

INFORME DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

"La violencia del encierro: Mujeres neurodivergentes frente a la institucionalización"

Elaborado por: Acción Neurodivergente¹

I. ANTECEDENTES	1
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2
III. METODOLOGÍA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	2
IV. RESULTADOS	3
4.1. Sobre la experiencia de vida de las entrevistadas	3
4.1.1. Antes del internamiento: crisis suicida, autolesiones y contextos de riesgo	3
4.1.2. Durante el internamiento: control, coerción y pérdida de autonomía	5
4.1.3. Después del internamiento: secuelas, estigma y dificultades de reinserción	7
4.2. Percepciones recogidas sobre el Proyecto Ley N.º 4324/2022-CR	8
4.2.1. Brecha normativa y ausencia de derechos plenamente garantizados	9
4.2.2. Rechazo a modelos de albergue permanente por su efecto excluyente	9
4.2.3. Ambigüedad normativa y riesgos desde un enfoque de derechos	10
V. CONCLUSIONES	10

¹ Estudio elaborado por el equipo de Acción Neurodivergente liderado por Sara Herrera Santos, e integrado por Nelly Lucía Herrera Santos, Beti Natali Espinoza Ortiz y María Fe Gallardo Quintana.



Nota de advertencia al lector/a (Trigger Warning)

El presente informe de resultados incluye extractos textuales de las entrevistas realizadas a mujeres neurodivergentes y/o con discapacidad psicosocial, en las que se relatan experiencias de internamiento, violencia institucional, sufrimiento emocional, conductas suicidas y autolesiones.

Consideramos fundamental reproducir estas expresiones de manera fiel, ya que permiten visibilizar la profundidad y gravedad de las vivencias atravesadas por las participantes, así como dimensionar los impactos reales de la institucionalización en sus vidas. La utilización de sus propias palabras responde a un compromiso ético con la verdad de sus experiencias y con la denuncia de prácticas que vulneran derechos humanos.

No obstante, reconocemos que este contenido puede resultar sensible o activador para algunas personas lectoras. Por ello, invitamos a abordar el documento con cuidado, priorizando el autocuidado emocional y, de ser necesario, tomando pausas o buscando acompañamiento.

Este informe busca generar conciencia, promover cambios estructurales y contribuir a políticas públicas respetuosas de la dignidad, autonomía y vida en comunidad de las personas con discapacidad psicosocial y neurodivergentes.

I. ANTECEDENTES

En los últimos años, el debate sobre la atención a personas con discapacidad en el Perú ha evidenciado tensiones entre el enfoque de derechos humanos y prácticas históricas de segregación e institucionalización. Estas tensiones se profundizaron el 3 de abril de 2025, cuando el Congreso de la República aprobó la modificación del artículo 29 de la Ley General de la Persona con Discapacidad (Ley N.º 29973), incorporando el artículo 29.2, que promueve la creación de centros asistenciales especializados y albergues temporales y permanentes para personas con discapacidad. Si bien la norma se presentó bajo un supuesto “enfoque de derechos”, diversas organizaciones de personas con discapacidad advirtieron que dicha disposición reproduce lógicas de encierro incompatibles con los principios de vida independiente, inclusión comunitaria y autonomía reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Frente a este retroceso normativo, colectivos de la sociedad civil —entre ellos Acción Neurodivergente, De-Mentes y la Coalición Neurodivergente Peruana— impulsaron una campaña pública a través de la plataforma Change.org bajo el lema “No a la institucionalización de personas con discapacidad en el Perú”. Esta iniciativa visibilizó los riesgos de promover albergues como respuesta estatal, señalando que tales medidas refuerzan la segregación estructural y exponen especialmente a las personas con discapacidad psicosocial y mujeres neurodivergentes a situaciones de control, pérdida de autonomía y vulneración de derechos.

