

Salud Mental y Discapacidad. Articulaciones posibles en torno a la problematización del diagnóstico como operatoria de demarcación y disciplinamiento

Paula Kratje

Lic. en Psicología. Especialista en Salud Mental por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de Paraná. Integrante del equipo del Dispositivo Hospital de Día, de Consultorios Externos y del Espacio de Género y Diversidad (Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná). Docente de la FBCB/UNL y de la RISaM Paraná. Integrante del equipo interdisciplinario del Protocolo de Actuación de las Expresiones y Acciones Discriminatorias basadas en las Violencias Sexistas en el Ámbito Universitario, UNER

paulakratje@hotmail.com

Liza María Benedetti

Lic. en Trabajo Social. Especialista en Salud Mental por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de Paraná. Docente de la FTS/UNER. Coordinadora de la Casa de Medio Camino (Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná). Directora del Proyecto de Extensión «La Producción Social de la Discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos» FTS/UNER.

lizabenedettimochi@hotmail.com

Resumen

El presente artículo tiene como propósito problematizar las articulaciones posibles entre el campo de la salud mental y la discapacidad a partir del cuestionamiento de la diagnosis como mecanismo de control y disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades.

Partiendo de un proceso colectivo de reflexividad, nos situamos como trabajadores, académicos y activistas para interrogarnos acerca de cómo articular dos campos que se han pretendido separados. Reconocemos a la discapacidad y la salud mental como campos próximos y en potencial y potente diálogo desde una perspectiva interdisciplinaria e interseccional, en una apuesta que busca tender puentes que faciliten lecturas complejas de los saberes y prácticas que se construyen en torno a dichas problemáticas.

Recuperamos aquí parte de las producciones de los feminismos -ubicando lo feminista no ya como una teoría, sino como una epistemología-, entendiendo que desde este particular modo de mirar se pueden generar fecundidades

para profundizar el cuestionamiento a los modos de decir y hacer en nuestros territorios de experiencias. Por lo tanto, feminismo, discapacidad y salud mental dialogan de una manera muy próxima; aun cuando en el campo de investigación y activismos en discapacidad y de los feminismos haya todavía una vacancia respecto de esta relación política.

Palabras claves: Discapacidad, Salud Mental, diagnosis y certificación, feminismos.

Abstract

The present article aims to problematize the possible articulations between the fields of mental health and disability, setting from the questioning of diagnosis as a mechanism of control and discipline of the bodies and subjectivities.

Starting from a collective process of reflexivity, we position ourselves as workers, academics and activists in order to question how to articulate two fields that have been intended to be separated. We recognize disability and mental health as neighboring fields in potential and powerful dialogue from an interdisciplinary and intersectional perspective, intending to build bridges that ease complex readings of the knowledge and practices that are built around these issues.

Here we recover some of the productions of feminism -placing the feminist not as a theory, but as an epistemology-, understanding that this particular perspective may be prolific in

order to deepen the questioning of the ways of saying and doing in our experience territories. Therefore, feminism, disability and mental health dialogue in a very close way; even though there is still a vacancy in the field of research and activism on disability and feminism regarding this political relationship.

Key words: Disability, Mental Health, Diagnosis and certification, Feminisms.

“Incomodar con nuestras palabras, con nuestros cuerpos, con nuestros gestos, con nuestros besos, con nuestros gritos y con nuestros silencios (...) Incomodar para importunar al status quo, para detener la máquina del disciplinamiento, para inducir un pequeño temblor. Incomodar, cada vez que sea necesario; pero también, incomodarse. Incomodarse frente a los espectáculos tristes de nuestra cruenta humanidad, y también allí donde sabemos que algo tenemos que pensar, que transformar, e incluso que desterrar de nosotros mismos (...) Incomodarnos, porque ¿quién puede estar cómodo en este mundo?”

