



Revista Iberoamericana de Derecho, Cultura y Ambiente



Edición N°8 – Diciembre de 2025

Capítulo de Discapacidad y Derecho

www.aidca.org/revista

La locura: Una construcción social

Por Gonzalo Rivero¹

Introducción

La forma en que una sociedad define la normalidad, la diferencia y la participación social no es neutra, natural ni fija. En cada época, cada sociedad construye sentidos sobre lo que consideran valioso, aceptable o correcto, y esos sentidos organizan jerarquías, instituciones y prácticas. Como señala Brogna, la concepción de discapacidad ha estado históricamente ligada a estos esquemas de pensamiento, por lo que “(...) aún cargamos en nuestras estructuras cognitivas, nuestras representaciones e imaginarios: la normalidad y anormalidad (...)”. (Brogna, 2023, p. 343)

Desde esta perspectiva, puede entenderse que la producción social de la normalidad establece que quienes quedan por fuera de esos parámetros sean

¹ Psicólogo (Universidad de Belgrano). Diplomado en Discapacidad y Derechos y en Prevención y Abordaje de Violencia de Género. Titular de la Coordinación Interdisciplinaria Jurisdiccional del Observatorio de la Discapacidad del Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



considerados como otros, anormales o insuficientes. Sin embargo, estos parámetros no son universales, sino culturalmente contruidos. Tal como expone Palacios (2008), “(...) no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (p. 103).

En este marco, las personas con discapacidad enfrentan, en su vida cotidiana, barreras que no emergen de sus características individuales, sino del choque entre su singularidad y un orden social diseñado para ajustarse a ciertos estándares. No obstante, persiste con fuerza una mirada médico-rehabilitadora sobre la discapacidad, que continúa siendo un elemento fundacional de políticas, prácticas e intercambios sociales, reproduciendo esquemas de discriminación y exclusión.

“La realidad actual está basada en un conjunto de confusiones conceptuales (...) Una de estas confusiones es la mezcla de los conceptos enfermedad y diversidad funcional, característica del modelo rehabilitador. La sociedad contemporánea sigue viendo la diversidad funcional como una enfermedad, como un hecho a arreglar o reparar por la vía del avance de la medicina. (...)”. (Palacios & Romañach, 2008, p. 40) Así, en el intento de lograr igualdad de condiciones, se coloca el foco sobre la eliminación o reducción de aquellas características individuales que no encuadran en la expectativa social.

Este posicionamiento respecto de la normalidad coloca a algunos sujetos en un lugar de poder, saber y autonomía, mientras que encasilla a otros y silencia sus voces. De esta forma, la sociedad no solo define roles y limita posibilidades de proyección vital para las personas con discapacidad, sino que también evade su responsabilidad en la garantía de derechos fundamentales. Ello refuerza prácticas de exclusión e institucionalización y refuerza la noción de que el problema reside exclusivamente en la persona, dejando en un segundo plano el papel del entorno. Es en este contexto histórico y político que el modelo social de la discapacidad produjo un quiebre fundamental. Este modelo sostiene que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, emergente de una organización social que desatiende necesidades, deseos y proyectos de vida diversos. En consonancia, la CDPD retoma y amplifica esta perspectiva, al afirmar que la plena participación solo es posible si se eliminan barreras y se garantizan autonomía, igualdad y dignidad humana.

No obstante, distintos colectivos de personas con discapacidad psicosocial que



atravesaron experiencias de psiquiatrización o institucionalización señalaron que, si bien el modelo social resulta imprescindible, no alcanza para nombrar completamente su experiencia. Estas tensiones muestran que la discapacidad psicosocial incluye dimensiones subjetivas, identitarias y relacionales que el modelo social tradicional no siempre logra capturar plenamente. En respuesta, surge Mad Studies, un campo político-académico que recupera la voz, la experiencia y la identidad de quienes han sido históricamente etiquetados como “locos”, “irracionales” o “enfermos”. Este movimiento desafía la idea de que el saber legítimo sobre la salud mental reside exclusivamente en el discurso médico, e insiste en que comprender la locura y el sufrimiento requiere escuchar a quienes lo viven en primera persona.