El cuestionamiento a la reforma legal fue posteriormente respaldado por el Poder Ejecutivo, que el 9 de mayo de 2025 observó la autógrafa de ley por contravenir la CDPD, la Ley de Salud Mental y el modelo comunitario de atención. Asimismo, más de veinte organizaciones presentaron una carta formal al Congreso solicitando el rechazo del artículo 29.2 y proponiendo alternativas centradas en servicios comunitarios, apoyos personalizados y centros de vida independiente. Este escenario puso en evidencia que la institucionalización continúa siendo presentada como una solución estatal, pese a sus efectos históricos de exclusión, violencia y vulneración de derechos, particularmente hacia mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

En este contexto político y social surge la investigación “**La violencia del encierro: Mujeres neurodivergentes frente a la institucionalización**”, con el propósito de aportar evidencia desde las propias experiencias de quienes han vivido procesos de internamiento. Más allá del debate normativo, la investigación buscó visibilizar cómo estas prácticas impactan en la vida, la salud mental, la autonomía y la dignidad de mujeres neurodivergentes y/o con discapacidad psicosocial en Lima Metropolitana. Asimismo, se exploraron sus percepciones frente al Proyecto de Ley N.º 4324/2022-CR, comprendiendo cómo estas propuestas legislativas se conectan con experiencias reales de encierro, control y violencia institucional, que rara vez son escuchadas en la formulación de políticas públicas.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tuvo como objetivo principal conocer y visibilizar las experiencias de internamiento vividas por mujeres neurodivergentes y/o con discapacidad psicosocial en Lima Metropolitana.

Asimismo, buscó comprender sus percepciones frente al Proyecto de Ley N.º 4324/2022-CR, que en su versión primigenia proponía la creación de centros asistenciales especializados y albergues temporales o permanentes “bajo el enfoque de derechos”.

III. METODOLOGÍA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Se empleó un enfoque cualitativo a través de entrevistas en profundidad e historias de vida realizadas entre septiembre y noviembre de 2025. La información fue analizada **mediante codificación temática**, lo que permitió identificar patrones comunes, significados compartidos y elementos críticos en **las experiencias narradas por las participantes**.

En tal sentido, el presente informe presenta el referido análisis de las experiencias de mujeres neurodivergentes, de entre 25 y 36 años, residentes en Lima Metropolitana, que han atravesado procesos de internamiento psiquiátrico en distintos establecimientos de salud públicos y privados.

Entre los diagnósticos referidos por las participantes se encuentran distimia, TDAH, trastorno límite de la personalidad, autismo, altas capacidades y trastorno bipolar. Los internamientos relatados ocurrieron en instituciones como **Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y el Centro Casa Vida Mujer**.

Desde un enfoque cualitativo y de derechos humanos, el análisis se organiza a partir de una lógica temporal que distingue tres momentos clave: **antes del internamiento, durante la institucionalización y después del “alta”**, permitiendo comprender el internamiento no como un evento aislado, sino como parte de un ciclo de vulnerabilidad, control y afectación emocional persistente. La investigación se desarrolló mediante entrevistas cualitativas en profundidad, priorizando el relato subjetivo de las experiencias vividas antes, durante y después del internamiento.

Asimismo, el informe recoge una mirada crítica de las participantes frente a las propuestas estatales en salud mental contenidas en el **Proyecto de Ley N.º 4324/2022-CR**, el cual establece -entre otros aspectos- que *“el Estado promueve la creación de centros asistenciales especializados y albergues temporales y permanentes para la persona con discapacidad, bajo el enfoque de derechos”*.

Este informe busca visibilizar las experiencias de mujeres neurodivergentes que han atravesado internamientos psiquiátricos en Lima, colocando en el centro sus voces, percepciones y reflexiones críticas. El objetivo es contribuir a la discusión pública y normativa sobre salud mental desde un enfoque de derechos, género y neurodiversidad.

