



CUERPO Y *HABITUS*: EL MARCO ESTRUCTURAL DE LA EXPERIENCIA DE LA DISCAPACIDAD

Carolina Ferrante

Universidad Nacional de San Martín

Miguel A. V. Ferreira

Universidad Complutense de Madrid

Introducción

En un trabajo anterior (Ferrante, 2007), utilizando indicadores de la Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/3, ENDI, Complementaria del Censo 2001 (INDEC, 2003), hemos expuesto algunas consideraciones sobre la situación actual de las personas con discapacidad motora en Argentina. A partir de esos datos, tratando de reflexionar en un plano más amplio, y desde una perspectiva sociológica, la discapacidad cuestionábamos entonces la pertinencia de establecer la distinción entre *condición* y *situación* de discapacidad, tal cual ésta queda establecida en la nueva definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF (OMS, 2001). Según ésta, la discapacidad se entiende como las “limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social”.

Con esta nueva definición, que reemplaza a la previa de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, la Discapacidad y la Minusvalía, CIDDM (1980), a partir de un modelo bio-psico-social, se busca establecer una síntesis superadora, que integra elementos del modelo médico rehabilitador (que interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo), y del modelo social (para el cual la discapacidad es la resultante de las condiciones opresoras que el medio social impone a quienes la poseen). De este modo, la discapacidad poseería dos dimensiones: existe una “situación de discapacidad”, es decir, ciertas condiciones generales —tanto cuantitativas como cualitativas— que la discapacidad incorpora como atributos objetivos en un contexto particular, y una “condición de discapacidad”, que evidenciaría la experiencia individual de esas condiciones generales objetivas como vivencia subjetiva de la persona (Pantano, 2005). Así, situación y condición han de ser entendidas como dos caras o aspectos inseparables de la discapacidad: la cara “objetiva” y la cara “subjetiva” de la misma (Ferrante, 2007).

La precariedad en la que se encuentra el colectivo de personas con discapacidad motora en Argentina (*situación*) se evidencia por el hecho de que la gran mayoría de quienes lo integran no posee el certificado oficial de discapacidad, así como por las sustanciales diferencias con respecto a la población sin discapacidad en lo tocante al nivel educativo alcanzado. No obstante, tal situación no es homogénea: la experiencia de vivir la discapacidad (la *condición*) variaría de acuerdo a la *trayectoria social* del agente y, especialmente, a su carácter ascendente o descendente. Poseer un cuerpo no legítimo parece significar una desposesión en términos de *capital simbólico* que atravesaría al conjunto de las clases sociales; en el caso de las personas con discapacidad motora, las condenaría a una especie de muerte social que se expresaría en el cuerpo con una deficiencia motora encerrado en su casa (Bourdieu, 1998).

A nuestras consideraciones previas hemos de agregar ahora las interrogantes que nos ha suscitado la experiencia vital de una joven con discapacidad visual de la Ciudad de Buenos Aires. Un encuentro fortuito nos llevó a compartir viaje con ella y el resultado final ha sido una entrevista en profundidad que anticipa las carencias sobre las que se había definido previamente nuestro análisis de la discapacidad; evidencia una necesidad metodológica que habrá de orientar nuestro trabajo ulterior, la de proyectar la voz de los protagonistas sobre nuestros ejes interpretativos.

Esa voz es la que da sentido a las preguntas que nos planteamos: ¿establecer la distinción entre situación y condición de discapacidad no significará perpetuar la lógica del dualismo cartesiano cuerpo/ mente, proyectada en este caso —aunque no, obviamente, de manera mecánica— en la oposición individuo/ sociedad? ¿Podemos reflexionar en torno a la experiencia del cuerpo discapacitado sin pensarlo conjuntamente al cuerpo legítimo? ¿Por qué el cuerpo discapacitado es un cuerpo socialmente descalificado? ¿Es pertinente tomar como indicador de la precariedad de la situación de discapacidad la ausencia de certificación estatal? ¿En última instancia, no estaremos sosteniendo *únicamente* que el cuerpo discapacitado es un sujeto desvalido que requiere ser curado y objeto de asistencia? ¿No estará la clave para entender la falta de integración, más bien que en la ausencia de credenciales, en la ausencia de autonomía de las personas con discapacidad (Ferreira, 2007)?.

