

Reparación: concepto y efectos pensados en contextos de encierro manicomial

TORRICELLI, Flavia.

Licenciada en Psicología y Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente, Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Investigadora (UBA).

Contacto: flvtorri@gmail.com

Cómo citar: Torricelli, F. (2026). Reparación: concepto y efectos pensados en contextos de encierro manicomial.. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 247-257

“nunca pudieron volver a ser como eran antes, como prometían seguir siendo o como prometían llegar a ser”

I.Piper Shafir

Pero serán otras y otros...

Los procesos transformadores o des/institucionalizadores tal como los conceptualiza Silvia Faraone (2012, 2013; Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015) quien acuñó esa palabra con barra interpuesta, son procesos donde convergen lo específicamente singular, lo institucional y la política pública. Refieren a la necesidad de creación de una nueva institucionalidad que subvierta las lógicas manicomiales previas y dé paso a acciones extramuros concebidas desde una integralidad, con perspectiva de derechos, con base territorial y comunitaria.

En diferentes informes (CELS, 2008; CELS, CPM y MDR, 2017; CELS, ELA, MDR, 2022; Comisión Provincial por la Memoria, 2020, 2021, 2025) y el 1° Censo

Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) la vida de miles de mujeres y hombres se vio suspendida, cronificada, con desintegración familiar, territorial y comunitaria. Se han registrado reiteradas denuncias (CELS, 2008; CELS, CPM y MDR, 2017) en distintas instituciones monovalentes sobre vulneraciones de derechos fundamentales ligadas a aislamientos prolongados, sobremedicación de psicotrópicos muy distantes de los fines terapéuticos buscados, delitos sexuales, condiciones de hacinamiento, sujeción mecánica, lógicas de premios/castigos ligados por ejemplo la prohibición de contacto como medida o consecuencias de incumplimientos de normas, entre otros. En el último censo, 12.035 personas se encontraban internadas, y registraban un promedio de estadía de 8,2 años. En el sector público el promedio de internación ascendía a 12,5 años, mientras que en el sector privado el promedio de internación era de 4,2 años. El 30% estuvo internada 8 años o más. Y muchas personas registraban haber pasado toda su vida en el monovalente.

La “terapéutica” de encierro por largos años es un oxímoron que despoja a las personas de sus signos singulares, la desmembra de sus tramas afectivas, familiares, barriales, sociales, y en general suele ser un eslabón más de una larga sucesión de vulneraciones de derechos previos perdidos. Ya Goffman (1992) describió la *carre-*

ra moral del enfermo para retratar la desubjetivación y el desdibujamiento de rasgos singulares producto de esas instituciones totales. En una línea similar Ulloa (1995) refiere y teoriza sobre la *cultura del oprobio* y la *cultura de la mortificación* donde las personas conviven en condiciones hostiles, adversas, hecho que involucra tanto a las personas internadas como a las y los trabajadores que han “normalizado” ese cotidiano y esas condiciones de existencia desde una “alienante anestesia mortificada” (Ulloa, 1995, p.188).

La cronificación está muy lejos de concebir la internación como un recurso terapéutico excepcional tal lo sanciona la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, en su Artículo 20º,¹ y las garantías más que establecidas están abolidas. Se genera una tolerancia a la violencia que se torna invisible y naturalizada y que involucra a ambos, tanto a esas víctimas de violencia como a las y los trabajadores y operadores del sistema de salud quienes acriticamente desdibujan sus responsabilidades en ese circuito desarraigado de toda pulsión de vida (Izaguirre, 1998). Y ambos constituyen un binomio de mortificación silencioso que necesita ser deconstruido.

Tal como lo afirma Barcala en su Tesis (2010) y en otras investigaciones relacionadas (Barcala, et al. 2020; Barcala et al. 2023) las instituciones enmarcadas en

condiciones históricas, políticas, sociales y culturales específicas producen subjetividad. Estas constituyen un territorio privilegiado de la repetición. La subjetividad está siempre situada y la fragilización de las instituciones impone a su vez nuevas normas de producción de subjetividad. La temática de la producción de subjetividad conlleva, por un lado, a reflexionar sobre las distintas formas y modalidades de existencia producidas por este contexto de neoliberalismo global depredador que genera precariedades y sufrimiento psíquico y social; y donde el imperativo se centra en controlar y aislar lo extraño, lo loco, lo anormal (Merhy, 2023). Por otro lado, lleva a focalizar específicamente en los efectos que producen los actores y sus prácticas, los dispositivos sociales y de salud para entender esos procesos. En ese sentido, las tramas institucionales y las políticas públicas contribuyen fuertemente a modelar y son performativas de la subjetividad.

