *los efectos de la institucionalización, siempre son negativas para el niño, la niña o el adolescente*, tanto en el aspecto psicológico como en el aspecto social, afectándose con mayor intensidad quienes fueron internados en un Centro de Acogida Residencial a más temprana edad y, además, permanecieron en éstos por más tiempo del esperado.

En este mismo sentido, en la *Evaluación de la calidad e impacto del Programa de Hogares de Protección INABIF*, Ethel Gherzi (2008) ha señalado que los niños, niñas y adolescentes que entraron a más temprana edad a un Centro de Acogida Residencial son los que tienen las mayores limitaciones para actuar una vez que han sido egresados de éste.

Asimismo, en el *Informe Defensorial N° 150*, la Defensoría del Pueblo (2010) ha señalado que:

Tanto las vivencias de los residentes que motivaron la separación del seno familiar, como la nueva situación que tienen que asumir y a la que se tienen que adaptar, pueden determinar la aparición de una serie de problemas o dificultades respecto de su comportamiento. (p. 390)

Y, de acuerdo con esto, la Defensoría ha afirmado que, entre los problemas que presentan los niños y adolescentes en su permanencia en los Centros de Acogida Residencial, se encuentran en primer y segundo lugar los problemas de conducta y de socialización, respectivamente, mientras que se ha señalado que “En tercer lugar se registran los problemas de inestabilidad emocional, depresión y ansiedad” (Defensoría, 2010, p. 391).

Por su parte la Associazione Amici dei Bambini (2011), en el Estudio *Familia y Adolescencia: Búsqueda y Construcción de Procesos Sostenibles de salida al abandono en la Región Andina*, ha afirmado que “La percepción hacia los Centros de Acogida y las relaciones interpersonales que se establecen con el personal que allí trabaja, por el cambio continuo, influyen desfavorablemente en el desarrollo afectivo, la personalidad y los procesos de adaptación y socialización” (p. 135).

En este mismo sentido, en el Estudio *Una mirada sobre la Problemática de la Institucionalización de niños y adolescentes*, la Associazione Amici dei Bambini (2012), ha señalado que “Los NNA que residen en los CAR, presentan problemas en la socialización o relaciones interpersonales causados por la falta de interacción social y de una atención individualizada” (p. 26).

Asimismo, en el estudio de Ethel Gherzi (2008) sobre la calidad e impacto de los Hogares del INABIF, se ha responsabilizado a la pobreza y a la desorganización familiar asociada a ella, como las principales causas para el ingreso de niños, niñas y adolescentes a los Centros de Acogida Residencial y, asimismo, se ha concluido que “Cuando crecen los jóvenes criados en hogares de protección parecen socialmente adaptados pero no todos lo son” (p. 29).

En este mismo sentido, Pisano y Lima (2004) han señalado que, aunque luego de dos años, los niños, niñas y adolescentes tienden a adaptarse a la vida dentro del Centro de Acogida Residencial, en realidad ello se trataría de una *seudo adaptación*, la misma que en la práctica es la forma que el niño, niña o adolescente encuentra para sobrevivir dentro del Centro de Acogida.

De acuerdo con esto, es de señalarse que durante la crisis de adaptación a la nueva situación que el niño, niña o adolescente tiene que aceptar, se presentan una serie de crisis conductuales y suceden con facilidad los intentos de evasión, los que –por lo general– al cabo de tres meses disminuyen considerablemente; tras este período, aunque no se extinguen las crisis conductuales, sigue un período de adaptación y ajuste a la dinámica y estructura del Centro de Acogida Residencial, el mismo que en promedio tiene una duración de dos años, luego del cual se aprecia un deterioro de la salud mental del niño, niña o adolescente (Guillén, 2021 y 2022).

Durante el período de adaptación, el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados sería –más bien– un «ajuste obligatorio al abandono» dentro del sistema de los Centros de Acogida Residencial, antes que una adaptación a la situación residencial y, debido a esto, en realidad se actúan conductas que –por lo general– son esperadas por los Operadores de la Atención Residencial como sinónimas de una adaptación que no ha ocurrido, pese a la resignación al «*abandono*» del que el niño, niña o adolescente siente que es víctima.

