

## Cuerpo, discapacidad y violencia simbólica: un acercamiento a la experiencia de la discapacidad motriz como relación de dominación encarnada<sup>1</sup>

---

Por Carolina Ferrante<sup>2</sup>

*“Y así, como frente al vacío no puedo sustraerme al terror de imaginarme cayendo en el aire con el estómago contraído en la asfixia del desmoronamiento, en presencia de un deforme no puedo escapar al nauseoso pensamiento de imaginarme corcovado, grotesco, espantoso, abandonado de todos, hospedado en una perrera, perseguido por traíllas de chicos feroces que clavarían agujas en la giba.”.*  
Roberto Arlt,<sup>3</sup>

### Punto cero

El desarrollo de estudios sociales sobre discapacidad ha sido muy escaso en nuestro país, pero también en el resto de América Latina y en España, (sobre todo si se lo compara con el desarrollo que han adquirido estos estudios en Estados Unidos y Gran Bretaña) (Rosales, 2008; Ferreira, 2008; Brogna, 2006). Tal vez, esta ausencia de cuenta de las dificultades que implica la construcción de la discapacidad como objeto de estudio sociológico<sup>4</sup>. Las mismas se plantean, en primer lugar, a la hora de definir qué entendemos por discapacidad. Se presentan al investigador “como combo cerrado” dos modelos explicativos contrapuestos: por un lado el modelo rehabilitador, desde el cual la discapacidad es entendida como una enfermedad de un agente individual y tributaria de asistencia médica. Desde una perspectiva contrapuesta, el modelo social anglosajón comprende a la discapacidad como el resultado de la inadecuación de la estructura social a las necesidades de las personas con discapacidad, inadecuación que solo puede ser entendida al interior del sistema capitalista desde el cual los “discapacitados”<sup>5</sup> constituyen mano de obra no productiva (Ferreira, 2008).

---

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este trabajo fue presentado en las *Jornadas Pre Alas “Sociología y ciencias sociales: conflictos y desafíos transdisciplinarios en América Latina. El contexto y la región interrogados”*, organizado por ALAS, la Universidad Nacional del Nordeste y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica en septiembre de 2008, Ciudad de Corrientes.

<sup>2</sup> Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (2004). Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Becaria de Posgrado Tipo I del CONICET con el proyecto: *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*. Es docente de la Universidad Nacional de General San Martín en el Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento.

<sup>3</sup> Arlt, R.(2004): *El jorobadito*, Losada, Buenos Aires, p. 12

<sup>4</sup> Brogna, analizando las tesis de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México comprueba que las existentes provienen del campo sanitario, mientras que la producción proveniente de las ciencias humanas es literalmente nula. Como la autora señala, este “silencio” habla mucho sobre el estatus que poseen las personas con discapacidad en nuestro mundo social (Brogna, 2006).

<sup>5</sup> El modelo social anglosajón insiste en la necesidad de utilizar el término “discapacitados” y no sinónimos como personas con discapacidad (tal como lo hace la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con discapacidad) con el fin de enfatizar el carácter construido de la discapacidad. Efectivamente, la discapacidad es una construcción social que se encarna en unos

Pues bien, en la literatura local, mayoritariamente, se declara la perennidad de ambos modelos explicativos sin demasiadas explicaciones y recurriendo a “terceras vías”. Existen dos tendencias.

Una primera surge derivada de la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (conocida como CIF) (OMS, 2001). Desde la misma se entiende que la discapacidad es el resultado de 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”. Desde esta perspectiva, se reconoce que la discapacidad no es el resultado de una afección individual sino que es el producto de la interacción entre un individuo y un contexto que no ofrece medios a su participación. La CIF reconoce que un individuo será más o menos discapacitado de acuerdo al medio en el cual se socialice y desarrolle (Pantano, 2007). De esta forma, se sostiene que a través del “espíritu bio-psico-social” que adquiere tal definición se logra realizar una síntesis entre el modelo médico rehabilitador y el modelo social. Sin embargo, mi percepción es que a través de la misma se deslegitima y subsume bajo una lógica individual y biologicista el modelo social. El reconocimiento del carácter bio-psico-social del hombre es a costa de la reducción de lo social a “mero contexto”. En esta postulada superación de miradas reduccionistas, se reproduce el antagonismo naturaleza/cultura al aceptarse la legitimidad del Modelo Médico Hegemónico<sup>6</sup> (Menendez, 1985) para definir qué es deficiencia. A través de esta operación de incorporación y resignificación de explicaciones que ocupaban posiciones subalternas, básicamente, el MMH intenta suplir las falencias derivadas de su estructural falta de eficacia para atender problemas sociales medicalizados.

Como una segunda veta de las opciones que ofrecen “terceras vías”, se encuentra el modelo de los “derechos humanos” que, en el marco de la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad” y la Convención Internacional de la Declaración de Derechos de las Personas con Discapacidad, proclama un cambio de paradigma en el modo de entender a la discapacidad: las personas con discapacidad ya no son comprendidas como objetos de asistencia (tal como las consideraba el modelo médico) sino como sujetos de derecho (Brognia 2007, Eroles, 2002, 2007, Rosales, 2008)<sup>7</sup>. Si bien uno lee con mucha ilusión tales documentos es inevitable no sentir igual

---

individuos que son “discapacitados” por ese mundo social que no se adapta a sus necesidades sino a las de las “personas normales”. O con otras palabras: el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos y no como meros objetos tributarios de asistencia médica no se consigue mágicamente por un tímido cambio de nomenclatura sino por propiciar la evidenciación del carácter arbitrario de esta situación de dominación y la real adecuación de las estructuras sociales (Ferreira, 2008).

<sup>6</sup> En adelante MMH.

<sup>7</sup> Es importante destacar que la Convención no define discapacidad sino que su objeto es promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad. Para la Convención “Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que al interactuar con distintas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones a todos los demás” (citado en Eroles, 2008:69). La concepción de la Convención, entonces, pone el acento en reconocer a la discapacidad como un fenómeno social: “no son las personas con discapacidad las responsables de su propia situación de exclusión, sino las barreras construidas por el resto de la sociedad las que generan los verdaderos impedimentos para la igualdad de condiciones con las demás” (Eroles, 2008: 69). Claramente esta perspectiva no es incompatible con el modelo social. El problema es que se postula un cambio de paradigma por la sola existencia de la ley; cayendo en un juridicismo.

proporción de escepticismo, pero sobre todo, de ambigüedad. ¿Se pueden postular cambios de paradigma (por bien intencionados que sean) cuando las condiciones de existencia de las personas con discapacidad demuestran una situación constante de desconocimiento y vulneración de los derechos adquiridos? ¿Qué efectos produce la coronación de cambios de modelos explicativos completamente desconectados de la experiencia de las personas que encarnan la discapacidad? Desde un abordaje sociológico suponer que el cambio de leyes puede favorecer el cambio de la situación de las personas con discapacidad lleva a caer en un juridicismo<sup>8</sup>.

¿Por qué se desecha de un plumazo el único modelo explicativo elaborado para abordar sociológicamente la discapacidad? ¿Por qué descartar este modelo cuando el mismo resulta eficaz para explicar la situación de opresión de las personas con discapacidad?

Escapando a estas terceras vías y a las intenciones de postulación de instancias superadoras, encontramos, en nuestro país un conjunto de estudios que, enmarcados en la línea crítica del modelo social y provenientes de campos disciplinares heterogéneos (la pedagogía, la kinesiólogía, la psicología, el trabajo social y la educación física) enfatizarán la necesidad de problematizar las definiciones médicas de déficit, cuerpo y discapacidad. Skliar (2000), Vallejos *et al.* (2005), Sosa (2007) y Katz y Danel (2008) sostendrán que la falta de problematización teórica en torno a la definición de deficiencia y discapacidad, y, la aceptación acrítica de categorías médicas y pedagógicas no sólo conduce a la estrechez analítica sino que, a la vez, *reafirma* y *legítima* prácticas normatizadoras de las personas con discapacidad

Pues bien, si hemos de abordar la discapacidad desde una sociología que se pretenda crítica es necesario retomar los aportes del modelo social. Se hace imperioso ir a la raíz del problema: el punto de partida ha de ser la categoría médica de deficiencia.

