

REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS PARA UNA SOCIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD (*)

Epistemological reflections for a Disability Sociology

Eduardo Díaz Velázquez

SIIS , Centro Documentación Y Estudios

ediaz@siis.net

Resumen:

En este artículo quiero centrarme en analizar la dimensión específicamente sociológica de la discapacidad, desmarcándola de las dimensiones específicas de las ciencias de la salud, aun observando las implicaciones que tienen las distintas dimensiones. No es intención de reclamar para la sociología todo el campo de análisis de la discapacidad. El concepto de *habitus* puede ser bastante útil, a falta de someterlo a la investigación empírica, para analizar la situación de las personas con discapacidad articulando lo subjetivo y lo estructural., pero no podemos dejar de acompañar la noción de *cuerpo*, central en la concepción del *habitus*, con la noción de *auto-concepto*, que alude a aspectos mentales. En el análisis, la primera premisa es partir de la *duda epistemológica* y mostrar una postura analítica crítica acerca de cómo se ha construido el concepto de discapacidad y cómo se ha subsumido el componente común (que es el más social) en una extensa y prácticamente inabarcable clasificación de deficiencias y subdeficiencias médicas.

Palabras Clave: Discapacidad, análisis subjetivo-estructural, fundamentos epistemológicos.

Abstract:

In this article, I want to focus on analysing the specifically sociological dimension of disability, distinguishing it from health sciences dimensions, but observing the implications of these distinct dimensions. Our intention is not to claim for sociology all the disability analysis field. The habitus concept can be very useful, although still is needed more empirical research on it to analyse the situation of persons with disabilities, with the articulation of subjective and structural components. But we cannot do it without accompany the body notion merged from habitus with another one, which is self-concept, that points to mental aspects. The first premise in the analysis is start from epistemological doubt and show an analytic posture critic about how the disability concept has been constructed, and how the common component (which is the more social) has been subsumed in a large and practically unencompassable classification of medical impairments and sub-impairments.

Keywords: Disability, subjective-structural analysis, epistemological basis.

(*) Publicado en Intersticios Vol. 3 núm. 2 (2009).

Se podía, se debía, hacer la historia de la ciencia como un conjunto a la vez coherente y transformable de modelos teóricos e instrumentos conceptuales.
(Foucault, "El orden del discurso", 2008; pág. 69)

Introducción

Desde el punto de vista etimológico, discapacidad, formada por el prefijo *dis-* y la palabra capacidad significa "falta de capacidad". Este concepto es actualmente aceptado para designar las limitaciones en la actividad que generan las deficiencias fisiológicas, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que anteriormente se designó con otros conceptos como el de minusvalía. De acuerdo con dicho organismo internacional, la discapacidad sería un fenómeno complejo que se compone tanto de factores personales (englobando tanto deficiencias, como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) como de factores contextuales (barreras y obstáculos) que ejercen un efecto sobre la deficiencia personal (OMS, 2001). La CIF pretende ser una superación de sus propios planteamientos anteriores, que prácticamente excluían el componente social de la discapacidad, véase la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* de 1980. Sin embargo, el componente social de la discapacidad continúa siendo en la CIF *accesorio*, en tanto que ésta se centra sobre todo en las partes "bio" y "psico" que dan forma al sustrato fisiológico (la deficiencia o insuficiencia¹) que origina la discapacidad. Como ya he señalado en otros textos y espacios académicos, aunque sin entrar de lleno en ello, reflexionar sociológicamente sobre la discapacidad implica hacerlo desde la *duda epistemológica*, de tal forma que nos planteemos las repercusiones que ha tenido en la realidad social, lo que hasta la actualidad se ha conceptualizado científicamente como *discapacidad*. En este artículo quiero centrarme en analizar la dimensión específicamente sociológica de la discapacidad, desmarcándola de las dimensiones específicas de las ciencias de la salud, aun observando las implicaciones que tienen las distintas dimensiones. No es intención de reclamar para la sociología todo el campo de análisis de la discapacidad, lo que sería absurdo y disparatado, sino que hay que destacar elementos específicamente sociales (en cómo se clasifican las discapacidades, en su emergencia y producción, su prevención, su determinación en la posición social de las personas que las portan, su papel en la definición de su identidad...) frente a otros intrínsecamente médicos, así como psicológicos. Me alejo, por lo tanto, de una concepción exclusivista en la que a veces caen las distintas disciplinas científicas, que tratan de delimitar y concentrar para sí un campo de análisis que tal vez es interdisciplinar y que exige el estudio por parte de todas ellas, cada una en su parcela de indagación complementaria.

Para efectuar esta reflexión sociológica y epistemológica, empezaremos realizando un breve repaso a las formas históricas en que se ha concebido la discapacidad en las sociedades occidentales.

¿Paradigmas o modelos?

A grandes rasgos, y de acuerdo con las pretensiones y limitaciones de este trabajo, quisiera analizar la evolución histórica de la concepción científica y social de la discapacidad en función de los diferentes paradigmas y modelos históricos de interpretación, no sin antes realizar una reflexión sobre qué implica cada uno de estos términos. A mi juicio, en la literatura científica acerca de la discapacidad, ha habido en ocasiones una confusión terminológica entre ambos términos, PARADIGMA y MODELO, habitualmente equiparando uno y otro. Y ambos términos, siguiendo a Kuhn (1975), no son exactamente lo mismo desde el punto de vista científico. Podríamos

¹ Traducción del término *impairment*.

decir que el paradigma haría mención a un modo de conocimiento científico de la realidad y una forma de ver el mundo, universalmente reconocido, basado en un esquema de pensamiento e ideológico concreto. Por lo tanto, el *paradigma* referencia un modo de aproximación científica a la realidad. Pero es relativamente frecuente que coexistan varios modos de conocimiento científico para acercarse a dicha realidad o, lo que es lo mismo, varios paradigmas. Kuhn hablaba de revolución científica cuando un nuevo paradigma era reconocido por la comunidad científica sustituyendo a otro anterior, que quedaba obsoleto (Kuhn, 1975). El motor del progreso científico sería el cambio de paradigma, que implicaba concepciones diferentes de ver el mundo con respecto a lo anterior.

El *modelo* se insertaría dentro del paradigma (ya que su explicación del fenómeno sería coherente con la forma de ver el mundo del mismo), pero sería más una abstracción teórica de una realidad concreta (como sería el caso de la realidad de las personas con discapacidad), para comprenderla. El modelo es una aprehensión o representación simplificadora de la realidad en la que sólo se destacan las relaciones consideradas más significativas y definitorias del fenómeno. Esta cita de Kuhn (1975: 16) puede ser bastante esclarecedora de la diferencia entre paradigma y modelo: “en la ciencia un **paradigma** es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan **modelos** de problemas y soluciones a una comunidad científica”.