En este sentido, en base a la información recogida, se sabe que la institucionalización tiene una doble lectura; así, desde los operadores de la protección, tiene una *lectura objetiva*, según la cual se entiende como necesaria para garantizar la protección del niño, niña y adolescente y la atención integral a sus necesidades básicas y de desarrollo y, desde los institucionalizados

tiene una *lectura subjetiva*, desde la que es percibida como una sanción ilegítima, por la irresponsabilidad, inconducta o pobreza de sus padres; el niño, niña o adolescente siente que con la medida de protección se le priva de la libertad y, arbitrariamente, se le aleja de sus espacios de socialización (Escuela, Barrio, etc.) y de su grupo de pares o (en el caso de las adolescentes mujeres) de su pareja. (Guillén, 2022, 10)

Con esto, es de reconocerse que el proceso de adaptación a la dinámica de los Centros de Acogida Residencial, obedece a un *falso self* que se da en la *socialización*

*patológica* (Yaría, 1999) que es operada al interior de la institucionalización, el mismo que se extingue al momento de darse la *desinstitucionalización*, haciendo conflictiva la reinserción del niño, niña o adolescente a su familia y a la sociedad.

Sobre esto, en el Estudio *Una mirada sobre la Problemática de la Institucionalización de niños y adolescentes*, la Associazione Amici dei Bambini (2012), ha señalado que “los problemas de socialización que presentan los NNA institucionalizados pueden causar a largo plazo, la inadaptabilidad de ellos a su entorno social y comunal, una vez que egresen de los CAR” (p. 26).

De acuerdo con esto, es de afirmarse que las repercusiones de la institucionalización, son siempre negativas para el niño, niña o adolescente y, al afectar su normal desenvolvimiento social, se manifestarán –principalmente– en la conducta posterior a la desinstitucionalización; debido a ello, ya se había señalado (Guillén, 2010) que

De acuerdo con Beingoechea (1996), las repercusiones de la institucionalización en el desarrollo normal del niño han sido negativas (...) y, aparentemente, tal como han señalado Pisano y Lima (2004), aunque luego de dos años el niño tiende a adaptarse a la vida institucional, no está exento de presentar secuelas en su desenvolvimiento biopsicosocial (...). A estas secuelas es a lo que se conoce como Síndrome de Institucionalización, el mismo que repercutirá en su conducta posterior; al respecto, conviene recordar que Castillo Ríos (1988) anota sobre las condiciones de vida en los Centros de Atención que en estas se van formando imperceptiblemente a inadaptados y acomplejados, cuando no a disminuidos mentales o emocionales. (p. 136)

Así, en base a la información disponible sobre la conducta de quienes han sido desinstitucionalizados, ahora cobra relevancia «otra» problemática de la institucionalización: «la afectación de la sensibilidad social» que se genera en la socialización dentro de los Centros de Acogida Residencial y que se encuentra en la base de la «Nueva *Socialidad*» de los adolescentes, la misma que se hace evidente en la *insensibilidad* y el *desinterés por los demás*, especialmente por los que tienen problemas o sufren, así como en el *mínimo control de la agresividad y la violencia* que éstos tienen en sus relaciones sociales.

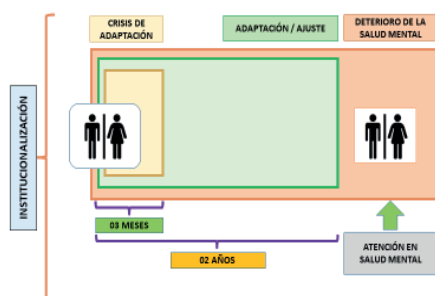
Finalmente, es de señalarse que la evidencia empírica muestra que “después de dos años de institucionalización, el niño, niña o adolescente presenta problemas en su salud mental” (Guillén, 2021) y, como consecuencia de ello, aparecen trastornos de ansiedad y depresión que –con facilidad– son confundidos con problemas de conducta y de adaptación al Centro de Acogida Residencial, los que –como se ha observado– tienen necesidad de atención en Servicios de Salud Mental (Guillén, 2017), ya que se presentan episodios depresivos que –incluso– están asociados a autoagresiones e intentos suicidas (Guillén, 2016).

Debido a los problemas en la salud mental que se presentan en los niños, niñas o adolescentes después de dos años de institucionalización, se requiere del apoyo sostenido de la psiquiatría infantil, con lo que se consolida la psiquiatrización del acogimiento residencial, tal como se puede apreciar en el Gráfico N° 03.