Asimismo, como hacemos sociología, no debemos olvidar que tenemos un objeto de estudio que habla: no podemos postular un modelo explicativo sin partir de la experiencia vivida de las personas con discapacidad (aspecto no contemplado por el modelo de los derechos). Focalizarnos en tratar de definir qué es deficiencia y cómo es vivida nos permitirá tener un conocimiento concreto de las personas con discapacidad y no caer en un mero intelectualismo. La discapacidad, tal como es connotada en nuestro mundo social, se encarna en el sufrimiento de uno de cada cinco hogares argentinos (ENDI 2002/2003). Este sufrimiento no encuentra su origen en la “falta de concientización de la ciudadanía” sino en una relación de dominación invisibilizada bajo la forma de enfermedad. Concentrarnos en cómo es producido y vivido ese sufrimiento puede conducirnos en un camino esclarecedor para comprender tal situación

---

<sup>8</sup> Los agentes no actúan siguiendo las reglas explícitas (Bourdieu, 1993). Retomando a Max Weber, Bourdieu, recuerda que los “agentes sociales obedecen a una regla cuando el interés en obedecerla la coloca por encima del interés en desobedecerla” (Bourdieu, 1993: 83). Esta fórmula materialista nos hace reflexionar que la regla por sí misma no determina la práctica y conduce a preguntarse “en qué condición una regla puede actuar” (Bourdieu, 1999: 83). Esto tiene dos consecuencias. Por un lado, para no caer en un juridicismo, la sociología debe desplazar las observaciones de los sistemas de reglas a los de prácticas. (Es decir, junto a la regla formal, existen otros principios generadores de las prácticas, unos principios no explícitos, esquemas prácticos). Por otro lado, hay que pensar en las condiciones sociales que deben estar reunidas para que la regla sea cumplida. Me pregunto, ¿podemos creer que existen condiciones sociales reunidas para que la convención sea cumplida? ¿Existe la voluntad política para efectivizarla?

de dominación: la clave es detenerse en el (los) cuerpo (s) *discapacitado (s)*. Y esto no es sólo necesario porque a partir de él podemos comprender los modos diferenciales en que tal relación es vivida (tal como sugieren Shakespeare y Watson (1996)), sino fundamentalmente porque nos da una ayuda para entender cómo, sin recurrencia a una orden expresa o a un mecanicismo la dominación es producida y reproducida “cuerpo a cuerpo” (Bourdieu, 1999). Con otras palabras, anclarse en el cuerpo permite acceder a otro modo de abordar lo social que permite complejizar el modelo social anglosajón.

### **Retomando el modelo social a la luz del aporte de una sociología de los cuerpos.**

En este trabajo entendemos a la discapacidad como una construcción social (Almeida *et al*, 2008). En las sociedades capitalistas el Estado, como detentador de *violencia simbólica* y agente clasificador de las identidades sociales legítimas, define al Modelo Médico Hegemónico como ortodoxia legítima para definir qué es la deficiencia y, por tanto, qué es la discapacidad. Desde esta mirada, se reduce la discapacidad a la localización de un déficit anclado en un cuerpo individual (Almeida *et al* 2008; Ferrante, Ferreira 2008). A partir del diagnóstico médico que certifica la deficiencia se naturaliza una relación de dominación invisibilizada bajo la forma de enfermedad (Ferrante, Ferreira 2008). La deficiencia será entendida como un alejamiento de la normalidad, por lo cual la definición de qué es deficiencia estará intrínsecamente relacionada a la definición del cuerpo legítimo. La definición del cuerpo discapacitado, como “cuerpo no legítimo-legitimado” no puede ser pensando, entonces, en forma separada a la definición del cuerpo legítimo. Como señala Oliver, (1990) la discapacidad no puede ser comprendida al margen del modo de producción capitalista, ya que es el mismo el que configura la definición de “normalidad”, a partir del cual se establece un principio clasificador que establece qué es *habilidad* (Mauss, 1979) y desde el cual el cuerpo *discapacitado* encarna un cuerpo económicamente improductivo.

Así, si señalamos que deficiencia y discapacidad no pueden ser pensadas por fuera del modo de producción capitalista, a la vez, hay que reconocer que estos términos deben ser pensados en términos relacionales a la definición social de *habilidad* e *inhabilidad* (Kagnitz, Switzer, Shuttkeworth, 2001). De esta forma, el cuestionamiento en torno a qué se entiende por deficiencia conduce a preguntarse por el origen de unos esquemas de percepción, pensamiento y acción que configuran a las personas con discapacidad como objetos simbólicos, más precisamente, como “cuerpos para ser percibidos” por la mirada médica o por categorías médicas (parafraseando a Bourdieu, 2000). Como señaló Mauss (1979), cada grupo “adiestra” al cuerpo a través de múltiples *técnicas corporales*, siendo uno de los principios organizadores de la misma las de transmisión de la noción de “habilidad”, criterio definido arbitraria e históricamente<sup>9</sup>. Pues bien, situándonos al interior de un contexto neo-colonial y

---

<sup>9</sup> Su inculcación se dará a través del cuerpo, por *imitación prestigiosa*, por lo cual implicará una incorporación de la regulación de las emociones (Mauss, 1979). El agente adquiere, así, un saber que le permitirá realizar *actos tradicionales eficaces* en los cuales sólo parece estar lo biológico. Sin embargo, tal adquisición implica la adhesión, a nivel pre-reflexivo, a un mundo socio-cultural (y por eso está presente lo social: es una construcción arbitraria e implica un juicio moral). A partir de un particular modo de “tejerse en los fondos” (allí aparecerá lo luego percibido como lo más propio y aquello “no social”, desaparecerá su carácter de estructura estructurada (Scribano, 2007a)) el *habitus*, adquirido en determinadas condiciones de existencia (Bourdieu, 1991), constituirá el suelo de la experiencia, y la

dependiente debemos señalar que el *cuerpo hábil es* aquél que es flexible (Scribano, 2007a), *aparentemente* independiente y que está “físicamente conservado” (Loveau, 2007:77) de acuerdo a reglas de productividad. El cuerpo hábil es ese que en el campo de la salud<sup>10</sup> se legitima como “cuerpo sano” (o cuerpo legítimo, en términos de Bourdieu (1982). El mismo es principalmente interiorizado a través de patrones estéticos que ahondan en valores morales (el cuerpo sano es evaluado como bello y valorado como bueno) (Ferrante, Ferreira, 2008)<sup>11</sup>. A través de la *violencia simbólica* el Estado como detentador de una “economía política de la moral” (Scribano, 2007a) inculca en los cuerpos los esquemas de percepción, pensamiento y acción a partir del cual se opone al cuerpo sano/bello/hábil/bueno el cuerpo enfermo/feo/inhábil/malo.