IV. RESULTADOS

4.1. Sobre la experiencia de vida de las entrevistadas

4.1.1. Antes del internamiento: crisis suicida, autolesiones y contextos de riesgo

Las causas del internamiento psiquiátrico se configuran a partir de una acumulación progresiva de factores personales, familiares y sociales que confluyen en un momento de crisis aguda. Los relatos analizados permiten comprender el internamiento no como un hecho aislado ni exclusivamente clínico, sino como una respuesta extrema frente a trayectorias prolongadas de sufrimiento emocional, precariedad y ausencia de apoyos sostenidos.

En el periodo previo al internamiento, se identifican múltiples acontecimientos vitales estresantes que ocurren de manera simultánea. Entre ellos destacan duelos significativos por la pérdida de familiares cercanos, rupturas afectivas marcadas por experiencias de engaño y traición, y situaciones de inestabilidad económica asociadas a la falta de empleo tras la culminación de estudios. Esta superposición de pérdidas y frustraciones genera un estado de sobrecarga emocional que desborda las estrategias de afrontamiento disponibles, produciendo una sensación de colapso subjetivo.

A estos factores se suma una historia previa de malestar que se remonta a la adolescencia. Las entrevistas evidencian la presencia temprana de conductas de autolesión, asociadas a sentimientos persistentes de soledad, vacío emocional y dificultades para procesar el sufrimiento psíquico. Si bien no siempre se identifican experiencias explícitas de violencia directa, sí se describen situaciones cotidianas de exposición y observación del cuerpo herido por parte del entorno, lo que contribuye a la internalización del malestar y a la normalización del dolor como forma de regulación emocional.

La ausencia de acceso continuo a servicios de salud mental constituye otro factor estructural relevante. Los procesos terapéuticos, cuando existen, aparecen fragmentados, interrumpidos y condicionados por limitaciones económicas. La falta de diagnósticos claros, de acompañamiento sostenido y de intervenciones oportunas debilita la capacidad de contención frente a eventos críticos, aumentando la vulnerabilidad ante crisis severas. En este contexto, el consumo problemático de sustancias también emerge como una estrategia de afrontamiento que, lejos de aliviar el malestar, intensifica la desregulación emocional y el riesgo vital.

El internamiento se produce finalmente en un escenario de alto riesgo, marcado por intentos reiterados de suicidio mediante la ingesta de medicamentos y por episodios de pérdida de conciencia. La decisión de internar se ve fuertemente influida por el entorno familiar cercano, que asume un rol de protección frente al temor de que la persona se exponga a mayores peligros permaneciendo sola, tanto en el espacio doméstico como en el espacio público. Si bien no se describe una coerción directa, sí se evidencia una presión implícita asociada al cuidado, la urgencia y la percepción de falta de alternativas disponibles.

Desde esta perspectiva, el internamiento aparece como una medida de último recurso ante la ausencia de dispositivos preventivos, comunitarios y ambulatorios que permitan sostener a la persona en su entorno. Las causas del internamiento, por tanto, no pueden comprenderse únicamente desde una lógica individual o médica, sino que deben ser analizadas como el resultado de determinantes sociales, económicos y relacionales que configuran condiciones estructurales de vulnerabilidad.

Una de las formas más recurrentes de intento suicida fue la **ingesta de grandes cantidades de fármacos**, lo que produjo pérdida de conciencia y necesidad de atención médica urgente. Las participantes relatan estos episodios como experiencias límite, muchas veces repetidas, que fueron interpretadas por el entorno familiar y el sistema de salud como criterios suficientes para el internamiento. Una entrevistada señala que *“me encontraron inconsciente en mi cama”*, mientras otra recuerda que *“yo despertaba siempre con el lavado estomacal”*. En algunos casos, la intencionalidad suicida es expresada de forma directa: *“me tomé 20 pastillas de clonazepam... yo intentaba suicidarse pensando que iba a morir”*, evidenciando la gravedad de los episodios y el nivel de sufrimiento previo.

