

# El *habitus* de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico<sup>1</sup>

## *Disability Habitus: Body Experience of Domination in a Economic Peripheral Context*

**Carolina FERRANTE**

CONICET / Universidad de Buenos Aires  
caferrante@hotmail.com

**Miguel A. V. FERREIRA**

Universidad Complutense de Madrid  
ferreira@uclm.es

Recibido: 17.7.09

Aprobado definitivamente: 3.11.09

### RESUMEN

Para la comprensión sociológica de la discapacidad, fundamentalmente desde el Modelo Social, se han aplicado esquemas y categorías pensados desde y para el Primer Mundo que quizá no sean aptos para analizar el fenómeno en otros contextos nacionales. En el texto se propone la pertinencia de la aplicación de la teoría de Pierre Bourdieu para la comprensión de la experiencia de las personas con discapacidad que viven en una sociedad económicamente periférica como lo es la argentina: las categorías de *habitus*, trayectoria social y violencia simbólica permiten dar sentido a las voces de esas personas. Se comprueba, a través del material empírico utilizado, cómo, efectivamente, la dominación de la que dichas personas son objeto se inscribe en una estructura institucional que reproduce las condiciones de su mantenimiento inculcando en los dominados las predisposiciones que así lo garantizan: son objeto de un proceso de homogeneización vinculado a la inculcación de un *habitus* muy específico que tiene al cuerpo como principal dispositivo de sujeción.

**PALABRAS CLAVE:** Discapacidad, *habitus* de la discapacidad, cuerpo no legítimo-legitimado, dominación.

### ABSTRACT

Sociological understanding of disability, mainly from the Social Model, has applied schemes and categories produced from and for the First World which perhaps are not adequate to analyse disability in other national contexts. The text proposes that Pierre Bourdieu theory is useful to understand disabled people experience in an economic peripheral society as Argentina is. The notions of *habitus*, social trajectories and symbolic violence provide sense to these people voices. Through the empirical material used we realise as, in fact, that domination suffered by these people falls within an institutional structure that reproduces its maintenance conditions instilling an specific *habitus*, which constitutes the body as its main clamping device.

**KEYWORDS:** Disability, habitus of disability, non legitimate-legitimated body, domination.

---

<sup>1</sup> Este trabajo surge de la revisión, ampliación y actualización de un texto aún inédito (Ferrante y Ferreira, 2007); se utilizan, además de las fuentes etnográficas originales, algunos fragmentos de las que se incluyeron en Ferrante y Ferreira (2008).

## INTRODUCCIÓN

Como señala Colin Barnes en su aportación al presente monográfico, durante mucho tiempo se ha entendido la discapacidad a partir de categorías y experiencias occidentales y se ha presupuesto que dichos criterios eran aplicables de modo universal. Ahora sabemos que en un mundo socio-económico globalizado ningún fenómeno social puede ser comprendido de modo adecuado si no se toma en consideración el contexto específico del mismo y su posición relativa en ese marco global. La realidad social de la discapacidad se configura de modo muy distinto en las sociedades occidentales avanzadas y en aquellas otras que más bien se sitúan en la periferia, y en posición subordinada, de la nueva economía informacional (Castells, 1998). Tal es el caso de la sociedad argentina. El modelo social de la discapacidad, surgido en EEUU y Gran Bretaña como perspectiva crítica y con pretensiones emancipatorias, ha prestado escasa atención a la situación de las personas con discapacidad en América Latina y es probable que el marco analítico sobre el que se erige no sea del todo adecuado para su análisis.<sup>2</sup>

No obstante, en Argentina se ha dado una producción teórica crítica que sí ha tomado

como punto de partida la línea de los *Disability Studies*. Skliar (2000) y Vallejos *et al* (2005) son un buen ejemplo. Estos últimos autores sostendrán que, en el campo de la rehabilitación y la pedagogía, la falta de problematización teórica en torno a la definición de deficiencia y discapacidad y la aceptación acrítica de categorías médicas y pedagógicas anula la posibilidad de un punto de vista más complejo, *reafirmando y legitimando* prácticas normalizadoras de las personas con discapacidad. Otra aportación crítica, que se apoya en el marco conceptual de la teoría de los campos de Bourdieu, la constituye la producción de Katz y Danel (2008). Y también hemos de destacar la brillante contribución de Sosa (2007), que problematiza la relación entre cuerpo, discapacidad, deporte y poder.

De lo que se trata es de situar el análisis en el marco contextual al cual se va a aplicar. En primer lugar, hay que considerar que la situación de las personas con discapacidad en Argentina es significativamente peor que la que se da en las sociedades europeas occidentales o en EEUU, tal como lo refleja el trabajo de Carolina Ferrante (2007), basado en los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/3, ENDI (INDEC, 2003).<sup>3</sup> En Argentina la gran mayoría de las per-

<sup>2</sup> Más aún, la imposición de las categorías dominantes a los dominados contribuye a la reproducción de la lógica de la dominación, naturalizándola: «La violencia anexionista (...) puede ejercerse en las relaciones de dominación simbólica entre los Estados y las sociedades con acceso desigual a las condiciones de producción y recepción de lo que las naciones dominantes están en disposición de imponerse a sí mismas (y, por lo tanto, a sus dominados), y de imponer a los demás, como universal en materia de política, derecho, ciencia, arte o literatura. (...) [L]a manera de ser dominante, tácitamente erigida en norma, en realización cabal de la esencia de la humanidad (todos los racismos son esencialismos), tiende a afirmarse con apariencias de naturalidad mediante la universalización que erige ciertas particularidades fruto de la discriminación histórica (las masculinas, blancas, etcétera) en atributos no marcados, neutros (...) Y mediante una mera inversión de las causas y los efectos, se puede así “culpar a la víctima” imputando a su naturaleza la responsabilidad de las desposesiones, las mutilaciones o las privaciones a las que se la somete» (Bourdieu, 1999:98-99).

<sup>3</sup> Se prestará atención especial a un tipo particular de discapacidades, las motoras, puesto que sobre ellas se ha desarrollado, y desarrolla, el trabajo de investigación de Carolina Ferrante. El material empírico utilizado ha sido recopilado en la investigación de la tesis doctoral en curso “Cuerpo, discapacidad y deporte. Análisis de las prácticas deportivas de los adultos con discapacidad motriz adquirida durante su vida en la Ciudad de Buenos Aires actualmente”, realizada por Carolina Ferrante. La misma se lleva a cabo en el Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires bajo la dirección de Graciela Ralón de Walton y la co-dirección de Adrián Scribano, financiada con una Beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET). En la misma, asumiendo un enfoque cualitativo, se trabajó con un *muestreo por juicio* (Scribano, 2008) y su tamaño se determinó de acuerdo a criterios de saturación teórica. Se privilegió el desarrollo de dos técnicas de recolección de información: entrevista en profundidad y auto-etnografía (Montero-Sieburth, 2006; Smith, 2005; Wall, 2006; Scribano y De Sena, 2009). En ambos casos se trabajó con una guía predeterminada. La primera técnica persigue acceder de modo privilegiado a los sentimientos, ideas y prejuicios de los agentes. La segunda técnica permite captar “el proceso” (Muncey, 2005), el cuerpo en relación y en movimiento, a partir de la inmersión del investigador en el grupo gracias a que al propiciar un “giro afectivo refuerza las conexiones sujeto-sujeto” (Scribano y De Sena, 2009). Los criterios para seleccionar la población con discapacidad a entrevistar fueron: personas con discapacidad motriz adquirida durante la vida (ya que según Goffman (2001) en estos casos es en los que se puede captar de mejor forma el proceso de adquisición de la *identidad social devaluada* asociada al *estigma*), que viven en la Ciudad de Buenos Aires, entre 18 y 60 años y que transitaban por el espacio simbólico del Servicio Nacional de Rehabilitación (SRN). Las entrevistas fueron realizadas entre diciembre de 2007 y octubre de 2008.

sonas con discapacidad no poseen el certificado que lo acredita: sólo el 14.6 % del total lo ha obtenido, alcanzando entre las personas con discapacidad motora un porcentaje todavía menor, tan sólo el 12.8%. Esta ausencia de certificación oficial supone la imposibilidad de acceso a todo tipo de recursos específicos. En relación con el nivel educativo, por ejemplo, entre las personas con discapacidad motora la amplia mayoría (el 80%) no ha llegado a completar estudios secundarios, mientras que en la población total del país este porcentaje desciende a algo menos de la mitad del total. Otro dato relevante lo suministran los indicadores relacionados a “autovalimiento”, haciendo manifiesta la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad motora: la mitad de ellas dice salir tres veces o menos por semana de su casa y, dentro de éstas, el 26,6% sale sólo excepcionalmente o nunca. Éstos y otros indicadores recogidos por Ferrante (2007) expresan claramente que el colectivo de personas con discapacidad en Argentina está en una situación mucho más precaria de lo que sucede en las sociedades occidentales avanzadas.

Dada esta situación diferencial, sería adecuado proponer un marco de análisis que tomase en consideración las características específicas del contexto argentino. Liliana Pantano (2005) ha tratado de llevar a cabo esa tarea. Según esta autora, la discapacidad poseería dos dimensiones: por una parte, la que denomina “situación de discapacidad”, es decir, ciertas condiciones generales –tanto cuantitativas como cualitativas– que la discapacidad incorpora como atributos objetivos en un contexto particular; y, por otro lado, una “condición de discapacidad”, que evidenciaría la experiencia individual de esas condiciones generales objetivas como vivencia subjetiva de la persona. Así, situación y condición han de ser entendidas como dos caras o aspectos inseparables de la discapacidad: la cara “objetiva” y la cara “subjetiva” de la misma (Ferrante, 2007). Esta distinción, en principio, nos permitiría adecuar al contexto específico del que se tratase la experiencia concreta de la discapacidad de la persona y, además, estaría en consonancia con la nueva definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF (OMS, 2001).

Según dicha definición, la discapacidad se entiende como las “limitaciones en la actividad y

las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social”. Con esta nueva definición, que reemplaza a la previa de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, la Discapacidad y la Minusvalía, CIDDDM (1980), a partir de un modelo bio-psico-social, se busca establecer una síntesis superadora, que integra elementos del modelo médico rehabilitador (que interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo), y del modelo social (para el cual la discapacidad es la resultante de las condiciones opresoras que el medio social impone a quienes la poseen). Atendiendo a las variables medioambientales se podría determinar la *situación* de discapacidad específica, al tiempo que el grado de limitación particular de la persona expresaría su específica *condición* de discapacidad.