Si partimos del presupuesto de que la posición de clase ocupada por un agente en el espacio social se deriva de su trayectoria social ascendente o descendente y sus propiedades corporales, bien sean alabadas (como la belleza) o estigmatizadas (como la fealdad o la discapacidad), es claro que el “cuerpo discapacitado” en tanto oposición al cuerpo sano/útil/bueno/bello, se constituye en un “coeficiente simbólico negativo” para sus portadores *relativamente* independiente de la posición de clase (Bourdieu, 2000: 116)<sup>12</sup>. De hecho, en las *expectativas colectivas* (“vos con lo tuyo (la discapacidad) no

puesta en práctica del mismo implicará un cierto “estilo personal” (Merleau Ponty, 1975). Esto implica asumir que la acción no es del “pienso que” sino del “yo puedo”. Esto quiero decir que no somos dueños completos de nuestras prácticas ya que el piso en el que se configuran nos viene dado. El habitus aparece como la *naturaleza hecha virtud* (Bourdieu, 1991).

<sup>10</sup> Preferimos hablar del campo de la salud y no del campo médico ya que consideramos que al interior del campo de oferta de bienes de curación de cuerpos y almas, los agentes ofertantes de estos bienes luchan por la definición del cuerpo legítimo, puja que está intrínsecamente relacionada con la definición del cuerpo no legítimo o, con otras palabras, el “cuerpo no legítimo legitimado” (Ferrante y Ferreira, 2008). Al interior del capitalismo actual la creciente preocupación por el acercamiento al cuerpo legítimo, o “cuerpo bello” da cuenta de una disolución del campo de oferta de bienes de curación y su constante ampliación. Moda y medicina, principalmente (pero no únicamente) definen el “cuerpo bello” (Portillo y Bianchi 2007).

<sup>11</sup> Como veremos la inculcación de un habitus, encierra en la transmisión de un hábito sensomotriz por lo cual aparecen “confundidos” lo biológico, lo subjetivo y lo social (principalmente en la forma de moral).

<sup>12</sup> Si bien en términos estadísticos podemos afirmar que en nuestro país la discapacidad constituye, en líneas generales, un “estigma” (Goffman, 2001) que conduce a una desposesión de capital simbólico (Cfr. Ferrante, 2008) no debemos olvidar que tal situación no constituye un destino sino que la experiencia de la discapacidad varía de acuerdo a la trayectoria social del agente. Los efectos simbólicos y materiales derivados de la portación de un cuerpo discapacitado variarán según quién es el portador de la deficiencia y quien el observador, por lo es necesario adoptar una mirada relacional (Ibíd.). El juego de emociones que despierta la percepción social del cuerpo discapacitado como tragedia personal puede devenir, en ciertas situaciones, un “capital simbólico positivo” para un agente. En este sentido, habría que analizar cuánto influyó en “la imagen política” de la actual Vice-Jefa de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la portación de su deficiencia. La explotación de los sentimientos de pena y caridad asociados a la mirada médica de la discapacidad bajo un discurso completamente inconsistente de “pluralidad” y “respeto de la diversidad” pueden convertirse en ganancias acumulables en términos de capital político. En este sentido, basta analizar los spots publicitarios del PRO para las elecciones en C.A.B.A en el 2007, para comprobar cómo perversamente a partir de la deficiencia de la entonces candidata a Vice-jefa de Gobierno se recurre a un mensaje y una estética que despierta la *conmiseración* del espectador (Spinoza, 2007). En tanto tristeza que va de la mano de un mal sucedido a otro reconocido como semejante, gracias a la explotación del estigma se activan juegos de fantasmas y fantasías sociales propios de una política de los cuerpos: la *benevolencia*, como deseo de hacer el bien a ese que nos despierta *conmiseración* podría reconocerse como uno de los elementos que permiten explicar el éxito electoral obtenido en tal comicio (sólo entendible si aceptamos el supuesto de que uno de los ejes de la política de los cuerpos de los que se vale el capitalismo neo-colonial dependiente es el solidarismo (Scribano, 2008). (Algo similar podría hacerse con el análisis del actual Gobernador de la Provincia. De Buenos Aires, quien comienza su carrera política a raíz de su discapacidad). En cuanto tal, liberal de culpa, y reproduce la situación de

vas a poder ponerte muy exigente a la hora de buscar novio”, “yo en tu lugar me hubiera pegado un tiro”, “cómo puede ser mujeriego alguien en silla de ruedas”) se inculcan en los cuerpos *discapacitados*, (bajo la forma de disposiciones permanentes), *expectativas subjetivas negativas* que tienden a perpetuar y naturalizar su posición marginal en el espacio social (Bourdieu, 1999)<sup>13</sup>.

Existe una *naturalización de la discapacidad* y una *socialización de la deficiencia* que tiende a invisibilizar una relación de dominación histórica y arbitraria (Bourdieu, 1991). A partir de esta clasificación, que ahonda en la división social del trabajo, los cuerpos discapacitados devienen *cuerpos superfluos* (Scribano, 2007a). Tal como sostiene el modelo social, las personas con discapacidad al compartir unas condiciones de existencia comunes derivadas de la imputación de la médicamente denominada “deficiencia” pueden ser consideradas miembros de una clase oprimida condenadas a sufrir exclusión, marginación y opresión (Ferrante, Ferreira, 2008). De hecho, en Argentina, podemos observar, a través del análisis estadístico, cómo la portación de un cuerpo discapacitado conduce a sus poseedores a una desposesión en términos de capital simbólico, (la cual se cristaliza en su escasísima (por no decir nula) representación en posiciones jerárquicas del mercado laboral) (Ferrante, 2008). No es exagerado afirmar que en nuestro país las personas con discapacidad se encuentran en una real situación de *vulnerabilidad social* (Castel, 2007); la misma se refleja en el bajísimo porcentaje de población con discapacidad que posee certificación estatal de la discapacidad: sólo el 13,8% de la población lo ha obtenido. Ahora bien, esta situación que conduce a las personas con discapacidad a ocupar bajas posiciones en el espacio social se traduce en la capacidad de manipulación del *cuerpo propio* (Ferrante, 2007). Como señala Bourdieu, la experiencia corporal, a través de la comprobación de la distancia existente entre el cuerpo real y el cuerpo legítimo, permite recrear la posición ocupada en el espacio social<sup>14</sup> (Bourdieu, 1991). Pues bien, según datos aportados por la ENDI (2002/2003) sabemos que seis de cada diez personas con discapacidad motora mayores de 14 años sale entre tres veces por semana o menos de sus casas. De estas seis personas, tres dicen salir excepcionalmente o nunca. En el cuerpo discapacitado encerrado es que pueden visualizarse los efectos de la producción simbólica de la discapacidad como “disvalor” y como encarnación de un destino social no deseado. Pero dichos efectos podemos observarlos mejor aún en esos escasos cuerpos *discapacitados*, estatalmente reconocidos a través del certificado de discapacidad que se encuentran “integrados socialmente”. Es en ellos en los que se ponen de manifiesto, dramáticamente, las características que adquiere el capitalismo neo-colonial y dependiente (Scribano, 2007). Poseer un cuerpo discapacitado implica realmente una puesta a prueba en el día a día al mandato de mercantilización y soportabilidad que Scribano resume en el siguiente postulado “sea mercancía y no muera en el intento”

---

opresión de esos para quienes el estigma deviene un efecto desacreditador de la persona y conduce a la exclusión social o a la falsa *inclusión exclusiva* (Almeida *et al*, 2008).

<sup>13</sup> En este sentido, Kipen y Zuttion se preguntan por qué en la escuela especial a los chicos no se les pregunta, como a cualquier niño, qué van a ser cuando sean grandes... ¿Podemos pensar que están presentes aquí unas *expectativas sociales* “reprimidas”: a estos niños no se los invita a “soñar” en su futuro adulto ya que, al ser percibidos con los esquemas médicos constituirán eternos niños (Peters pan), portadores de un cuerpo para el cual no hay lugar dentro del “mundo real”? (Kipen, Zuttion, 2008).