Sin duda, la psiquiatralización del acogimiento residencial ha conducido a la crisis del *Centro de Acogida Residencial* como instancia resocializadora, la misma que, tras estigmatizar a los niños, niñas y adolescentes por su conducta, les facilita la adopción de comportamientos antisociales, con los que siguiendo a Luján Luale (2019)

El niño pierde su condición misma (...) para pasar a ser parte de una categoría psicopatológica en un afán por nombrar la diferencia no en términos de discernimiento, sino de operatoria que confina al niño a prácticas innecesarias o iatrogénicas. (p. 145)

Debido a que –en la actualidad– se vienen presentando en el *Centro de Acogida Residencial* problemas de convivencia e integración social, han surgido categorías pedagógicas, psicológicas y sociológicas que abordan el comportamiento infantil, a las que –genéricamente– se les llama *inadaptación social*, la misma que migra teóricamente hacia la categoría psicopatológica que está clasificada en el DSM como *trastorno disocial*, en la que la medicalización es la única alternativa posible para controlar la conducta de los niños, niñas y adolescentes.



Tomado de Guillén, 2021, p. 57

Gráfico N° 03 Proceso de psiquiatralización del acogimiento residencial

Por tal, como ha señalado Luale (2019)

No decimos que no hay niños con dificultades, sino que ponemos en tela de juicio el modo en el cual se arriba a estos diagnósticos, porque cuando comienza a tomar la forma de una epidemia es probable que algo se esté haciendo mal.

Una tríada se ha ido configurando: el avance del DSM como sistema clasificatorio, la noción aberrante de trastorno y la concepción de tratamiento basado en la medicalización de la infancia. (p. 146)

En este sentido, para la adecuada socialización de los niños, niñas y adolescentes, sin clasificarlos ni medicarlos, en el *Centro de Acogida Residencial* se requiere atenuar la rígida separación entre cuidadores y cuidados y de un apoyo formal, el cual se lleva a cabo a través de la acción socioeducativa de *Educadores Sociales*, la misma que –al ser un tipo de acción social que tiene naturaleza educativa– se orienta a lograr un *cambio social*



*positivo*<sup>13</sup> en el funcionamiento y desempeño de los cuidadores, para que éstos —a su vez— cuenten con los recursos necesarios para generar vínculos seguros y, a partir de ellos, transmitir los valores sociales de un modelo de vida que sea coherente y comprometido con los principios sociales y que, asimismo, sean lo suficientemente capaces para contribuir a los procesos de desarrollo individual y social de los niños, niñas y adolescentes.

## **Antipsiquiatría<sup>14</sup>, desinstitucionalización y no institucionalización**

En el primer cuarto del Siglo XX, tras la separación del Derecho de Menores del Derecho Penal en el Perú, se concibieron las modernas instituciones para la protección de las infancias en riesgo separadas de las cárceles para adultos, aunque sin alejarse del disciplinamiento que caracterizó a los orfelinatos desde el momento de su creación.

Con el cambio de la *Doctrina de la Situación Irregular* por la *Doctrina de la Protección Integral*, el contacto del niño, niña o adolescente con el Sistema de Protección a la Infancia es llevado a cabo por padres o madres que declaran no tener control sobre la conducta de sus hijos e hijas y —en no pocas veces— por profesionales de servicios sociales que trabajan con familias en vulnerabilidad, cuyos niños, niñas y adolescentes se encuentran en riesgo de desprotección familiar o ya están en desprotección familiar.

De acuerdo con esto, en cualquiera de los dos supuestos señalados para el contacto del niño, niña o adolescente con el Sistema de Protección a la Infancia, cuando la familia no puede hacerse cargo de sus hijos o “no está en condición de garantizar el adecuado desarrollo biopsicosocial de sus miembros más jóvenes ni su posterior integración armoniosa a los grupos secundarios” (Guillén, 2022, p. 5), en ésta se observa la “pérdida de la conducción educativa por parte de los padres” (Yaría, 1999, p. 13) y, por ello, a “juicio de incompetencia generalmente sustentado por terceros” (Sanicola, 1996, p. 18), “las conductas anómicas de los niños, niñas o adolescentes son afrontadas (...) recurriendo a la institucionalización prolongada” (Guillén, 2022, p. 5).