Sin embargo, creemos que ese marco analítico reproduce algunos de los déficits que a nuestro entender posee el modelo social: ¿establecer la distinción entre situación y condición de discapacidad no significará perpetuar la lógica del dualismo cartesiano cuerpo/ mente, proyectada en este caso –aunque no, obviamente, de manera mecánica– en la oposición individuo/ sociedad? Al plantearnos esta cuestión surgen otras interrogantes asociadas: ¿Podemos reflexionar en torno a la experiencia del cuerpo discapacitado sin pensarlo conjuntamente al cuerpo legítimo? ¿Por qué el cuerpo discapacitado es un cuerpo socialmente descalificado? ¿Es pertinente tomar como indicador de la precariedad de la situación de discapacidad la ausencia de certificación estatal? ¿No estaremos perpetuando la concepción según la cual el cuerpo discapacitado es un sujeto desvalido que requiere ser curado y objeto de asistencia? ¿No estará la clave para entender la falta de integración, más bien que en la ausencia de credenciales, en la ausencia de autonomía de las personas con discapacidad (Ferreira, 2007)?

A partir de estas interrogantes, podemos intuir el peligro de caer en un doble error: por un lado, el del intelectualismo vacío de contenido real, matriz productora de conclusiones falsas o, como poco, inconsistentes; por otro, el de la pura estrechez analítica, al no percibir ciertos datos que potencialmente el análisis de la encuesta mencionada podía ofrecer: entre ellos, por ejem-

plo, el rol del Estado en la elaboración del mundo social. Intelectualismo y obcecación que, ahora, queremos paliar en cierta medida mediante la “recuperación” de fuentes imprescindibles: la primera, la voz singular que quienes experimentan la realidad que nos ocupa utilizan para narrar su existencia (una voz exigua, de momento en nuestro análisis, pero que irá ampliando su margen de “decisión”); la segunda, la evidenciación de la dialéctica encarnación/ desencarnación que se produce, a nivel estructural, en la experiencia que esa voz nos narra: el cuerpo que experimenta, vive, la discapacidad, lo hace con ajenidad de intenciones y con abundancia de constricciones (su condición vital y sus determinantes contextuales juegan un juego en el que ese cuerpo es la pieza que “se mueve”).

Por lo tanto, trataremos, desde esa doble óptica, la de un contexto social distinto de aquél en el que se han producido las categorías interpretativas de la discapacidad desde una óptica sociológica, y la de una mirada que rehuye los reduccionismos intelectualistas que tienden a producir versiones dicotómicas de la realidad, de hacer ver cómo la experiencia de la discapacidad cobra entidad a la luz de categorías alternativas que, desde una teoría crítica, sitúan el fenómeno en el marco de una experiencia encarnada expresada de manera práctica en forma de habitus (Bourdieu, 1999).

Además, a nuestras consideraciones previas hemos de agregar ahora nuevas interrogantes que nos han suscitado las experiencias vitales narradas por tres personas con discapacidad. Esas narrativas anticipan las carencias sobre las que se había definido previamente nuestro análisis de la discapacidad; evidencian una necesidad metodológica que habrá de orientar nuestro trabajo ulterior, la de proyectar la voz de los protagonistas sobre nuestros ejes interpretativos.

## EL FENÓMENO DE LA DISCAPACIDAD: UN MARCO ANALÍTICO ALTERNATIVO

La precariedad en la que se encuentra el colectivo de personas con discapacidad motora en Argentina (*situación*) se evidencia, tal como se ha anticipado, por el hecho de que la gran mayoría de quienes lo integran no posee el certificado oficial de discapacidad, así como por las sustanciales diferencias con respecto a la población sin discapacidad en lo tocante al nivel educativo alcanzado. Cabe describir esa situación como de “vulnerabilidad social” (Castel, 1997). No obstante, tal situación no es homogénea: la experiencia de vivir la discapacidad (la *condición*) variaría de acuerdo a la *trayectoria social* del agente y, especialmente, al carácter ascendente o descendente de la misma.

Las significativas diferencias en cuanto a nivel educativo entre las personas con discapacidad motora y las personas sin discapacidad en Argentina son un dato significativo; no sólo porque la simple deficiencia fisiológica no sirve como argumento explicativo, dado que la discapacidad motora no implica impedimentos intelectuales para la asistencia a establecimientos de enseñanza formal, sino, más aún, lo es por el hecho de que el *capital cultural institucionalizado* es uno de los principales factores que determinan la posición de los individuos en el *espacio social*.

Los datos de la ENDI nos permiten, además, comprobar que existen también notables diferencias en la experiencia práctica de vivir con una discapacidad motora que pueden ser asociadas a la posición en el espacio social ocupada por el agente, posición que depende del capital global acumulado por éste (Bourdieu, 1987)<sup>4</sup>.

En la suma de capitales disponibles para las personas con discapacidad motora, junto al capital económico<sup>5</sup>, es fundamental el capital social:

<sup>4</sup> En una sociedad dividida en clases “todos los productos de un agente hablan inseparablemente por una sobredeterminación esencial de su clase (o mejor, de su posición en el espacio social y su trayectoria ascendente o descendente) y su cuerpo, o más precisamente de todas las propiedades, siempre socialmente calificadas, de la que es portador, propiedades sexuales por supuesto, pero también físicas, alabadas, como la fuerza o la belleza, o estigmatizadas” (Bourdieu, 1991: 135).

<sup>5</sup> La posesión de capital económico condiciona la vivencia de la discapacidad pues es fundamental para la posibilidad de recibir tratamientos o de adquirir ayudas técnicas externas. Entre quienes no reciben actualmente tratamientos de rehabilitación, un porcentaje muy significativo declaran que la causa es, precisamente, la falta de recursos económicos. Entre los que no declaran explícitamente la falta de recursos económicos se aducen otras causas tales como que el tratamiento no lo cubre la obra social, o que el lugar en el que hay que realizarlo está situado lejos de casa (lo que, obviamente, supone un gasto de desplazamiento), que también están vinculadas con el capital económico poseído

gran parte de los tratamientos son financiados por el grupo familiar, lo que no sólo implica recursos económicos, sino la movilización de los afectos y la activación de los recursos derivados de las relaciones próximas. Pero donde la relevancia del capital social poseído resulta más evidente es en el nivel de autovalimiento recogido por la encuesta: gran parte de las personas con discapacidad que pueden hacer tareas cotidianas “con ayuda”, como son las tareas domésticas, bañarse, hacer las compras, viajar en transporte público, lo hacen, en la amplísima mayoría de los casos, con el apoyo de la familia<sup>6</sup>.

Tener una discapacidad supone la experiencia de un “cuerpo alienado”, pero dicha experiencia variará de acuerdo a la posición ocupada en el espacio social (Bourdieu, 1988). Ahora bien, ese cuerpo dista mucho de ser, simplemente, un sustrato fisiológico neutro, un depositario o continente “natural” de la experiencia; muy al contrario, se trata de un “cuerpo para el otro” que es un producto social: por un lado, sus propiedades “distintivas” se deben a las condiciones sociales de producción que las propician o no y, por otro lado, la mirada social que se le aplica lo define y conforma de acuerdo a determinadas categorías perceptivas y evaluativas; dicha mirada no es un poder abstracto y universal sino “un poder social, que siempre debe una parte de su eficacia al hecho de que encuentre en aquél a quien se aplica el reconocimiento de las categorías de percepción y apreciación que dicho poder le aplica” (Bourdieu, 1988:204). Si consideramos que

“todas las manipulaciones simbólicas de la experiencia corporal, empezando por los desplazamientos en un espacio simbólicamente estructurado, tienden a imponer la integración del espacio corporal, el espacio cósmico y del espacio social, pensando según las mismas categorías” (Bourdieu, 1991: 131), se puede asumir que esa ausencia en el espacio público de un gran número de personas con discapacidad motora daría cuenta de un cuerpo socialmente descalificado, encarnación del estigma o del rechazo<sup>7</sup>.

Previamente, nuestra indignación ante los reduccionismos objetivistas y subjetivistas no había tenido en cuenta el sentido vivido de la experiencia de la discapacidad (que no puede ser captado a través de una encuesta cerrada, sino que debe incluir la voz de los agentes implicados y la observación de sus cuerpos y sus prácticas en la vida real), por lo que no se lograba restituir en un sentido práctico el análisis objetivo. Como señala Bourdieu, “sólo puede describirse realmente la relación entre los agentes y el mundo a condición de situar en su centro el cuerpo, y el proceso de incorporación que tanto el objetivismo fisicalista como el subjetivismo marginalista ignoran” (Bourdieu, 1999:241). El cuerpo está socialmente marcado y jerarquizado: el *habitus*, como metáfora del mundo, hace referencia a una geografía corporal. La relación con el propio cuerpo es una forma de experimentar la posición en el espacio social mediante la comprobación de la distancia existente entre el cuerpo real y el cuerpo legítimo (Bourdieu, 1982)<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> De cada diez personas con discapacidad motora, ocho dicen poder bañarse por sí mismas, seis pueden realizar las tareas domésticas, cinco hacer las compras y cinco viajar por sí mismas en transporte público (mientras que, por ejemplo, entre las personas con discapacidad auditiva, a quienes las barreras arquitectónicas parecerían influir menos, dadas las particularidades de la deficiencia, nueve de cada diez pueden viajar solas en transporte público).

<sup>7</sup> El concepto de “estigma” ha sido considerado de manera negativa en su aplicación a las personas con discapacidad por parte de algunos autores adscritos al modelo social, particularmente, a su versión más materialista: el concepto (Goffman, 1986) traduciría, según estos autores, en términos de mera evaluación perceptiva, psicológica, una realidad que en su constitución está eminentemente definida por evidencias prácticas y culturales que determinan una calificación estructural del colectivo de las personas con discapacidad (Oliver, 1990). A nuestro modo de ver, la utilización de tal concepto es útil siempre y cuando se enfatice la intrínseca relación entre estigma y división del trabajo, relación según la cual el estigma adquiere la condición de un coeficiente simbólico negativo (Bourdieu, 2000).