<sup>14</sup> Dicha experiencia, es producto de la aplicación al cuerpo propio de unos esquemas de clasificación derivados de la encarnación de las estructuras sociales y que es constantemente reforzado por las reacciones, también originadas con esos esquemas, que el cuerpo propio genera en los otros, constituye uno de los “principios de la construcción de cada agente en una relación duradera con su cuerpo” (Bourdieu, 2000:85).

(Scribano, 2007a). Lo que queremos sugerir en este artículo es que puede pensarse que las múltiples y constantes formas de *violencia simbólica* a las que son sometidas las personas con discapacidad que procuran llevar una vida “normal” sólo son entendibles si se tiene en cuenta la iatrogenia<sup>15</sup> que el MMH ha ejercido sobre esos cuerpos “anormales”, en el proceso de rehabilitación, o, “proceso de discapacitación”<sup>16</sup>.

Ahora bien, nos preguntamos ¿Cómo se configura la experiencia de la discapacidad? ¿En qué medida las instituciones intervinientes en la “clasificación” de los cuerpos discapacitados reproducen y facilitan las condiciones para que esa delimitación “se perpetue y legitime” (Almedia, *et al* 2008:2)? ¿Cuáles son las expectativas colectivas que se depositan en las personas con discapacidad y qué juegos de fantasías y fantasmas sociales vehiculizan (Scribano, 2008)? En última instancia ¿cómo es producida la dominación de las personas con discapacidad?

Es aquí que podemos afirmar que si bien el “modelo social” nos brinda las herramientas para explicar por qué la discapacidad se convierte en una relación de dominación en el mundo capitalista, una sociología de los cuerpos puede ayudarnos a comprender cómo es posible la misma (Scribano, 2007a). A partir de fragmentos de entrevistas en profundidad de una investigación en curso<sup>17</sup>, se esbozarán algunas reflexiones abiertas a estos interrogantes.

### **La discapacidad como experiencia configurada a partir del “proceso de discapacitación”.**

Según Canguilhem (1978) la explicación mecanicista de la enfermedad supone una localización que fragmenta al cuerpo e impide imaginarlo como una totalidad viviente. Lejos de afectar a tal o cual órgano específico la adquisición de una discapacidad implica una transformación total del cuerpo propio, y por lo tanto el área vital del sujeto (Merleau Ponty, 1979). Pero este sentido vivido de la discapacidad es ignorado por el modelo médico rehabilitador.

*“¿Cómo comienza mi discapacidad? Con una lesión en la médula en un quirófano, para una operación, aplicándome la anestesia. (...) No es lo mismo de que la gente que se da un golpe... esto fue diferente, fue que se atacó químicamente. A mí me llevó mucho tiempo enterarme de lo que me había*

<sup>15</sup> Según Eduardo Menéndez el aumento de la iatrogenia y de la ineficacia del modelo médico hegemónico ha sido uno de los ítems que desde las ciencias sociales se ha utilizado para cuestionar dicho modo de atención y poner en evidencia su crisis (Menendez, 1985). Claramente podrían aplicarse todas las críticas que el autor enumera que se le han aplicado a dicho modelo pueden ser detectadas en el proceso de rehabilitación: aumento del costo de atención, aumento del uso de medicamentos, aumento de la intervención médica, privilegio de criterios de productividad por sobre el de calidad, medicalización, falta de relación entre el aumento de los costos y el perfil epidemiológico, privilegio de técnicas curativas en detrimento de las preventivas.

<sup>16</sup> Entiendo “por proceso de discapacitación” aquel el período en el cual la persona que adquiere una “discapacidad” la adhiere a su nuevo esquema corporal (Merleau Ponty, 1975) en forma de “deficiencia”.

<sup>17</sup> Actualmente en el marco de una beca otorgada por el CONICET, realizo el Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires. El título de mi proyecto de tesis doctoral es: 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. Las entrevistas fueron realizadas a adultos con discapacidad motriz adquirida durante la vida, que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

*pasado. (Para los médicos), no pasaba nada, yo estaba perfecta, no tenía nada, era todo psicológico.*

*P. : ¿y qué sentía vos en el cuerpo?*

*R.: y mal, yo estuve muy mal. Era rarísimo. Empezás a sospechar que no era ni natural ni mental porque cuando todo está bien, no no está todo bien (...) Te empiezan a empastillar” (Martha)*

*“El parapléjico siente raro el dolor, no sé es como que te clavan, como que si te duele no sabés dónde. Ahora a mí en este momento me duele la cintura pero no sé en dónde. Y la pasé mal en el hospital. (...) Ahí la fisiatra mirá tu placa de la columna y te dice no vas poder a volver a caminar. Igual yo ya sabía, en el otro hospital los cirujanos que me iban a operar. Igual yo cuando me caí supe que me había roto la columna, algo había escuchado, leído, así. (...) Es todo robóticamente, no es que vas a poder volver a caminar, es para que lleves una vida...mejor. (...) Todos los días tendrían que pararme. Y me empastillaban. Yo les decía que iba poder caminar en la paralela. (...) Hay chicos que tienen lesiones más bajas yo estoy roto más arriba a mí me cuesta más todo. Yo estoy todo en silla, con una paralela en el baño, vas caminando. Y bueno la obra social no me quiso dar la electroestimulación (Pedro).*

Podemos pensar, que en tanto la deficiencia implica la reconfiguración del *esquema corporal* (o bien podríamos decir reconstrucción: hay que re-construir un cuerpo “roto”), a través del “proceso de rehabilitación/discapacitación” se sedimenta y “se hace hueso” (Scribano, 2007a) la mirada clínica que define a la discapacidad como enfermedad a ser curada. Esto implica que la experiencia de la discapacidad, (al interior de nuestro a-priori histórico gracias a la labor de la medicina en el proceso de rehabilitación), se configure sobre un “suelo” que la percibe como un objeto simbólico inhábil que tiene que ser rehabilitado, normalizado, curado, eliminado y que jamás será plenamente “hábil”.

*P.: ¿qué era la rehabilitación?*

*R. : en el Roca nada, absolutamente nada, en el Instituto (de Rehabilitación Psicofísica) apenas más. Es más, las consecuencias de esa nada las llevo para toda la vida, yo podría estar mucho mejor. (...) Todo el día ahí adentro para estar una hora en el gimnasio. Saber que te pasas un año como en una cárcel para ir un ratito a un gimnasio que se caía a pedazos, no había nada., no había elementos, no había personal, ay los baños eran un asco. Recordarlo solamente nada más es un carma... Me afectó la nada, estar ahí con dos criaturas chiquitas y yo haciendo nada. Mis hijos estaban con mi suegra (Martha).*

*“Cuando estás internado vienen te da la comidita, te hacen todo, pero eso no es la vida. Cuando salís no sabés nada porque te formaron para depender (...) Los médicos se creen que la silla porque tiene cuatro rueditas ya te va a servir, y no es así. Es como un zapato, que tiene que ser para vos sino te hace doler. Esto es lo mismo, la silla, te la tienen que hacer para vos y **a medida, ahí sí podés caminar**” (Carlos).*

La “discapacitación del cuerpo discapacitado” exige una somatización de la relación de dominación así naturalizada (Bourdieu, 2000). A través de un proceso de



adiestramiento del cuerpo se impone el “habitus de la discapacidad” a partir del cual se configurará la experiencia de la discapacidad (Ferrante, Ferreira, 2008). ¿Cuál es la paradoja? La rehabilitación, lejos de inculcar disposiciones que permitan al agente apropiarse de su nuevo “cuerpo propio” (Merleau Ponty, 1975), lo configuran en la dependencia y en la imposibilidad de incorporar al esquema corporal los hábitos sensomotrices necesarios para “caminar” con la silla, para que “la silla” constituya una extensión del *cuerpo propio* y, así, poder llevar a cabo una vida independiente. En el “proceso de discapacitación” a través del maltrato y olvido del sujeto doliente se inculca por el cuerpo la “inhabilidad”, la no actividad, la pasividad, la “nada”, la mera reducción a una “mera baldosa más” como señala una de las entrevistadas.