En el presente trabajo entonces, con la intención de proponer algunas respuestas abiertas a estos interrogantes, en un primer momento y de manera muy sintética expondremos algunas de nuestras consideraciones previas (Ferrante, 2007). A continuación, señalaremos los límites de ese análisis previo guiados por la voz de Laura, una joven ciega de 20 años, reconsiderando la experiencia del cuerpo discapacitado. No pretendemos fundamentar nuestro trabajo metodológicamente mediante una única entrevista en profundidad —ni tampoco dar carta de generalidad a sus propuestas—, sino tan sólo anticipar el sentido que puede adquirir, a partir de la voz de sus protagonistas, cierta perspectiva sociológica sobre la discapacidad.

La “situación de discapacidad” en Argentina, hoy

Si tuviéramos que describir la “situación de discapacidad” para el colectivo de las personas con discapacidad motora en la actualidad en Argentina podríamos utilizar la expresión de vulnerabilidad social (Castel, 1997). Como se ha señalado, en Argentina la gran mayoría de las personas con discapacidad no poseen el certificado que lo acredita: sólo el 14.6 % del total lo ha obtenido, alcanzando entre las personas con discapacidad motora un porcentaje todavía menor, tan sólo el 12.8%.

También hemos anticipado las significativas diferencias en términos de niveles educativos: así por ejemplo, entre las personas con discapacidad motora la amplia mayoría (el 80%) poseen hasta secundario incompleto, mientras que en la población total del país este porcentaje desciende a casi la mitad de la población. Este dato es significativo, puesto que la simple deficiencia fisiológica no sirve como argumento explicativo: la discapacidad motora no implica impedimentos intelectuales para la asistencia a establecimientos de enseñanza

formal. Pero más aún lo es por el hecho de que el *capital cultural institucionalizado* es uno de los principales factores que determinan la posición de los individuos en el *espacio social*.

Los datos de la ENDI nos permiten, además, comprobar que existen significativas diferencias en la experiencia práctica de vivir con una discapacidad motora que pueden ser asociadas a la posición en el espacio social ocupada por el agente¹, posición que depende del capital global acumulado por éste (Bourdieu, 1987): en una sociedad dividida en “clases todos los productos de un agente hablan inseparablemente por una sobredeterminación esencial de su clase (o mejor de su posición en el espacio social y su trayectoria ascendente o descendente) y su cuerpo, o más precisamente de todas las propiedades, siempre socialmente calificadas, de la que es portador, propiedades sexuales por supuesto, pero también físicas, alabadas, como la fuerza o la belleza, o estigmatizadas” (Bourdieu, 1991: 135).

En este sentido, la posesión de capital económico condiciona la vivencia de la discapacidad pues es fundamental para la posibilidad de recibir tratamientos (en gran parte financiados con presupuesto del hogar) o de adquirir ayudas técnicas externas. Entre quienes no reciben actualmente tratamientos de rehabilitación, un porcentaje muy significativo declaran que la causa es la falta de recursos económicos².

En la suma de capitales disponibles para las personas con discapacidad motora, junto al capital económico, el capital social es a su vez fundamental: como se acaba de mencionar, gran parte de los tratamientos son financiados por el grupo familiar, lo que no sólo implica recursos económicos, sino la movilización de los afectos y la activación de los recursos derivados de las relaciones próximas. Pero donde la relevancia del capital social poseído resulta más evidente es en el nivel de autovalimiento recogido por la encuesta: gran parte de las personas con discapacidad que pueden hacer tareas cotidianas “con ayuda”, como son las tareas domésticas, bañarse, hacer las compras, viajar en transporte público, lo hacen, en la amplísima mayoría de los casos, con el apoyo de la familia. A su vez, de cada diez personas con discapacidad motora, ocho dicen poder bañarse por sí mismas, seis pueden realizar las tareas domésticas, cinco hacer las compras y cinco viajar por sí mismas en transporte público (mientras que, por ejemplo, entre las personas con discapacidad auditiva, entre las cuales las barreras arquitectónicas parecerían influir menos, dadas las particularidades de la deficiencia, nueve de cada diez pueden viajar solas en transporte público).