Por lo tanto, desde ese punto de vista, los modelos se insertan dentro de paradigmas más amplios. De este modo, se podría analizar críticamente parte de la literatura que ha analizado históricamente la evolución de la concepción social de la discapacidad, utilizando una terminología ambigua, ya fuera equiparando paradigma y modelo, ya fuera considerando el paradigma como submodelo...

Lo que está claro es que en las últimas décadas estamos asistiendo a un paulatino, “cambio de paradigma” (Kuhn, 1975) en la concepción de la discapacidad, que en nuestros días comienza a cristalizar. En este sentido, me parece más correcta la terminología utilizada por Antonio Jiménez Lara (2007), que distingue entre un *paradigma rehabilitador* y un *paradigma de la autonomía personal*, donde se insertan unos y otros modelos. Siguiendo de nuevo a Kuhn, podemos hablar de un cambio de paradigma en el momento en que colisionan dos paradigmas rivales, con tres grandes diferencias entre ellos:

- diferentes problemas por resolver y diferentes concepciones de la ciencia de la que se ocupan (el paradigma rehabilitador centra su análisis e intervención en la rehabilitación médica y asistencial de las personas con discapacidad para su adaptación al medio; el paradigma de la autonomía personal en la existencia y posterior eliminación de las barreras y obstáculos que el entorno social impone a las personas con discapacidad).
- diferencias conceptuales, diferente lenguaje teórico y distinta interpretación ontológica de los [datos](#) analizados (el paradigma rehabilitador utiliza conceptos más propios de la medicina incluso para llevar a cabo una explicación social de la discapacidad y con más connotaciones peyorativas -minusvalía, deficiencia-; el paradigma de la autonomía personal se basa en términos del campo de las ciencias sociales y define el fenómeno con menor carga peyorativa² -discapacidad, diversidad funcional-).
- diferente visión del mundo (mientras que el paradigma de la rehabilitación concibe a las personas con discapacidad desde el punto de vista de sus deficiencias y considera que la actuación ha de basarse en la rehabilitación y atención médica adecuada a las deficiencias en pro de la *normalización*, el paradigma de la autonomía personal concibe los problemas de la discapacidad como problemas sociales, situados en un entorno que discapacita y excluye a este colectivo, frente a lo que habría que actuar en pro del cambio social).

Para ver cuál ha sido la evolución paradigmática de la concepción de la discapacidad, podemos partir de la

² Aunque discapacidad no deja de tener una connotación negativa.

clasificación de Agustina Palacios y Francisco Buffini (2007), en la que, a pesar de que desde mi punto de vista existe una ambigüedad terminológica en los conceptos de modelo y paradigma, conforme a lo explicado en estas líneas, se nos proporciona un análisis histórico que puede ser de bastante utilidad.³ Se hace imprescindible para analizar sociológicamente la discapacidad partir de una base histórica (Barton, 1998: 26), que fundamenta las investigaciones en la materia. Conocer qué concepciones sociales de la discapacidad fueron dominantes históricamente, nos permite acercarnos mejor al análisis del momento actual. Los cambios en las concepciones de la discapacidad son coherentes también con los grandes cambios culturales, sociales y científicos en la segunda mitad del Siglo XX. La concepción de la discapacidad del paradigma médico-rehabilitador está en consonancia con la idea positivista de la ciencia, en el que el predominio de las ciencias naturales y físicas sobre las sociales era abrumador. Pero, ¿cómo se concebía la discapacidad con anterioridad al paradigma rehabilitador?

Clasificación histórica de los modelos y paradigmas

El paradigma de la prescindencia. El modelo eugenésico y el modelo de la marginación

Desde una perspectiva de análisis orientada a la concepción de la discapacidad en el mundo occidental, Palacios y Buffini (2007: 13-15) hablan de un modelo de prescindencia, que nosotros denominaremos como *paradigma de la prescindencia*.

En esta concepción de la discapacidad, las causas que la originan tienen principalmente un motivo religioso. Las personas con discapacidad, en este sentido, se considerarían como innecesarias, porque no contribuirían a las necesidades de la comunidad. Asimismo, porque albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o porque sus vidas no merecen la pena ser vividas (Palacios y Buffini, 2007: 13).

No obstante, autores como Barnes discrepan de este punto de vista, pues, según señalan, también en otras sociedades y culturas antiguas consideraban la discapacidad positivamente. Las respuestas culturales a estas personas dependían, desde su punto de vista, de diferentes factores: el modo de producción económico y el sistema de valores básico (Barnes, 1998: 65-67).

Volviendo al paradigma de la prescindencia enunciado por Palacios y Buffini (2007: 14), podemos hacer una

³ No obstante, podemos encontrar otras clasificaciones de los modelos de conocimiento de la discapacidad que se han realizado desde otras perspectivas:

López González (2006) realiza una clasificación basada en la dialéctica entre individuo y sociedad, en la que encontraríamos:

- a) Concepciones de la discapacidad como condición individual.
- b) Perspectivas sociológicas: por un lado, versiones construccionistas sociales (funcionalistas, interaccionistas) y, por otro, versiones materialistas (creacionismo social).
- c) Perspectivas (por las que aboga la autora para el futuro) basadas en el análisis de la discapacidad como experiencia personal.

Desde otro punto de vista, más orientado a las implicaciones prácticas, Demetrio Casado (1991: 51-57) ha distinguido históricamente cuatro modelos:

- 1) La integración utilitaria.
- 2) La exclusión aniquiladora.
- 3) La atención especializada y tecnificada.
- 4) La accesibilidad.

distinción entre dos modelos (que, de acuerdo con su terminología, serían submodelos o paradigmas):

El primero de ellos es el **modelo eugénésico**, que sería ilustrativo de la Antigüedad clásica, Grecia y Roma (Palacios y Buffini, 2007: 14), en el que había una obsesión por la perfección corporal. Ya la producción cultural de la mitología griega revela esa exclusión de la discapacidad, de la imperfección corporal. El infanticidio de los niños considerados débiles al nacer, según diferentes autores, era bastante común. Con el surgimiento del darwinismo social en el siglo XIX, el movimiento eugenésico reapareció, fundamentando el antiguo mito en la racionalidad científica, y teniendo la consideración de que las personas con imperfecciones físicas o intelectuales suponían un peligro para la sociedad (Barnes, 1998: 67-72)⁴.

En el segundo modelo que se circunscribe a este paradigma, el **modelo de marginación**, las personas con discapacidad “*se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión*” (Palacios y Buffini, 2007: 14). Eran objeto de burla o diversión, o recibían el cuidado por parte de la beneficencia y la caridad institucionalizada. En esto, tal como señala Barnes, también han ejercido una influencia importante las tradiciones religiosas judía y cristiana, que consideraban la discapacidad como una consecuencia de haber obrado mal o un castigo por pecados cometidos por el propio individuo o sus ascendientes (Barnes, 1998: 69).