*“Era terrible. Maltrato no, por lo menos a mi no me pasaba... Pero hay muchas formas de maltrato, hay muchas formas de violencia..., cuando estás en una situación de tanta necesidad que te ignoren es una de las peores violencias psicológicas... He pasado frío de noche pasaba la enfermera las pedías las frazadas y te decían “pediles al otro turno”. Y llegaba la otra te decía,” yo recién llegué¿ porque no le pediste a la que estaba antes?” ...Al final terminabas tiritando de frío, pero todo pasa, un día salís de ahí y te das cuenta. Pero hablar así, “un día salís”, parece una analogía con la cárcel... te lo hacen pasar como si estuvieras pagando algo... Me afectó la nada, estar ahí con dos criaturas chiquitas y yo haciendo nada. Mis hijos estaban con mi suegra (Martha).*

*“Con enfermería fueron un par de chispazos con enfermería. (...)Yo estaba postrado en la cama, pero me parecen que no quieren trabajar. La bolsa se tapaba, si eso se tapa te empezás a sentir mal, te dan escalofríos, y yo les decía la bolsa se tapa pero no les gustaba, porque me tenían que mover”. (Pedro)*

Es aquí que el cuerpo discapacitado se convierte en “cuerpo para ser percibido” por la mirada médica o por categorías médicas (Bourdieu, 2000), configurándose una identidad de la persona con discapacidad completamente heterónoma (Ferreira, 2007). La experiencia del “cuerpo propio”, es decir, la vivencia en “carne y hueso” es reemplazada por la mirada en tercera persona de un saber experto: la medicina. Como efecto de la *violencia simbólica* se instituye bajo la forma de deficiencia una relación de dominación que “invalida” a la persona con discapacidad para pensarse por fuera de la misma (Bourdieu, 1999). *Secuestro corporal* (Scribano, 2002) propio del modo de producción capitalista, dramáticamente demostrado en el caso del “proceso de discapacitación”.

*“La silla la conseguí con amparo. Tenés que pagar cada segundo de tu existencia... Sin amparo la obra social no te reconoce nada.*

*P.: ¿qué obra social tenés?*

*R.: PAMI y es terrible, es casi genocida... (...) Hay un grupo de abogados que trabajan para esto para que a mi me den los beneficios lo que yo necesito para vivir el día de mañana, y cobran un sueldo. Algunos sabrán los profesionales deben salgo peor no pueden no saber cómo nos afecta la obra social. Eso es otra cuestión ellos también te matan. Cuando una persona se discapacita toda la vida cambia de nuevo, es como volver a empezar una nueva vida, después viene la rehabilitación que según los distintos tipos de discapacidades es distinto pero el mensaje es que vos tenés que desarrollar el máximo de capacidades que puedas y*

*tener una vida lo más parecida... a... lo normal posible o tradicional, pero eso tiene que tener una continuidad porque el día que te dan el alta y cruzás la puerta del instituto para fuera, la cosa empieza y si no tenés una continuidad es contradictorio y es re cruel, porque vos salís con el mensaje “dale que vas a poder”, eso tiene que tener una continuidad, cuando salís no te dejan. Y eso te lleva a la rebeldía. Bueno, está bien hay que rebelarse, es parte de la cuestión de que está vivo es expresión de la vida, pero... todo es el cuento de que todo depende de vos, del esfuerzo, en la escuela también. Pero en la discapacidad es más mentira porque nosotros empezamos de un **escalón más abajo**.” (Martha).*

“En Ramsay lo que me choca e que nadie te dice nada de los derechos del discapacitado, está, es un tema, capaz que los chicos no tienen la culpa, pero no se hace nada” (Pablo).

A la situación de indeterminación del cuerpo propio, y el proceso de adaptación al nuevo esquema corporal, una vez dado el alta (certificado en mano) la persona posee un completo desconocimiento de su porvenir más inmediato. Como parte de la biologización de la deficiencia, en este proceso de discapacitación, se obvia la “enseñanza” de los derechos de las personas con discapacidad. ¿Cómo pensar a ese otro como un sujeto de derechos si es solo una cosa tributaria de asistencia médica? A la vez, en tanto la medicina crea las ayudas técnicas que permiten que las personas con discapacidad puedan tener una vida independiente, el reclamo por el acceso a esas ayudas implica la adhesión a la *doxa* originaria fundante del “campo de la discapacidad” (subcampo del campo de la salud) que determina a la medicina como ortodoxia habilitada para definir qué es la deficiencia (Ferrante, Ferreira, 2008:b). Esto permite la reproducción de este saber experto y de las instituciones estatales “certificadoras de la discapacidad”. Sin embargo, esta aceptación no lleva a una situación de ajuste “perfecto” entre el *habitus* inculcado y la estructura, no implica una aprobación sumisa a lo dado: en el caso de Martha la visualización de la injusticia conduce a la rebeldía y a la perseverancia (Bourdieu, 1999). El *habitus* es un esquema generador de posibles destinos por lo cual el acceso a estas ayudas técnicas puede constituir una “agarradera” sobre la cual apoyarse para cuestionar el destino social asignado<sup>18</sup>. Pero a la vez, lo que se trasluce de las anteriores afirmaciones es que el cuerpo discapacitado, en tanto cuerpo *superfluo* no es un cuerpo productivo pero sí un cuerpo que consume, fundamentalmente bienes y servicios destinados al “mantenimiento del cuerpo”. En este sentido, el deterioro corporal a partir de la *extracción de las energías corporales* (Scribano, 2007a) será desigualmente distribuido de acuerdo a los capitales disponibles por el agente, (principalmente el capital económico y cultural). De hecho, sin la movilización de acciones judiciales (amparo judicial) es muy difícil que las obras sociales reconozcan los servicios que deben ofrecer según la legislación vigente y necesaria para la “vivir” mañana. No es llamativo entonces que, como sugiere Scribano, (2007a) las amarguras que paralizan a los cuerpos constituyen uno de los mecanismos privilegiados por medio del cual la dominación deviene naturaleza. En este sentido, el “proceso de discapacitación” a partir del cual se incorpora el *habitus* de la discapacidad es fundante en la posterior experiencia de la discapacidad. La producción y reproducción del “dolor social” deviene un dispositivo que licua la acción social (Ibíd.).

<sup>18</sup> Como señala José Antonio Cerrillo Vidal (2007) la ayuda técnica puede convertirse en facilitador de una vida independiente pero la sola presencia de la misma no ha de garantizarla si la estructuras sociales no están adaptadas ¿de qué sirve una silla de ruedas eléctrica si no hay rampas en las esquinas o esa persona no puede conseguir trabajo?

Dejar “sin batería” a alguien que se desplaza en silla de ruedas eléctrica significa “inmovilizarlo”; la entrevistada cuando hace referencia a la falta de apoyo de los pares en la lucha utiliza la expresión “la movilización no prende”, “las ONGS, Ramsay están para desmovilizarte”. A la vez, recetar una silla de ruedas manual porque se supone que “el rengue es vago” implica tener que “remar y remar”. Querer llevar una vida “normal”, encarnando un cuerpo discapacitado hace que uno “rebote y rebote” con las estructuras sociales desde la cuales la persona con discapacidad reúne y asume una serie de taxonomías negativas prácticas cristalizadas en un sistema de adjetivos que producen “unas valoraciones éticas, estéticas y cognitivas” (Bourdieu, 2000:129) y que se basan en las oposiciones inscriptas en la estructura social: hábil/inábil, normal/anormal, mujer/varón, adulto/niño, asexuado/sexuado, pasivo/activo, malo/bueno, feo/lindo, inteligente/tonto<sup>19</sup>.