Sirvan estos escuetos datos para ilustrar nuestras consideraciones preliminares (a fuer de no aburrir al lector, lo remitimos al trabajo ya señalado —Ferrante, 2007—, en el que se recogen más pormenorizadamente datos que la evidencian en extenso): la experiencia del “cuerpo alienado” se presenta de modo diferencial de acuerdo a la posición ocupada en el espacio social (Bourdieu, 1988). “El cuerpo para el otro” es un producto social: por un lado, sus propiedades “distintivas” se deben a las condiciones sociales de producción y, por otro lado, la mirada social no es un poder abstracto y universal sino “un poder social, que siempre debe una parte de su eficacia al hecho de que encuentre en aquél a quien se aplica el reconocimiento de las categorías de percepción y apreciación que dicho poder le aplica” (Bourdieu, 1988:204).

Entonces, si la experiencia (o en términos de L. Pantano, la condición de discapacidad) varía de acuerdo con las trayectorias sociales (y sobre todo dependiendo de su carácter ascendente o descendente), el sujeto no actúa con una completa libertad, sino que existen ciertas limitaciones estructurales que parecen atravesar al conjunto de las clases sociales y que tendrían que ver con las dificultades para su movilidad en el espacio público. Observando los indicadores relacionados a “autovalimiento”, se hace manifiesta la situación de vulne-

¹ Si bien la ENDI no posee una base de usuarios, en el momento de la redacción de este trabajo los cuadros ofrecidos nos permiten afirmar el peso —en especial— del capital económico y social en el modo de vivir la discapacidad.

² Entre los que no declaran explícitamente la falta de recursos económicos se aducen otras causas tales como que el tratamiento no lo cubre la obra social, o que el lugar en el que hay que realizarlo está situado lejos de casa (lo que, obviamente, supone un gasto de desplazamiento), que también están vinculadas con el capital económico poseído.

rabilidad de las personas con discapacidad motora: la mitad de ellas dice salir tres veces o menos por semana de su casa y, dentro de éstas, el 26,6% sale sólo excepcionalmente o nunca. Parecería que estas limitaciones en la actividad estarían ligadas a las barreras estructurales, que no serían más que expresión de las barreras culturales.

Si consideramos que “todas las manipulaciones simbólicas de la experiencia corporal, empezando por los desplazamientos en un espacio simbólicamente estructurado, tienden a imponer la integración del espacio corporal, el espacio cósmico y del espacio social, pensando según las mismas categorías” (Bourdieu, 1991: 131), se puede pensar que la ausencia en el espacio público de un gran número de personas con discapacidad motora daría cuenta de un cuerpo socialmente descalificado, encarnación del estigma o del rechazo³. Parecería que la posesión de un cuerpo no legítimo conduciría a una desposesión de capital simbólico en términos generales, ya que las experiencias de poseer un cuerpo discapacitado variarían de acuerdo a las trayectorias sociales.

Reconsideraciones

Acabamos de proponer una tesis antropológica desde el escritorio; propuesta que en su momento se realizó, además, no siendo consecuentes con la misma: partiendo de la indignación ante los reduccionismos objetivistas y subjetivistas y anclados únicamente en el discurso para proponer la imposibilidad de pensar “ser” y “mundo” como entidades separadas, se sostenía que discapacidad y deficiencia debían ser concebidas como categorías que derivan de un mundo cultural, según el cual las actividades humanas se entienden como aquéllas que llevan a cabo las personas “normales” en un marco social y económico general que las estructura (Ferreira y Rodríguez Caamaño, 2006), y que se encarnan a nivel de un cuerpo doliente, que no está escindido de un mundo particular (Bourdieu, 1999). Al no tener en cuenta el sentido vivido de la experiencia de la discapacidad (que no puede ser captado a través de una encuesta cerrada, sino que debe incluir la voz de los agentes implicados y la observación de sus cuerpos y sus prácticas en la vida real), no se lograba restituir el sentido práctico al análisis objetivo.