En los monovalentes vemos a personas con muchos años de institucionalización cuyas subjetividades están producidas y signadas por el aislamiento, la exclusión y desigualdad, y es posible ver en esos cuerpos marcas de la violencia a veces silenciosamente padecida. Sin embargo, muchas personas que han pasado gran parte de su vida institucionalizadas en ocasiones no quieren salir del encierro o sus familias tampoco las quieren re-

cibir en sus casas. Al respecto Amarante (2015) sostiene que como mecanismo de defensa, inclusive, reacomodan sus casas para que el miembro con padecimiento mental no tenga oportunidad de volver. Sin embargo, el monovalente no es un lugar para vivir, ni para morir. Hay un núcleo profundo de inhumanidad en el encierro crónico al que nos hemos incómodamente acostumbrado (Galende, 1994). Esas huellas, esos traumatismos por la vulneración sostenida, iterativa producida por esas experiencias necesita, sin dudas, ser reparada.

El concepto de reparación

El concepto de reparación proviene del campo jurídico, y para esta situación específica se traslada al campo sociosanitario y cultural. Al importarlo del derecho es imprescindible establecer coordenadas, evaluar la pertinencia y pensar la rigurosidad de tal articulación. En este caso, situamos la reparación partiendo de la premisa que si es el Estado el responsable de la violación de un contrato con la ciudadanía tiene la obligación indeclinable de reparar dicha vulneración. Es el Estado el que posee un papel central en los procesos de reconocimiento de las víctimas directas de esas violencias y debe también admitir que los efectos en ellas han sido devastadores. Por ello, para metabolizar ese padecimiento se requiere de acciones materiales y simbólicas

que posibiliten encontrar alivio. Este entramado ya rige para las víctimas de delitos de lesa humanidad producto del terrorismo de Estado (Guilis, s/f; Calmels, 2015). La legislación, en el campo jurídico, referida a la reparación incluye medidas de *restitución*, de *indemnización* y de *rehabilitación*. Se amplían a continuación: restitución (devolver a la víctima a la situación anterior), indemnización (incluye daño físico, mental, pérdida de ingresos, perjuicios morales) y rehabilitación (atención médica, psicológica, servicios jurídicos y sociales) (ONU, 1997; Guilis, s/f; Calmels y San Felippo, 2019).

En relación con la restitución el texto de la ley plantea restitución *ad integrum*, es decir, volver a la situación anterior, y lograr de este modo que la víctima recupere la situación en la que se encontraba antes de dicho daño. Dado que esto es imposible porque el daño ya ha sido provocado, se plantea una *reparación* de índole *simbólica* (que implica medidas no pecuniarias, ni indemnizatorias) que intente dosificar el dolor mediante acciones donde el Estado asuma públicamente su responsabilidad en el incumplimiento de su papel cuidador, y que puedan visibilizarse así los daños producidos. Consecuentemente se necesita a la vez, que se restituya el cuidado, la dignidad, y se concientice a la comunidad acerca del dolor generado. El Estado es entonces, por definición, el agente que tiene la obligación

de impulsar y asegurar medidas reparadoras (Vikinski, 2019). Si el derecho entonces garantiza el cumplimiento de una reparación por parte del Estado, puede ser una herramienta de transformación de ese sufrimiento.

Pero, por otro lado, la construcción de sentido que hace cada persona, a partir de la implementación de una medida reparatoria, es inexorablemente singular y constituye el *efecto reparador* (Rosseaux, 2019). Los efectos de esas *reparaciones simbólicas* en cada persona son singulares. Se asume la idea de que en ese movimiento reparatorio hay un daño que es irreversible e imposible de subsanar pero que requiere de la responsabilidad del Estado, para que las violencias institucionales cesen, se visibilicen y pueda la sociedad en su conjunto de algún modo construir memoria de ellas. A ello se suma el compromiso también de los organismos y de la sociedad para lograr nuevamente el ejercicio pleno de derechos. Si bien esas vulneraciones se producen directamente sobre las víctimas del encierro el problema atañe a la sociedad y a la humanidad toda. La reparación simbólica requiere de un trabajo intenso de recuperación de la dignidad, de restitución de derechos trayendo alivio sobre esos traumas y traumatismos sistemáticos, y la posibilidad de instaurar otras escenas posibles acerca de la institución que debía garantizar cuidado y no lo hizo. Este movimiento implica asumirse en una

instancia como “víctima” de vulneraciones, para luego generar otro lugar subjetivante, diferente, no cristalizado ni colonizado por ese significante lo que implica un intenso trabajo de desidentificación (Calmels, 2015; Rousseaux, 2019).