La inculcación del habitus de la discapacidad se da en y a través del cuerpo (Bourdieu, 1999). Pero no sólo en los cuerpos, sino que lo social se inscribe en sistemas de estructuras estables inscriptas en las cosas (las instituciones) y los habitus (o disposiciones) (Bourdieu, 1999). En este sentido, el MMH (y a través de el Estado) eterniza lo arbitrario, al realizar un trabajo de deshistorización a partir del cual la discapacidad es vivida como una enfermedad individual. Esta tarea de eternización de las relaciones de dominación se perpetúa en otras instituciones del Estado, como los Ministerios, las obras sociales, la Escuela y la Familia, los medios de comunicación (Bourdieu, 2000). Y son con las que las personas con discapacidad “chocan” y “rebotan” cotidianamente. Como señala Martha:

*“Cuando aparece un discapacitado en los medios es falso, hace de discapacitado, lo hacen mal, y además, siempre es malo. Y si no la mayoría de las veces es mentira: se termina poniendo de pie, vuelve a ver, y parece que no la televisión tiene un poder... y eso genera algo muy negativo. Si alguien está pidiendo se pregunta será verdad, todo lleva al prejuicio, al ocultamiento... Todo esto ayuda al prejuicio. Una monedita de un peso... ¿te vas a poner a hacer un análisis psicológico de la historia de esa persona? Es una excusa para ser egoísta, para no meter la cabeza en la implicancia que tiene eso, porque tampoco creo que hay que ponerse en la mezquindad de negar la moneda preguntarse por qué alguien discapacitado está pidiendo una moneda y no está trabajando? ¿por qué? Hubo un tiempo en Recoleta que había una persona pidiendo con un cartelito, me parece terrible, terrible porque es la invisibilidad igual que terminan haciendo con los cartoneros, con los chicos de la calle, no vemos, están ahí forman parte Y SON COMO UNA BALDOSA MAS (...)”.* (Marta)

Estos esquemas se encuentran inscriptos en las personas no discapacitadas y a ellos se enfrentan en su vida cotidiana las personas con discapacidad al verse obligadas a recurrir por la falta de adaptación del medio (reforzando su situación de dependencia). Esto implica enfrentarse a una violencia silenciosa e hiriente: la mera reducción a *objetos estéticos, cuerpos para ser percibidos, evaluados y aprehendidos por la mirada médica.*

<sup>19</sup> “Las estructuras del espacio social (...) moldean los cuerpos al inculcarles, por medio de los condicionamientos asociados a una posición en el espacio social, las estructuras cognitivas que dichos condicionamientos les aplican” (Bourdieu 1999: 241).

*“Lo que más se sufre es en este momento, la indiferencia, la indiferencia disimulada, se hacen como que no te ven... por ahí no podés cruzar, no sé cualquier cosa imperceptible que necesitás por las dudas no se acercan. Muchas veces me ha pasado que no escucharon que pediste ayuda, que no te vieron... **Es bastante incómodo**... Porque tenés que estar pidiendo a uno y a otro y a otro y a otro cuando cruzo la calle, o cuando voy a un negocio o ... ¡¡Ah!! La peor: cuando un local es inaccesible para entrar en silla y llamás para entrar y te dicen “ya colaboré”, típica, típica, me pasa en todos lados, o directamente pedís ayuda para entrar y vienen con la monedita; ¡no!, te venía a comprar un pullover de esos de 90 pesos que tenés ahí con la monedita no me va a alcanzar... (risas) El ya colaboré, no estoy vendiendo nada, te digo que ya colaboré, como... ¡basta, no molestes! (risas) Estas cosas las vivís y **te pega diferente** cuando recién empezás, cuando ya tenés 20 años con la silla... Es una gran desubicación es una mala educación... porque **con otro no lo vas a parar no vas a parar a preguntarle cada persona ¿cómo está tu hígado?, yo en tu lugar me pego un tiro...** esas reacciones son constantes. Hubo un momento que me cansó... y entonces cuando me preguntan digo no me molesta pero me cansa (risas). Porque después te pasa en una esquina, y el otra esquina y en la otra y al entrar a un negocio. Viste para vos es un momento, pero para mí es todo el día (risas)” (Marta).*

*“A la gente le choca la silla, pero es cuestión como lo llevas vos, sino te peleas con todos si yo me pongo a decir que mirás? Tenés que decir ey loco ¿cómo va? Y te estás mirando. Vos llegás a un lado y es además llegar chocar tobillos, hola qué tal permiso. A la sociedad le vas a echar la culpa? Al colectivo me suben. El rengu tiene que enfriarse.*

*P: si pero los colectivos estuvieran bien...*

*R: claro eso yo me quejo porque el Estado tiene que hacer todo para que uno se integre. Te dicen yo si estuviera en tu lugar me pegaría un tiro, ¿y qué le vas decir? Pegátele vos (Risas) O ¿no? No hace falta estar arriba en una silla. La gente vive de fracaso en fracaso hoy en día, no hace falta estar en una silla o estar ciego para estar resentido, es típico del ser humano, siempre querés algo y no lograrás tu objetivo. (Pedro)*

*La mirada social, lejos de ser abstracta y universal, constituye “un poder simbólico cuya eficacia depende de la posición relativa del que percibe y del que es percibido”<sup>20</sup> (Bourdieu, 2000:85). La portación del cuerpo discapacitado, bajo esquemas médicos, habilita a una “política del tacto” (Ibíd.) en la cual cabe cualquier tipo de falta de pudor que se tendría con alguien desconocido en la calle. Desubicación que incomoda al propio dominado, y que se hace sensación de incomodidad, malestar, atemperamiento. Si decíamos de un principio que la hexis del cuerpo discapacitado encarna un cuerpo “descalificado”, ahora podemos comprender por qué adelantábamos que es producida “cuerpo a cuerpo”. La infravaloración que sufren las*

<sup>20</sup> La experiencia práctica del cuerpo constituye uno de los “principios de la construcción de cada agente en una relación duradera con su cuerpo” (Bourdieu, 2000:85). Es producto de la aplicación al *cuerpo propio* de unos esquemas de clasificación derivados de la encarnación de las estructuras sociales y que es constantemente reforzado por las reacciones, también originadas con esos esquemas, que el cuerpo propio genera en los otros.

*personas con discapacidad parecería “una negación de la existencia” (Bourdieu, 2000:78). Martha en repetidas ocasiones señala “tenés que pagar cada segundo de tu existencia”. Con las llamadas al orden constantes y violentas de las cosas y las personas (que aplican esa categorización médica) es muy difícil pensarse “autónomamente”, es decir, por fuera de la relación de dominación. Esto se percibe, por ejemplo, aún cuestionando la arbitrariedad de su condición de dominación los entrevistados adoptan como identidad un estereotipo: se definen como “rengos”<sup>21</sup> (“y sos un rengo de mierda”, “era para los rengos”, “los rengos somos los más hijos de puta”).*

Sin embargo, no hay que dejar de observar cómo, 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 hábitos: el humor, la ironía, formas menospreciadas de resistencia (Bourdieu, 1999).