Esto conducía a un doble error: por un lado, el del intelectualismo vacío de contenido real, matriz paritoria de conclusiones falsas o, como poco, inconsistentes; por otro, el de la pura estrechez analítica, al no percibir los datos más ricos que potencialmente el análisis de la encuesta podía ofrecer: entre ellos, el rol del Estado en la elaboración del mundo social. Intelectualismo y obcecación que, ahora, queremos paliar en cierta medida mediante la “recuperación” de fuentes imprescindibles: la primera, la voz singular que quienes experimentan la realidad que nos ocupa utilizan para narrar su existencia (una voz exigua, de momento en nuestro análisis, pero que irá ampliando su margen de “decisión”); la segunda, la evidenciación de la dialéctica encarnación/desencarnación que se produce, a nivel estructural, en la experiencia que esa voz nos narra: el cuerpo que experimenta, vive, la discapacidad, lo hace con ajenidad de intenciones y con abundancia de constricciones (su condición vital y sus determinantes contextuales juegan un juego en el que ese cuerpo es la pieza que “se mueve”).

Bourdieu señalará que “sólo puede describirse realmente la relación entre los agentes y el mundo a condición de situar en su centro el cuerpo, y el proceso de incorporación que tanto el objetivismo fiscalista como el sub-

³ Utilizamos con no pocas reservas el concepto de “estigma” dada la negativa consideración que de su aplicación a las personas con discapacidad han hecho algunos autores: el concepto (Goffman, 1986) traduce en términos de mera evaluación perceptiva, psicológica, una realidad que en su constitución está eminentemente definida por evidencias prácticas, culturales y colectivas que determinan una calificación estructural del colectivo de las personas con discapacidad (Oliver, 1990).

jetivismo marginalista ignoran” (Bourdieu, 1999:241). El cuerpo está socialmente marcado y jerarquizado: el *habitus*, como metáfora del mundo, hace referencia a una geografía corporal. La relación con el propio cuerpo es una forma de experimentar la posición en el espacio social mediante la comprobación de la distancia existente entre el cuerpo real y el cuerpo legítimo (Bourdieu, 1982). Entonces, a partir de ciertas condiciones de existencia, el mundo se hace carne en el sujeto estableciendo un *habitus* (Bourdieu 1991), como sistema de disposiciones que en él se sedimentan y que, en términos de Maurice Merleau-Ponty, no cierran la experiencia, sino que permiten recrear al nivel de la experiencia corporal o individual un *mundo particular* entre todos los posibles (Merleau-Ponty, 1975)⁴.

Se nos ha hecho manifiesta la necesidad de repensar la concepción bourdiana del cuerpo, no porque no sea en sí misma adecuada, sino debido al uso que le estábamos dando y a las cuestiones que, a través de ella, estábamos dejando de observar. ¿No será que el cuerpo vivido, en el mundo capitalista, es experimentado homológicamente a partir de la inculcación del Estado de unos esquemas de percepción que se guían por las categorías impuestas mediante el lenguaje en tercera persona, lenguaje de la medicina tradicional de occidente (portadora de la ortodoxia del campo de la salud)? ¿no será que las taxonomías, propias de ese lenguaje, ancladas en la oposición normal/ patológico se traducen en pautas que anudan, a su vez, lo estético (oposición bello/ feo) y lo ético (oposición bueno/ malo)? Y en añadidura, ¿no será que tal imposición encuentra un doble plano de manifestación: el del cuerpo singular dicotomizado, cuya voz naufraga entre las prescripciones, prácticas y simbólicas, y el del cuerpo colectivo, que en extensión proyecta sobre las experiencias singulares estructuras históricas, económicas y societales?