El paradigma de la rehabilitación. El modelo médico y el surgimiento del modelo “bio-psico-social” como reacción al modelo social

Concebimos la existencia de un paradigma de la rehabilitación (o rehabilitador) y no sólo de un modelo médico, desde la perspectiva planteada por Antonio Jiménez Lara (2007). Según define este autor, el “**paradigma de la rehabilitación** centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Por ello, identifica como campos principales de intervención la rehabilitación (física, psíquica o sensorial) mediante la intervención profesional de diferentes especialistas” (Jiménez Lara, 2007: 190), con el fin último de adaptar o normalizar a las personas con discapacidad.

El **modelo médico** se circunscribe dentro los postulados del paradigma de la rehabilitación. Este modelo pone énfasis en la patología de la discapacidad, con miras a su erradicación mediante la prevención, la cura o el tratamiento. Estas serían, desde el punto de vista del modelo, las respuestas sociales que se deberían dar a la discapacidad (Oliver, 1998: 46-47). Como señala Antonio Jiménez Lara (2007:177), “*la constatación de que las enfermedades y los accidentes pueden generar, al margen de las intervenciones médicas, menoscabos en el funcionamiento de los individuos que les impiden desempeñar una vida normal está en el origen del modelo médico de la discapacidad, que no es sino la aplicación del modelo médico-biológico de enfermedad para explicar las discapacidades, en tanto que consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes*”.

En este mismo autor, podemos ver una definición del modelo que, bajo la concepción del paradigma de la rehabilitación, ahonda más en implicaciones prácticas en su aplicación directa dentro de la sociedad: “*El modelo médico o rehabilitador enfoca la discapacidad como un problema ‘personal’, causado directamente por una enfermedad, un traumatismo o cualquier otra alteración de la salud, que requiere asistencia médica y rehabilitadora en forma de un tratamiento individualizado, prestado por profesionales. En este modelo, el manejo de las consecuencias de la enfermedad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación. En el ámbito político, la respuesta fundamental desde este modelo al reto que plantea la discapacidad es la*

⁴ Algunos autores consideran que en pos de la perfección corporal, continúan existiendo prácticas que pueden considerarse continuadoras de la eugenesia y sus formas de opresión a las personas con discapacidad: ingeniería genética, revisiones médicas prenatales, aborto selectivo si el bebé puede nacer con malformaciones o con indicios de un desarrollo intelectual “no-normal” (caso del síndrome de Down), etc. (Barnes, 1998: 72; Palacios y Romañach, 2006: 75-76).

modificación y reforma de la política de atención a la salud” (Jiménez Lara, 2007).

El *modelo médico* que ha tenido la “*hegemonía ideológica*” de la discapacidad durante el capitalismo (Oliver, 1990), fue posteriormente criticado por los teóricos del modelo social, ya que consideran que “*impone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad*”, contribuyendo a una forma de dependencia. (Barton, 1998: 24-25). Como señalan Palacios y Buffini (2007: 18) la persona con discapacidad en el modelo médico se considera desviada de un supuesto estándar de normalidad que no es una construcción neutra, “*sino que se encuentra sesgada a favor de los parámetros físicos y psíquicos de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante*”.

En la actualidad, en el cambio de paradigma al que estamos asistiendo, ha surgido el **modelo integrador** como respuesta avanzada del paradigma de la rehabilitación⁵, el cual ha tratado de transformar el modelo médico, articulándolo con algunas concepciones del paradigma de la autonomía personal, aun manteniendo el centro de su análisis en las deficiencias médicas. No hay que olvidar que este *modelo integrador* o *modelo bio-psico-social* trata de articular las concepciones médicas y psicológicas de la discapacidad con las concepciones sociales del modelo social emergente, que veremos a continuación. Desde la perspectiva de Kuhn, en los momentos históricos de cambio de paradigma, el paradigma a reemplazar trataba de reformularse y reconvertirse para no perder su hegemonía. Considero que esto ha sucedido con respecto a este modelo integrador, que es una reformulación de un modelo médico. Es significativo que la institución que lo sustenta es la Organización Mundial de la Salud y el documento en el que se expone es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*.

Si analizamos a grandes rasgos esta Clasificación (OMS, 2001), podemos ver que el objetivo que expone “*es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud*” (OMS, 2001). Esta clasificación agrupa las distintas situaciones de un individuo en un determinado estado de salud. El concepto de funcionamiento sería un término global, que hace referencia a todas las actividades corporales, actividades y participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. También se enumeran factores ambientales o contextuales, que interactúan con todos los elementos anteriores (OMS, 2001). Como se puede comprobar, en el documento se revelan las implicaciones médicas, dejando las implicaciones sociales en un segundo plano. En este sentido, no pretendo señalar que una clasificación de este tipo no sea útil para la intervención médica y sanitaria de las personas con discapacidad, sino que sería un error pensar que el análisis sociológico o la planificación de las políticas públicas hacia este colectivo (a excepción, y no de manera tajante, de las sanitarias), tengan que seguir sus enunciados como perspectiva de referencia, pues únicamente señala que existen factores contextuales (ambientales o sociales) que interactúan con los estados de salud. Por otro lado, a pesar de que hace mención a las *limitaciones en la actividad* y a las *restricciones en la participación*, no lo hace desde una perspectiva social, sino que las define con relación al individuo, es decir, como limitaciones o restricciones que un individuo experimenta. Luego sí que menciona que existen factores contextuales negativos, barreras, pero no las articula claramente con las limitaciones y restricciones en sus respectivas definiciones. Aún así, la CIF pretende ser vehículo integrador de “*diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo*” (OMS, 2001).

⁵ Mi tesis, en este sentido, no se corresponde esta vez con la de Jiménez Lara (2007) y otros autores, que señalan que este nuevo modelo es una síntesis del modelo médico y el modelo social, que abre camino al desarrollo de un nuevo paradigma. Desde mi punto de vista, este modelo responde a una concepción aún médica o rehabilitadora de la discapacidad, pues a pesar de tener en cuenta los factores sociales, sigue centrando el núcleo de análisis y de intervención exclusivamente en el individuo, aunque asuman la incidencia de los factores *contextuales* en la emergencia y el desarrollo de la discapacidad. Para Antonio Jiménez Lara, esta perspectiva es una síntesis integradora “*que relaciona los niveles biológico, personal y social en los que se desarrolla la discapacidad, y fundamenta actuaciones dirigidas a incidir de forma equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos*” (Jiménez Lara, 2007).