Virginia Cano, *Borrador para un diccionario del desacato* (2020)

Este artículo es resultado de un proceso colectivo de reflexividad dialógica en la intersección entre los campos de la salud mental y la discapacidad.¹ Para quienes hemos desarrollado trayectorias laborales, profesionales y formativas en el campo de la salud mental, la discapacidad se (nos) aparece como algo lejano que poco tiene que ver con los planteos

y preguntas que emergen en nuestras discusiones. Sin embargo, y desafiándonos a una praxis que erosione esos otros intentos por fragmentar y fracturar solidaridades entre debates potentes, nos preguntamos cómo articular dos campos que se han pretendido separados. Proponemos, entonces, situar discapacidad y salud mental como campos próximos y en potencial y potente diálogo desde una perspectiva interdisciplinaria e interseccional, en una apuesta que busca tender puentes que faciliten lecturas complejas de los saberes y prácticas que se construyen en torno a dichas problemáticas.

Es en esta apuesta que encontramos un punto de resonancias que se vincula con el cuestionamiento de la diagnosis como mecanismo en el control y disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades. Problematicar estas operaciones que pueden y suelen ser funcionales a la *ideología de la normalidad*, abre interrogantes respecto a qué somos convocados quienes trabajamos en estos territorios: ¿certificar patologías o patologizar experiencias?²

Tanto desde los estudios críticos en discapacidad como desde las lecturas y apuestas que se construyen desde la salud colectiva, la salud mental comunitaria y los proyectos que promueven procesos de desmanicomialización, nos interrogamos acerca de la operación del diagnóstico cuando va li-

gado a efectos de etiquetamiento y cristalización. En este sentido, los campos de la discapacidad y la salud mental presentan hoy tensiones interesantes en tanto articuladores paradójales de discursos y prácticas de reconocimiento en perspectiva de derechos y, al mismo tiempo, de profundización de procesos demarcatorios de siglación y patologización. Esta paradoja se materializa en procesos de amplificación de la diagnosis presunta y reclamos de certificación creciente. Aquí podríamos situar las luchas por el reconocimiento, que por momentos se pueden convertir en trampas del reconocimiento. La hiperespecialización de los reclamos de grupalidades -sobre todo familias y usuarios- que bregan por el acceso a derechos y coberturas en salud distinguidas según categorías diagnósticas, podría pensarse como efecto de aquellos crecientes reclamos que conducen a clasificar a los sujetos en base a 'trastornos', 'síndromes' o 'patologías'.³

Lo que expresamos hasta aquí da cuenta, una vez más, de la arraigada asociación entre *discapacidad y déficit* como pares inquebrantables, como la misma cosa, como lo evidente. En el sentido común, en las políticas, en los discursos académicos, esta noción continúa siendo hegemónica, aún hoy con muchos debates librados a la luz del modelo social.

La problematización, interrogación y puesta en tensión de esta asociación aparentemente indisoluble ha

sido uno de los trabajos analíticos más significativos de este equipo de trabajo, a partir del cual podemos ensayar como hipótesis que la asociación se da por efecto de ideología, ideología de la normalidad.⁴

Así el hecho de que las distintas teorías de la discapacidad que la homologan al “déficit” operen más allá de la conciencia naturalizando sus predicados, constituye un rasgo particular del trabajo ideológico de la ideología de la normalidad. Este trabajo ideológico borra las huellas de los procesos históricos concretos de producción de discapacidad. Estas huellas (sociales, históricas, políticas) “desaparecen” de los discursos institucionales y comunitarios quedando frente a nosotros la discapacidad, como sinónimo de déficit, como dato objetivo de la naturaleza” (Angelino y Almeida, 2015: 35-36).

Si tomamos las luchas por el reconocimiento que ponen su eje en el déficit o los diagnósticos, podríamos decir que estos reclamos van a contramarcha de la apuesta de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad -recogida en la Ley Nacional N° 26.378 (2008)- como normativa superadora, o incluso de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), la cual toma como antecedente la convención. La hiperfragmentación produce un debilitamiento de los lazos de solidaridad en las luchas por el reconocimiento y va generando el efecto paradójico de exacerbación de las taxonomías y su cristalización en términos identitarios.