<sup>8</sup> A partir de ciertas condiciones de existencia, el mundo se hace carne en el sujeto estableciendo un *habitus* (Bourdieu 1991), como sistema de disposiciones que en él se sedimentan y que, en términos de Maurice Merleau-Ponty, no cierran la experiencia, sino que permiten recrear al nivel de la experiencia corporal o individual un *mundo particular* entre todos los posibles (Merleau-Ponty, 1975). El reconocimiento por parte de P. Bourdieu de la tradición fenomenológica permite desarrollar un estudio paralelo entre su noción de *habitus* (Bourdieu, 1987) y la de *cuerpo habitual* de Maurice Merleau-Ponty. En términos de M. Merleau-Ponty, en virtud de la naturaleza temporal de la existencia en el cuerpo propio se constituye un cuerpo habitual, existencia adquirida o cristalizada en los esquemas de acción que desaparecen en el cuerpo actual, existencia abierta y personal continente de movimientos virtuales

Buscando, entonces, una “radicalización” de las hipótesis previas, sostenemos ahora que no es pertinente, para el caso argentino, mantener la dualidad y oposición determinadas por los conceptos de *condición* y *situación* de discapacidad propuestos por Pantano, ya que, si intentamos pensar la misma desde una perspectiva sociológica como una relación de dominación, sería más adecuado incorporar términos sociológicos, antes que médicos y, sobre todo, eludir la transposición de una experiencia integral en forma de una representación binaria que fractura y escinde lo que, en su naturaleza constitutiva, es una realidad dialéctica.

Con ello, tratamos de evitar, según ya hemos anticipado previamente, caer presa del dualismo cartesiano<sup>9</sup> para poder ver en el cuerpo, y en lo que tiene de más hondo, las emociones, la clave del establecimiento de una relación de dominación duradera. Y además, podremos conectar esa experiencia con las marcas supra-corporales que los contextos socio-históricos determinan en ella: el cuerpo, el cuerpo de la discapacidad, encarna un habitus que opera la conjugación de situación y condición de discapacidad, las determinaciones tanto objetivas como subjetivas del campo en el que se desenvuelve. Pero, a su vez, ese habitus encarnado es expresión de una historia colectiva en la que las estructuras económicas e ideológicas determinan las condiciones de posibilidad para su expresión: es el Estado el que, en gran medida, sanciona con sus prescripciones las condiciones en las que se ejerce la violencia simbólica<sup>10</sup>,

como institución inscrita en un modelo socio-histórico económico e ideológico, la sociedad capitalista de mercado regulada por, pero también reguladora de, la ideología liberal-individualista, cuya configuración específica en cada caso particular, fundamentalmente a nivel nacional, habrá que tomar en consideración.

Podemos plantear, entonces, situación y condición de discapacidad en términos de un habitus de grupo, el *habitus de la discapacidad*: como estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo no legítimo definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos. Sobre esa imposición, el colectivo queda marcado con las señas de la “exclusión social”.

Dada esta contextualización socio-histórica, marcada por ese doble eje económico e ideológico, el fenómeno de la discapacidad no puede ser asumido desde una perspectiva universalista<sup>11</sup>: su constitución, en términos socio-culturales, variará según los patrones específicos de desarrollo de las distintas sociedades. La discapacidad en Gran Bretaña será diferente de la discapacidad en Argentina. En ambos casos podemos partir de un esquema interpretativo genérico que asume la existencia de un campo específico, el campo de la discapacidad, regulado por la inculcación y encarnación de un determinado habitus, pero cada campo y cada habitus asociado se constituirán en la forma específica

<sup>9</sup> La dicotomía cuerpo/ mente, de filiación cartesiana, marca la transición “moderna”, lectura en clave cientifista, de las categorías de pensamiento propias de nuestra herencia cultural greco-judeo-cristiana: hay un cuerpo y un alma, un hombre y un dios, una esencia y un accidente, una materia y una forma (o idea), un pensamiento y un acto, etc., etc., etc. En ciencias sociales, como no podía ser menos, esa tradición secular ha tenido una profunda implantación: el individuo frente a la sociedad, las normas en oposición a la acción, el sentido subjetivo frente a la evidencia observable, la estática y la dinámica, la estructura y el cambio, etc., etc., etc. Es toda una «tradición» cuya quiebra no resulta sencilla.

<sup>10</sup> «La violencia simbólica es una coerción que se instituye por medio de una adhesión que el dominado no puede evitar otorgar al dominante (y, por lo tanto, a la dominación) cuando sólo dispone para pensarlo y pensarse o, mejor aún, para pensar su relación con él, de instrumentos de conocimiento que comparte con él y que, al no ser más que la forma incorporada de la estructura de la relación de dominación, hacen que ésta se presente como natural; (...) los esquemas que [el dominado] pone en funcionamiento... son fruto de la incorporación de las clasificaciones que así quedan naturalizadas, cuyo fruto es su ser social» (Bourdieu, 1999:224-225).

<sup>11</sup> La pretensión de “universalismo” es uno de los rasgos definitorios de los modelos interpretativos dominantes, tanto como un mecanismo que garantiza la perpetuación de dicha dominación: «Multitud de profesiones de fe universalistas o de prescripciones universales son fruto de la universalización (inconsciente) del caso particular (...). Otorgar a todos, pero de manera meramente formal, la “humanidad” significa excluir, con apariencia de humanismo, a todos aquellos que carecen de los medios para realizarla» (Bourdieu, 1999:90). Toda pretensión de universalidad surge de un privilegio, de unas condiciones de existencia que no están al alcance de todos.

que determine la evolución histórica particular. La sociedad británica se encuentra en una posición central, dominante, dentro del marco general de una economía globalizada, en tanto que la sociedad argentina está en una posición periférica, subordinada. El campo de la discapacidad en Argentina será sustancialmente distinto al británico. Y, precisamente, la forma de captar las especificidades de uno y otro será el acceso a las experiencias concretas y singulares de las personas que experimentan los efectos de esos campos. Sólo la experiencia encarnada de la discapacidad puede dotar de contenido al marco analítico.

Además, el habitus no es un destino sino un dispositivo de potenciales destinos: las variaciones en un habitus de grupo podrían ser explicadas como variaciones en las *trayectorias de clase*; es por esto que los modos de vivir la discapacidad variarán de acuerdo a las singularidades de la biografía de cada agente en particular. En consecuencia, el habitus de la discapacidad sólo puede ser pensado en relación con el *campo de la salud*, dado que ése es el espacio de lucha por la imposición de la definición del *cuerpo legítimo* y el *cuerpo no legítimo*; ese campo es, a su vez, un producto social e histórico, resultado de la lucha entablada por la ciencia médica con otros saberes expertos, que si bien no puede ser pensado de modo separado del espacio social, posee una lógica propia. Y decimos campo de la salud, y no campo médico, dado que la definición del cuerpo legítimo, es decir, el cuerpo saludable, sano y bello necesario para desenvolverse en la vida social, en el capitalismo actual, y en su particular constitución en el caso argentino, se ha ampliado incluyendo en él no sólo la oferta de bienes de curación del cuerpo sino también de almas<sup>12</sup>. Lo que se da, de hecho, es una disolución del campo de la salud en la que los límites de la oferta de bienes de tratamiento de la enfermedad se encuentran en constante puja entre *sistemas expertos* y en donde el pensamiento médico-científico cumple el papel de ortodoxia (por su antigüedad en el campo y su

acumulación de capital global), pero que se encuentra en estado permanente de cambio (Giddens, 1995). En la lucha por la imposición de la buena manera de vivir y de ver la vida y el mundo, los saberes expertos se amparan en la ciencia para imponer verdades y valores, y esta imposición se establece a través del cuerpo (Bourdieu, 1990).

A fecha actual se está produciendo, en las sociedades occidentales avanzadas, un desplazamiento en la estructura: el campo de la salud es “invadido” por nuevos agentes que amenazan su hegemonía. El movimiento por una Vida Independiente iniciado en EEUU en los años 60 está desplazando desde entonces el terreno de la disputa hacia el campo de la política (los derechos civiles); el “modelo social” británico, afincado en la institución universitaria y en los departamentos de sociología pugna en el mismo sentido ideológicamente, pero, además, incorpora en la disputa un nuevo saber experto en condiciones de dictaminar ortodoxias: la Ciencia Social está en disposición de definir patrones legítimos con los que reconfigurar las presuposiciones que articularían el habitus de la discapacidad (no es sino ésa nuestra intención con el presente trabajo). Ese desplazamiento no se ha dado en Argentina.

Pero no todo está dado de antemano: la competencia por la acumulación global de capitales, en cualquier campo en disputa, es un proceso dinámico sometido a constantes reajustes y a reestructuraciones de conjunto. En esa dinámica, los agentes actualizan los esquemas y predisposiciones heredados a través del habitus, pero esa actualización es a su vez un mecanismo perturbador, pues sus esquemas adelantan expectativas que pueden no corresponderse con el estado actual del campo en cuestión (los esquemas heredados se definen en función de la situación anterior del campo). La dialéctica de las expectativas subjetivas y de las oportunidades objetivas opera por doquier en el mundo social y, si bien en la mayoría de los casos tiende a asegurar el ajuste de las primeras a las segundas, sin embargo,

<sup>12</sup> En analogía con la disolución del campo religioso que formula P. Bourdieu (1990), podemos considerar que en las sociedades capitalistas avanzadas se da una disolución del campo médico, que queda subsumido en la esfera más amplia del campo de la salud.

surgen los desfases (Bourdieu, 1988), en los cuales las conductas se vuelven “sin razón”, emergen los “síntomas” (Freud, 1998) que evidencian que tras la aparente naturalidad de las cosas se encierran conflictos y pugnas que son cristalización de procesos en permanente riesgo de catástrofe; todo lo evidente es evidentemente asumido como tal hasta que se hace evidente que podría ser radicalmente distinto a como es.

### **NARRATIVAS DE LA DISCAPACIDAD: VOZ, CUERPO Y HABITUS**

Hemos de observar la violencia invisible que se ejerce de modo cotidiano y continuo en las familias, la calle, los hospitales, la facultad, los tribunales, las escuelas; una manifestación que es el producto de la “violencia inerte” de las estructuras económicas y los mecanismos sociales (Bourdieu, 1998). Podemos “observarla” a través de las voces de la discapacidad, que indicarán la específica experiencia que dicha violencia implica en el caso argentino.