Este artículo propone enlazar los aportes del modelo social, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley de Salud Mental de Argentina y los Mad Studies para pensar una mirada transversal sobre la discapacidad psicosocial, capaz de reconocer tanto las barreras estructurales como la potencia transformadora de la experiencia vivida, orientando intervenciones respetuosas de la autonomía, la singularidad y el derecho a vivir en comunidad.

El modelo social de la discapacidad

El modelo social de la discapacidad surge como una ruptura con las miradas tradicionales que entendían la discapacidad como un problema individual, médico o rehabilitable. A diferencia de estas perspectivas, el modelo social afirma que la discapacidad se constituye a partir de los obstáculos sociales que enfrentan las personas cuyas características se desvían de los parámetros normativos definidos por la sociedad a la que pertenecen.

Este cambio de paradigma impulsado principalmente por personas con discapacidad permitió visibilizar que la experiencia de la discapacidad está atravesada por barreras físicas, institucionales, comunicacionales y actitudinales, entre otras. Considerando ello, dio fundamento a marcos jurídicos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En ese sentido, la CDPD afirma que la discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD], 2006).

Este enfoque supone un cambio profundo en la forma de comprender la



discapacidad, al reconocer su naturaleza social y dinámica. A partir de ello, se advierte que la carga del problema no debe colocarse sobre la persona, sino sobre las estructuras sociales que generan entornos que excluyen sistemáticamente. En esta línea, Agustina Palacios explica: “Es decir, la deficiencia —o diversidad funcional— sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad” (Palacios, 2008, p. 123).

Teniendo estos preceptos como base fundamental, el modelo social pone el foco del debate sobre cómo las construcciones sociales discapacitan, de modo que recupera la voz de las personas con discapacidad y las coloca en un lugar de protagonistas. En este sentido, deben ser ellas quienes lideren la construcción de aquellas estrategias orientadas a derribar las barreras que obstaculizan la concreción de sus proyectos de vida. En efecto, ningún proceso de desarticulación de la exclusión puede darse sin reconocer el rol central que deben ocupar las personas sobre las cuales se posiciona el debate.

Considerando ello, se torna crucial poder asegurar accesibilidad para que todas las personas puedan desarrollarse y participar en igualdad de condiciones. A los fines de diagramar entornos que promuevan la autonomía, se plantea la importancia de brindar accesibilidad universal. No obstante, debido a que la misma no siempre es suficiente en la práctica, también se contempla la necesidad de apoyos y ajustes para brindar las condiciones requeridas que permitan que dicha autonomía pueda ser puesta en práctica.

Desde esta perspectiva, la institucionalización de las personas con discapacidad, incluidas las internaciones prolongadas o segregadas en dispositivos monovalentes, se comprende como una forma extrema de barrera social que limita la autonomía, la participación y la vida en comunidad. La CDPD hace especial mención a este tema en su Artículo 19, estableciendo que los Estados deben garantizar que “Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico” (CDPD, 2006, art. 19). De esta manera, se vincula la desinstitucionalización a la eliminación de acciones que restringen derechos y a la creación de apoyos que permitan una vida independiente y en comunidad.



Si bien el modelo social fue, y continúa siendo, una herramienta transformadora, su propia naturaleza social y dinámica obliga a una revisión constante. Este planteo de la discapacidad como concepto en permanente evolución nos permite reconocer que aquellas estructuras conceptuales que resultan adecuadas para representar la discapacidad en ciertos momentos históricos, pueden ser insuficientes en contextos socioculturales distintos. Esta flexibilidad implica mantener una perspectiva amplia y abierta, susceptible a cambios, incluso dentro de la propia lógica del modelo.

Considerando ello, Patricia Brogna expone que uno de los riesgos más grandes del modelo social es desatender el factor corporal, lo biológico o lo conductual, aquello que Palacios define como diversidad funcional. (...) Un cuerpo que, aun desde una escala biológica y anatómica, es pasible de ser historizable y significable. (Brogna, 2023, p. 343). Por ende, advierte que excluirlo del análisis social implica dejarlo en manos exclusivas del saber médico, lo cual "(...) representó un búmeran, pues, si le correspondía a la medicina, aun siendo una circunstancia que se reconfigura de manera situacional, relacional y dinámica, y cuya vivencia constituirá la piedra angular para entender la situación y posición de discapacidad, quedaba fuera de la ecuación de los estudios sociales. (...)” (Brogna, 2023, p. 344)