Su corolario: borramiento de singularidades, procesos de desobjetivación, efectos de deshumanización. En este contexto, cabe mencionar algunos puntos destacados de la normativa recientemente citada, en sintonía con la problematización respecto de cómo ciertos diagnósticos operan cristalizando identidades. La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad toma como uno de sus puntos de partida el reconocimiento de que “la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano” así como “la diversidad de las personas con discapacidad” (Preámbulo); por lo tanto, en su articulado se ocupa de reafirmar los principios de igualdad y de no discriminación para el colectivo de personas con discapacidad. En la misma línea, la Ley Nacional de Salud Mental señala que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”, y que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización (Art. 3°).

Por su parte, el Art. 5° sostiene que “la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”.

Ya lo planteaba Paulo Amarante (2009) cuando situaba que la dimensión epistemológica de la apuesta a la desmanicomialización tiene que ver con invertir la operación que tradicionalmente ha hecho la psiquiatría (y otras hegemonías del campo psi), que históricamente ha puesto al sujeto entre paréntesis para ocuparse de la enfermedad. Podríamos decir que advertir esta operatoria nos interpela en el esfuerzo por encontrar otros modos de comprensión y de abordaje, pues la sobredeterminación del discurso medicalizante refuerza prácticas profesionales e institucionales con miradas unidireccionales y acotadas que, finalmente, producen y reproducen discapacidad.

En esta misma línea, la persistencia de ideas de discapacidad y de padecimiento mental como enfermedades crónicas -y donde lo crónico se piensa como aquello del orden de lo incurable-, noción de enfermedad que desterritorializa a los sujetos de su condición de género y clase, se articula a la persistencia de otra idea: la necesidad del cuidado y la atención permanente de los diagnosticados. De este modo podemos ubicar que

sigue vigente una sobredeterminación del discurso y de la intervención biomédica hegemónica sostenida y legitimada por la ideología de la normalidad, que medicaliza la vida cotidiana y transforma a los sujetos, en este caso diagnosticados, en objetos de rehabilitación permanente y exacerbada.

Surge así la inquietud acerca del lugar del otro -de la otredad- en la producción de conocimientos y de prácticas que no lo invisibilice, subestime, neutralice, anule y aplaste en este proceso. Destinatarios, objetos de investigación, pacientes, usuarios... Pensar qué noción de sujeto construimos a partir de los modos como enunciamos y hacemos nuestro trabajo, y cómo estas concepciones hacen cuerpo en el mundo que co-construimos con todos esos otros.⁵

Nos preguntamos aquí a qué somos convocados quienes participamos de equipos de salud, integramos juntas evaluadoras, hacemos investigación, y otros tantos espacios institucionales vinculados a los circuitos de la salud mental y la discapacidad. Si acaso somos convocados a certificar patologías o a patologizar experiencias. En cualquier caso, regulando y controlando el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, las sexualidades *normales* y las abyecciones a esa normalidad. Desde el equipo de investigación del que formamos parte⁶ entendemos que la discapacidad existe como

producto de dispositivos políticos, institucionales e ideológicos que la construyen como categoría legítima de clasificación y asignación de identidad. Hablamos de dispositivos que se articulan en torno a la idea de discapacidad como problema individual. Y esto mismo es decible respecto de aquellas lecturas que asumen la existencia de enfermedades mentales o que incluso ubican las raíces del padecimiento sobre la base de cuestionamientos del orden de lo casi exclusivamente individual -ya sea ligado a lecturas biologicistas o psicologistas- o que, como mucho, se arriesgan a situar determinaciones familiares en la explicación del padecimiento.