Esas voces expresan la experiencia de la “institucionalización”: la reclusión en instituciones especializadas en el tratamiento y la cura de la discapacidad, con sus profesionales expertos; el cuerpo de la discapacidad pasa a ser objeto de tratamiento clínico:

“Mi papá no sabía cómo hacer para que yo estudiara. (...) Encontró un colegio en Lanús. Ahí estuve internado de los 12 a los 18, ahí hice el primario y el secundario. Era para todo discapacitado. (...) Va, no lo terminé porque me escapé a los 18 años (...) ¿¿vos sabés lo que era a los 18 años estar internado?!, a las 7 a la cama” (Enzo)

“Yo estuve 6 meses en cama y las piernas se vuelven locas, y (...) te empiezan a dar biorrelajantes o te dan el Valium, (...) Hacen un equipo el kinesiólogo, la psicóloga, el fisiatra, el fisiatra es el que manda, y te dan biorrelajantes para que las piernas se queden duras. (...) Te empiezan a empastillar, empastillar y no, yo dije hasta ahí, ¡eh!. Hay pibes [chicos] que tomaban 5 Valium por día. (...) Es todo robóticamente, no es que vas a poder volver a caminar, es para que lleves una vida... mejor” (Pablo)

Cuando ese cuerpo incumple el principio de la institucionalización, accediendo al espacio público, se encuentra con que en éste todo es “visible”, primordialmente visible y no, simultáneamente, visible, audible y palpable; aquel que no ve, es desplazado:

“El otro día me llevé puesto un cesto, no puede haber cestos a la altura de la cabeza, cuando le fui a decir al kiosquero me dijo pero ya está ahí” (Laura).

En ese espacio público no todo está inconscientemente pensado para cuerpos “normales”; hay, por ejemplo, servicios especiales para personas con discapacidad; pero en este caso lo que está ausente es la conciencia de que muchas personas necesitan esos servicios, lo cual se traduce en su diseño:

“En la facultad tuve que esperar cuarenta y cinco minutos para que me trajeran la llave del baño de discapacitados, ¡cuarenta y cinco minutos! (...), y el baño tenía un escalón de cincuenta cm., no puede tener un escalón de cincuenta cm.!” (Laura)

Y esa falta de conciencia, de hecho, va más allá del diseño de esos servicios especiales; implica un ideario colectivo que, lejos de sensibilizado frente a las personas con discapacidad, las percibe como blancos más fáciles para el engaño:

“Ahora ando siempre con cambio chico, porque al no ver la gente se abusa, antes siempre me cagaban, me metían billetes de diez pesos por billetes de veinte, deberían tener rombos, pero no se sienten, hasta en los tribunales de San Martín me metieron el perro [me engañaron]” (Laura).

La voz de Laura expresa, sin resquicio para las ambigüedades, que el habitus de la discapacidad se consolida cotidianamente como la vertiente negativa de esas dicotomías que hemos anticipado: los cestos la golpean, los baños no están a su disposición y la gente trata de engañarla; ¿por qué? Porque es portadora de un cuerpo ilegítimo cuya razón histórica de ser lo sitúa en una institución especializada, no



“en la calle”. También su voz nos expresa la importancia del capital disponible en la trayectoria singular de cada persona con discapacidad; nos confirma lo que anticipábamos a través de las cifras de la ENDI, la importancia del capital social en la experiencia concreta de la discapacidad:

“Yo tuve un accidente en el 99 ahí murió mi mamá, (...) Tuve que aprender a ser una ciega profesional, o sea: no sabía manejar, y en eso mi papá fue fundamental (...) Convencimos a mi papá para no ir más a la escuela común e ir sólo a la escuela de ciegos. Ahí aprendí braille, estuvo buenísimo, aprendí actividades de la vida cotidiana en eso mi papá me ayudó muchísimo, si me hubieran criado mis abuelos hubiese sido una inútil porque son miedosos, no sabría salir a la calle sola, prender [encender] el horno pero mi papá me estimuló que aprendiera todo, mi papá me enseñó a cocinar” (Laura)

La importancia del capital disponible también se manifiesta en los casos de Enzo y Pablo, por ejemplo, en el modo en el cual cada uno accede habitualmente al Servicio Nacional de Rehabilitación (SRN) para realizar prácticas deportivas. Enzo (con secuelas de polio) tiene la posibilidad de desplazarse solo sin inconvenientes en el espacio físico: va en su automóvil importado (y adaptado), en el cual su discapacidad no es percibida por los otros y, a su vez, dispone de tiempo para el ocio, el cuidado y el mantenimiento del cuerpo. (Bienes accesibles gracias a que la suya ha sido una trayectoria social ascendente):

“Yo hace 50 años que vengo acá. Ahora la mayoría, viste, vienen acá acompañados, con la madre, yo vengo en el auto solo. Ahora están muy protegidos, son boludos [tontos] grandes. Mis hijos laburan [trabajan], mi señora también, si se queda [estropea] el auto llamo al Automóvil Club, ¡y ya está!” (Enzo)

Por el contrario, Pablo, de 30 años, parapléjico a raíz de un accidente, miembro de una familia subproletaria (hijo de padres con primario incompleto y baja categoría ocupacional, y empleos informales), no posee la “capacidad” para manipular el espacio físico y el cuerpo propio. A diferencia de Enzo, que en unos pocos minutos puede llegar en automóvil al SRN (con el privilegio de pasar desapercibido por los demás), Pablo (al no tener medios económicos para comprar un coche) circula en transporte público. Para llegar al Servicio tiene que realizar un viaje de dos horas en colectivo [autobús] y necesita la ayuda de otros para subir y bajar de él. Lo cual implica estar permanentemente *expuesto* a que las personas invadan su intimidad, invasión que puede llegar a niveles de agresividad extremos:

“... tengo que subir al colectivo [autobús] y tren. Tengo que hacer 20 cuadras [manzanas] en silla para tomarte el 15 que me deja en Libertador (...) A la gente le choca la silla, pero es cuestión como lo llevás vos, si no te peleás con todos si yo me pongo a decir ¿que mirás? Tenés que decir ey loco ¿cómo va? Y te están mirando. Vos llegás a un lado y es además llegás a chocar tobillos, ¿hola, qué tal?... permiso. ¿A la sociedad le vas a echar la culpa? Al colectivo [autobús] me suben. El rengo<sup>13</sup> tiene que enfriarse. Te dicen yo si estuviera en tu lugar me pegaría un tiro, ¿y qué le vas decir? ¡Pegátele vos! (Risitas)”. (Pablo)

Aprenderlo “todo de nuevo”, dice Laura, aprender a ser “ciega profesional”; es decir, reestructurar su existencia como consecuencia de las prescripciones impuestas sobre un cuerpo, ahora, no legítimo. Laura pudo ir a una escuela “especial”, pudo no caer bajo la subordinación de los “miedos” de sus abuelos, pudo aprender de papá a salir a la calle, a encender el brasero, a cocinar. Su experiencia particular, como la de Pablo, está marcada por su condi-

<sup>13</sup> La palabra “rengo”, que vendría a ser, más o menos, en castellano español “cojo” (más propiamente, renqueante) es el concepto genérico para calificar a las personas con secuelas de polio por su modo de andar.

ción de clase (por la trayectoria social de su grupo de pertenencia, eminentemente ascendente), que le dio acceso a determinados recursos y capitales, en particular, el capital social que su padre puso a su disposición. Pese a lo cual, cestos, bibliotecas y aseos públicos siguen atestiguando lo exiguo, en las condiciones sociales generales en las que se desenvuelve, de su logro, un logro que en el espacio público la descalifica y la sitúa como “víctima”.

La aceptación de las limitaciones impuestas por una cultura discapacitante aparece en estas narrativas, y lo hace, decíamos, en forma de resignación; una resignación que implica la interiorización de las limitaciones constantes y cotidianas impuestas por la experiencia práctica. Así mismo, se comprueba como el cuerpo discapacitado está desigualmente expuesto al medio de acuerdo a la posición en el espacio social de su poseedor. Pablo encarna uno de esos tantos *cueros superfluos* (Scribano, 2008) inscritos en la cultura del no:

“Yo quería venir a la pileta [piscina]. El agua me hacía bien, a la espalda, a las piernas, o los brazos. Y bueno te dan el alta y entonces yo le dije a la doctora mire yo quiero un remis [taxi] para venir a kinesiología y para venir a la pileta [piscina]. Vine una sola vez a la kinesióloga de externos te miran con esas caras de *fifi* que no sé que como que no vine nunca más. Asquerosas, no sé como decirte. Yo lo que veo en Ramsay [el Servicio Nacional de Rehabilitación, SRN] es que es un grupo muy selecto” (Pablo).

Ahora bien, la víctima no lo es con completa pasividad, sino que llega a expresar de manera contradictoria ésa su condición como manifestación del la poderosa inculcación a la que está sometida.

En el caso de Pablo, se cuestiona abiertamente el habitus de la discapacidad y él se niega a asumir su identidad como la de una persona enferma. Así, posee una mirada muy crítica de los médicos (señala de ellos que “no te dicen nada de tus derechos” y que no fomentan “tu independencia”). Pablo reconoce la arbitrariedad que implica la naturalización de la discapacidad como enfermedad: “a todo pibe que veo en silla yo le digo si sabe sus derechos”:

“Mirá esa mamá cómo va con la espalda hecha pedazos porque no sabe que le tiene que pedir al médico que le den una silla mejor. El Estado se tiene que hacer cargo, te tiene que dar una buena silla. Porque si no vas a andar 10 cuadras [manzanas], un día y después no vas salir más, te vas a resignar a lo que sos, un enfermo (risas). Es lo que te quieren poner en la cabeza, que sos un enfermo, que no servís para nada, no te integran.

(...) Yo tenía la obra social [seguro médico privado] de mi mamá porque trabajaba bajo relación de dependencia y eso es una ventaja porque el Estado no te da nada. Le pedís una silla de ruedas y te da cualquier cosa, te da una que después te rompe la espalda, se te rompe la silla, no podés andar por la calle.” (Pablo).

Se pueden constatar los efectos trágicos que la exposición a la violencia simbólica ejercida sobre un colectivo marginado y que lleva a los propios dominados, en algunos casos, a reproducir las mismas categorías que son la condición de su dominación. Los dominados, al haber estado y estar sometidos continuamente a malos tratos, tienen mayores posibilidades de ejercer la violencia sobre los demás (sobre todo, los propios compañeros de desgracia), o sobre sí mismos (Bourdieu, 1999).