Asimismo, se registro un caso sobre intento de suicidio mediante **saltos desde altura**, asociados a estados de shock prolongados y dificultades posteriores para retomar la vida cotidiana. Una participante relata: *“me intenté tirar del doceavo piso de mi universidad”*, señalando que, tras el episodio, permaneció en un estado de desconexión emocional y cognitiva que duró aproximadamente un año: *“me quedé como en shock... no podía captar lo que estudiaba”*. En este contexto, el internamiento fue presentado como una medida de protección, aunque sin considerar alternativas menos restrictivas.

Otro hallazgo relevante es la **reiteración de intentos suicidas en períodos breves**, lo que refuerza la percepción clínica de urgencia y peligro. Las participantes utilizan expresiones como *“tenía ataques de suicidio”* o *“me internaron por intentos de suicidio”*, mostrando cómo la repetición se convierte en un factor decisivo para la institucionalización. Estos episodios suelen estar acompañados de estados intensos de desconexión emocional, descritos como momentos en los que se buscaba *“dos semanas para no pensar”*.

En varios casos, los intentos de suicidio aparecen como la **continuidad de trayectorias prolongadas de autolesión**, iniciadas en la adolescencia. Una entrevistada relata: *“me comencé a autolesionar a los 12 años”*, vinculando estas prácticas con una sensación

persistente de vacío y malestar emocional: *“sentía una sensación de vacío”*. Con el paso del tiempo, estas conductas evolucionaron hacia intentos más letales, sintetizados en la frase: *“llegué a pensar que no había otra salida”*. Este hallazgo evidencia cómo el internamiento se inserta en historias largas de sufrimiento no abordado oportunamente.

Finalmente, algunas participantes sitúan sus crisis en contextos de **consumo problemático de sustancias**, que intensificaron el riesgo suicida. Una mujer describe este periodo como *“un círculo de drogas, intentos”*, mientras otra menciona patrones de consumo diario intenso: *“no podía empezar mi día sin aumentarme las líneas”*. Estos entornos de vulnerabilidad múltiple configuran el escenario previo al internamiento, donde confluyen malestar psíquico, falta de contención y respuestas institucionales centradas en el encierro.

4.1.2. Durante el internamiento: control, coerción y pérdida de autonomía

Las experiencias narradas por las mujeres durante su internamiento en centros psiquiátricos evidencian un **patrón sistemático de prácticas restrictivas y coercitivas**, que afectan profundamente su autonomía, dignidad y bienestar emocional. Desde el ingreso, las participantes describen un trato percibido como indiferente y deshumanizado por parte del personal de salud, junto con normas rígidas que regulan cada aspecto de la vida cotidiana.

Las experiencias relatadas por las mujeres neurodivergentes evidencian un funcionamiento institucional centrado principalmente en el control del cuerpo y la conducta, más que en el cuidado terapéutico integral. El ingreso a los establecimientos marca una ruptura abrupta con la autonomía personal, dando paso a un régimen de normas rígidas, vigilancia constante y toma de decisiones unilateral por parte del personal de salud. En este contexto, las mujeres describen una sensación persistente de desposesión de control sobre su propio cuerpo, sus rutinas y sus vínculos, lo que intensifica estados de miedo, confusión y vulnerabilidad.

Las prácticas institucionales predominantes incluyen la restricción de movilidad, la limitación del acceso a objetos personales y medios de comunicación, así como el uso frecuente de contención física y sedación como respuestas ante la expresión emocional o conductas consideradas disruptivas. Estas intervenciones son vividas no solo como medidas clínicas, sino como mecanismos coercitivos que disciplinan el comportamiento y desalientan cualquier forma de resistencia o disenso. La ausencia de información clara, consentimiento informado y espacios de escucha contribuye a que el internamiento sea experimentado como un proceso deshumanizante, donde el malestar psíquico es abordado mediante la supresión y no a través del acompañamiento.

Desde una perspectiva analítica, estos relatos permiten identificar patrones de violencia institucional que afectan de manera diferenciada a mujeres neurodivergentes, reforzando relaciones de poder asimétricas y condiciones de indefensión.