En esta línea, el esfuerzo se centraría entonces en situar la discapacidad -que suele clasificarse como *discapacidad psicosocial, intelectual o mental* en el terreno de la salud mental- como opresión entramada de maneras singulares con otros modos de dominación. Esta tarea nos permite traspasar las fronteras rígidas que supone el apego a la tematización así como la mirada individualizada de la discapacidad. “Mirar la discapacidad a la distancia, individualizando las formas, haciendo una taxonomía desde el patrón de poder, es responsabilizar al otro, éste es el que padece, y el que mira no tiene ninguna responsabilidad en ello. La discapacidad se individualiza tanto como se la tematiza. Es un problema (ese problemita que tiene)” (Díaz, 2012: 48-49). Dice Raúl Díaz (2012: 38): “si no nos miran no nos

atienden y si nos miran nos cosifican. Esta es la mirada doble del cuerpo abyecto, de los cuerpos subalternos: ser examinados y autoexaminarse bajo la mirada del otro”.

Desconocer u omitir una lectura interseccional, histórica y política de los padecimientos y de la producción de discapacidad, tiene un claro efecto homogeneizante que engloba las experiencias de las personas en un género universalizante, y por lo tanto, normalizador.

En esta línea, “el déficit no es una realidad simple o una condición estática del cuerpo sino un proceso mediante el cual las normas reguladoras lo materializan como resultado de complejos procesos de reiteración forzada de esas normas. Por lo que afirmar que las diferencias son insolubles de las demarcaciones discursivas, no es lo mismo que decir, que el discurso “causa” la diferencia” (Angelino y Almeida, 2015: 36).

En esta revisión crítica del diagnóstico como operatoria que puede estar ligada a los efectos demarcatorios que producen y reproducen la patologización de la vida cotidiana, nos interrogamos acerca de ciertos diagnósticos que a veces, muchas veces, circulan sin reparos en nuestros ámbitos de trabajo, y que deben ser politizados para develar o revelar su operatoria de cristalización de identidades; de culpabilización y criminalización de las existencias que se apartan de la matriz cis-heteronormada; de reducción a lo individual de problemáticas

complejas, tales como el diagnóstico de “retraso mental leve” como diagnóstico de la pobreza, más ligado a circuitos de exclusión; o la medicalización y psicopatologización de las violencias en la vida de las mujeres, así como la insistencia de diagnósticos psiquiátricos de los existenciarios de las disidencias sexuales.

Politizar los diagnósticos, politizar los cuerpos, reconocer la relación de opresión que implica el dispositivo de la discapacidad, nos arroja a pensar otras reglas de juego. “La separación entre la idea de déficit y discapacidad es básica e implica ya no esencializar el cuerpo, esencializar sus diferencias, sus excentricidades, sus transgresiones, sino recuperarlo como territorio de lo inscripto culturalmente, lo que posibilita profundizar el cuestionamiento en torno al déficit, desnaturalizarlo” (Angelino y Almeida, 2015: 36).

Esto último relanza la pregunta hacia nuestro propio lugar en la producción de sentidos, de conocimientos, de prácticas en salud. Reconocer nuestro lugar de enunciación como un territorio en el que se disputa el poder (en términos de política y de potencialidad para) nos obliga a estar advertidos acerca del qué, para qué/ quién y del cómo de nuestro trabajo cotidiano. Y en investigación, nos re-sitúa en una perspectiva desde la cual los saberes disciplinarios y, todavía más, las miradas interdisciplinarias resultan limitadas. Pues las disciplinas científicas -al menos en nuestras coordenadas de

tiempo-espacio geopolíticamente situadas- responden a un modo de producir y reproducir saberes que necesitan ser permeados, perforados y discutidos por aquellos de quienes hablamos, sobre los que ejercemos -más o menos advertidos de estas acciones, de formas a veces sutiles, otras brutalmente explícitas- nuestro poder de definir quiénes son, qué les afecta, cómo deben acaso vivir o resolver sus problemas.