Como se mencionó anteriormente, el modelo social de la discapacidad invita a adoptar una mirada crítica sobre las estructuras cognoscitivas que definen la normalidad, la salud y la autonomía. Estas construcciones, de origen social, cultural y político, generan entornos que silencian y limitan la participación de algunas personas mientras potencian las posibilidades de desarrollo de otras. En este sentido, para evitar una lectura reduccionista, se vuelve necesario construir una perspectiva transversal que integre los diversos factores que encuadran la vida cotidiana de cada persona.

Las dificultades y desafíos para implementar una mirada que recorra las múltiples dimensiones que conforman la singularidad humana se vuelven especialmente visibles en el ámbito de la discapacidad psicosocial. A partir de estas tensiones, emergen nuevas perspectivas de análisis, entre ellas los Mad Studies, que buscan revalorizar la experiencia subjetiva, la voz propia y la identidad de quienes atraviesan situaciones de sufrimiento psíquico.

Mad Studies: una crítica con voz propia

Partiendo de los avances alcanzados por el modelo social, así como de las críticas dirigidas a sus limitaciones para abordar adecuadamente la complejidad del



sufrimiento psicosocial, comenzó a abrirse un espacio para nuevos marcos analíticos. En particular, las tensiones señaladas por Brogna respecto de la desatención del cuerpo, la experiencia vivida y la subjetividad permiten comprender por qué determinados colectivos empezaron a cuestionar los alcances del propio modelo social en su capacidad para explicar la locura y sus experiencias de malestar. Estos planteamientos dieron lugar a los Mad Studies, un marco político-académico sustentado en las experiencias de personas psiquiatrizadas, sobrevivientes del sistema de salud mental, activistas y académicos críticos del paradigma biomédico.

Este movimiento coloca como eje central el reconocimiento de la salud mental como una construcción social y política que opera definiendo y regulando qué comportamientos, emociones y formas de relacionarse con el entorno se consideran aceptables y cuáles resultan inaceptables dentro de un orden social determinado. Desde esta perspectiva, la salud mental deja de ser entendida como un indicador objetivo del bienestar individual y pasa a considerarse un dispositivo normativo que clasifica y jerarquiza modos de ser y sentir.

En esta línea, Costa y Ross (2023) afirman que “las experiencias de malestar psíquico no pueden ser comprendidas por fuera de las estructuras sociales, políticas y epistemológicas que les dan sentido” (p. 7), subrayando que el sufrimiento no es un hecho individual aislado, sino una vivencia inseparable de los contextos que lo producen y le otorgan significado. Por su parte, LeFrançois, Beresford y Russo (2016) enfatizan que “la salud mental, tal como es definida por la psiquiatría, funciona como un sistema de regulación que refuerza las normas dominantes y margina a quienes se desvían de ellas” (p. 3). Estos análisis marcan que la categoría “salud mental” no es neutra, sino un mecanismo disciplinador que determina qué voces, cuerpos y experiencias resultan legítimas.

Los Mad Studies se consolidaron así como un movimiento que rechaza la interpretación de la locura, el sufrimiento psíquico y las experiencias subjetivas no normativas exclusivamente desde categorías médico-psiquiátricas. Comprender la locura como un fenómeno puramente individual implicaría invisibilizar los factores sociales, culturales y políticos que configuran el marco dentro del cual se define qué experiencias deben ser nombradas como patológicas. En esta línea crítica, Matthew Jackman destaca la importancia de depositar la mirada sobre el lugar que ocupan las condiciones del contexto, exponiendo que “La realidad del sistema de salud mental es que (...) está diseñado para mantener a las personas oprimidas en condiciones opresivas. Todo se culpa fácilmente al individuo (...)



cuando en realidad, para muchas personas, son las condiciones injustas en las que vivimos las que generan gran parte del malestar y de las formas de expresión del malestar que experimentamos.” (Jackman, 2025, p. 22).