En relación con el trato recibido, los testimonios señalan una atención centrada más en la **sedación, el control y la contención**, que en el acompañamiento terapéutico. Una participante expresa: *“sentí mucha negligencia en el aspecto de cuidado, porque era más una obligación que un seguimiento de verdad”*. Otra describe al personal como distante y automático: *“solo veías caras feas, caras de que no me importa, estoy aquí para mi trabajo y es darte medicina o controlar lo que hagas”*. La falta de escucha se hace evidente incluso en decisiones críticas como el alta médica, donde una entrevistada relata que el psiquiatra se limitó a preguntarle *“¿todavía te quieres matar?”* antes de darle de alta, sin mayor evaluación.

Uno de los elementos más recurrentes en los relatos es la **restricción severa de movilidad y el uso de contención física**. Las participantes describen controles estrictos para acciones básicas como ir al baño. Claudia relata que durante la noche *“no nos dejaban ir al baño... prohibido levantarse de su cama, la que se levanta, castigo”*. En situaciones de crisis emocional, la respuesta habitual era la intervención física grupal. Francesca recuerda: *“me agarraron entre varios y me pusieron la inyección... me desperté y seguía amarrada a la cama”*, mientras que otra participante describe haber quedado con moretones tras ser sujeta por varios profesionales: *“cada uno una extremidad... al día siguiente estaba con moretones”*.

La **sedación forzada** aparece como una práctica recurrente y percibida como punitiva. Las mujeres relatan haber sido inyectadas sin consentimiento, muchas veces por motivos que consideran mínimos, como levantar la voz o no obedecer una orden. Una entrevistada sintetiza esta experiencia señalando: *“cuando escuchaban gritos era como ‘ah, la inyecto y ya’... yo no quería estar inyectada las 24 horas del día”*. En otros casos, la sedación se combinaba con la inmovilización prolongada: *“me dormí hasta el día siguiente... y seguía amarrada”*.

La pérdida de autonomía se extiende también a la **privacidad y el autocuidado**. Varias participantes relatan que los baños no tenían puertas y que debían ser observadas por el personal: *“cuando te vas al baño no existen puertas porque ellos tienen que verte”*. Otras describen situaciones de humillación extrema, como orinarse por no recibir permiso para ir al baño: *“tuve que ponerme mis toallas higiénicas y ahí me oriné”*. Asimismo, algunas mujeres señalan que eran bañadas por el personal, incluso estando sedadas: *“la enfermera me bañaba... yo me quedaba parada”*.

El internamiento también implicó un **aislamiento social casi absoluto**. Las participantes relatan la prohibición de visitas y comunicación externa, incluso con familiares cercanos. Una entrevistada señala: *“pedía hablar con mi papá, con mi mamá... pero me habían restringido totalmente las visitas”*. El retiro de objetos personales, incluidos lentes, celulares o prendas propias, refuerza esta experiencia de despojo: *“no puedes tener nada, absolutamente nada, nada más que tu pijama”*.

En conjunto, estos relatos configuran un escenario institucional donde el control del cuerpo, la sedación y el disciplinamiento funcionan como ejes centrales de la gestión de la crisis, generando miedo, obediencia forzada y una profunda sensación de desprotección.

A. Violencia durante el proceso de internamiento psiquiátrico

Los testimonios recogidos evidencian la presencia de prácticas coercitivas y el uso desproporcionado de la fuerza y de la sedación durante el internamiento psiquiátrico. Estas prácticas no se presentan como hechos aislados, sino como parte de dinámicas institucionales que sitúan a las mujeres neurodivergentes en condiciones de extrema indefensión, donde el control del cuerpo y de la conducta prevalece sobre cualquier enfoque de cuidado.