“Rompo todo, qué se le va a hacer, no veo... Yo me digo sos tonta [...] Un imbécil el otro día le pedí que me ayude a cruzar, me estampé contra el poste de luz, sos imbécil, no ves que soy ciega (le decía llorando)... Si sos inútil no ayudés porque no podés ayudar [...] Lamentablemente, como mi papá no sabía nada fui a la escuela 502, que es de discapacitados, no de ciegos, fue un horror, éramos dos los chicos ciegos y eran todos chicos con toda clases de discapacidades diferentes, y el otro ciego incluso, no era normal, tenía retrasos mentales, entonces era una tortura esa escuela para mí. Yo no tenía clases con ellos, tenía el recreo (...) no sabés lo que era una hora con esos chicos, llegabas a tu casa con la cabeza hecha mierda” (Laura)

El dominado utiliza las mismas categorías de sanción que son producto de su condición de dominación. Deberíamos repudiar, por discriminadores, eso que podríamos calificar como los

“mitos urbanos”<sup>14</sup> sobre las personas con discapacidad, pero no deberíamos dejar de analizarlos sociológicamente y, quizás, esté ahí la clave de la base de la dominación de las personas con discapacidad: tal vez nos revelen verdades socialmente reprimidas (Bourdieu, 1999), elaboraciones más o menos fantasmagóricas que forman parte de la verdad, y son del mismo orden de importancia de lo que intentan ocultar (*Ibid.*). El cuerpo con discapacidad encarna un destino socialmente no deseado al cuestionar el principal valor de la sociedad capitalista: el valor del cuerpo legítimo; una de cuyas máximas manifestaciones es la estética. Evidencia de su constitución dialéctica, el cuerpo con discapacidad se escinde entre su condición marginada y excluida y su inclusión en la imposición general de los cánones de la normalidad (dialéctica de las expectativas subjetivas y las condiciones objetivas):

PR: “¿Y te gusta arreglarte?”

R: “Sí, pero soy gorda... pasa que tomo corticoides, pero siempre me maquillo, hoy llegaba tarde acá y me maquillé en el colectivo [autobús] no sé si estoy bien pintada, ¿se nota la sombra en los ojos?, (...) para mí lo más importante en una persona es estar bien perfumada. Me encantan los perfumes, en un varón es lo más importante”. (Laura)

Esa mirada social (burguesa) es la misma que le negaba a Enzo, según su relato, la capacidad de ser un hombre amado (porque cuestionaba su productividad económica y sexual); y será, paradójicamente, la que él mismo aplique para percibir a las “rengas”.

“El problema de las chicas siempre fue... vos ponete en el lugar de hombre y vos de discapacitada... ¿Cómo te ibas a tirar el lance con una renga?...Era medio... medio... Y las pibas [chicas] siempre estaban medio en bolas, nadie les daba nunca mucha bola (risa) El hombre como la parte activa más audaz y claro la piba, la mujer tiene que esperar, y entonces las pibas se quedaban... (baja la voz) y había pibas lindas...”

PR. —“¿Quedaban muchas solteras?”

R. —“Sí solteronas, un problema. Ahora hay pocas que vienen pero hay muchas solteronas, es un tema difícil. Algunas se han casado entre discapacitados, entre rengos y rengas. Yo siempre dije ¡no! ¡Para rengo estoy yo! (risas). Qué guacha, ¡no te reías! Yo he salido con alguna renga, pero aventuras, hasta ahí no más, nada serio... Además era medio... te veían los otros muchachos, los otros rengos que salías con una renga y te decían: «dale che, no sos capaz de levantarte una mina [mujer] como la gente que salís con una renga»”, (Enzo)

Tanto Laura como Enzo expresan una doble condición cuya conjugación anuda la ambivalencia de su existencia. Laura, siendo consciente de las ganancias en términos de capital simbólico que genera la belleza, afirma, primero, su condición de mujer, segundo, su pertenencia social, definida por los patrones estéticos propios de la pequeña burguesía<sup>15</sup>; su condición de persona con discapacidad ha sido, naturalmente, relegada al trasfondo de sus expectativas. Reconoce el ideal dominante en materia de excelencia corporal y la dedicación de tiempo al cuidado de la apariencia física que ello requiere (Bourdieu, 1988). Su creencia en el valor de la belleza y del

<sup>14</sup> Resulta imposible no citar el relato de Roberto Arlt sobre el bizco que se enamora, “el amor no es compatible con la bizquera (...) Hay personas que tienen cierta prevención contra los cojos. Los creen malos, incapaces de una buena acción. Sin embargo, hoy he descubierto que un cojo es torta y pan pintado junto a un bizco, sobre todo si es un bizco que está enamorado (...) El amor no es compatible con la bizquera. No puede serlo. No lo será jamás. Un bizco comienza por ver torcidas todas las cosas, menos las que efectivamente lo están. (...) Un tuerto puede ser alegre o no, un bizco no. Un bizco es siempre suspicaz. Un bizco no puede ser amado, porque por insensible que una mujer sea, se resiste ante ese espectáculo de un ojo atravesado que la espía como un foco infernal (...) Indudablemente un bizco enamorado es un espectáculo melodramático y tragicómico, sobre todo si se las tira de sentimental y gasta gafas y se peina con gomina. (...) Y no había un solo pasajero en el tranvía que no pensara: «Te adornaré la frente querido bizco»” Roberto Arlt (2001: 35, 36,37).

<sup>15</sup> Laura tiene 20 años, quedó ciega en 1999; su máximo nivel educativo alcanzado es universitario incompleto, no trabaja ya que vive de una renta. Su padre es comerciante, con un nivel educativo de secundario completo.

esfuerzo para embellecerse asocia un valor estético con otro de naturaleza moral (Bourdieu, 1998:204). Se trata del mismo valor que Enzo aplica, en negativo, en su evaluación de las “renegas”. El cuerpo, en lo que tiene de más profundo e inconsciente, es el depositario de toda una visión del mundo social, de toda una filosofía de la persona y del cuerpo propio (Bourdieu, 1988).

Para Enzo, a su vez, la encarnación del habitus de la discapacidad implicaba una valoración del desarrollo, a través de la rehabilitación, de esos imperativos propios del cuerpo legítimo: la virilidad, la fuerza, la salud (nunca alcanzada plenamente) y el trabajo. Este acercamiento al “cuerpo legítimo” permitía el acercamiento a “bienes distintivos” (o una especie de capital social) preciados: las mujeres no discapacitadas.

PR. —“¿y tenían éxito con las mujeres?”

R. —“¡Sí! Yo no sé por qué... Yo no sé... fue suerte. Yo tenía pelo rubio ahora estoy pelado, ojos celestes, llamaba mucho la atención... acá había siempre estudiantas viste, y siempre una amistad, habré salido con dos, tres, algún romance algo fugaz, pero eso es asunto aparte. Pero sí, nos venían a ver jugar al básquet, nos bañábamos, nos cambiábamos, cada uno para su lado, época linda”. (Enzo).

Se hace evidente la imposición de los sistemas de clasificación del cuerpo legítimo, a partir de los cuales es percibido el cuerpo discapacitado: cuerpo improductivo, económica y sexualmente. Con otras palabras, como una encarnación de un destino socialmente rechazado y, por ello, despreciado: la frase “rengo hijo de puta” reúne un juicio estético y moral del portador de esa “cojera”.

“¿Sabés cuál era el miedo de mi suegro?, que él los tuviera que mantener a los dos. La nena se casaba y había que mantenerlos... y resulta que poco más tengo que yo mantenerlos a ellos. Querían tener un arquitecto, un ingeniero y **viene un rengo hijo de puta** y se lleva a la nena, por ahí yo lo entiendo al viejo... Me da bronca... **uno tiene una hija y quiere darle lo mejor**, y se vino con un rengo. (...)

PR. —“Pero esa hostilidad en el resto no la encontraste...”

R. —“No, está mal que lo diga, pero muchos hasta me admiraban y yo tenía dos laburos [trabajos], en una fábrica de plásticos, guita juntaba, me compré mi departamento, mi casa, mi auto, tuve mis hijos, mi mujer no trabajaba”. (Enzo)

La dominación es efectiva gracias a la *illusio* que genera, una fe práctica en el campo que hace del cuerpo, sobre todo a partir de la creencia en actos, inculcada en la primera infancia por un lenguaje de *mimésis*, incorporación de las condiciones de dominación en forma de afecto, sumisión y, agregaríamos, deseo. Ese saber corporal tiende a desear, sin mediación de reflexión consciente ni voluntad expresa, aquellas condiciones objetivas que le han sido inculcadas: el cuerpo legítimo de la medicina que ha sido inscrito a través de la incorporación del habitus de la discapacidad como radiografía en negativo. Por eso, Laura, mujer, de condición pequeño-burguesa, hace manifestación de la negación de su condición de persona con discapacidad cuando habla de los hombres:

“Marcos, es del departamento de alumnos, es dulce, tiene rico perfume, es morocho de ojos verdes, me dijeron las chicas, aunque eso no tendría que importar...”

PR —“¿Él es ciego?”

R —“No, no”. (Laura)

La mujer ha de traducir, no sólo en aroma (sensación pertinente para una persona con discapacidad visual como mecanismo de atracción), sino en visión, la *razón* de la seducción; y aunque “eso no tendría que importar”... el caso es que sí importa. Lo que “dijeron las chicas”, como lo que dice el Estado o lo que dice el campo de la salud es el discurso de las prescripciones que se imponen al agente, por encima, incluso, de sus capacidades efectivas de apreciación. No es de extrañar que, casi automáticamente y sin elaborar asociación alguna, a la hora de hablar de afectos, Laura tienda a soñar con volver a ver, con recuperar el cuerpo sano:

PR —“¿Te gustaría casarte, formar una familia?”

R —“Sí... y... volver a ver..., aunque salga dos millones de dólares yo los junto, como sea, los junto; pasa que para lo que yo tengo no hay operación, pero si hay los junto y me opero”. (Laura)

Encontramos, pues, una aceptación, de modo tácito por anticipado, de los límites impuestos; aceptación que se expresa en forma de emoción corporal y que contribuye a la reproducción de la relación de dominación (Bourdieu, 1999). De lo que resulta la imposición de una identidad heterónoma: en el caso de Enzo y Pablo se traduce en la búsqueda de la “normalidad”, implica el querer “estar en regla”, como algo que cala hasta lo más hondo del cuerpo, en forma de emoción y de deseo:

PR. —“¿Y tu sueño cuál sería?”

R. —“**Ser un chico normal, tener una familia, un hijo (ahora con el viagra se puede) que sea un caballero.** Antes de la silla yo no pensaba eso. Me daba alergia los chicos, no quería saber nada. Yo tenía la cabeza re podrida, no me comprometía nada ” (Pablo)

(...)

PR. —“¿Cuáles son tus sueños?”