## Consideraciones

Retomando los interrogantes que nos plateábamos al inicio podemos afirmar que el “proceso de discapacitación” va a ser una instancia “*fundante*” a partir la de la cual se instaurará el cuerpo discapacitado como “cuerpo para ser percibido” por la mirada médica o categorías médicas. En dicha relación de dominación, la medicina establecerá, a través del cuerpo y las emociones, el hábito de la discapacidad, piso fundante de la experiencia de la deficiencia. La dominación de las personas con discapacidad es posible porque su identidad le es impuesta por el MMH (Ferreira, 2007). En este sentido, *si las expectativas colectivas tienden a percibir al cuerpo discapacitado como un cuerpo enfermo, añorado y asexuado es porque constituye un destino social no deseado y conduce a sus portadores al desclasamiento.*

Es aquí que podemos observar cómo el cuerpo discapacitado es un objeto de estudio privilegiado para comprender la lógica del capitalismo en un contexto neocolonial y dependiente. La dominación de las personas con discapacidad es producida, a través de juegos de reconocimiento, desconocimiento y desprecio (Martinez, 2007). El “dolor social” (Scribano, 2007a) “inmoviliza” y es la contracara “cómplice y necesaria de la mercantilización del mundo donde los cuerpos pierden sus energías” (Ibíd.) Encarnar un cuerpo discapacitado, en tanto cuerpo superfluo, implica vivir “en el mundo del no” (Ibíd., 2002): no poder ir al baño, no poder ir a la escuela o la facultad, no poder ir a trabajar, no poder viajar en transporte público, no poder acceder a los beneficios sociales estatalmente reconocidos, no poder acceder al mercado “matrimonial”, en fin, no poder... vivir....

*“El Estado contestó al informe de incumplimiento de la ley de accesibilidad diciendo que algunos colectivos sí la cumplían y que más no se podía exigir porque sino se corría el peligro que el resto de la población tenga menos acceso. (...) Cuando lo archivó lo más importante que podía hacer era una acción por discriminación, pero era sólo por mí... es que si no hay apoyo de los pares es muy*

---

<sup>21</sup> Un tema a estudiar es la autopercepción de entrevistados y entrevistadas como “rengos” en masculino y plural. Sin duda la cuestión del género atraviesa muy fuertemente la problemática. Esto excede los límites de este trabajo.

*difícil, yo no podía seguir.... (...) No existe un colectivo y , NO VA A EXISTIR EN LA HISTORIA, no hay, es como nadar en la arena..., no prende la movilización(...) No hay conciencia, no hay espíritu de lucha, no hay ganas de vivir... Es imposible o impensable que alguien se atreva a exigir un derecho que ni siquiera sabe que tiene, lograr eso es algo absolutamente difícil porque tampoco ellos dejan..., hay mucha desidia y abandono y la familia y el entorno, lo que nos están desprotegidos están sobreprotegidos por la familia alrededor, gente con muchas posibilidades o esas familias unidas que lo llevan en el auto, bajan se toma el colectivo, bajan y sube al colegio. Es que justamente (Ramsay y estas ONGS) están para DESMOVILIZAR, están para eso”. (Marta)*

*Así, pese a las vivencias comunes que homologan a las personas con discapacidad, siguen distanciadas entre sí por unas desigualdades económicas y culturales que afectan su forma objetiva y vivida de sufrir y experimentar la dominación, sin que eso anule la desvalorización de capital simbólico provocado por la discapacidad (Bourdieu, 2000).*

La lógica de la mentira de la rehabilitación “del vos podés” constrata con los rebotes que las estructuras sociales ejercen sobre estos cuerpos no legítimos no legitimados, la ausencia de disposiciones que permitan forjar una vida independiente y abren las puertas a los fantasmas sociales: el miedo a la real muerte social (¿y física?) (Scribano, 2008). Así, la imposibilidad de las personas con discapacidad de configurar su identidad autónomamente, de gobernar sus prácticas, debido a las coerciones que la estructura social les impone y compartir una lucha colectiva implica “querer nadar en la arena”. La resignación de no poder percibirse más que como sujetos de esa relación de dominación conduce a la lógica de la impotencia (Scribano, 2007,b) “esto nunca va a cambiar”. A través de la combinación de *culpabilización* (¿Qué le vas a echar la culpa a la sociedad?), *minusvalía* (“el rengo tiene que enfriarse”), *descontrol* (Pami es genocida) y la *desafección* (“después de 20 años de silla te acostumbrás”, “no me molesta, pero cansa”) el dolor social “se hace carne primero y callo después” (Scribano, 2007a). De esta forma la dominación *pase desapercibida y aceptada* deviene naturaleza, la acción social se coagula y se eterniza la historia, reproduciéndose la dominación (Ibíd.): es así como se concreta una verdadera *sociodicea de la frustración* (Ibíd.).

Sin embargo, no hay que dejar que reconocer que existen cuerpos que siguen estando presentes en el espacio público, cuestionando ese destino social que los excluye del espacio público. De hecho Marta, Pedro y Carlos circulan con sus sillas de ruedas por la calle y en contramano. En este modo de andar particular, se puede oír el grito de un cuerpo que permite ser invisibilizado en la visibilidad: poder circular sin “tobillar” y sin tener que “chocar” con las miradas denigrantes de los otros, ni afectar “la accesibilidad del resto de la población”. Lejos de querer en un acto de romanticismo querer exaltar la presencia de un “acto de resistencia” nuestra intención es resaltar que existen formas de cuestionamiento a la relación de dominación, pareciendo que lo que faltaría sería una coordinación de la acción colectiva. Esto no niega asumir que esta práctica implica la exposición a un peligro derivado de la falta de adaptación de las veredas, o con otras palabras, que este desplazamiento al mundo de los objetos es producto de la inadecuación de las estructuras sociales a las necesidades de la personas con discapacidad, y sólo puede ser entendido si se tiene cuenta el fantasma que acecha esta práctica... Es innegable que el no reconocimiento estatal de la ley de accesibilidad pública, aludiendo al humor de los mercados y a la protección de esos “cuerpos que

producen” implica no sólo una vulneración de derechos sino un elemento completamente disruptivo para la acción colectiva.

Para finalizar, y volviendo a las ideas que introducían este texto, creemos que es necesario pensar la discapacidad desde nuestro contexto geo-político y desde la investigación empírica. Desde nuestra posición latinoamericana podemos desarrollar una mirada propia sobre la discapacidad, *oblicua y lateral* (Grosso, 2005), no se puede meramente importar modelos explicativos pensados para otras realidades, o en todo caso tiene que ser analizados a la luz de nuestra posición marginal en el mundo. De lo contrario, se contribuye la reproducción de la dominación de las personas con discapacidad. Y no sólo eso, además, se pierde una agudeza analítica derivada de nuestra constitución intercultural: en nuestro contexto tercer mundista surgen inconsistencias no tan fácilmente visualizables en el primer mundo, como por ejemplo, la pornografía de dejar a una persona que se maneja en sillas de ruedas eléctrica. Tomando una idea de Grosso (2005), podemos decir que a partir de nuestras disonancias, surgen las posibilidades de construir *otras discapacidades, otras medicinas, otras prácticas rehabilitadoras, otras relaciones sociales*..

En este sentido, desde la sociología, el trabajo de visualización de los mecanismos a través de los cuales de la dominación de las personas con discapacidad, deviene enfermedad individual constituye un aporte para “desmedicalizar” la discapacidad. Para ello es necesario recuperar la voz de los agentes para desenmascarar, no tanto la “construcción cultural” (Taussig, 1992:140) de la discapacidad como “realidad clínica” (Ibíd.), sino la “construcción y reconstrucción clínica de una realidad (de la discapacidad) convertida en mercancía” (Ibíd.: 143).