El paradigma de la autonomía personal. El modelo social y el modelo de la diversidad funcional

Volvemos otra vez a Antonio Jiménez Lara para recoger una definición de este paradigma. “**El paradigma de la autonomía personal** centra el núcleo del problema en el entorno, y no en la deficiencia o la falta de destreza del individuo. Consecuentemente, centra su campo principal de intervención en revertir la situación de dependencia ante los demás, y afirma que ese problema se localiza en el entorno, incluyendo en el concepto de entorno al propio proceso de rehabilitación, pues es ahí donde a menudo se genera o se consolida la dependencia” (Jiménez Lara, 2007: 190).

Desde la perspectiva de este nuevo paradigma, el núcleo central del análisis ya no está en la persona individual con una deficiencia de salud, sino en lo social, en el entorno que es el que discapacita, generando o consolidando la exclusión.⁶

El principal modelo de este paradigma es el **modelo social**, que “enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, considerando que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino el resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social. Por consiguiente la solución exige la acción social, y la sociedad tiene la responsabilidad colectiva de realizar las modificaciones necesarias en el entorno para facilitar la plena participación en todas las esferas de la vida social de las personas con discapacidad. En el nivel político, esta responsabilidad se configura como una cuestión de derechos humanos” (Jiménez Lara, 2007: 178). Por lo tanto, sin negar que efectivamente hay un sustrato médico o biológico, el modelo social considera que lo importante

⁶ A pesar de la marginación habitual de la discapacidad en la teoría sociológica de la que hablan los teóricos del modelo social (Oliver, 1998: 35), podemos encontrar algunos tímidos acercamientos a la discapacidad en las *teorías funcionalistas* y las del *interaccionismo simbólico* (López González, 2006). No obstante, estas teorías, aunque sociológicas, se impregnan de la concepción social de la discapacidad como patología y tragedia individual propia del modelo médico (Oliver, 1998).

Las *teorías funcionalistas* se han basado en los análisis de Parsons relacionados con el papel del enfermo y la discapacidad, como forma de desviación social. La enfermedad es una situación indeseable que el individuo deber resolver por su cuenta, acudiendo a la rehabilitación o atención médica, para retornar a un estado de salud normal. En el caso de la persona con discapacidad, la persona adopta un rol de impedido, aceptando la dependencia. El precio sería el de convertirse en ciudadano de segunda clase. (Oliver, 1998: 36) Estos análisis no tienen en cuenta los factores socioeconómicos que pueden actuar como condicionantes de la actuación y presupone que todas las personas con discapacidad actuarían de una misma forma. En autores posteriores, la discapacidad se enfoca desde el punto de vista de la aceptación y la asunción de tantas funciones normales como sea posible, recayendo todo el peso de la responsabilidad en la persona que tiene una discapacidad y señalándose una total dependencia hacia los profesionales de la rehabilitación para devolver a la normalidad y la acogida psicológica de una identidad “discapacitada” (Oliver, 1998: 36-37).

También desde un punto de vista sociológico (si se quiere, “microsociológico” o psicopsociológico), se ha analizado la realidad de las personas con discapacidad por medio del *interaccionismo simbólico*, que analizaban el sentido, la identidad y el proceso de etiquetado. Goffman (2006) utiliza el concepto de *estigma* en las interacciones sociales entre lo “normal” y lo “anormal”, aunque, como critica Oliver, basadas más en las percepciones del grupo dominante que en las del grupo estigmatizado. (Oliver, 1998: 38) Estas teorías también aluden a lo que Oliver ha denominado *tragedia personal*. No obstante, el análisis de la discapacidad desde lo interpersonal, la estigmatización, aunque cuestiona que los problemas asociados a la discapacidad sean resultado de insuficiencias individuales (Barnes, 1998: 60), sigue pareciendo incompleto, pues no articula su microanálisis con las condiciones estructurales de discriminación. Abberley (2008: 45) señala que “debido a su imposibilidad de vincular las relaciones interpersonales con la base material sobre la que tienen lugar las interacciones, los estudios interaccionistas nunca pueden ir más allá del nivel del relato descriptivo e implícitamente justificativo”. En España, García de la Cruz (2008) o dicho autor junto a Juan Zarco (2004 y 2007) han utilizado más recientemente la perspectiva del interaccionismo simbólico para el análisis de la discapacidad, desde la metáfora del espejo social.

son las características del entorno, que es el que define a la persona como “discapacitada” y no las características de funcionamiento de la persona⁷.

El Modelo Social entiende la sociología de la discapacidad como sociología emancipadora que tiene como objetivo la consecución de una sociedad sin barreras (Barton, 1998: 22), por lo que los teóricos de este modelo van a ir ligados a los movimientos sociales en torno a la discapacidad, en concreto, al movimiento por una vida independiente (Abberley, 1998: 92). Son estos movimientos sociales los que ayudaron a configurar, con su acción previa, un modelo social de la discapacidad. Algunos autores, como Verdugo (-: 7), van a criticar esa concepción ideológica del modelo social. Sin embargo, en el campo de la filosofía de la ciencia en nuestros días es comúnmente aceptado que todo conocimiento científico (ya sea de las ciencias sociales o de las ciencias naturales), va acompañado de unos valores, una ideología o un modo de ver el mundo, y que es preferible, en pos de la objetividad, hacerlos explícitos antes que subsumirlos en una pretendida racionalidad científica o un falso positivismo neutral, como ha sucedido en el pasado con la perspectiva médica.

El modelo social, como es lógico (aunque en ocasiones no lo hace demasiado explícito) sí que considera que existe un sustrato fisiológico de la discapacidad⁸ que lleva a requerir, bien de un modo puntual, bien con cierta continuidad, de apoyos médicos (Barton, 1998: 25). Pero ese enfoque terapéutico, desde su perspectiva, debería orientarse no a la adaptación (como en el modelo médico) sino a la *capacitación*, yendo necesariamente acompañado de cambios más profundos en las estructuras sociales y económicas (Oliver, 1998: 49). Lo que rechaza el modelo social es que se definan las relaciones de las personas con discapacidad con el resto de la sociedad o, incluso, “*su identidad*” (Barton, 1998: 25), de acuerdo con las implicaciones médicas, biológicas o psicológicas (como en las *teorías del duelo* o de la *tragedia personal*) de inferioridad o de *no-normalidad*. Es decir, que la posición social de este colectivo no debe estar condicionada por el hecho de no estar dentro de los parámetros de salud considerados como *normales*.

La individualización de los problemas de la discapacidad, según se concebía en el modelo médico, servía a la clase dominante para que no se cuestionaran las estructuras sociales y económicas (Oliver, 1998: 45). Por el contrario, para los teóricos del modelo social, “*el problema de la discapacidad atañe a la sociedad, no a los individuos, y las investigaciones deberían ocuparse en identificar de qué forma la sociedad incapacita a las personas, más que de los efectos sobre los individuos*” (Oliver, 1998: 47).