R. —“Que **mis hijos fueran sanos, que no tuvieran nada raro**, que no anduvieran en falopa [droga], que pudieran seguir estudiando ya están recibidos [son licenciados]. **Sólo pido salud para poder seguir aguantando, una vida sana...** Tengo una buena jubilación, tengo renta del campo, mis hermanos lo trabajan los dos solteros, cuando se vende algún animal ligo algo, mi mujer trabaja 6 horas pero tiene un buen sueldo. (...) Yo he visto acá tipos que son unos pobrecitos, tipos que se han criado con los padres, que los llevan de acá para allá, que los llevan a la facultad, y no saben hacer nada... a mi nunca me dió nada nadie, laburé [trabajé] y tengo todo lo que pude hacer” (Enzo)

Pero ese reconocimiento práctico, corporal de las limitaciones impuestas que contribuye a la reproducción de la relación de dominación a través de la *illusio* propia del campo no la explica por completo. La dependencia de las personas con discapacidad se ver reforzada, también

en la práctica cotidiana, porque el contexto social no está adaptado a sus necesidades, sino a las necesidades de los no discapacitados (Ferreira, 2007)<sup>16</sup>. Es decir, la incorporación de ese habitus de la discapacidad, en el que confluyen la situación objetiva y la condición subjetiva de la misma, se produce en un contexto más amplio en el que el campo de la salud despliega sólo una parte de las prescripciones.

Es a partir de esta consideración que, una vez expresadas las narrativas de la discapacidad en cuanto experiencia vivida y sentida de la misma, hemos de ir más allá de esas voces para enfatizar que ese habitus está históricamente situado, inscrito en el conjunto de condiciones operativas, estructurales y funcionales, de una organización social regida por la lógica, a la par, reiteremos una vez más, económica e ideológica, del mercado. No hemos de perder de vista esta dimensión más amplia que es en la que, en realidad, se definen las reglas del juego a las que está sometido tanto el cuerpo discapacitado como el cuerpo legítimo. En ese marco de referencia, precisamente, adquiere sentido tomar en consideración las características propias y distintivas del caso Argentino, sus diferencias y distancias respecto de las sociedades europeas avanzadas. Es aquí donde el habitus se traduce, objetivamente, en forma de exclusión social, opresión, marginación, ausencia de derechos reales, discriminación; es aquí donde las personas con discapacidad adquieren la condición de colectivo homogéneamente clasificable por su posición relativa en la estructura social.

Por eso es precisamente ahí, también, donde surgen las condiciones de posibilidad para el cambio, para la reestructuración de los campos y la redefinición de los habitus en ellos inscritos. El *movimiento por una vida independiente* moviliza una redefinición del habitus de la discapacidad que no opera, propiamente, en el campo de la salud, pero que tiende potencialmente a

<sup>16</sup> El cuerpo discapacitado, en el contexto de una sociedad capitalista, encarna un habitus no ajustados a la situación, “un ciego no ve: ha de desenvolverse en un espacio social determinado fundamentalmente por referencias visuales (carteles, señales, anuncios, escaparates, luces, fotografías...), un sordo no oye: ha de desenvolverse en un entorno orientativamente auditivo: las voces de las personas, los cláxones de los coches, un grito de advertencia... un parapléjico ha de desenvolverse en un espacio diseñado para piernas ágiles: escaleras, escalones, bordillos, anchuras de marcos y puertas inadecuadas para sillas de ruedas, ascensores insuficientes; no podemos escenificar los espacios cotidianos, en este plano, de las múltiples discapacidades psíquicas posibles” (Ferreira, 2007: 4).

afectarlo y, con ello, alterar las relaciones de poder vigentes. Si llega a alcanzar el rango de ortodoxia implicará, automáticamente, la pérdida de vigencia, también en el campo de la salud, de las ortodoxias actuales en torno al cuerpo sano, pues las nuevas reglas de juego se articularán en torno a la ciudadanía, los derechos civiles y las legislaciones antidiscriminatorias; no obstante, el arrastre de las herencias culturales nos hace ver ese momento como algo lejanamente incierto (pero reiteramos: el movimiento se ha iniciado, los desfases son potencialmente crecientes). Precisamente la ausencia de ese movimiento por una vida independiente en Argentina marca una de las distancias fundamentales respecto a los marcos de referencia bajo los que podemos entender la realidad social de la discapacidad en las sociedades europeas avanzadas.

De hecho, el movimiento por una vida independiente supone la introducción de un “desfase” en la lógica de funcionamiento del campo de la discapacidad. Como dispositivo de potenciales destinos, a partir del habitus surgen los desajustes y, con ellos, las llamadas al orden. Las personas con discapacidad que procuran, pese a las hostilidades del mundo social, circular por el espacio público, luchar por una *vida independiente* (Ferreira, 2007), integrarse a la vida social, poseen un *habitus desfasado*: sus expectativas subjetivas se encuentran desactualizadas en relación con las posibilidades objetivas pero, en la medida en que ponen en cuestión la definición *ortodoxa* de la discapacidad, expresan la posibilidad de un cambio en las leyes del campo de la salud (Bourdieu, 1999). De lo que se trata precisamente, entendemos, es de propiciar esa lucha, que se da en el campo de la salud, para redefinir la concepción de cuerpo legítimo.

## ¿UN NUEVO HABITUS DE LA DISCAPACIDAD?

El cuerpo discapacitado se encarna, simbólicamente<sup>17</sup> y materialmente, en un cuerpo socialmente

excluido que llevará a sus poseedores a una depreciación en términos de capital simbólico, que es lo que más efectivamente determina los límites reales de su inserción social. Las voces de la discapacidad indican efectivamente esa desposesión y la expresan en la forma encarnada de un deseo que es, a la par, mecanismo de sujeción y de reproducción de la relación de dominación que implica.

La ausencia de certificación estatal observada en el análisis estadístico indica una diferencia fundamental del caso argentino respecto a lo que sucede en las sociedades europeas avanzadas. Puede atribuirse a la falta de solidaridad y a la hostilidad del medio, manifestación del grado de violencia al que se ve expuesto el agente en el tránsito por la vida cotidiana y su interacción con los otros y con el mundo; violencia según la cual la persona con discapacidad es un ser para el cual no hay espacio. De hecho, y en términos objetivos, las barreras arquitectónicas son infinitamente mayores en Argentina que, por ejemplo, en España.

La desposesión en términos de capital simbólico se manifiesta tanto en el cuerpo con discapacidad encerrado como en las llamadas al orden que sufren cotidianamente los cuerpos discapacitados que sí pueden circular. Las personas con discapacidad que procuran cuestionar tal exclusión y se enfrentan, de hecho, a la definición del cuerpo discapacitado como no legítimo, son portadoras de un *habitus desfasado* que les aboca a sufrir la exposición, en *carne y hueso*, a la violencia simbólica ejercida sobre el colectivo en su conjunto. Ese habitus desfasado todavía es poco menos que incipiente en Argentina, en donde las expectativas subjetivas de las personas con discapacidad tienden casi sistemáticamente a su ajuste con las condiciones objetivas, lo que se expresa en las narrativas por ese ineludible deseo de “normalización” que indica una aceptación implícita de la depreciación de la que se es objeto.

En última instancia, la discapacidad en tanto condición que excluye, margina y subordina

<sup>17</sup> “La belleza puede ser así simultáneamente un don de la naturaleza y una conquista del mérito, una gracia de naturaleza, justificada por ellos mismos y una adquisición de la virtud, justificada por segunda vez, que se opone tanto a los abandonos y a las facilidades de la vulgaridad como a la fealdad” (Bourdieu, 1998:204).

(condición de dominación), en este contexto social unificará la existencia de los agentes con diferentes discapacidades, al someterlos a similares condiciones de existencia; por ello, podemos entender que existe *un* habitus de la discapacidad, como condición actual, y en negativo, que afecta al conjunto de sus portadores. La hipótesis viene avalada por el hecho de que tres discursos, el de una persona ciega, el de una con secuelas de polio y el de una con paraplejía manifiestan, pese a las diferencias significativas que marcan sus experiencias cotidianas, una homologación en cuanto a percepciones, apreciaciones y expectativas.

Sin embargo, en el interior del mundo de la discapacidad es muy probable que exista una jerarquía moral según la cual las diferentes deficiencias, según el alejamiento relativo del cuerpo legítimo, se ordenan en gradación. Retomando nuestras consideraciones previas (Ferrante, 2007), antes que hablar simplemente de condición y situación, para expresarlo en términos más estrictamente sociológicos, podemos entender que dicha dualidad se conjuga en un habitus de la discapacidad según el cual, a partir de la posesión de unas condiciones de existencia similares derivadas de la imputación médica de una deficiencia, que funcionarán como estructuras estructuradas y estructurantes, las variaciones singulares (que no individuales) de tal experiencia estarán condicionadas por las diferentes trayectorias sociales y su carácter ascendente o descendente. Esto también puede apreciarse en los discursos recogidos: Laura y Enzo han experimentado trayectorias ascendentes, mientras que la de Pablo es descendente; así, los primeros incorporan las imposiciones del campo de un modo prácticamente acrítico, mientras que el segundo expresa claramente su rechazo a las mismas. Ello supondría la asunción de un mayor grado de aproximación sentida al cuerpo legítimo en Laura y Enzo que en Pablo. Habría que tener en cuenta también, claro está, que Pablo es el único de los tres que necesita silla de ruedas.

Es decir, el habitus articula un marco estructural que define la “situación” de discapacidad (condicionantes objetivos derivados del campo de la salud o estructura estructurada) y un marco funcional en el que dicha estructura determina la vivencia singular o “condición” de discapacidad (ejecución subjetivamente orientada de

las prescripciones estructurales en virtud de la trayectoria social, o estructura estructurante); el habitus es, diríamos, la conjugación dialéctica de ambas componentes, que como tal indica su inscripción en un marco de referencia socio-histórico. Esa conjugación es la que vendría indicada, no ya en las regularidades de los discursos recogidos (manifestación de los condicionantes homogeneizadores del campo), sino en las divergencias particulares de cada uno.