Si bien la concepción de los actuales Centros de Acogida Residencial data del primer cuarto del Siglo XX y busca la protección de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, recién la modernización de la institucionalización ocurrida en la segunda mitad del Siglo XX puso en evidencia la tensión existente entre la lógica asilar (asentada en la terapéutica del encierro) y la lógica de la psiquiatría infantil (asentada en la terapéutica médica), la cual se resolvió a favor de la psiquiatrización debido a que —al estar afiliada al proyecto de la sociedad capitalista para reprimir la

<sup>13</sup> Se pone énfasis en el *cambio social positivo*, ya que los supuestos del cambio social, tal como ha señalado Plaza (2014), también conducen a pensar que éste pueda ser negativo.

<sup>14</sup> Para hablar con cierta propiedad de críticas hechas a las instituciones totales y, concretamente, a los Centros de Acogida Residencial para niños, niñas y adolescentes, es necesario tener en cuenta la vinculación existente entre sociología y psiquiatría, recordando que se hace alusión a esta relación en la definición que el *Diccionario de Psicología* de Andrew M. Colman (2002) trae de la antipsiquiatría, la misma que sería “Una crítica radical de las aproximaciones tradicionales (especialmente médicas) a los desórdenes mentales influenciada por el existencialismo y la sociología...”.

conducta y normalizar el comportamiento de «*los enemigos*» del orden imperante— la institucionalización tradujo las conductas no deseadas de los niños, niñas y adolescentes en «*síntomas anormales*», para lo cual usa el lenguaje de la medicalización.

De acuerdo con esto, con la psiquiatralización de la institucionalización, los problemas no médicos (como todo aquello que se oculta en las conductas adaptativas de los niños, niñas y adolescentes a los Centros de Acogida Residencial) pasaron a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o de desórdenes; por esto, siguiendo al Grupo de trabajo *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias* (s/f), cabe afirmarse que “en el contexto de la medicalización, pueden significarse como enfermedades o expresión de patologías, fenómenos o conductas que son solo expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales” (p.19).

En la actualidad, debido a que los discursos nosológicos contenidos en los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales alientan la necesidad clínica de describir un momento determinando en la evolución (Castro, 2009), la lógica médica de la psiquiatría infantil se ha vuelto predominante en la institucionalización y, por ello, el diagnóstico modula la inclusión en una categoría diagnóstica a toda conducta de los niños, niñas y adolescentes que no es esperada por los cuidadores en los Centros de Acogida Residencial, al punto que —incluso— se ha hablado de la ocurrencia de un *síndrome de institucionalización* y —aún— de un *trastorno de conducta por institucionalización*, ya que las conductas observadas en los niños, niñas y adolescentes que habían vivido en un Centro de Acogida Residencial no son las que la sociedad esperaba, puesto a que —en éstos— se ha observado la presencia de conductas violentas y agresivas que dificultan su integración a la sociedad.

Respecto a esta observación, en un estudio longitudinal realizado a lo largo de varias décadas, Tizard (1977, citada por Ferrandis, 2009) constató que

los niños que pasaron en una institución la primera parte de su vida y luego regresaron a su familia o fueron adoptados manifiestan en la adolescencia mayores dificultades en sus relaciones con compañeros y adultos ajenos que los adolescentes que han crecido con su familia. Sus resultados eran más bajos en popularidad y presentaban mayor frecuencia de conductas agresivas con los iguales. (p. 133)

En este mismo sentido, en el seguimiento realizado a ocho adolescentes desinstitucionalizados de dos Centros de Acogida Residencial de gestión pública, se pudo observar que todos los adolescentes presentaron severas dificultades para integrarse a sus familias y que, asimismo, mostraron una serie de conductas que impidieron su integración a la sociedad (Guillén, 2021) y, debido a la violencia y agresividad que imprimieron en sus conductas, se afirmó la necesidad de que los adolescentes se adhirieran a tratamientos psiquiátricos por estar afectada su salud mental y social, presumiéndose que esto se debería a la medicación durante la institucionalización.