Y no sólo es importante analizar en qué medida la sociedad incapacita a las personas con “insuficiencias o deficiencias” en tanto que las sitúa en una posición de desventaja social con respecto a las que no las tienen, sino que también es imprescindible analizar en qué medida buena parte de las insuficiencias son producto social. Como señala Abberley (2008: 41), “*en lo que respecta a la mayoría de las personas con discapacidad del mundo, la incapacidad es principal y muy claramente el resultado de factores sociales y políticos⁹ y no un hecho natural inevitable*”, incluso cuando hablamos de aquellas discapacidades congénitas y/o hereditarias, como son buena parte de las intelectuales. Es decir, las discapacidades no son el producto biológico de la debilidad de determinados individuos (como en cierta medida se ha asumido), sino que en la mayoría de los casos surgen de factores sociales, que provocan las deficiencias funcionales motoras, sensoriales o intelectuales. Incluso en el caso de las enfermedades mentales, a pesar de la posible predisposición biológica que pueda

⁷ “*La discapacidad no está causada por las limitaciones funcionales, física o psicológicas de las personas con insuficiencias, sino por el fracaso de la sociedad en suprimir las barreras y las restricciones sociales que incapacitan*” (Oliver, 1998: 47).

⁸ Aunque algunas críticas lo consideren reduccionista social, o le asignen metonímicamente a dicho modelo comportamientos de determinados grupos con discapacidad –como algunas comunidades sordas– que han reivindicado su identidad común y diferenciada.

⁹ En cierta medida, aunque con reservas, esta perspectiva sí que se puede considerar que se ha introducido en el modelo integrador de la CIF (OMS, 2001)

tener una persona a adquirirlas o no, son las condiciones del medio social las que las desencadenan, y es una atención sociosanitaria adecuada o inadecuada (otro factor “social”, entendido como respuesta que una sociedad da a una discapacidad), la que favorece o impide que una persona con enfermedad mental pueda llevar una vida *normalizada* a todos los niveles. Por lo tanto, la discapacidad se puede considerar tanto *variable independiente* que favorece unas condiciones sociales determinadas de exclusión a las personas con discapacidad en comparación con las personas sin discapacidades, como *variable dependiente*, pues frecuentemente es producto de determinados contextos y factores sociales desfavorables.

Frente a las antiguas perspectivas sociológicas funcionalistas o interaccionistas de de la discapacidad, el modelo social busca una explicación materialista de la producción de la discapacidad. Oliver (1990), la consideró como una condición medicalizada e individualizada dentro de las relaciones sociales de producción en el sistema capitalista, que originaban la exclusión social y económica del colectivo, ya que las personas con insuficiencias estaban en posición de desventaja como mano de obra en las fábricas industriales, debido a la velocidad del trabajo y las reglas de producción existentes en las mismas. Las relaciones económicas (tanto en el mercado de trabajo como en la organización social del mismo), “*desempeñan un papel clave en la producción de la categoría de discapacidad y en la determinación de las respuestas de la sociedad a las personas con discapacidad*” (Oliver, 1998: 49-50). Al mismo tiempo, el desarrollo de la profesión médica legitimó categorías de personas válidas y no válidas en busca de la perfección (biológica) del ser humano: a las personas con discapacidades se les etiquetó como enfermas y se les ubicó en diversas instituciones médicas, considerando que su problema era más una tragedia personal accidental y aleatoria. De su análisis histórico y antropológico, concluye que esa visión medicalizada y de tragedia personal de la discapacidad era exclusiva de las sociedades capitalistas. En otras sociedades, la discapacidad se entendía de un modo distinto (Oliver, 1990).

Pero otros autores del modelo social, como Morris o Shakespeare, consideraron que no debería analizarse la discapacidad exclusivamente desde una perspectiva materialista, sino que también se debería tener en cuenta la experiencia de las personas con discapacidad y el papel que juega la cultura en la opresión o discriminación del colectivo (Barnes, 1998: 64). La discriminación de las personas con discapacidad, por lo tanto, no tiene exclusivamente su origen en relaciones de producción materiales, sino que existen también factores subjetivos, tanto con respecto a prejuicios¹⁰ que se originan en las representaciones culturales de las personas con discapacidad, como en las propias identidades individuales de las mismas (Shakespeare, 1994). No obstante, el desarrollo de políticas de identidad colectiva de los nuevos movimientos sociales de las personas con discapacidad (movimientos por la vida independiente) ha permitido que la experiencia de la discapacidad se reinterprete de un modo positivo (Oliver, 1998: 49).

El modelo social, con la riqueza de sus matices, cuestiona, por lo tanto, que la identidad de la persona con discapacidad se tenga que construir en función de términos médicos relativos a las deficiencias personales (físicas, sensoriales o intelectuales), pues en ello existen relaciones de poder en las que son grupos significativos (profesionales del campo sanitario) los que definen la identidad de los otros, los *discapacitados* (Barton, 1998: 25)¹¹.

Por otro lado, como señala Abberley, la noción de “*insuficiencia* (o deficiencia¹²) *no es natural, sino* (que es)

¹⁰ “*Este prejuicio no es sencillamente interpersonal* (como en Goffman y el interaccionismo simbólico), *está implícito en la representación cultural, en el lenguaje y en la socialización*” (Barnes, 1998: 64)

¹¹ A este respecto, otra de las principales críticas al modelo social es que éste se refiera a la discapacidad desde situaciones sociales, comunes o compartidas por un colectivo de personas. Según Verdugo (-: 8), desde una perspectiva psicológica y de acuerdo con un modelo bio-psico-social, sólo se puede hablar de *situaciones de discapacidad individuales*, lo cual excluiría, a mi criterio, las definiciones de discapacidad que identifican a un colectivo que comparte unas barreras o unas situaciones de discriminación determinadas.

¹² En el texto referente de Abberley, se utiliza *insuficiencia* como traducción de *impairment*. Este concepto que utiliza Abberley, se tradujo en España como *deficiencia*, de acuerdo con la anterior clasificación de la Organización Mundial de

una categoría que cambia a lo largo de la historia” (Abberley, 1998: 77). En este sentido, desde su punto de vista es importante analizar sociológicamente la insuficiencia o deficiencia, “ya que ésta es el sustrato material sobre el que se erigen las estructuras sociales opresoras de la discapacidad” (Abberley, 1998: 79). Y prosigue en la página siguiente, “no es una categoría abstracta, porque siempre y sólo ocurre en un contexto social e histórico que determina su naturaleza”. En cuanto existen modificaciones en la concepción de lo que se considera insuficiencia y lo que no; en cuanto las insuficiencias son producidas por la realización de determinadas pautas sociales¹³; en cuanto una insuficiencia se puede prevenir, erradicar, disminuir sus efectos (o, por el contrario, actuar negligentemente con respecto a la misma) dependiendo de unas prácticas sociales determinadas en el sistema de atención sanitaria; se puede considerar que las insuficiencias son, desde el punto de vista sociológico, un factor clave para analizar la exclusión de las personas con discapacidad. Abberley ve, por lo tanto, como una forma de opresión tanto la negación de un tratamiento de una insuficiencia cuando éste es posible y deseado, como la obligación a recibir un tratamiento que rectifique (de manera no deseada) a una persona con discapacidad (Abberley, 1998: 80). Lo importante, en este sentido, es desmontar la idea de que la insuficiencia se ubica en el individuo y la discapacidad en la sociedad, tal y como defiende la Organización Mundial de la Salud, ya que esto es lo que justifica las formas de exclusión o de opresión del colectivo.