Pareciera que tanto en el terreno de la discapacidad como en el campo de la salud mental, que vaya si están estrechamente vinculados, cuando la razón, la inteligencia y la capacidad de discernimiento están puestas en tela de juicio (razón, inteligencia y discernimiento comprendidos desde unos parámetros culturales y socio-políticos determinados), el lugar para la voz de los sujetos subalternos pierde valor. Pierde capacidad de acción. Pierde.

Entonces, en este territorio signado por las tensiones entre lógicas que subyacen a nuestras prácticas, tanto aquellas que reproducen lógicas totalizantes y desubjetivantes, como aquellas que pretenden deconstruir y subvertir la esencialidad que recae sobre los sujetos diagnosticados, se nos presenta como desafío el ejercicio de construir y potenciar herramientas para la reflexión, la acción, la transformación de los discursos y prácticas que configuran estos campos desde perspectivas interseccionales y situadas.

Wagner de Sousa Campos (2001) se refiere a “colocar la dolencia entre paréntesis”, proponiendo así una nueva dialéctica entre los sujetos y la enfermedad: no concebir la enfermedad desde la lógica totalizadora según la cual la dolencia recubre al sujeto como una segunda piel, como una nueva identidad, sino entenderla como parte de la vida humana. No negar la dolencia, como si no existiera, sino resistir a enmarcarla como enfermedad total (haciendo analogía con el concepto de “Institución total” acuñado por Erving Goffman). Ahora bien, esta operación no basta si no nos dejamos conmovir por qué tienen para decir y desafiar quienes portan aquel status de sujetos/objetos de nuestras intervenciones. Reconocer nuestro aporte al dispositivo que reproduce la lógica manicomializante en la exacerbación de asimetrías y lejanías es un ejercicio cotidiano. En nuestros escenarios de intervención profesional, igualmente, desafiamos el propio dispositivo cuando nos interrogamos por aquello que dábamos por supuesto de la vida del otro; cuando nos despojamos de los lastres de lo que se espera desde tradiciones rancias de nuestras historias disciplinarias; cuando nos dejamos afectar y nos incomoda la manera de conversar con les otros. Conversaciones urgentes de promover si pretendemos que algo distinto acontezca. “Cuando alguien con voz rendida piensa que ‘así son las cosas’, toda redondez se vuelve terco cuadrado, la lluvia fina se hace torrencial,

los senderos se tornan fronteras y la ternura demora demasiado en regresar” (Skliar, 2014).

Para ello, tender puentes y promover diálogos entre diferentes saberes, diversos actores sociales, nos permite una apertura a otros territorios fecundos. De ahí que el equipo de investigación ha comenzado a transitar un nuevo proyecto titulado «Feminismos y estudios críticos en discapacidad, diálogos subalternos e interseccionalidad»,⁷ en el que nos proponemos relevar confluencias, convergencias, divergencias y bifurcaciones entre los estudios feministas y los estudios críticos en discapacidad, de manera tal de encontrar pistas o rodeos analíticos que potencien el trabajo de investigación y de acción teórico-política que demanda nuestro activismo académico. El punto de vista feminista nos posibilita advertir la necesidad de rehuir y destruir, de fisurar aquella matriz patriarcal que constituye y está alimentada, entre otras cosas, por la ideología de la normalidad, que es íntima amiga del patriarcado.

Se abre así otro enorme desafío: ya convencidos del diálogo fértil entre los campos de la discapacidad y la salud mental, advertidos de que la operatoria de la diagnosis constituye un eje sobre el que pivotean muchos interrogantes en las dimensiones epistemológica y ético-política de los procesos de transformación en estos terrenos, nos adentramos en la discusión por la producción de conocimientos y de prácticas desde una

ética/perspectiva feminista. Feminismos locos, sobrevivientes de la psiquiatría, existenciaros disidentes que disputan modos otros de construir teorías que den cuenta de las profundas exclusiones que han padecido, sobre todo, por el sector salud, nos enfrentan a otras preguntas que requieren de un ejercicio por descolonizar y despatriarcalizar nuestros puntos de partida.