Una de las participantes relata haber permanecido la mayor parte del internamiento bajo sedación, recibiendo inyecciones de calmantes de forma reiterada. En este contexto, describe un episodio particularmente traumático ocurrido momentos antes de ser nuevamente sedada. Según su testimonio, al ingresar en un estado de descontrol —gritando y pateando al intentar salir del centro— el personal procedió a amarrarla a la cama para inmovilizarla. La entrevistada recuerda con claridad que, en el momento previo a la inyección, uno de los enfermeros la tocó de manera indebida en el pecho. En sus palabras: *“La mayoría del tiempo estuve sedada, me inyectaron calmantes... cuando me internaron yo quería salir, gritaba y pateaba, y llegaron al punto de ponerme las cuerdas para amarrar a la cama. Yo sí recuerdo que justo antes de que me pongan el sedante, uno de los enfermeros me tocó los pechos”*.

La participante señala que ha considerado denunciar este hecho; sin embargo, prioriza su tranquilidad emocional en el presente, reconociendo el alto costo subjetivo que implicaría iniciar un proceso de denuncia. Esta decisión no refleja una minimización del daño, sino una estrategia de autoprotección frente al riesgo de revictimización. A partir de esta experiencia, describe haber adoptado una conducta de obediencia y evitación durante el resto del internamiento, con el objetivo de no desencadenar nuevas situaciones de violencia institucional.

Estos relatos permiten identificar la existencia de violencia sexual y coerción ejercidas en contextos de internamiento psiquiátrico, facilitadas por la sedación, la inmovilización física y la profunda asimetría de poder entre el personal de salud y las pacientes. Tales prácticas vulneran derechos fundamentales como la integridad personal, la dignidad y el derecho a una vida libre de violencia, dejando además secuelas psicológicas persistentes marcadas.

4.1.3. Después del internamiento: secuelas, estigma y dificultades de reinserción

Tras el “alta” médica, las mujeres describen un periodo marcado por **afectaciones emocionales persistentes**, dificultades para reintegrarse a la vida cotidiana y secuelas

físicas asociadas al uso intensivo de sedantes. Lejos de significar una recuperación, la salida del internamiento inaugura una nueva etapa de vulnerabilidad.

Muchas participantes relatan estados prolongados de **depresión, apatía y confusión**. Una entrevistada explica: *“entraba alterada, pero salía solo deprimida... ya no estaba nada de mi impulsividad”*, mientras otra señala: *“salgo con una sensación de estar bajoneada, con poca energía y deprimida, un poco perdida, como no saber ahora qué hacer con mi vida”*. Estos estados dificultan la capacidad de retomar estudios, trabajo o vínculos sociales.

Las secuelas de la **sedación prolongada** son descritas tanto a nivel físico como psicológico. Una participante relata haber pasado días enteros dopada: *“me dieron unos inyectables por una semana... todo el día estaba prácticamente dormida”*. Otra menciona efectos adversos severos: *“el haloperidol me torció... es como un efecto de intoxicación”*. Estas experiencias afectan la percepción corporal, la movilidad y la autonomía posterior.

Asimismo, varias mujeres señalan que las **restricciones impuestas durante el internamiento se extendieron más allá del alta**, limitando su movilidad y comunicación durante meses: *“no tenía celular, no tenía nada... por varios meses ni siquiera podía salir sola”*. Esta continuidad del control refuerza el aislamiento social y la dependencia.

El proceso post-internamiento también está atravesado por el **estigma y la falta de validación**. Algunas participantes relatan experiencias de incompreensión por parte de amistades o familiares: *“decían que yo estaba muy mal, que yo era una persona equivocada”*. Frente a ello, una entrevistada reflexiona críticamente: *“una persona que se intenta suicidar no es culpable de nada”*. Otras destacan la importancia del apoyo familiar cuando este existe: *“mi mamá y mi hermana son las que han estado más cerca”*.

Finalmente, se evidencian **consecuencias físicas prolongadas**, como caída del cabello, bruxismo y deterioro dental: *“se me caía el cabello... empecé con bruxismo, todos mis dientes están desgastados”*. Estas secuelas dan cuenta de un impacto que trasciende el plano psicológico y se inscribe en el cuerpo.