No quisiera terminar este apartado sin hacer mención al emergente **modelo de la diversidad funcional** que, también dentro del paradigma de la autonomía personal, se ha erigido como un intento de superación del anterior. Aunque de origen relativamente reciente, está desarrollando una producción teórica y sobre todo conceptual significativa. Este modelo, que va también de la mano del activismo (sus principales representantes son miembros activos del Foro de Vida Independiente en España), tiene, como principal originalidad con respecto al modelo social, la utilización del concepto de diversidad funcional en contraposición a otros términos que se han usado habitualmente pero que tienen connotaciones peyorativas: invalidez, minusvalía e, incluso, discapacidad. Su perspectiva de análisis es social (y jurídica), pero también bioética, enfocando la discriminación desde el plano de los derechos. Por eso, uno de los principios fundamentales en los que se basa (junto a la diversidad y la igualdad de derechos) es el de *dignidad*, tanto en su dimensión intrínseca como en su dimensión extrínseca. Considera que la clave para delimitar la pertenencia a este colectivo no está en la diversidad funcional sino en la discriminación¹⁴ y que uno de los principales instrumentos para superar esa discriminación es el Derecho (Palacios y Romañach, 2006), por lo que en cierta medida va a ser útil incorporar su perspectiva en la articulación de una teoría sociopolítica de la ciudadanía y una teoría social de la discapacidad, identificada con algunos de los principios teóricos de la ciudadanía de la diferencia.

Si la publicación referente del paradigma rehabilitador es la *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, el paradigma de la autonomía personal tiene como referencia un texto normativo internacional que nace en el seno de la Organización de

la Salud (OMS) de 1980: Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM). En la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de 2001, el término *impairment* o *deficiencia* se mantiene. Considero que la traducción como *insuficiencia*, aunque menos utilizada, es menos peyorativa que la comúnmente aceptada, *deficiencia*, que tiene una connotación más negativa.

¹³ Como ocupaciones laborales de riesgo que desembocan en incapacidades permanentes, medicamentos que desencadenan daños cerebrales en las funciones motoras o intelectuales, entre otras (Abberley, 2008: 40).

¹⁴ Palacios y Romañach (2006: 35), utilizan este significativo ejemplo para mostrar que es la discriminación y no la diversidad funcional la que delimita en mayor medida la pertenencia a este colectivo: “Así, por ejemplo, una persona miope tiene ojos que funcionan de otra manera y por lo tanto tiene una diversidad funcional, pero al existir soluciones socialmente extendidas como las gafas, no sufre ninguna discriminación por su diferencia y por lo tanto no formará parte del colectivo definido como el de mujeres y hombres con diversidad funcional. Sin embargo, cuando las gafas, lentillas o elementos similares se demuestran insuficientes, la persona pasará a ser discriminada por su diversidad funcional ya que, por ejemplo, no recibirá la misma información escrita y de orientación que el resto de la sociedad, y pasará a ser miembro del colectivo de mujeres y hombres discriminados por su diversidad funcional”.

Naciones Unidas (ONU), la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Una sociología de la discapacidad entre lo objetivo y lo subjetivo

Llegado a este punto, podemos reflexionar sobre cómo analizar sociológicamente la discapacidad, teniendo en cuenta lo ya explicado. Con el paso de los años, la producción teórica sobre discapacidad desde la perspectiva del modelo social se ha extendido a otras latitudes, ampliando también sus corrientes analíticas.

Para ello, planteamos conveniente (y necesario) converger la perspectiva estructural (aportando datos *objetivos* macrosociológicos y macroeconómicos que nos demuestren que el hecho de tener una discapacidad condiciona una peor posición de la persona en la estructura social) y la perspectiva simbólica, dando especial importancia a lo *subjetivo* mediante el método *narrativo*, o lo que es lo mismo, dando voz a la experiencia personal, a la vivencia de la discapacidad, por parte de las propias personas que pertenecen al colectivo, para así conocer el papel que ejerce la discapacidad en la construcción de su propia identidad.

En los intentos de materializar esta síntesis estructural y simbólica, destaca, particularmente, la incorporación, por parte de autores como Ferreira, del concepto de *habitus de Bourdieu* para el análisis de las relaciones entre discapacidad y sociedad (Ferrante y Ferreira, 2008).

La disyuntiva entre sociedad e individuo, entre las corrientes materialistas o estructuralistas y las teorías de la acción racional, ha acompañado al debate sociológico prácticamente desde el origen de la disciplina. Incluso en un terreno apenas inexplorado como el de la sociología de la discapacidad, han existido tanto perspectivas interaccionistas (Goffman) como corrientes materialistas (Modelo Social). Algunos sociólogos, como Giddens o Bourdieu, trataron de articular ambas perspectivas aparentemente contrapuestas. Cobra especial importancia, como dijimos, el concepto de *habitus bourdieano* en tanto que *estructura estructurante*. “*Tanto por los condicionantes prácticos (obstáculos materiales) como por los referentes representacionales (depreciación simbólica), el habitus de las personas con discapacidad se configura, operativa y simbólicamente, como el de un colectivo segregado del conjunto de la comunidad, homogeneizado por su insuficiencia, su incapacidad y su valía reducida respecto de las suficiencias, capacidades y valías de la generalidad de la población no discapacitada*” (Ferreira, 2008). El *habitus* de la persona con discapacidad quedaría configurado por un entorno discapacitante; no obstante, sus relaciones con el entorno podrían cambiarlo en la medida en que se articulan las acciones favorables para ello.

Ferrante y Ferreira (2008), aplican el concepto de *habitus* en concreto dentro del *campo* (otra noción bourdieana) de la salud, cuyas prácticas quedarían encarnadas en el *cuerpo* (entendido desde el punto de vista fenomenológico) de las personas con discapacidad: “*la noción bourdieana de habitus hace explícita cómo la práctica cotidiana de esas personas, una práctica encarnada, aplica, de manera no consciente, los esquemas legítimos de representaciones y prácticas que la ciencia médica ha consolidado históricamente; o más propiamente los esquemas de un campo ampliado de la salud en el que la ciencia médica ha extendido su monopolio, implicando atribuciones de carácter ético y estético al cuerpo: el cuerpo bueno-bello-sano como canon regulador. Además, la noción de trayectoria social, con las determinaciones diferenciales que supone sobre los habitus según la formulación de Bourdieu, complementa el análisis foucaultiano al proponer una visión de la dominación anclada directamente en los procesos cotidianos, como procesos articulatorios de lo propiamente individual y subjetivo y lo estructural e institucional (conexión indisociable, en términos prácticos, entre el cuerpo individual y el cuerpo colectivo)*”.