(...) y aunque parezca que no alcanza,
hace toda una vida que andamos en esa,
viendo cómo las que saben la posta
hablan y hablan...
pero esa no era la pregunta,
eso era otro nuevo retraso.
La pregunta era
seguir haciendo la pregunta
hasta que alguien escuche (...)
Y en esa andamos, ahora que largamos la
sentencia
repensándolo todo, dándolo vuelta todo,
quizá hasta desentendiéndonos de todo.
Susy Shock, *Hojarascas* (2019)

A lo largo del artículo nos hemos propuesto poner en tensión una problemática disruptiva entre marcos teóricos que parten de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y muchas prácticas que aún reproducen lógicas reduccionistas y estigmatizantes, encontrando en el “diagnóstico” su eje principal.

La visión de la discapacidad hegemonizada por la lectura biologicista del déficit va generando prácticas de reconocimiento que fragmentan y dividen cada vez más minuciosamente; produciendo a la vez un efecto de homogeneización en el proceso de reconocimiento estatal. Pensar la discapacidad como una relación de opresión, como un dispositivo de control y disciplinamiento de los cuerpos, volverla al plano de lo político, de los discursos y las disputas, situando su producción como efecto de la ideología de la normalidad, crea fecundidades y solidaridades entre el campo de la discapacidad, la salud mental y los feminismos. Ideología de la Normalidad; normalidad como condensación entre discapacidad y exclusión; disidencia, discapacidad, locura, cuerpos diferentizados... Marcas producidas en un mismo movimiento, por el mismo dispositivo. La apelación es entonces a la perspectiva interseccional, pensando y partiendo desde una epistemología feminista como punto de vista situado. Así, desde este equipo entendemos que los estudios críticos dentro de los feminismos ofrecen herramientas de pensamiento claves para pensar la necesaria interseccionalidad en el campo de la discapacidad y de la salud mental. Por lo tanto, feminismo, discapacidad y salud mental dialogan de una manera muy próxima, aun cuando en el campo de investigación y activismo de discapacidad y de los feminismos haya todavía una vacancia respec-

to de esta relación política. La apuesta es, entonces, ¿cómo encontrar horizontes de fecundación recíproca?

Agradecimientos

Al Programa La Producción Social de a Discapacidad FTS/UNER, a la universidad pública, a los interlocutores de nuestras experiencias en el campo de la salud pública/salud mental.

Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Angelino, M. A. (2009). Ideología e Ideología de la Normalidad. En Rosato, Ana y Angelino, María Alfonsina (coords.). *Discapacidad e Ideología de la Normalidad* (pp. 133-154). Buenos Aires: Noveduc.

Angelino, M. A. y Almeida, M. E. (2015). Políticas Sociales en discapacidad: reconocimiento y producción de discapacidad. En Castillo Viveros, Nemesio y Del Prado, Leonel. *Políticas Sociales y Trabajo Social: reflexiones desde México y Argentina*. México: Instituto de Ciencias Sociales y Administración (UACJ).

Argentina. Ley N° 26.378 “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (2008).

Boletín oficial, N° 31422.

Argentina. Ley N° 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” (2010). Boletín oficial, N° 32041.

Díaz, R. (2012). Discapacidad y mirada colonial. Reflexiones desde perspectivas feministas y descoloniales. En Angelino, María Alfonsina y Almeida, María Eugenia (comps.) (1era edición) (2012). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.

Prensa Página 12 (2020, 28 de noviembre). Rechazan por “discriminatorio y estigmatizante” un proyecto de ley aprobado por el Senado de Santa Fe. Una pulsera para identificar “a personas que padecen autismo”. Página 12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/308560-rechazan-por-discriminatorio-y-estigmatizante-un-proyecto-de>

Shock, S. (2019). *Hojarascas*. Buenos Aires: MuchasNueces.