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

Con ello, tratamos de evitar, según ya hemos anticipado previamente, caer presa del dualismo cartesiano⁵ para poder ver en el cuerpo, y en lo que tiene de más hondo, las emociones, la clave del establecimiento de una relación de dominación duradera. Y además, podremos conectar esa experiencia con las marcas supra-corporales que los contextos socio-históricos determinan en ella: el cuerpo, el cuerpo de la discapacidad, encarna un *habitus* que expresa cotidianamente la incorporación de los patrones de referencia, tanto simbólicos como prácticos, que han marcado la trayectoria social de su portador o portadora; o dicho de otra manera, mediante el *habitus* se opera la conjunción de situación y condición de discapacidad: es un dispositivo de mediación que, atravesando al cuerpo, lo fuerza a ser expresión encarnada de las determinaciones tanto objetivas como subjetivas del campo en el que se desenvuelve. Pero, a su vez, ese *habitus* encarnado es expresión de una historia colectiva en la que las estructuras económicas e ideológicas determinan las condi-

⁴ Consideramos que el reconocimiento por parte de P. Bourdieu de la tradición fenomenológica permite desarrollar un estudio paralelo entre su noción de *habitus* (Bourdieu. 1987) y la de *cuerpo habitual* de Maurice Merleau-Ponty. En términos de M. Merleau-Ponty, en virtud de la naturaleza temporal de la existencia en el cuerpo propio se constituye un cuerpo habitual, existencia adquirida o cristalizada en los esquemas de acción que desaparecen en el cuerpo actual, existencia abierta y personal continente de movimientos virtuales.

⁵ La dicotomía cuerpo/ mente, de filiación cartesiana, marca la transición “moderna”, lectura en clave cientifista, de las categorías de pensamiento propias de nuestra herencia cultural greco-judeo-cristiana: hay un cuerpo y un alma, un hombre y un dios, una esencia y un accidente, una materia y una forma (o idea), un pensamiento y un acto, etc., etc., etc. En ciencias sociales, como no podía ser menos, esa tradición secular ha tenido una profunda implantación: el individuo frente a la sociedad, las normas en oposición a la acción, el sentido subjetivo frente a la evidencia observable, la estática y la dinámica, la estructura y el cambio, etc., etc., etc. Es toda una «tradición» cuya quiebra no resulta sencilla.

ciones de posibilidad para su expresión: si es el Estado el que, en gran medida, sanciona con sus prescripciones las condiciones en las que se ejerce la violencia simbólica, a su vez, como institución, el propio Estado no es sino uno de los múltiples engranajes de un determinado modelo histórico de organización colectiva. Un modelo de organización en el que, pese a todas las transformaciones que se han dado desde sus orígenes, mantiene en su estructura y funcionamiento ciertos ejes rectores o determinantes objetivos que expresan su razón de ser: el mercado, la lógica del beneficio, la primacía del interés individual; este modelo socio-histórico es un modelo económico e ideológico, la sociedad capitalista de mercado regulada por, pero también reguladora de, la ideología liberal-individualista.

Podemos plantear, entonces, situación y condición de discapacidad en términos de un habitus de grupo, el *habitus de la discapacidad*: como estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo no legítimo definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos. Sobre esa imposición, el colectivo queda marcado con las señas de la “exclusión social” (maraca que no era tan evidente, al menos, en las sociedades tradicionales pre-capitalistas); y ello es así porque resulta “funcional” para la estructura socio-histórica: la lógica del beneficio demanda fuerza de trabajo “productiva” y consumo (individual) “egoísta”; se trata de la permanente maximización económica de individuos en competencia. La exclusión de las personas con discapacidad, articulada en torno a ese habitus de grupo inducido, elimina “excedentes improductivos”: mano de obra poco rentable, individuos poco competitivos (Oliver, 1990).