Así, la discapacidad en tanto que habitus, como “dispositivo de potenciales destinos”, hace expreso cómo el agente no actúa en completa libertad, hace expresa la existencia de un *a-priori* histórico que condicionará el límite de lo pensable y lo no pensable. En el contexto actual podemos observar que la discapacidad significaría una diferencia que, lejos de ser “neutra”, se convierte en una desigualdad en tanto que priva al agente de la capacidad de darse mundos y, por tanto, su existencia será acotada. Y aquí, nuevamente, habría que tomar en consideración las condiciones particulares que han constituido históricamente la sociedad argentina actual y sus diferencias respecto de los marcos de referencia europeos. Cabe hablar, fundamentalmente, de un conjunto de restricciones mucho más amplio debido a la situación dependiente de la economía argentina en el ámbito internacional, puesto que indicaría, entre otras cosas, una tensión mucho más fuerte entre ideología y economía, un ámbito de competencia, digámoslo así, más “primario” en el que se agudiza la tensión entre la dimensión estrictamente productiva del cuerpo y la estético-consumista.

No podemos reflexionar en torno al cuerpo discapacitado sino es siempre poniéndolo en diálogo con el cuerpo legítimo pero, a su vez, habría que retroceder en el análisis, hacia el origen de unos principios ordenadores y de clasificación que, a través del cuerpo, tienden a generar la fe práctica en el juego. La creencia es la base de la dominación. Para poner en cuestión un estado del campo hay que poner en duda las reglas del juego. El campo de la salud, gracias a la legitimidad otorgada por el saber experto de la ciencia médica y el poder del Estado para nominar lo normal y lo patológico —y con ello imputar la responsabilidad o no responsabilidad del desvío—, impone una concep-

ción del cuerpo saludable: se trata, como observa P. Bourdieu, no sólo de un saber sobre el cuerpo sino sobre el alma, un saber a partir del cual, a través de estos sistemas expertos, es leída la conducta del cuerpo propio. En las sociedades capitalistas la experiencia del dolor en primera persona es medicalizada e individualizada<sup>18</sup>. Así, si Maurice Merleau-Ponty señalaba que la experiencia del cuerpo propio no puede ser descrita como una experiencia en tercera persona; tal vez la máxima alienación que provoca el orden capitalista, y que se encarna en forma de *violencia simbólica* en el cuerpo discapacitado, es que el horizonte de nuestra conciencia se establece siempre a partir de un saber experto. De este modo, la experiencia de la discapacidad es leída de acuerdo a categorías médicas: aprendemos desde niños, tanto quienes tenemos discapacidad como quienes no la tenemos, que estar enfermo es malo (que la salud es una prescripción moral), y lo aprendemos a partir de la asociación del dolor con la angustia de nuestros padres; con el miedo al doctor; con la firmeza de nuestra madre ante la orden del deber que supone seguir las prescripciones de la cura, lo que el doctor dijo; con las cosas que no se pueden comer o hacer cuando se está enfermo, como jugar (enfermedad es dolor, postración, inactividad, pasividad, carencia, dependencia... condiciones negativas del cuerpo traspuestas casi mecánicamente a la discapacidad).

Todo esto va aparejado con la incorporación de una percepción del cuerpo bello, de acuerdo a la clase social pero, sobre todo, a las ganancias asociadas a la posesión del mismo (justamente la paradoja de la dominación se debe a que produce *illusio*, es decir, creencia en el juego; y así la dominación encadena doblemente: en la ejecución de un habitus que expresa las prescripciones a las que se está sujeto, y en la imaginación ilusoria de poder ser lo que no se puede ser;

como Laura, que es tonta, dice, que tropieza con los cestos y no puede ser usuaria de los servicios públicos, pero que “sueña” bajo la regulación de los cánones estéticos de su condición de clase y se arregla y evalúa a los hombres por el color de los ojos y el pelo –evaluación prescrita por una norma común de la que ella está excluida– y entonces “pagaría”, sabiendo que para lo suyo “no hay operación”, por volver a ver).

El acercamiento al cuerpo legítimo en el contexto de una sociedad capitalista genera ganancias en términos de capital simbólico (y también en términos de capital económico, pues hay mercados cuya mercancía es la estética de ese cuerpo legítimo), y es por esto que deseamos un cuerpo saludable y no un cuerpo enfermo. Si no deseamos ese destino es porque aplicamos, a partir de la homologación de los esquemas de percepción impuestos por el Estado, a un juicio estético, el “cuerpo bello”, un juicio moral o ético, el “cuerpo saludable”. Si bien es cierto que esta percepción del cuerpo varía de acuerdo a las clases sociales y no es una verdad universal, desvela el carácter paradójico del cuerpo discapacitado: por un lado es percibido como un destino lastimoso y que requiere cuidado, pero por otro genera rechazo en tanto representa un destino no deseado.

No hay que dejar de observar como, pese a todo, los agentes consiguen oponer a la subordinación impuesta por unas condiciones degradantes unas defensas, individuales y colectivas, puntuales o duraderas, inscritas de modo perdurable en los habitus: el humor, la ironía, el “empeñamiento obstinado”; formas menospreciadas de resistencia (Bourdieu, 1999):

“Recién un señor que me ayuda a cruzar me dice, qué feo estar así..., ¿cómo? le pregunté yo, ¿gorda o ciega? (Risas), No así no poder ver me dijo..., por qué no te operás... ¿Me puede repetir?, porque además de ciega soy sorda (Risas)” (Laura).

<sup>18</sup> Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1987:27) rescatan un pasaje de Pierre Bourdieu, en el que una anciana mujer cabil le explica al sociólogo la experiencia de la enfermedad antes y después de la medicalización, que resulta esclarecedor: “En los viejos tiempos, el pueblo no sabía qué era la enfermedad. Se iban a la cama y morían. Es ahora cuando aprendemos palabras como hígado, pulmón... intestino, estómago..., ¡y qué sé yo! La gente sólo estaba acostumbrada al dolor de vientre; la gente que se moría, se moría de eso, a no ser que fuera de fiebre ... Ahora todo el mundo está enfermo, todo el mundo se queja de algo... ¿Quién está enfermo hoy día? ¿Quién está bien? Todos se quejan, pero nadie se queda en la cama; corren al doctor. Todos saben ahora qué es lo que no les funciona bien” (Bourdieu, 1977:166; traducción nuestra).



El diagnóstico de la situación de discapacidad nos puede servir como una evaluación preliminar, que nos indica la probabilidad de que a cierta posición en el espacio social esté asociada la preponderancia de ciertas disposiciones. Lo que posee de rico la ENDI como encuesta es que nos permite pensar en términos relacionales y esbozar un modelo interpretativo mediante el cual, de manera relativamente económica y eficaz, podemos abordar ciertos fenómenos sociales; un modelo que, en cualquier caso, no es la realidad (Bourdieu, 1991). La experiencia del cuerpo discapacitado no es un destino (dictado, en este caso, estadísticamente), sino que, dadas ciertas condiciones objetivas, supone un dispositivo de potenciales destinos, cada uno de ellos variación de la tendencia general dictada por el modelo y que, fundamentalmente, depende de las trayectorias sociales singulares de quienes viven esa experiencia.

No podemos caer en un reduccionismo objetivista que suponga que los datos aportados por una media estadística explican los múltiples modos de vivir la discapacidad. Pero sería igualmente reduccionista entender la condición de discapacidad descontextualizada y no tomar en consideración la situación de discapacidad que la encuesta refleja. Para que la discapacidad dejase de ser percibida como una enfermedad, con todas las connotaciones negativas que esto trae aparejado, sería necesaria una ciencia médica que, sin intenciones de normalización normativa, aceptase que la enfermedad, como el sufrimiento y las pérdidas, forman parte de la vida; la enfermedad, en lugar de ser considerada en oposición a la salud, podría ser asumida como una condición de superación, una potencialidad de la propia salud, una cualidad aditiva; entendida la salud como la capacidad de caer enfermo, su superación nos dotaría de un cuerpo más válido (Canguilhem, 1943), gracias, precisa-

mente, a la enfermedad<sup>19</sup>. Para que esto fuese posible tendría que haber lugar real para los cuerpos diferentes, sería necesario un nuevo *a priori* histórico (Esteban García, 2007).

Esa posibilidad pasa por una reestructuración general de los campos que articulan el conflicto en la sociedad capitalista actual, pues no será del campo de la salud de donde provendrá la posibilidad del cambio. Las personas con discapacidad necesitan reapropiarse del capital simbólico del que han sido desposeídas y ello implica, en primera instancia, su implicación en los campos de la política y del conocimiento. En uno, cuestionando y modificando las capacidades impositivas y prescriptivas del Estado (el movimiento asociativo de base que reivindica el derecho a una vida independiente y digna, el derecho a la ciudadanía plena, el derecho a una ampliación de la cobertura legal que garantice su plena integración social); en el otro, impulsando la promoción de saberes expertos críticos frente a la ortodoxia de la ciencia médica (apelando a tradiciones que pueden construir una “nueva definición” de la discapacidad como realidad, entendida, no ya en base a las taxonomías fisiológicas, sino a las condiciones reales de existencia de las personas, entre ellas, sus condiciones sociales). No es nada aleatorio que en Gran Bretaña, donde esta transición está más avanzada, se haya constituido un núcleo de resistencia que opera simultáneamente en ambos ámbitos: el “modelo social”, por oposición al “modelo médico-rehabilitador”, se nutre de sociólogos que, además, son activistas políticos que lideran el movimiento asociativo y se constituyen en grupo de presión con capacidad de influencia sobre las decisiones políticas. Por lo tanto, una apuesta para la modificación del estado actual de cosas en Argentina será la promoción académica de estudios sociales, críticos, sobre discapacidad, como plataforma que sumi-

<sup>19</sup> Canguilhem (1943) propone entender la salud como la capacidad de tolerar las infidelidades del medio: estar sano, más que vivir en conformidad con un medio externo, es la capacidad de instituirse nuevas normas. Nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles: las adversidades del medio, los fracasos y los errores forman parte constitutiva de nuestra vida. Así, la salud debe ser pensada, más que como un equilibrio, como esa capacidad de instaurar nuevas normas en situaciones que nos resultan adversas. Si fuera posible una medicina no normalizadora, según la cual el médico ayudara al enfermo a ponerle voz a los síntomas de su cuerpo en lugar de imputarle una etiqueta en el lenguaje en tercera persona de la ciencia, podría acompañarle en ese proceso de recuperar la salud, entendida como respuesta a la exigencia de un cambio (Caponi, 1997). Aplicando la terminología de Merleau-Ponty, la existencia del enfermo se ampliaría pues sería capaz de dotarse de nuevos mundos, es decir, nuevos hábitos.

nistre herramientas teóricas al propio colectivo para enfrentarse a las ortodoxias de las que surgen las imposiciones que las condenan a su posición subordinada. Cabe decir que en este aspecto la situación en España es análoga: no existe a fecha actual una corriente consolidada de estudios sociales críticos sobre discapacidad.