No obstante la desjudicialización de la investigación tutelar que se llevó a cabo en el Perú a inicios del Siglo XXI, al momento de disponerse la medida de protección administrativa sigue produciéndose un pacto formal e informal a la vez, en el que, por un lado, se pacta formalmente la protección de los niños, niñas y adolescentes en desprotección familiar y, por el otro, se pacta de modo informal el disciplinamiento de sus conductas no deseadas; dicho pacto, además, es reforzado con la pérdida de la patria potestad y el abandono de los niños, niñas y adolescentes en los Centros de Acogida Residencial que es inducido por los operadores de la protección integral; con esto, si bien ha sido reemplazada por la *Doctrina de la Protección Integral*, aún sobrevive la *Doctrina de la Situación Irregular*, tanto en la práctica de los operadores de la investigación tutelar como en la práctica de los operadores de la protección integral (Guillén, 2010), disponiéndose el acogimiento residencial o prolongándosele innecesariamente, con las graves consecuencias que ello supone para la salud mental y social de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados.

Así, debido a que la consecuencia de la institucionalización sigue siendo el aislamiento de los niños, niñas y adolescentes de la dinámica social, éste es una situación esperada dentro del proyecto de la sociedad capitalista que, para poder reprimir sus conductas y normalizar sus comportamientos y el desempeño social, se volvió una situación que ha permitido –y alentado– la psiquiatralización de la institucionalización y la medicación para controlar las conductas que no son deseadas.

En este contexto, la institucionalización ha naturalizado el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes como objeto de intervenciones universales y, por ello, en los Centros de Acogida Residencial no se elaboran planes de trabajo individualizados ni se considera la particularidad de cada situación, lo que constituye una práctica que homogeniza y no permite llevar a cabo la atención que cada niño, niña o adolescente necesita, quienes al sufrir la discriminación y el abuso de parte de los actores institucionales con responsabilidad en la atención, expresan su rechazo a la institucionalización y –sobre todo– a sus cuidadores; debido a esto, sus conductas han sido patologizadas y abordadas (tratadas) desde los recursos de la psiquiatría infantil, perjudicando severamente su posterior desempeño social.

De acuerdo con esto, en correspondencia a las razones del rechazo a la institucionalización y a los cuidadores por parte de algunos niños, niñas o adolescentes, la OMS (2012) ha identificado<sup>15</sup> la existencia de deficiencias sustantivas en el cumplimiento de los estándares de calidad y garantía de derechos humanos de quienes viven en un Centro de Acogida Residencial; así, este organismo supranacional (citado por el Grupo de trabajo *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias*, s/f) ha afirmado que

---

15. En el Instrumento *Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social* (OMS, 2012).

Al encontrarse debilidades en la formación del personal que trabaja en los centros, se somete a restricción de libertades, violación del derecho a la intimidad, se limita la vinculación con el medio, el derecho al ocio, la educación y la re vinculación con referentes afectivos. En este caso no hay garantías de protección en la medida en que no se instalan mecanismos de queja y denuncia de violencia. Los centros que profundizan el aislamiento crean condiciones para los abusos y violencias en sus prácticas institucionales. (pp. 46-47)

Asimismo, se ha constatado que en la institucionalización se han dado prácticas de encierro en las que no quedan claros los criterios del acogimiento residencial y que pueden ser interpretadas como violaciones a la libertad, entre las que (como respuesta a que el niño, niña o adolescente «se portó mal») se encuentran el encierro en un cuarto, la prohibición de salir a estudiar, la limitación en el uso del tiempo libre, la limitación de las visitas, entre otras acciones que, según las Reglas de Beijing, corresponden a las de la prisión indebida.

Existen argumentos médicos que justifican la privación de la libertad de los niños, niñas y adolescentes, los cuales se sustentan tanto en el paradigma de la medicalización como en el paradigma de la patologización de la conducta y, asimismo, se han desarrollado en “respuesta a las debilidades institucionales para proteger a niños, niñas y adolescentes con altos niveles de sufrimiento” (Grupo de trabajo Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias, s/f, p. 47).

De otro lado, si bien la institucionalización que se prolonga innecesariamente ha sido definida como una forma de maltrato infantil (Guillén, 2010 y 2022), ésta debe ser entendida como una situación que, “además de vulnerar el Derecho (...) a vivir en familia, afecta su normal proceso de socialización y afecta su capacidad de vida en sociedad, siendo en este sentido una situación que nos afecta a todos” (Guillén, 2022, p. 1).

Con la institucionalización, el Derecho del niño, niña o adolescente a la vinculación con su medio social, se limita o restringe, lo que —en la práctica— constituye una verdadera privación de la libertad que, además, es catalogada como una forma de violencia institucional que daña al niño, niña o adolescente y que, además, cuando ésta es prolongada, profundiza el daño.