El análisis sociológico de la discapacidad a través del concepto de *cuerpo* no es nuevo. Hughes y Paterson (2008), emplearon el concepto de cuerpo desde una perspectiva fenomenológica y postestructuralista, considerándolo como resultado de procesos sociales y, en el caso del cuerpo con discapacidad (cuerpo *no-legítimo*

en los términos expresados por Ferreira y Ferrante), como encarnación del impedimento, frente al atributo del *cuerpo normal* o, incluso, del *cuerpo perfecto*. El cuerpo, por lo tanto, como metáfora al tiempo que árbitro de lo que es “lo normal” y “lo no-normal”.

Ya Abberley (2008: 44) señalaba que “para las personas con discapacidad el cuerpo es el lugar de la opresión, tanto en forma como en cuanto a lo que se hace con él”. Es cierto que el cuerpo encarna las formas de opresión (o dominación) de las personas con discapacidad física y sensorial, pero no tiene por qué encarnar las de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. Es cierto, también, que el cuerpo de las personas con discapacidad física o sensorial, se opone en la mayoría de los casos al ideal postmoderno del cuerpo perfecto. Pero, ¿qué ocurre con las discapacidades o deficiencias que no necesariamente se somatizan en el cuerpo? Las interacciones con el cuerpo de la persona con discapacidad que no puede utilizarlo totalmente por sí mismo, pueden suponer “prácticas esclavizantes” (Hughes y Paterson, 2008) en la atención, en los cuidados, en la asistencia personal; esas “prácticas esclavizantes”, ¿en qué medida son análogas a las experiencias de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, en cuanto se hacen efectivas restricciones a la participación por el hecho de considerar que esa persona no está capacitada para tomar decisiones —en el caso de la *incapacitación jurídica*, por ejemplo? ¿Pueden articularse esas “prácticas esclavizantes” de las personas con discapacidad intelectual bajo el concepto de cuerpo?

El concepto de *habitus* puede ser bastante útil, a falta de someterlo a la investigación empírica, para analizar la situación de las personas con discapacidad articulando lo subjetivo y lo estructural, a pesar de que aún presenta limitaciones, desde mi punto de vista, en tres vertientes: por un lado, porque se ha concebido el *habitus* de la discapacidad como concepto homogeneizador de las prácticas de personas quizá muy diversas y distintas; por otro lado, porque aún presenta limitaciones para sacarlo de la cotidianeidad y analizar el acceso del colectivo a los espacios públicos; por último, porque aún se presenta el reto, como ya decíamos con respecto al cuerpo, de relacionarlo con todos los tipos de discapacidades. Quizá una vía por la que debería proseguir el análisis en torno al *habitus* sea el de las relaciones de las personas con discapacidad en otros *campos* más allá del de la salud, y la articulación con otro importante concepto *bourdieano* como el de *capital*, clave también para el anclaje explicativo de la teoría de la estructura-acción del pensador francés.

Discrepo personalmente de la utilización del concepto de *cuerpo*, pues quizá no sea el más adecuado para una teoría social de la exclusión de todo el colectivo de personas con discapacidad. La utilización de un término de estas características, aunque con intereses distintos, incluso puede legitimar las concepciones del modelo médico en el que se hace énfasis en las diferencias biológicas entre los tipos de discapacidades. Al fin y al cabo, si el modelo social pretende analizar la situación de las personas con discapacidad socialmente, en contraposición al modelo médico que individualiza y atomiza la discapacidad, concibiendo sus prácticas sociales y los modos de interacción social de acuerdo con clasificaciones médicas de deficiencias y subdeficiencias, no sería adecuado fundamentar la construcción teórica sociológica en conceptos que excluyen a una gran parte de la población del colectivo, y que sólo es estrictamente adecuado para las discapacidades físicas y sensoriales.

En tanto que existen elementos estructurales más o menos tangibles que sí se pueden considerar análogos, aunque diversificados, a todos los tipos de discapacidad o diversidad (restricciones, barreras, limitaciones impuestas y/o legitimadas socialmente), así como también referentes representacionales en el plano de lo simbólico¹⁵, la riqueza de un análisis sociológico ha de centrarse en ellos, sobre todo si éste tiene una voluntad transformadora. Las barreras y condiciones estructurales y representacionales son las que limitan la participación, independientemente de que esas barreras o esas formas de opresión se proyecten al cuerpo tangible de

¹⁵ Podemos considerar que los obstáculos y barreras, como condiciones estructurales, son definidos por un constructo social compartido de lo que es discapacidad (fruto tal vez de una acción racional que es colectiva), al mismo tiempo que las interacciones que se producen dentro de la sociedad entre y con las personas con discapacidad tienen como referencia simbólica dicho constructo social compartido y están delimitadas por las condiciones estructurales existentes: barreras, obstáculos, limitaciones...

la persona con discapacidad física o sensorial, o a la posibilidad de conocer y tomar decisiones de la persona con discapacidad intelectual o enfermedad mental. Puede que el término más adecuado para estas últimas, procedente de la psicología social, sea el de *auto-concepto*, como análogo al de *cuerpo*, para definir la estructura tangible de la persona con discapacidad intelectual o enfermedad mental en la que se manifiesta la dominación social. Si abordamos ese análisis en el que interaccionan las condiciones estructurales con las prácticas cotidianas de las personas con discapacidades en torno al *habitus*, considerando que en el cuerpo se encarnan esas formas de dominación del campo de la salud, no podemos dejar de acompañar la noción de *cuerpo* con la noción de *auto-concepto*, pues es aquí donde se encarnan las prácticas de dominación hacia las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. Incluso, podremos afirmar que analizar la concepción social de la discapacidad limitada al campo de la salud, a pesar de que en el pasado se hayan definido las relaciones de las personas con discapacidad con la sociedad en función de este campo, reduce una realidad que se manifiesta de manera mucho más compleja y recurrente en otros muchos campos.

Este análisis excede a los objetivos de este estudio, aunque puede ser interesante retomar en un futuro esta vía de indagación para articular una teoría social más compleja, que abarque las situaciones de exclusión de todas las personas con discapacidad, sin olvidar que la importancia para el análisis social radica en los condicionantes estructurales que limitan la participación e inclusión de las personas con discapacidad (y que se proyectan en éstas, ya sea en su cuerpo o en su auto-concepto).