Ahora bien, el habitus no es un destino sino un dispositivo de potenciales destinos: las variaciones en tal habitus de grupo podrían ser explicadas como variaciones en las *trayectorias de clase*; es por esto que los modos de vivir la discapacidad variarán de acuerdo a las singularidades de la biografía de cada agente en particular. En consecuencia, el habitus de la discapacidad sólo puede ser pensado en relación con el *campo de la salud* como espacio de lucha por la imposición de la definición del *cuerpo legítimo* y el *cuerpo no legítimo*, por lo cual es un producto social e histórico, resultado de la lucha entablada con otros saberes expertos, que si bien no puede ser pensado de modo separado del espacio social, posee una lógica propia. Y decimos campo de la salud, y no campo médico, dado que la definición del cuerpo legítimo, es decir, el cuerpo saludable, sano y bello necesario para desenvolverse en la vida social, en el capitalismo actual, se ha ampliado incluyendo en él no sólo la oferta de bienes de curación del cuerpo sino también de almas⁶. Lo que se da, de hecho, es una disolución del campo de la salud en la que los límites de la oferta de bienes de tratamiento de la enfermedad se encuentra en constante puja entre *sistemas de expertos* y en donde el pensamiento médico-científico desarrolla el rol de ortodoxia (por su antigüedad en el campo y su acumulación de capital global), pero que se encuentra en estado permanente de cambio (Giddens, 1995). En la lucha por la imposición de la buena manera de vivir y de ver la vida y el mundo, los saberes expertos se amparan en la ciencia para imponer verdades y valores, y esta creencia se establece por el cuerpo (Bourdieu, 1990).

El estado homologa los habitus al inculcar la percepción de la medicina como concepción legítima. Así, a través de la incorporación de los habitus, homologados a través del rol del Estado como detentador de unas nominaciones oficiales que funcionan como estructuras estructurantes, previas a todo orden conciente, que oponen cuerpo sano a cuerpo discapacitado, salud a enfermedad, normal a anormal, bueno a malo, bello a feo, independencia a dependencia, se estructuran los principios prácticos a partir de los cuales se determinan, y se juzgan, las prácticas.

En tanto estructura estructurada, el habitus es una “forma históricamente constituida, arbitraria, en el sentido de Saussure y Mauss, cuya génesis social puede reconstruirse” (Bourdieu, 1999:227). Así, en el contexto de

⁶ En analogía con la disolución del campo religioso que formula P. Bourdieu (1990), podemos considerar que en las sociedades capitalistas avanzadas se da una disolución del campo médico, que queda subsumido en la esfera más amplia del campo de la salud.

una sociedad capitalista el Estado, como detentador de la violencia simbólica, contribuye a la producción y reproducción de los habitus. El habitus es una estructura articulada sobre esquemas relacionales, por ello, así como no se puede pensar lo gordo sin referencia a lo flaco (Scribano, 2007), no es posible pensar al cuerpo discapacitado si no es en función del cuerpo legítimo (sano-bello-bueno): a partir de la incorporación en los esquemas de percepción, sentimiento y acción de la discapacidad como una oposición a la capacidad, como cuerpo enfermo inútil por oposición al cuerpo sano útil (como “enfermedad” —mala— por oposición a salud —buena—), se adquiere antes de todo orden conciente una valoración *negativa* de la discapacidad. La sociedad capitalista, como resultado de la relativa arbitrariedad histórica de su constitución (esto es, más allá de las determinaciones objetivas que “causalmente” han propiciado su aparición), se basa en un *secuestro corporal* (Scribano, 2007) y en la *expropiación experiencial*, con lo que, a partir de la incorporación de esquemas de percepción, pensamiento y acción que hacen que un cuerpo sano sea percibido como un cuerpo normal y un cuerpo enfermo como anormal, se da un proceso de interiorización en los sujetos según el cual la “normalidad” (bondad, belleza, salud, capacidad) es incorporada como naturaleza devenida virtud.

El Estado, como estructura organizadora e instancia reguladora de las prácticas, impone a través de la acción permanente unas disposiciones duraderas en los agentes; principalmente, impone en las instituciones y en los cuerpos, en la realidad y las mentes, unos principios prácticos de clasificación, por medio de la división en categorías sociales —tales como activos/ inactivos, capacitados/ discapacitados— que son fruto de la aplicación de categorías cognitivas que acaban siendo, como resultado de dicha imposición, cosificadas y naturalizadas, constituyendo el fundamento de la eficacia simbólica de la dominación (Bourdieu, 1999).