Una de las premisas centrales del movimiento es la reivindicación de la voz propia como fuente legítima de conocimiento. Esto implica recuperar la autoridad epistémica de quienes han sido nombrados, clasificados e intervenidos por la psiquiatría, y reconocer que su interpretación del malestar y de la locura constituye un saber irremplazable. Esta afirmación remarca un punto crucial: no es posible mejorar la calidad de vida de quienes han sido históricamente silenciados si sus interpretaciones, relatos y sentidos no adquieren un lugar central en la construcción del conocimiento y en la formulación de políticas.

Sobre este tema, Sapouna (2024) explica que: “El concepto de injusticia epistémica (Fricker, 2007) es central para considerar cómo las personas locas continúan siendo desacreditadas como conocedoras e intérpretes, no solo por los sistemas psiquiátricos tradicionales, sino también por enfoques críticos que parecen liberadores. Cualquier transformación significativa de nuestra forma de vincularnos con la locura y el malestar requiere un compromiso con situar el conocimiento loco en el centro de nuestros procesos de aprendizaje y desaprendizaje sobre la locura (...)” (p. 3). La injusticia epistémica se vuelve particularmente evidente en contextos donde la internación involuntaria, la medicalización coercitiva y otros dispositivos institucionales parten del supuesto de que la persona no es un agente válido de interpretación sobre su propia experiencia.

En este marco, los Mad Studies articulan una crítica profunda al paradigma biomédico y a las prácticas de coerción que lo acompañan, tales como internaciones involuntarias, tratamientos forzados y diagnósticos que reducen la complejidad humana a categorías abstractas. Jackman (2025) destaca que “Los efectos deshumanizantes de la locura medicalizada son profundos y de gran alcance. Con frecuencia, las personas son reducidas a sus diagnósticos, lo que eclipsa sus identidades, fortalezas y aspiraciones singulares. La mirada psiquiátrica, caracterizada por su enfoque reduccionista de la salud mental, no logra captar la riqueza y diversidad de la experiencia humana, perpetuando el estigma y la marginación.” (p. 5). De esta forma, un análisis meramente médico no solo es insuficiente para explicar la complejidad de la experiencia humana, sino que restringe el desarrollo de algunos esquemas identitarios.

Los Mad Studies no se limitan a cuestionar los discursos psiquiátricos, sino que



proponen nuevas formas de comprender la locura y el sufrimiento psicosocial como experiencias con significado y valor político. Desde esta perspectiva, Costa y Ross sostienen que “La praxis de los Mad Studies es emancipatoria. Es decir, asume como objetivo explícito el desmantelamiento de los sistemas de poder estructural y, aunque puede centrarse en el sanismo, mantiene una atención constante a sus intersecciones inherentes con el racismo, el sexismo, el clasismo, el heterosexismo, la transfobia y el capacitismo. Así, nuestra praxis en Mad Studies busca hacer transparente, con precisión, cómo los paradigmas médicos, jurídicos y académicos dominantes producen y re-perpetúan la injusticia, la carceralidad, la inequidad y la marginación” (Costa & Ross, 2023, p. 6). En este sentido, habilita marcos de análisis donde la diversidad de experiencias mentales es entendida dentro de un continuo humano, y no como un conjunto de excepciones que deben ser controladas.

En conclusión, el movimiento de Mad Studies pone en diálogo la investigación, el activismo, la teoría crítica y la experiencia vivida, proponiendo un campo donde la producción de conocimiento no está separada de la lucha por la autonomía, los derechos y la dignidad.

La Ley Nacional de Salud Mental de Argentina

En 2010, Argentina sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que establece un marco jurídico nacional para las políticas públicas en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. La ley define que salud mental es “(...) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, 2010, art. 3). Esta formulación se distancia de concepciones exclusivamente médico-biológicas y sitúa el sufrimiento psíquico dentro de un entramado social, institucional y político.