Skliar, C. (2014). *Hablar con desconocidos*. Buenos Aires: Candaya.

Wagner De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Notas

¹Algunos de los debates aquí desplegados forman parte de la participación del equipo del Programa La Producción Social de la Discapacidad (FTS-UNER) en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, celebrado en la ciudad de Rosario, Argentina, en septiembre de 2019. En uno de sus paneles centrales (“Politizando diagnósticos contra la ideología de la normalidad”) se propusieron intervenciones que pretendían discutir en torno a las articulaciones posibles entre los campos de la salud mental y la discapacidad.

²“La ideología de la normalidad opera sustentada en la lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo su par por defecto, de indeseable, lo que no es ni debe ser. El otro de la oposición binaria no existe nunca fuera del primer término, sino dentro de él, es su imagen velada, su expresión negativa, siendo siempre necesaria la corrección normalizadora, por ello la anormalidad es el otro de la norma, el desvío es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad es el otro de la salud” (Angelino, 2009:149). “La ideología de la normalidad no sólo define a los discapacitados por lo que no tienen: su falta, su déficit, su desviación, su ausencia y su carencia; sino que también y simultáneamente confirma la completud de los no discapacitados, que suelen ser igualados a los normales. Esta lógica binaria se asienta sobre el “convencimiento” del valor de la normalidad: está bien ser normal, y si no lo sos, es imperativo hacer los tratamientos de rehabilitación necesarios para acercarse lo más posible a ese estado/condición. Los anormales vienen a conformarse como el ‘exterior constitutivo’ del campo de los sujetos (normales)” (Angelino y Almeida, 2015).

³Como muestra de esta operatoria, en octubre de 2020 se logró media sanción en Cámara de Senadores de la provincia de Santa Fe un proyecto de ley que dispone el uso de una pulsera azul para identificar a personas que padecen autismo. En el artículo primero del mencionado proyecto se explicita “el uso de una pulsera color azul como instrumento de identificación de toda persona con TEA” (Trastorno del Espectro Autista). Además, establece que la pulsera “deberá indicar con letra color blanco destacada la inscripción ‘Soy autista, llamar 911’”. Si bien el repudio a este proyecto se extendió entre diversas instituciones, colegios profesionales y organismos vinculados al tema, no deja de preocupar que este tipo de medidas sigan multiplicándose a contramano de la legislación vigente, con el consiguiente “retroceso en materia de derechos humanos de las personas con autismo y el colectivo de la discapacidad, signado por normativas que promueven la discriminación y estigmatización” (Página 12, 2020).

⁴Ver Rosato, Angelino (2009). *Discapacidad e Ideología de la Normalidad.* Noveduc.

⁵“Yo creo que (los) discursos, en verdad, habitan cuerpos. Ellos se acomodan en cuerpos; los cuerpos, de hecho, cargan discursos como parte de su propia sangre (...) Entonces, no quiero afirmar que haya una construcción discursiva por un lado y un cuerpo vivido por el otro” (Judith Butler en Raúl Díaz, 2012:28).

⁶Perteneciente a la Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos. Actualmente, trabajando en el quinto proyecto que se desarrolla de manera colectiva y el séptimo en un campo de investigación colectivo e individual, desde la perspectiva de los estudios críticos en discapacidad o disabilities studies (DS). Articula de forma estrecha y necesaria con la extensión y la docencia, entendiendo así la investigación como apuesta y aporte desde el activismo académico a la transformación de los sentidos que se construyen en torno a este campo de conocimientos.

⁷Proyecto de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica «Feminismos y estudios críticos en discapacidad: diálogos subalternos e interseccionalidad». Directora: María Alfonsina Angelino. Co-directora: María Eugenia Almeida. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos (2019-2020).