En segundo lugar, una práctica que puede ser disruptiva desde el trabajo intelectual es visibilizar cómo la vida con una discapacidad no constituye una “tragedia personal” (tal como sostiene el modelo médico hegemónico) sino una vida que merece ser vivida. En este sentido, es necesario enfatizar que el sufrimiento que lleva asociado es importantísimo grado derivado de la falta de adaptación de las estructuras sociales a las necesidades de las personas con discapacidad y de la evitación sistemática del reconocimiento de dotarlos de poder para ejercer un control sobre sus propias vidas. Así, desde la investigación es importante rescatar y analizar el rol de aquellas prácticas, como por ejemplo el deporte (si bien de un modo especial y ambivalente) a través de las cuales algunas personas con discapacidad logran apropiarse de su nuevo esquema corporal. Eso dota de una autonomía sin la cual no puede cuestionarse lo dado. Concretamente, esos sujetos nos hacen pensar, con Canguilhem (1978), que la deficiencia más que una experimentación es una experiencia vivida inédita que, una vez superada, crea un umbral cualitativo nuevo. Si fuese posible una medicina no normatizadora y se procurara la inclusión en el mercado laboral de las personas con discapacidad, seguramente la discapacidad dejaría de significar opresión, marginación y exclusión social.

**Bibliografía:**

Almeida, M. E.; Angelino, A.; Angelino, C.; Kipen, E.; Priolo, M., Sanchez, C; Spadillero, A.; Zutti6n, B. (2008): "Políticas en discapacidad y producci6n de sujetos. El papel del Estado". Ponencia presentada en las V Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad. San Miguel de Tucumán.

Bourdieu, Pierre (2000): *La dominaci6n masculina*, Anagrama, Barcelona.

----- (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.

----- (1991): *El sentido pr6ctico*, Taurus, Madrid.

----- (1982): «Notas provisionales sobre la percepci6n social del cuerpo», en C. Wright (ed.): *Materiales de sociología crítica*, La Piqueta, Madrid).

Broyna, P. (2007): "Posici6n de discapacidad: los aportes de la Convenci6n", en Convenci6n sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Memoria del Seminario Internacional", Programa de Cooperaci6n sobre los Derechos Humanos México-Comisi6n Europea, SER, México (en prensa).

----- (2006): "La discapacidad: "Una obra escrita por actores de reparto? El paradigma social de la discapacidad: realidad o utopía en nuevo escenario latinoamericano", Universidad Nacional Aut6noma de México, Tesis de Maestría No Publicada.

Canguilhem, G. (1978): "Lo normal y lo patol6gico", Siglo Veintiuno Editores, México.

Cerrillo Vidal, J. A. (2008): "La sensibilidad universal: una aproximaci6n al discurso del movimiento de las personas con discapacidad", Acciones e Investigaciones Sociales, Univ. de Zaragoza.

Eroles, C. (2008): "Una nueva concepci6n. El enfoque de los derechos humanos" en Encrucijadas, N° 43, Buenos Aires.

----- (2002): "La discapacidad como eje de un movimiento social de afirmaci6n de derechos" en Eroles, C., Ferreres, C. *La discapacidad: una cuesti6n de derechos humanos*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

Ferrante, C. (2008): «Cuerpo, discapacidad y posici6n social: una aproximaci6n indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina, en Revista Intersticios», Vol 2, N°1. <http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>

----- (2007): "Algunas reflexiones sobre la situaci6n de discapacidad en la Argentina en la actualidad"; IV Jornadas de J6venes 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 y Ferreira M. A. V. (2008a): "Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad", Revista Argentina de Sociología (en proceso de evaluaci6n).

[http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Documentos/Ferrante\\_Ferreira.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf)

Ferreira, M. A. V. (2008): "Una aproximaci6n sociol6gica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriol6gicos", REIS, Revista Espaola de Investigaciones



Sociológicas (en prensa). Disponible en:  
[http://www.um.es/discatf/TEORIA/REIS\\_discapacidad.pdf](http://www.um.es/discatf/TEORIA/REIS_discapacidad.pdf).

------(2007): “Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad”, en Revista Intersticios, Vol. 1, N°2.  
<http://www.intersticios.es/article/view/1084/854>

Goffman, E. (2001): Estigma. La identidad deteriorada, Amorrortu, Buenos Aires

Grosso, J. L. (2005). “Cuerpo y modernidades europeas. Una mirada desde los márgenes”, Boletín de antropología, Vol. 19, No 36 232, 254, Departamento de antropología, Universidad Antioquia, Medellín.

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)

Kasnitz, D.; Switzer, M.; Shuttleworth, R. P. (2001): “Anthropology in Disability Studies”. *Disability studies quarterly*. Summer 2001, Volume 21, No 23, pp 2-17. <[www.cds.hawaii.edu](http://www.cds.hawaii.edu)>

Katz, S. y Danel, 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.

Louveau, C. (2007): “El cuerpo deportivo, ¿un cuerpo rentable para todos?” en

Lachaud, J.M. y Neveux, O.: *Cuerpos dominados. Cuerpos en ruptura*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Martinez, A. T. (2007): *Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica*, Manantiales, Buenos Aires.

Mauss, M. (1979): «Concepto de Técnica Corporal». En *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid. pp.336-356.

Menendez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México.

------(1985) “Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina”. *Nueva Antropología*, VII (28):11-27.

Merleau- Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la Percepción*, Península, Barcelona.

Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, The MacMillan Press, London.

Pantano, L. (2007): “La palabra “discapacidad” como término abarcativo”, en Cuestiones sociales y económicas, Buenos Aires, Año V N° 9, octubre de 2007.

Portillo, María Soledad y Bianchi, Eugenia (2007): “[Moda, médicos y ALUBA: Fabricando belleza en la sociedad de control](#)”, *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani*, Buenos Aires. Disponible en: [www.iigg.fsoc.uba.ar/.../Ponencias/BIANCHI,%20Eugenia%20y%20PORTILLO%20M.Soledad.pdf](http://www.iigg.fsoc.uba.ar/.../Ponencias/BIANCHI,%20Eugenia%20y%20PORTILLO%20M.Soledad.pdf).

Rosales, P.(2008): “La nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”.

Schakespeare, Watson N. (1996): The body line controversy: a new direction for Disability Studies? Paper presented al Hull Disability Studies Seminar.

Scribano, A. (2008): Fantasmas y fantasías sociales: nota para un homenaje a T. W. Adorno desde Argentina, en “Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico”, Vol 2, N°1

----- (2007a): “La Sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones” en Scribano, A. (comp.): *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*, CEA-UNC – Jorge Sarmiento Editor. Pp. 118-14.

----- (2007b): “¡Vete tristeza... viene con pereza y no me deja pensar! Hacia una sociología del Sentimiento de Impotencia” en Luna, R. y Scribano, A. (Comp.) *Contigo Aprendí... Estudios Sociales de las Emociones*. ISBN 978-987-9357-74-3 CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba–CUSCH- Universidad de Guadalajara. 247 pag. Córdoba. 2007

----- (2002): ¿Brujos o especialistas?: De gurúes, sociedad y conocimiento De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía. Edit. Copiar. Córdoba. P.p. 47-52 pag. ISBN 987-9357-39-6.

Skliar, C. (2000): Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. Las exclusiones del lenguaje, del cuerpo y la mente” en Getili, Pablo: *Códigos para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad*. Santillana, Buenos Aires, p 12.

Sosa, L. (2007): Los “cuerpos discapacitados” construcciones en prácticas de integración en ecuación física. Ponencia, 1º 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)

Spinoza, B. (2007): *Ética*, Editorial Porrúa, México D. F.

Taussig, M. (1992): «La Reificación y La conciencia del Paciente», en *Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Gedisa, Barcelona. Pp. 110-143.

Vallejos, I., Kipen, E., Almeida, Ma. E., Spadillero, A., Fernandez M. E., Angelino, A., Lipschitz, Sánchez, C., Zuttió, B (2005): “La producción social de la discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos” en Vain. P y Rosato, A. (coord.): *Ensayos y Experiencias La construcción social de normalidad” Alteridades, diferencias y diversidad*, Noveduc.