4.2. Percepciones recogidas sobre el Proyecto Ley N.º 4324/2022-CR

El análisis de los testimonios evidencia desconfianza hacia los servicios y dispositivos estatales vinculados a la salud mental, desconfianza que se encuentra directamente asociada a experiencias previas de institucionalización psiquiátrica y a la ausencia de garantías claras en la formulación normativa vigente. Al revisar el contenido del proyecto de ley, las participantes identifican que términos como *“centros asistenciales”*, *“centros especializados”* o *“albergues”* aparecen formulados de manera amplia y genérica, sin precisar qué tipo de apoyos se brindarían, bajo qué lineamientos técnicos, éticos o terapéuticos operarían, ni qué mecanismos asegurarían la protección de derechos.

Desde esta lectura crítica, las participantes advierten que, en ausencia de definiciones claras y de un enfoque explícito de cuidado y acompañamiento psicológico, estos dispositivos podrían convertirse únicamente en espacios de alojamiento básico o convivencia entre personas en crisis. Esta situación es percibida como riesgosa, ya que podría reforzar conductas de autolesión aprendidas previamente en contextos institucionales y reproducir dinámicas de daño colectivo, en lugar de ofrecer contención efectiva.

Asimismo, se cuestiona que la propuesta de crear “*más establecimientos de salud mental*” no esté acompañada de mecanismos de regulación, fiscalización y sanción frente a posibles abusos. Para las participantes, ampliar la infraestructura sin transformar las prácticas institucionales implica el riesgo de replicar los mismos patrones de vulneración vividos durante los internamientos psiquiátricos. En este sentido, también se identifica la necesidad de contar con centros especializados —particularmente para personas autistas—, pero únicamente si estos operan bajo un enfoque respetuoso, libre de estigma y con normativas claras que garanticen la autonomía y dignidad de las personas usuarias.

4.2.1. Brecha normativa y ausencia de derechos plenamente garantizados

Las participantes identifican que los marcos legales actuales resultan insuficientes para garantizar de manera efectiva los derechos de las personas neurodivergentes. Señalan que muchos derechos fundamentales —como el acceso a apoyos adecuados, la protección frente a la violencia institucional y la autonomía en la toma de decisiones— no se encuentran plenamente reconocidos ni regulados. Esta brecha normativa genera incertidumbre sobre cómo se implementarían propuestas como los albergues o centros asistenciales y bajo qué criterios serían supervisados, alimentando la desconfianza frente a nuevas medidas estatales.

4.2.2. Rechazo a modelos de albergue permanente por su efecto excluyente

Existe un rechazo mayoritario hacia los modelos de albergue permanente, los cuales son percibidos como dispositivos de exclusión social y abandono, comparables a formas históricas de aislamiento psiquiátrico. Las participantes señalan que estos espacios pueden funcionar como mecanismos para apartar a las personas en crisis del espacio comunitario, reforzando el estigma y la deshumanización. Asimismo, advierten que agrupar a personas con distintas crisis sin un enfoque terapéutico adecuado puede resultar perjudicial e incluso vivir como una forma de daño profundo.

El albergue es percibido no como un espacio de cuidado, sino como un dispositivo que invisibiliza a las personas con diagnóstico de salud mental y las aparta del espacio público. Esta percepción se expresa claramente en el testimonio de una participante: “*Si me dices que es un albergue, pues para que una persona con diagnóstico mental sea totalmente excluida de la sociedad y que tenga que estar ahí para que nadie lo vea, yo creo que no*”

Asimismo, se plantea la necesidad de concebir estos espacios —en caso de existir— como dispositivos temporales y no permanentes, reconociendo la posibilidad de estabilización y recuperación con el tratamiento adecuado. La permanencia indefinida es vivida como una forma de encierro que vulnera el derecho a una vida digna y en comunidad, es así como unos de los testimonios nos comenta lo siguiente: *“Yo creo que todos en algún momento con el tratamiento adecuado podemos estabilizarnos. Yo lo vería ideal que fuera temporal, no permanente, porque es triste también vivir aislado, como encerrado de por vida”*