Quercetti y Parenti (2015) exponen que esta ley “(...) dio base normativa a prácticas y experiencias que ya se venían realizando y en este sentido debe entenderse como una conquista bajo la lógica de actores sociales” (p. 197), destacando que su sanción implicó el reconocimiento de los aportes de actores sociales que antes eran desestimados. En esta línea, Stolkiner (2012) destaca la incidencia de “(...) organizaciones y oficinas estatales de Derechos Humanos y las organizaciones de usuarios y familiares.” (p. 28)

Desde esta perspectiva, la ley se sustenta en una mirada social de la salud mental,



orientada a eliminar prácticas discriminatorias y a reemplazar intervenciones centradas en la patologización por dispositivos comunitarios que promuevan autonomía e inclusión. En relación con ello, prohíbe la utilización del diagnóstico como criterio suficiente para justificar intervenciones restrictivas y establece que toda evaluación de riesgo debe realizarse mediante un abordaje interdisciplinario, contextual y situado, evitando decisiones basadas únicamente en antecedentes o etiquetas diagnósticas.

Asimismo, reconoce el derecho de las personas a preservar su identidad y a participar activamente en las decisiones vinculadas a su tratamiento. En este sentido, establece que debe priorizarse aquella estrategia terapéutica “(...) que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.” (Ley 26.657, 2010, art. 7 inc. d). Esto implica que la intervención profesional debe orientarse a favorecer la vida en comunidad y evitar medidas que profundicen la exclusión.

La ley también garantiza el derecho a recibir información clara y suficiente sobre el estado de salud, los tratamientos disponibles y sus implicancias, de modo tal que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado. Para que este derecho sea efectivo, la opinión del usuario del servicio de salud debe tener impacto real en el proceso clínico y no constituir un mero requisito formal.

En coherencia con esta perspectiva, la Ley 26.657 establece que “La internación involuntaria de una persona debe concebirse 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 mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.” (Ley 26.657, 2010, art. 20). De este modo, la internación no es entendida como un dispositivo de control ni como tratamiento prioritario, sino como una medida de último recurso que debe justificarse estrictamente para preservar la participación activa durante el proceso terapéutico y la integración comunitaria.

En línea con esta postura, la ley dispone la prohibición de crear “nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes”, señalando que los existentes “se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos” (Ley 26.657, 2010, art. 27). Lo cual establece un marco de construcción hacia un sistema de salud que se apoye en modelos comunitarios y no segregatorios.

Finalmente, para garantizar el cumplimiento de estos principios, crea mecanismos



de control y supervisión que incluyen la intervención judicial en internaciones involuntarias y la conformación del Órgano de Revisión. Este dispositivo tiene la función de monitorear que las prácticas en salud mental respeten los derechos humanos, previniendo vulneraciones.

No obstante, Hugo Cohen (2022) resalta que “Es difícil valorar una ley si en una década no se ha aplicado (...)” (p. 762) y expone que los desafíos más importantes respecto de su implementación están vinculados a la falta de un presupuesto que se ajuste a lo dispuesto por la ley, la insuficiencia de camas disponibles en hospitales generales, la ausencia de dispositivos terapéuticos adecuados y la escasa capacitación de los profesionales de la salud.

Hacia una mirada transversal de la locura

Pensar la locura y el sufrimiento psíquico desde una mirada transversal implica cuestionar los enfoques reduccionistas que, históricamente, han intentado explicar estas experiencias a partir de una única dimensión, ya sea médica, psicológica o social, desconociendo la complejidad de los procesos que las configuran. Una perspectiva transversal no implica la simple superposición de marcos teóricos, sino la articulación crítica entre dimensiones sociales, subjetivas, corporales, jurídicas y políticas, reconociendo que ninguna de ellas, de manera aislada, resulta suficiente para comprender la experiencia del malestar psicosocial.

En este sentido, el modelo social de la discapacidad aporta un supuesto fundamental al desplazar el foco desde las características individuales hacia las barreras estructurales, socialmente construidas, que limitan la participación social y el ejercicio pleno de derechos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental Argentina se apoyan en esta mirada y establecen marcos normativos que reconocen la importancia del factor social y ponen énfasis en el derecho a la vida en comunidad y la autonomía. Desde este punto de vista, a los fines de garantizar dichos derechos y el desarrollo de un plan de vida acorde, resulta crucial incorporar de manera central la experiencia vivida y la voz de quienes han sido históricamente objeto, y no sujetos, de las prácticas en salud mental.