Conclusiones

Con este trabajo, se ha pretendido realizar un acercamiento a la discapacidad desde una perspectiva sociológica, partiendo de sus fundamentos. ¿Cuáles son las dimensiones sociales de la discapacidad? ¿Cómo analizar sociológicamente la discapacidad? Por lo tanto, la primera premisa es partir de la *duda epistemológica* y mostrar una postura analítica crítica acerca de cómo se ha construido el concepto de discapacidad y cómo se ha subsumido el componente común (que es el más social) en una extensa y prácticamente inabarcable clasificación de deficiencias y subdeficiencias médicas.

Hemos visto que la discapacidad no es un concepto neutro, sino que está socialmente construido, y que cambia casi al mismo tiempo que se transforman nuestras sociedades. Incluso, puede considerarse lo mismo para el concepto de deficiencia o insuficiencia, como bien dijimos.

Podemos analizar entonces la discapacidad desde un punto de vista sociológico como *variable dependiente*, pues puede ser producto de determinados contextos, prácticas sociales y factores desfavorables y, principalmente, como *variable independiente*, pues la discapacidad es un factor de exclusión social que tiene una gran relevancia en la posición social que ocupan las personas con discapacidad en relación con las personas sin discapacidades dentro de la estructura social; pero no por cuestiones adaptativas, sino puramente sociales, de discriminación.

Es también harto imprescindible analizar los procesos de construcción de la identidad de las personas con discapacidad, así como las representaciones simbólicas que la sociedad posee del colectivo. De esta manera, la sociología de la discapacidad ha de tratar de identificar los mecanismos y procesos sociales a través de los cuales se lleva a cabo esa exclusión social de las personas con discapacidad en el acceso a bienes y recursos, en las prácticas sociales cotidianas y en el ejercicio de su vida pública.

Es obvio que para cumplir con estos objetivos, se ha de trazar una línea gruesa que funda la perspectiva estructuralista y la perspectiva interaccionista, ya sea mediante una teoría de la acción racional, mediante la teoría de estructura-acción de Bourdieu (con sus tres conceptos fundamentales: *habitus*, *campo* y *capital*), mediante la teoría de la ciudadanía (por la cual me inclino) o bien por una compleja conjunción de todas ellas.

Más allá de una sociología de la discapacidad *positiva* que analice la situación de las personas con discapacidad en la sociedad, su posición social, las barreras estructurales y simbólicas que obstaculizan su integración, así como los procesos de conformación de su identidad, la sociología de la discapacidad ha de ser también *normativa* (Aguiar, De Francisco y Noguera, 2009: 450), es decir, ha de ocuparse de cómo debe ser esa inclusión social de las personas con discapacidad, orientándose a la supresión de las barreras discriminatorias, impulsando el sentimiento de pertinencia y la integración del colectivo dentro la sociedad. Por lo tanto, ha de ejercer un papel crítico y transformador en la sociedad, recomendando y reivindicando las actuaciones que mejoren la accesibilidad y reduzcan los obstáculos a la inclusión en igualdad de condiciones. Por lo tanto, el análisis sociológico de la discapacidad ha de ir unido a la *praxis social*. Como sociólogos no nos podemos quedar en el camino de la reflexión y del estudio, sino que hemos de pasar a la acción, como facilitadores de los procesos de cambio social. Desde mi punto de vista, la *teoría sociopolítica de la ciudadanía* puede ser de gran utilidad en la articulación de los tres ejes descritos: teoría, investigación empírica y praxis social.

Bibliografía:

- Abberley, P. (1998): "Trabajo, utopía e insuficiencia". En Len Barton (comp.): *Discapacidad y sociedad*, Ediciones Morata. Madrid, pp. 77-96.
- Abberley, P. (2008): "El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad". En Barton, L. (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Ediciones Morata, Madrid, pp. 34-50.
- Aguiar, F., De Francisco, A., Noguera, J.A (2009): "Por un giro analítico en sociología". En Revista Internacional de Sociología (RIS), Vol. 67, Nº 2, Mayo-Agosto, pp. 437-456, año 2009.
- Barnes, C. (1998): "Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas con discapacidad en la sociedad occidental". En Len Barton (comp.): *Discapacidad y sociedad*, Ediciones Morata. Madrid, pp. 59-76.
- Barton, L. (1998): "Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos". En Len Barton (comp.): *Discapacidad y sociedad*, Ediciones Morata. Madrid, pp. 19-33.
- Beltrán, M. (1985): "Cinco vías de acceso a la realidad social". En REIS, nº 29, pp. 7-41.
- Casado, D. (1991): *Panorámica de la discapacidad*. INTRESS, Barcelona.
- Ferrante, C. y Ferreira, M. A. V.: "[Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad](#)" (Revista Argentina de Sociología; en proceso de evaluación; 2007)
- Ferreira, Miguel A. V. (2008): "Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), Nº 124, pp. 141-174.
- Foucault, M. (2008): *El orden del discurso*. Tusquets Editores, Barcelona.
- García de la Cruz, J. J. y Zarco, J. (2004): *El espejo social de la mujer con gran discapacidad*. Madrid, Fundamentos.
- García de la Cruz, J. J. y Zarco, J. (2007): *La familia discapacitada*. Editorial Fundamentos, Madrid.
- Garzón, K. (2007): "Discapacidad y procesos identitarios", en Revista Científica de Salud. Bogotá (Colombia), 5 (2): 86-91, julio-septiembre 2007
- Goffman, E. (2006): *Estigma. La identidad deteriorada*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Hughes, B. y Paterson, K. (2008): "El modelo social de discapacidad y la desaparición del cuerpo. Hacia una sociología del impedimento". En Barton, L. (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Ediciones Morata, Madrid, pp. 107-123.

- Jiménez Lara, A. (2007): "Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes". En De Lorenzo, R. y Pérez Bueno, L. C.: *Tratado sobre Discapacidad*, Editorial Thompson Aranzadi, Madrid.
- Kuhn, T. S. (1975): *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica, Madrid.
- López González, M. (2006): *Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal*. Disponible en Internet.
- Oliver, M. (1990-93): *The Politics of Disablement*, Macmillan Press.
- Oliver, M. (1998): "¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?". En Len Barton (comp.): *Discapacidad y sociedad*, Ediciones Morata. Madrid, pp. 34-58.
- Oliver, M. (2008): "Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas". En Barton, L. (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Ediciones Morata, Madrid, pp. 19-33.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001): *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007): *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca. Madrid.
- Palacios, A. y Románach, J (2006): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas-AIES.
- Pantano, L. (1987): *La discapacidad como problema social*. Editorial Eudeba, Buenos Aires.
- Shakespeare, T. (1994): "Cultural representations of disabled people: dustbins for disavowal", *Disability and Society*, Vol. 9, N° 3, p. 283-300.
- Verdugo, M. A. "La concepción de la discapacidad en los modelos sociales" conferencia realizada en el ciclo: *¿Qué significa la discapacidad hoy?*