Pero reiteremos, en este mapa en el que el campo de la salud sea, probablemente, el terreno en disputa en el que debemos centrar nuestra atención, se conjugan la totalidad de campos que definen la estructura social, en su conjunto, en la que se trazan las trayectorias vitales de los grupos y los sujetos singulares. La pertinencia de considerar el campo de la salud, como ampliación del campo médico originario, se deriva de que ha sido en él donde se ha producido la apropiación de la ortodoxia respecto a la discapacidad, y ello ha sido así como resultado de la evolución histórica de la sociedad capitalista: la medicina se erigió como saber experto respecto de la discapacidad tras operarse el mecanismo de exclusión económico-ideológica que mencionábamos; las personas con discapacidad, apartadas del discurrir central del orden social, fueron sometidas a un progresivo proceso de “internamiento”. Se crearon instituciones especializadas de reclusión y tratamiento; puesto que la imposición simbólica era la de desviación respecto de la norma (de utilidad, de belleza, de bondad, de independencia), se generó la práctica de la “rectificación”; en el nuevo orden social ya no tenía cabida la asunción de una causa divina (el pecado o un destino desgraciado) como origen de la discapacidad, pues el declive de lo religioso daba paso al auge de lo científico. El origen de la desviación estaba en una anomalía fisiológica, y ésta podía ser tratada clínicamente (esto es, científicamente; esto es, médicamente).

El discurrir histórico que propicia la exclusión de las personas con discapacidad de la “corriente principal de la vida social” (Abberley, 1987, 1998; Barnes, 1991a, 1991b, 2007; Finkelstein, 1980; Morris, 1991; Oliver, 1990, 2002; Shakespeare, 1993) se inscribe en una fase de “institucionalización”: se crean las instituciones especializadas en el tratamiento y la cura de la discapacidad, con sus profesionales expertos. El cuerpo de la discapacidad pasa a ser objeto tratamiento: restituirle la salud; si no es posible, suplir su deficiencia; si no es posible, tratar terapéuticamente la psique de su poseedor para que asuma su deficiencia, para que “se adapte” (Finkelstein, 1980).

A fecha actual se está produciendo un desplazamiento en la estructura: el campo de la salud es “invadido” por nuevos agentes que amenazan su hegemonía. El movimiento por una Vida Independiente iniciado en EEUU en los años 70 está desplazando desde entonces el terreno de la disputa hacia el campo de la política (los derechos civiles); el “modelo social” británico, afincado en la institución universitaria y en los departamentos de sociología pugna en el mismo sentido ideológicamente, pero, además, incorpora en la disputa un nuevo saber experto en condiciones de dictaminar ortodoxias: la Ciencia Social está en disposición de definir patrones legítimos con los que reconfigurar las presuposiciones que articularían el habitus de la discapacidad (no

es sino ésa nuestra intención con el presente trabajo). Pero ese desplazamiento es lento e irregular: en Argentina, todavía, las prescripciones preponderantes siguen el patrón de ese modelo histórico en el que la medicina (hoy, ampliadamente, la salud) dictamina el sentido de las trayectorias de los sujetos. Todavía estamos vinculados a la lógica de la subordinación (expresada en la inculcación de predisposiciones duraderas en los agentes tanto como en la configuración del marco estructural que las define).

Pero no todo está dado de antemano: la competencia por la acumulación global de capitales, en cualquier campo en disputa, es un proceso dinámico sometido a constantes reajustes y a reestructuraciones de conjunto. En esa dinámica dialéctica, los agentes actualizan los esquemas y predisposiciones heredados a través del *habitus*, pero esa actualización es a su vez un mecanismo perturbador, pues sus esquemas adelantan expectativas que pueden no corresponderse con el estado actual del campo en cuestión (los esquemas heredados se definen en función de la situación anterior del campo); condiciones objetivas y expectativas subjetivas confluyen siempre en un permanente estado de equilibrio inestable y la herencia del *habitus* no garantiza, en ningún modo, el mantenimiento de las primeras a costa de las segundas (Bourdieu, 1988).

La dialéctica de las expectativas subjetivas y de las oportunidades objetivas opera por doquier en el mundo social y, si bien en la mayoría de los casos tiende a asegurar el ajuste de las primeras a las segundas, sin embargo, surgen los desfases, en los cuales las conductas se vuelven “sin razón”, emergen los “síntomas” (Freud, 1998) que evidencian que tras la aparente naturalidad de las cosas se encierran conflictos y pugnas que son cristalización de procesos en permanente riesgo de catástrofe; todo lo evidente es evidentemente asumido como tal hasta que se hace evidente que podría ser radicalmente distinto a como es.