En virtud de la recuperación de este rol como protagonistas de su propia vida, los Mad Studies realizan un aporte decisivo al colocar la experiencia subjetiva como una forma legítima de conocimiento y al denunciar los procesos de invalidación epistémica que han silenciado sistemáticamente a las personas psiquiatrizadas. Desde esta perspectiva, la locura y el malestar no son simples fenómenos clínicos a corregir, sino experiencias con sentido, atravesadas por relaciones de poder,



normas sociales, situaciones de vulnerabilidad y contextos históricos específicos. Reconocer la naturaleza multifactorial de estas vivencias implica revalorizar las interpretaciones de las personas sobre sus propias vidas y comprender que no puede haber un cambio real de las prácticas sin la participación activa de quienes las atraviesan.

Sin embargo, jerarquizar la experiencia subjetiva en un lugar central del análisis no supone desconocer la existencia del resto de los factores que influyen en su origen y desarrollo. En este sentido, el análisis no puede reducirse ni a una interpretación exclusiva de los condicionantes sociales ni a las características o experiencias individuales, sino que una mirada transversal debe permitir comprender cómo el malestar psíquico se configura en la intersección de todos estos factores. De este modo, se evita tanto la patologización del sufrimiento como el riesgo de diluir la singularidad de dichas experiencias.

Considerando ello, las prácticas de internación involuntaria, la medicalización coercitiva y el encierro institucional pueden ser comprendidas no solo como intervenciones clínicas, sino como dispositivos que reproducen exclusión, silenciamiento y ruptura de proyectos de vida. Tanto la CDPD como la Ley Nacional de Salud Mental Argentina cuestionan estas prácticas al promover la desinstitucionalización y la vida en comunidad. Por su parte, los Mad Studies profundizan esta crítica al señalar que dichas prácticas no solo vulneran derechos, sino que dan lugar a estructuras que justifican que las personas no sean reconocidas como agentes válidos de sentido y decisión sobre su propio malestar. Esto, a su vez, restringe la posibilidad de desarrollar esquemas identitarios que las representen sin ser considerados desvíos que deben ser corregidos.

En definitiva, una mirada transversal de la locura exige revisar las prácticas profesionales, las políticas públicas y los modos de producción de conocimiento en salud mental. Implica abandonar modelos centrados en la cura y la normalización, y avanzar hacia intervenciones situadas, comunitarias y respetuosas de la autonomía, que reconozcan la diversidad de experiencias como parte del continuo humano. Asimismo, supone asumir que los discursos de derechos pueden volverse vacíos si no se traducen en prácticas concretas que garanticen la participación real de las personas usuarias y sobrevivientes de los dispositivos que las afectan.

En este marco, la articulación entre el modelo social de la discapacidad, la normativa vigente en derechos humanos y los aportes de los Mad Studies permite construir una perspectiva crítica y propositiva para abordar la discapacidad



psicosocial. Una mirada verdaderamente transversal no solo amplía el campo de comprensión de la locura, sino que constituye una herramienta indispensable para transformar las prácticas, dismantelar lógicas de exclusión y promover condiciones de vida dignas, autónomas y en comunidad para todas las personas.

Referencias

- Broгна, P. (2023). Una noción triádica: condición, situación y posición de discapacidad. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 20(52).
<https://doi.org/10.29092/uacm.v20i52.1019>
- Cohen, H. (2022). La ley de salud mental en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 82, 760–763.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Naciones Unidas.
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Costa, L., & Ross, L. E. (2023). Mad studies genealogy and praxis. *International Mad Studies Journal*, 1(1).
- Jackman, M. (2025). From madness to international mad activism: My madness is a politically responsive coping mechanism to an unjust world, and at times a superpower. *International Mad Studies Journal*, 3(1).
<https://doi.org/10.58544/imsj.v3i1.9489>
- LeFrançois, B. A., Beresford, P., & Russo, J. (2016). Editorial: Destination Mad Studies. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 1–10. <https://doi.org/10.48336/IJSG4477>
- Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. (2010). República Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid, España: Grupo Editorial Cinca.
- Palacios, A., & Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 37–47.
- Quercetti, F., Parenti, M., & Stolkiner, A. (2015). Desafíos en el campo de la salud mental argentina: Un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales. En VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de



Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp. 195–198). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Sapouna, L. (2024). Critically unlearning about madness and distress: Reflections on social work education and activism in Ireland. *International Mad Studies Journal*, 2(1).

Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología (UBA)*, 2(4).