No obstante, las participantes también identifican una brecha estructural entre el discurso del enfoque de derechos y su materialización normativa e institucional. Si bien el enfoque es valorado como marco conceptual, se señala que muchos de los derechos necesarios para sostener alternativas comunitarias reales aún no están plenamente reconocidos ni garantizados a nivel legal, frente a ello una entrevistada nos comenta lo siguiente: *“Me parece que el enfoque está bien, pero es importante precisar de qué derechos estamos hablando, porque muchos de los derechos que serían necesarios todavía no lo son: no están reconocidos legalmente ni existen en el papel”*

Si bien algunas participantes reconocen que un recurso temporal podría ser útil en situaciones de crisis severa, enfatizan que este debe ser estrictamente transitorio, con acompañamiento profesional adecuado y orientado a la reintegración comunitaria. El fortalecimiento de vínculos, redes de apoyo y la vida en entornos familiares o sociales es considerado central, reservando alternativas de apoyo permanente solo para casos excepcionales en los que no existan redes de contención.

4.2.3. Ambigüedad normativa y riesgos desde un enfoque de derechos

Las participantes expresan una preocupación sostenida por la ambigüedad con la que el proyecto de ley formula dispositivos como albergues y centros asistenciales. Esta falta de precisión permite interpretaciones dispares que pueden derivar tanto en iniciativas de cuidado como en prácticas altamente riesgosas. Desde un enfoque de derechos, esta ambigüedad resulta problemática, ya que no garantiza la prevención de tratos degradantes, coercitivos o violentos.

En conjunto, los testimonios evidencian una demanda clara por regulaciones específicas, estándares de cuidado definidos, mecanismos de supervisión efectivos y salvaguardas explícitas contra la violencia institucional. Para las participantes, solo bajo estas condiciones el enfoque de derechos mencionado en el proyecto de ley podría traducirse en garantías reales y no permanecer únicamente en el plano declarativo.

Las participantes expresan una profunda desconfianza hacia los dispositivos estatales de salud mental. Identifican ambigüedades en la legislación vigente, especialmente en términos como “centros especializados” o “albergues”, que no definen con claridad estándares de cuidado, mecanismos de supervisión ni garantías de derechos.

Existe preocupación por que estas figuras reproduzcan lógicas de exclusión, aislamiento y abandono, similares a las vividas en internamientos psiquiátricos tradicionales. Si bien algunas participantes reconocen que apoyos temporales podrían ser útiles en contextos de crisis severa, enfatizan que deben ser breves, regulados, con enfoque de derechos y orientados a la reintegración comunitaria.

Las historias de vida analizadas evidencian que la institucionalización psiquiátrica, tal como es vivida por las mujeres neurodivergentes entrevistadas, reproduce un ciclo de vulnerabilidad antes, durante y después del internamiento. Lejos de ofrecer cuidado integral, los internamientos se perciben como espacios de control, sedación y aislamiento, con efectos emocionales y físicos persistentes.

V. CONCLUSIONES

- La institucionalización psiquiátrica, tal como es vivida por las mujeres neurodivergentes entrevistadas, constituye una forma de violencia institucional que vulnera su autonomía, dignidad e integridad, priorizando el control y la coerción por encima del cuidado terapéutico.
- Los internamientos responden a trayectorias prolongadas de sufrimiento atravesadas por ausencia de apoyos comunitarios, barreras de acceso a salud mental y determinantes sociales no atendidos, y no únicamente a crisis individuales.
- Durante el encierro se reproducen prácticas deshumanizantes como sedación forzada, contención física, aislamiento y restricción de la privacidad, que generan daños emocionales y físicos persistentes.
- Las propuestas normativas que promueven albergues o centros asistenciales de manera ambigua corren el riesgo de perpetuar las mismas lógicas de exclusión y violencia institucional bajo un discurso de enfoque de derechos.