Debido a esto, tras el cuestionamiento de la institucionalización hecho por la sociología, a fin de evitar situaciones de riesgo para los niños, niñas y adolescentes, en cumplimiento de la obligación estatal de brindar protección a la infancia, se ha propuesto la *desinstitucionalización* y la *no institucionalización* y, con ello, el paso de la «atención convencional» a la «atención no convencional» de los niños, niñas y adolescentes en riesgo de desprotección familiar, con lo que la acción protectora del Estado podrá llevarse a acabo —en primera opción— a través de la orientación, el apoyo y el seguimiento a la familia, para fortalecerla y reducir las condiciones de riesgo en las que se encuentran niños,

niñas y adolescentes, por ser éstos los más vulnerables, con lo que –además– se podrá desmedicalizar el control de sus conductas.

## CONCLUSIONES

1. En los Centros de Acogida Residencial existe una rígida separación entre cuidadores y cuidados; por ello, las interacciones entre éstos conforman un sistema social entramado por el poder que es ejercido por los cuidadores sobre los niños, niñas y adolescentes que son cuidados y, debido al aislamiento del Centro de Acogida de la dinámica social, buena parte de las conductas de los niños, niñas y adolescentes que son catalogadas en términos psicológicos o psiquiátricos son explicables si se tiene en cuenta que éstos se resisten a la institucionalización por considerarla que es una sanción ilegítima (por la irresponsabilidad, inconducta o pobreza de sus padres) y que, las más de las veces, en las prácticas en las que no quedan claros los criterios del acogimiento residencial, ellos perciben un uso abusivo del poder de los cuidadores.
2. La psiquiatrización de la institucionalización ha conducido a la crisis de los Centros de Acogida Residencial como instancias resocializadoras, ya que, junto a la rígida separación entre cuidadores y cuidados, la medicación y las prácticas terapéuticas innecesarias para someter a los niños, niñas y adolescentes al orden esperado tienen efectos iatrogénicos, ya que facilitan los comportamientos catalogados como antisociales y, asimismo, permiten la clasificación clínica en el *trastorno disocial* de los niños, niñas y adolescentes que, al considerarla una sanción ilegítima, se resisten a la institucionalización y –por esto mismo– no se adaptan al orden existente en el sistema terapéutico del acogimiento residencial ni tampoco se someten a la normalidad que es exigida por la sociedad.
3. A diferencia de los niños y niñas, debido a la violencia y agresividad que imprimen en sus conductas los adolescentes desinstitucionalizados, es necesario que éstos se adhieran a tratamientos psiquiátricos por observarse que se encuentra afectada su salud mental y social, presumiéndose que dicha afectación se debería a la medicación que habrían recibido durante su institucionalización para controlar la conducta a la que –genéricamente– se le llamó *inadaptación social*.
4. Con el cuestionamiento hecho por la Sociología a la nosología médica y a la lógica cerrada de los Centros de Acogida Residencial, se tiene el sustento necesario para rechazar la psiquiatrización de la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes y, asimismo, se sientan las bases para continuar con la *desinstitucionalización* y avanzar en la *no institucionalización* de los niños, niñas y adolescentes en riesgo de desprotección familiar.

5. El rechazó de la psiquiatrización de la institucionalización contribuye a la propuesta de sustitución de los Centros de Acogida Residencial por Centros de Referencia, con lo que, al pasar de la «atención convencional» y masiva a la «atención no convencional» e individualizada de los niños, niñas y adolescentes en riesgo de desprotección familiar, se fortalecerá el compromiso de las familias por sus hijos e hijas y, asimismo, se mejorarán las competencias parentales y de crianza.

## REFERENCIAS

Acosta, M., Alburqueque, A., Barragán, N., Barja, J. y Cornejo, R. (2006). Proyecto de diseño de sistema de valuación y monitoreo de una casa hogar. En J. Castro (Ed.), *Para atender a los niños. Reflexiones, indagaciones y propuestas de intervención* (pp. 171-205). UNMSM.

Álvarez-Uría, F. y Valera, J. (2009). *Sociología de las instituciones. Bases sociales y culturales de la conducta*. Morata.

Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Taurus.

Associazione Amici dei Bambini (2011). *Familia y Adolescencia: Búsqueda y Construcción de Procesos Sostenibles de salida al abandono en la Región Andina*. Ai.Bi.