Como conclusión, anticipamos una hipótesis que sólo podrá ser confirmada a través de la investigación empírica. Ese habitus de la discapacidad, homogeneizador impositivo del colectivo de los portadores de un cuerpo no legítimo, desaparecerá, se fraccionará, bifurcará, multiplicará en la diversidad de habitus que potencialmente pueden desplegar las personas con discapacidad; ello será posible porque se habrá desarticulado el campo de juego que condiciona fundamentalmente sus trayectorias actuales y éstas podrán ser definidas en planos más amplios y diversos de la vida social (la exclusión actual implica homogeneización; la inclusión futura supondrá diversificación). Si hoy podemos afirmar que es pertinente entender la experiencia de la discapacidad en virtud de *un* habitus que la modela, estamos convencidos de que la supresión de las condiciones estructurales que lo hacen posible desvelará una diversidad interna que, al menos en potencia, ya está presente en el conjunto de las personas que integran ese colectivo.

Es, por tanto, en la diferencia, en su reconocimiento, donde reside la clave cara al futuro. Esto ya ha sido puesto en evidencia por autores

que, si bien inscritos en el modelo social anglosajón, pretenden ir un paso más allá y superar ciertas limitaciones de dicho modelo. Es el caso de Corker cuando afirma:

«...la teoría de la discapacidad —al igual que la teoría social en general— se resiste a la conceptualización de la diferencia en cuanto eje central y cada vez más importante de la subjetividad y la vida social. (...) Sugerir que ciertos argumentos y experiencias particulares están “mal” es crear una postura en la que la teoría rige la experiencia de las personas con discapacidad en lugar de una en la que la teoría crece a partir de nuestra experiencia y, lo por tanto, es lo suficientemente flexible como para responder a ella» (2008: 127, 139)

Esto torna más difícil la tarea pues, tratándose de una lucha por la transformación de las condiciones de existencia vigentes, es probable que, más allá del poder unificador y homogeneizante de las prescripciones impuestas, no existan condiciones materiales que puedan constituir a las personas con discapacidad en un colectivo unificado por una y la misma identidad social, una identidad unificada a partir de la cual emprender en la práctica la lucha contra su opresión. Quizá la tarea sea, entonces, la de una emancipación en la que esas personas puedan estar en condiciones de constituir de manera autónoma sus diversas identidades en un contexto práctico no excluyente.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARLT, R. (2001): “El bizco que se enamora” en *Aguasfuertes Porteñas*, Losada, Buenos Aires
- ABBERLEY, P. (1987): «The concept of oppression and the development of a social theory of disability», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, n° 1, pp. 5-19
- ABBERLEY, P. (1998): «Trabajo, utopía e insuficiencia», en *Discapacidad y sociedad*, Barton, L. (comp.), Madrid, ed. Morata.
- BARNES, C. (1991a): *Disabled People in Britain and Discrimination*, Londres, Hurst & Co.
- BARNES, C. (1991b): «Discrimination: Disabled People and the Media», en *Contact* n° 70, pp. 45-48.
- BARNES, C. (2007): «Disability Activism and the Price of Success: A British Experience», en *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* 1(2).
- BOURDIEU, P. (1982): “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo”, en C. Wrigth (Ed.): *Materiales de sociología crítica*, Madrid, La Piqueta.
- BOURDIEU, P. (1987): *Cosas Dichas*, Barcelona, Gedisa.
- BOURDIEU, P. (1988): *La distinción*, Madrid, Taurus.
- BOURDIEU, P. (1990): *Sociología y Cultura*, Madrid, Grijalbo.

- BOURDIEU, P. (1991): *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.
- BOURDIEU, P. (1995). *Respuestas*, Madrid, Grijalbo.
- BOURDIEU, P. (1997): *Capital, cultural, escuela y espacio social*, Madrid, Siglo XXI.
- BOURDIEU, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama.
- BOURDIEU, P. (2000): *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama,.
- BOURDIEU, P. (2007): *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama.
- CAPONI, S. (1997): “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico de salud”, en *Historia, Ciencias, Saúde, Manguinhos* IV (2), pp. 287-307.
- CASTEL, R. (1997): *Las metamorfosis de cuestión social: una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- CASTELLS, M. (1998): *La era de la información*, Madrid, Alianza.
- CORKER, M. (2008): “Diferencias, funciones y bases: ¿son estos los límites de la representación teórica ‘precisa’ de las experiencias de las personas con discapacidad?”; en L. Barton (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata, pp. 124-141.
- COUZENS HOY, D. (1999): “Critical Resistance : Foucault and Bourdieu”, en H. F. Haber & G. Weiss (Eds.): *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*, Nueva York-Londres, Routledge.
- FERRANTE, C. (2007): “Algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en la Argentina en la actualidad”; IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani:  
[http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes\\_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20del%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf](http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20del%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf)
- FERRANTE, C. (2008): «Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina, en *Revista Intersticios*», Vol 2, N°1. <http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>
- FERRANTE, C. y FERREIRA, M.A.V. (2007): «Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad», *Revista Argentina de Sociología* (en proceso de evaluación); disponible en:  
[http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Documentos/Ferrante\\_Ferreira.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf)
- FERRANTE, C. y FERREIRA, M.A.V. (2008): «Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados», *Revista de Antropología Experimental* 8; pp. 403-428. Disponible en:  
<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2008/29ferrante08.pdf>
- FERREIRA, M. A. V. y RODRÍGUEZ CAAMAÑO, M. J. (2006): “Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica”, en *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 13, Universidad Complutense de Madrid.
- FERREIRA, M. A. V. (2007): “Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad”, en *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*, Vol. 1, N°2.
- FINKELSTEIN, V. (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, Nueva York, World Rehabilitation Fund
- FOUCAULT, M. (1992): *Genealogía de la moral*, Madrid, La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (1994): *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Madrid, s. XXI.
- FREUD, S. (1998): *La interpretación de los sueños* (Obras Completas, vols. 4 y 5), Amorrortu, Buenos Aires.
- GIDDENS, A. (1995): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Península, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1986): *Estigma, la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- INDEC (2003): “Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/2003. Complementaria al Censo de Vivienda, Hogar y Población de 2001”. Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)
- KATZ, S. y DANIEL, P. M. (2008): “Campo de la discapacidad: sus disputas, avances, retrocesos en el vínculo con la Universidad”. Ponencia presentada en las *V Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad*. San Miguel de Tucumán.
- MARTINEZ, A. T. (2007): *Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica*, Manantiales, Buenos Aires.
- MERLEAU-PONTY, M. (1975): *Fenomenología de la percepción*, Península, Barcelona.
- MONTERO-SIEBURTH, M. (2006): “La Auto etnografía como una Estrategia para la Transformación de la Homogeneidad a favor de la Diversidad Individual en la Escuela”, Universidad de Massachusetts-Boston.  
[http://www.uned.es/congreso-inter-educacion-intercultural/Grupo\\_discusion\\_1/74.pdf](http://www.uned.es/congreso-inter-educacion-intercultural/Grupo_discusion_1/74.pdf).

- MORRIS, J. (1991): *Pride Against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability*, Londres, The Women's Press
- MUNCEY, T. (2005): "Doing autoethnography", *International Journal of Qualitative Methods* 4(3): [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4\\_1/pdf/muncey.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/muncey.pdf)
- OLIVER, M. (1990): *The Politics of Disablement*, The MacMillan Press, London.
- OLIVER, M. (2002): "Emancipatory Research: a Vehicle for Social Transformation or Policy Development", 1<sup>st</sup> Annual Disability Research Seminar, NDA-CDS: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/Mike%27s%20paper.pdf>.
- OMS/OPS (2001). "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)". Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- PANTANO, L. (2005): "De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación". Disponible en: [http://www.educared.org.ar/integreded/links\\_internos/noticias/discapacidad\\_pantano/index.asp](http://www.educared.org.ar/integreded/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp)
- PANTANO, L. (2003): "Atendiendo a la discapacidad. Conocimiento y acción. Incidencia en proyectos y planes", en *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires*. 7.
- PANTANO, L. (1993): *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*, Eudeba, Buenos Aires.
- SCRIBANO, A. (2002): "¿Brujos o especialistas?: de gurúes, sociedad y conocimiento", en *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*, Edit. Copiar, Córdoba, pp. 47-52.
- SCRIBANO, A. (2008): *El proceso de investigación social cualitativo*, Prometeo, Buenos Aires.
- SCRIBANO, A y DE SENA, A. (2009): "Construcción de Conocimiento en Latinoamérica: Algunas reflexiones desde la Auto-etnografía como estrategia de investigación". *Cinta de Moebio*, (en proceso de edición).
- SCHEPER-HUGHES, N. y Lock, M. (1987): "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work", en *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1, pp 6-41
- SHAKESPEARE, T. (1993): «Disabled people's self-organization: a new social movement?», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 8, núm. 3, pp. 249-264
- SKLIAR, C. (2000): «Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. Las exclusiones del lenguaje, del cuerpo y la mente» en P. Getili: *Códigos para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad*, Buenos Aires, Santillana.
- SMITH, C. (2005): "Epistemological intimacy: A move to autoethnography", *International Journal of Qualitative Methods* 4(2): [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4\\_2/pdf/smith.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_2/pdf/smith.pdf)
- SOSA, L. (2007): Los "cuerpos discapacitados" construcciones en prácticas de integración en ecuación física. Ponencia, 1<sup>o</sup> Conferencia Latinoamericana de discapacidad. Disponible en: [http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_expo/expo2007.htm#discapacidad](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/expo2007.htm#discapacidad)
- VALLEJOS, I., KIPEN, E., ALMEIDA, Ma. E., SPADILLERO, A., FERNANDEZ M. E., ANGELINO, A., LIPSCHITZ, SÁNCHEZ, C., ZUTTÍÓN, B (2005): «La producción social de la discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos» en P. Vain y A. Rosato (coord.): *Ensayos y Experiencias La construcción social de normalidad* Alteridades, diferencias y diversidad, Noveduc.
- VIOTTI, R. (2006): *Estudio cualitativo sobre calidad de vida en mujeres médicas (y otras profesiones conexas) con discapacidades motoras*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad del Salvador, Maestría en Salud Pública, Argentina.
- WALL, S. (2006): "An autoethnography on learning about autoethnography", *International Journal of Qualitative Methods* 5(2): [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5\\_2/pdf/wall.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_2/pdf/wall.pdf)