Memoria, verdad y justicia en contextos de encierro manicomial

En esa misma línea, como parte de una política de reparación el programa *Buenos Aires libre de Manicomios* de la Provincia de Buenos Aires, en sus cuatro instituciones monovalentes posee un área de Derechos Humanos en la que desarrolla una línea de recuperación de las memorias institucionales, a través de la reconstrucción y conservación de los Archivos Históricos. A partir de esa tarea se han recuperado historias clínicas de las personas institucionalizadas, sus historias, sus territorialidades, sus diagnósticos, cartas nunca enviadas y nunca recibidas por las y los destinatarios, buscando recuperar identidades, singularidades borradas, desdibujadas y silenciadas (Barcala y Faraone, 2023; Valero. et al, 2024).

Argentina ha sido pionera en materia de políticas de reparación en respuesta a las atrocidades perpetradas por el terrorismo de Estado generando las consignas de:

Memoria, Verdad y Justicia. Estos términos contruidos y promovidos por organismos de derechos humanos se implican mutuamente y ninguno tiene valor si no se acompaña en plenitud de los otros dos (Vikinski, 2019). En los tempranos años 2000 se produjo la reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad y de ese hecho surge la incorporación de esas experiencias en dispositivos estatales de atención en salud mental a víctimas de violencia estatal (Calmels y Sanfelippo, 2019). En sintonía con ese movimiento, los organismos de derechos humanos extendieron su lucha a la conquista y preservación de derechos a poblaciones vulnerables, entre ellas las personas con sufrimiento psíquico. Se parte así de la salud/salud mental como núcleo básico e indisoluble de la definición derechos humanos tanto en lo concerniente a su acceso como a la preservación en términos de inclusión e igualdad.

La síntesis entonces entre el campo de los derechos humanos y la salud mental está dada por la extensión de ese reclamo de garantía de derechos por parte de esos organismos de derechos humanos a otros grupos vulnerables. Por ello, desde el 2003 en adelante se armaron distintas instancias (Congresos, mesas federales, la conformación de la Secretaría de Derechos Humanos, etc.) de conjunción e integración de la salud mental y el campo de los derechos humanos propiciatorios de polí-

ticas reparatorias (Faraone y Barcala, 2020). Ese marco fue fundamental para la sanción de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, concebida desde una perspectiva de derechos que logró dar voz al silencio de la cronicidad, y a los años de aislamiento que merecen ser reparados (Torricelli, 2024). También la presencia constante de figuras icónicas y emblemáticas de los derechos humanos, sumadas a teóricas y teóricos y personas con experticia en salud mental funcionaron como enclave basal para que ese ensamble se produjera. Asimismo, dicho acople tiene como correlato internacional las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) acerca de la necesidad de divulgar estándares de protección de derechos, formulación de legislaciones afines a la inclusión, la integración de personas institucionalizadas y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1997) así como la Organización de Estados Americanos (OEA), han sido organismos clave en el énfasis de la promoción de mecanismos de reparación (Zenobi, 2017).

La implementación de políticas públicas ligadas a procesos de des/institucionalización en sintonía con las políticas reparatorias requiere ser operacionalizada en diversos ejes. En un plano, el trabajo de reflexión sobre el reconociendo de la dignidad como personas y sus derechos, que incluye enfrentar las consecuencias de los

estigmas portados y vividos por las violencias padecidas. Restablecer también su confianza en las instituciones y en la sociedad. En otro plano, construir o reconstruir el motivo o el anhelo de externación, con un trabajo profundo con las personas usuarias en condiciones de alta, brindando herramientas que propendan al autosostenimiento. Esto implica necesariamente articulación con políticas laborales, previo reconocimiento del derecho al trabajo, y capacitación en diversos oficios. También, asignación de presupuesto a dispositivos extramurales de diversa índole (casas de medio camino, viviendas asistidas, hospitales de día, hospitales de noche, pensiones, habitaciones, etc.) e inclusión en actividades culturales y recreativas desde lo territorial. De esta manera, las políticas reparatorias son esencialmente interdisciplinarias e intersectoriales y requieren elaboraciones y estrategias compartidas.