Associazione Amici dei Bambini (2012). *Una mirada sobre la Problemática de la Institucionalización de niños y adolescentes*. Ai.Bi.

Castro, J. (2009). Clasificación de trastornos psíquicos en niños y adolescentes. En J. Castro (Ed.), *Psiquiatría de niños y adolescentes* (pp. 132-143). UPCH.

Chunga, F. (1984). *Derecho de menores*. EDDILI.

Chunga, F., Chunga, C. y Chunga, L. (2012). *los derechos del niño, niña y adolescente y su protección en los derechos humanos*. GRIJLEY.

Cruz, N. (2021). Cuando el hogar expulsa, la institución... ¿hospeda? Vínculos, intersubjetividades y entramados institucionales. En N. Cruz (Coord.), *Intervención social con familias* (pp. 44-77). UNAM.

Defensoría del Pueblo. (2010). *Informe defensorial N° 150: el derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir en una familia: la situación de los centros de atención residencial, estándares desde la Defensoría del Pueblo*. Defensoría del Pueblo.

Ferrandis, A. (2009). El sistema de protección a la infancia en riesgo social. En C. Vélaz (Coord.), *Educación y protección de menores en riesgo. Un enfoque comunitario* (pp. 83-151). GRAÓ.

Foucault, M. (2016). *La sociedad punitiva*. FCE.

Gherzi, E. (2008). Evaluación de la calidad e impacto del Programa de Hogares de Protección INABIF. En *Boletín Promoción de la Infancia*, 3, pp. 25-29.

Goffman, I. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales*. Amorrortu.

Guillén, G. (2008). *Inhalación de terokal y suspensión de su consumo en adolescentes mujeres* [manuscrito no publicado].

Guillén, C. (2010). La no desinstitucionalización una forma de violencia – maltrato infantil. En *Boletín del Instituto de Familia*, 12, 124–142.

Guillén, C. (2016, noviembre 15). *La no institucionalización, un nuevo paradigma para la protección de niños, niñas y adolescentes*. [Presentación en Congreso]. II Congreso Nacional de Trabajadores del INABIF, Lima, Perú.

Guillén, C. (2017, diciembre 05). *Introgénia y nueva sociedad. Un estudio de los efectos de la institucionalización en el desarrollo de la Sensibilidad Social de un grupo de adolescentes desinstitucionalizados* [Presentación en Congreso]. XXXI Congreso Latinoamericano de Sociología, Montevideo, Uruguay.

Guillén, C. (2021). *Introgénia y nueva sociedad. Un estudio de los efectos de la institucionalización en el desarrollo de la sensibilidad social de un grupo de adolescentes desinstitucionalizados*. Letra.

Guillén, C. (2022). Del paradigma de la desinstitucionalización a la no desinstitucionalización como una forma de maltrato infantil, una necesaria revisión. En S. Araujo (Org.), *Ciencias sociales aplicadas: estado, organizaciones y desarrollo regional* (pp. 1–16). Atenda Editora.

Grupo de trabajo Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. (s/f). *Informe final*. Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

Grupo de Trabalho Educação e Saúde. (2015). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade.

Jacobsen, M. y Tester, K. (2014). Introducción. En Z. Bauman, *¿Para qué sirve realmente ...? un sociólogo* (pp. 13–17). Paidós.

Jaramillo, E. (2022). *Sociología de la infancia y políticas sociales en el Perú (2000-2010)*. IFEJANT.

Lapassade, G. (2000). *Socioanálisis y potencial humano*. Gedisa.

Luale, L. (2019). Infancias. En J. Espert, L. Luale y L. Wanzek (Eds.), *La infancia intervenida, ciencia, clínica y política* (pp. 19–29). Lugar Editorial.

Martínez, B., Quezada, J., Sassone, F. y Huarachi, M. (2001). *Habilidades cognitivas y estilos de aprendizaje*. Biblioteca Nacional del Perú.

Orellana, O. (2003). *Enseñanza y aprendizaje, la mediación constructivista*. Editorial San Marcos.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. OMS.

Sanicola, L. (1996). *Redes sociales y menores en riesgo, solidaridad y servicios en el acogimiento familiar*. Lumen Humanitas.

Yaría, J. (1999). *Drogas, posmodernidad y redes sociales*. Lumen – Universidad del Salvador.