Resulta cabal, en otro de los planos, la formación permanente de los equipos en clave de derechos y comunitaria afin a la posibilidad de pensar en des/institucionalizar siempre y cuando se hubieren creado nuevas institucionalidades articuladas e imbricadas, así como el armado de apoyos matriciales para esos equipos que diseñan *procesos de cuidado* junto a personas usuarias en el extramuros. La formación debe incluir necesariamente “*cuidar al que cuida*” dado que estos procesos

exigen una fuerte implicación y compromiso. Cada una de las instancias necesita ser compartida, elaborada en equipo con ellas, en función de la recuperación progresiva de ciudadanía (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012; Sabin Paz, 2024). Es indispensable en este trabajo, tal como lo expresa Elif Shafak en el epígrafe del libro *En nombre propio* (Ardila, 2025), que abramos agujeros en nuestros muros mentales para poder seguir combatiendo el estigma. Para poder seguir luchando por la defensa de los derechos, para que todas las personas puedan seguir viviendo en su comunidad, en su barrio, con sus afectos, decidiendo inclusive dónde y junto a quienes morir.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Colección Salud Mental Colectiva 7. Editoria Fio-cruz.
- Ardila, S. (2025). *En nombre propio. Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad*.
- Barcala, A., Conde, L.L., Parra, M. y D'Angelo, M. Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida. Parte 1. Infancias y adolescencias. En A. Wilner y F. Torricelli *Praxis en Salud Mental: Abor-dajes y procesos de cuidado* Buenos Aires. Edunla <https://doi.org/10.18294/rdi.2023.178851>
- Barcala, A., Poverene, L., Wilner, A., Torricelli, F., Micele, C., Moreno, E., Manes, L., Capurro, F. y Pal, T. (2020). *Aportes para la Protección de la Salud Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) institucionalizados por razones de salud mental, en el contexto de la pandemia del COVID-19*. Consejo Profesional de Trabajo Social.
- Barcala, A. (2010). *Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90'*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Barcala, A. y Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *Lancet Psychiatry*, 10(8), 579-580.
- Calmels, J. (2015). *Experiencias en salud mental y derechos humanos: aportes desde la política pública*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Calmels, J. y Sanfelippo, L. (comps.) (2019). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*.

- Colección Salud Mental y Derechos Humanos de ENCLAVES-Asociación Civil. Teseo.
- Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International. (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo veintiuno editores.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión por la Memoria y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. (2017). *Informe conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. (2022). *La transformación de los manicomios. Una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género*. Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2020*. Provincia de Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2021*. Provincia de Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2025*. Provincia de Buenos Aires.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Faraone, S. (2012). *Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas*. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (3), 29-40. <https://doi.org/10.18294/smcy.2013.4992>
- Faraone, S; Bianchi, E. y Giraldez, S. (2015). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Guillis, G. y Equipo de Salud Mental del CELS. (s/f). *El concepto de reparación simbólica*. Izaguirre, I. (1998). El poder en proceso: la violencia que no se ve. En E. Sader (comp.) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Nueva Sociedad.
- Ley N°26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010.
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Merhy, E. (2023). *Micropolítica del trabajo en salud. Serie salud y Latinoamérica*. Editora Rede.
- Organización de las Naciones Unidas. (1997). *Informe Joinet. La administración de la justicia y los derechos humanos de los detenidos. La cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos*.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*
- Rousseaux, F. (2019). El debate sobre las víctimas en el marco de las políticas públicas de reparación integral. En J. Calmels y L. Sanfelippo. (comps.). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Teseo.
- Sabin Paz, M. (2024). Vivencias de usuarias en el proceso de desinstitucionalización. Reflexiones en torno a la transformación manicomial. En S. Faraone, S. (coord). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (71-80). Teseo.
- Torricelli, F. (2024). Apertura. En S. Faraone, S. (coord). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (31-33). Teseo.
- Ulloa, F. (1995). Cap. III: La tragedia y las instituciones. En *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. (185-204). Paidós.
- Valero, A., Torricelli, F., Cantor, P., Battista, M., Lobato, V., Ferreria E. Beccar, R. y Muschietti, L. (2024). *Procesos des/institucionalizadores en la Provincia de Buenos Aires. Coyunturas críticas, desafíos y líneas de avance en perspectiva de salud mental comunitaria*. Programa de Reconocimiento Institucional de Investi-

gaciones de la Facultad de Ciencias Sociales Convocatoria 2024-2026. UBA.

Wikinski, M. (2019). ¿Puede el derecho hacerle lugar al trauma? Verdad jurídica y verdad subjetiva. En J. Calmels y L. Sanfelippo (comps.) *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Colección Salud Mental y Derechos Humanos de ENCLAVES-Asociación Civil. Teseo.

Zenobi, D. (2017). Políticas para la tragedia: Estado y expertos en situaciones de crisis. *Iberoamericana – Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 46(1), 30-41. <http://doi.org/10.16993/iberoamericana.105>

Notas

1. El Artículo 20 enuncia la internación como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. LNSM 26657 /2010