La voz del cuerpo o las narraciones del *habitus*

Hemos de observar la violencia invisible que se ejerce de modo cotidiano y continuo en la familias, la calle, los hospitales, la facultad, los tribunales, las escuela; una manifestación que es el producto de la “violencia inerte” de las estructuras económicas y los mecanismos sociales (Bourdieu, 1998). Podemos “observarla” a través de la voz de Laura.

En la ordenación espacial de lo público, los pequeños detalles indican esa “ausencia del cuerpo discapacitado recluido en su casa”, pues en el espacio público todo es “visible”, primordialmente visible y no, simultáneamente, visible, audible y palpable; el que no ve, es desplazado:

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

En el espacio público todo es, más aún, gráficamente visible: ¿quieres información? Ahí está, no hay más que “leerla”; sí, pero yo “leo distinto”; no puedes leer distinto, o se lee o no se lee...

“Cuando le pregunté a la bibliotecaria (de la facultad) si tenían textos en braille me dijo ¿qué es eso? (...) no, no hay nada” (Laura).

Tal vez sea una exageración lo que decimos, porque cierta “conciencia” hay al respecto: al menos, en algunos reductos del espacio público no todo está inconscientemente pensado para cuerpos “normales”; hay, por ejemplo, servicios especiales para personas con discapacidad:

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

“Hay” servicios “especiales”; lo que no hay es conciencia de que muchas personas los necesitan (por eso están cerrados y la llave bajo custodia) ni de cómo se desenvuelven o qué necesidades tienen sus usuarios, que probablemente prefieran “accesibilidad” sin escalones. ¿Conciencia?; bueno, conciencia sí que hay, aunque el espacio público esté mal diseñado, las personas no son cestos insensibles ni escalones traicioneros; mayoritariamente tenderán a prestar su ayuda:

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

La voz de Laura expresa, sin resquicio para las ambigüedades, que el habitus de la discapacidad se consolida cotidianamente como la vertiente negativa de esas dicotomías que hemos anticipado: los cestos la golpean, los baños no están a su disposición, las bibliotecas le niegan la información y la gente trata de engañarla; ¿por qué? Porque es portadora de un cuerpo ilegítimo cuya razón histórica de ser lo sitúa en una institución especializada, no “en la calle”. También su voz nos expresa la importancia del capital disponible en la trayectoria singular de cada persona con discapacidad; nos confirma lo que anticipábamos a través de las cifras de la ENDI, la importancia del capital social en la experiencia concreta de la discapacidad:

“Yo tuve un accidente en el 99 ahí murió mi mamá, mi hermana no se hizo absolutamente nada, mi papá se volcó un poco, y yo salí expulsada por la ventana, estuve internada 7 meses. Tuve que aprender todo de nuevo. Tuve que aprender a ser una ciega profesional, o sea: no sabía manejarme, y en eso mi papá fue fundamental (...) Convencimos a mi papá para no ir más a la escuela común e ir sólo a la escuela de ciegos. Ahí aprendí braille, estuvo buenísimo, aprendí actividades de la vida cotidiana en eso mi papá me ayudó muchísimo, si me hubieran criado mis abuelos hubiese sido una inútil porque son miedosos, no sabría salir a la calle sola, prender el horno pero mi papá me estimuló que aprendiera todo, mi papá me enseñó a cocinar (...) Una tarta, siempre la masa la hago yo, y ahí tenés que tocar, bien al ser ciega tengo los dedos sensibles, o sea tienen que quemarse para aprender a tocar” (Laura).

Aprenderlo “todo de nuevo”, aprender a ser “ciega profesional”; es decir, reestructurar su existencia como consecuencia de las prescripciones impuestas sobre un cuerpo, ahora, no legítimo. Laura pudo ir a una escuela “especial”, pudo no caer bajo la subordinación de los “miedos” de sus abuelos, pudo aprender de papá a salir a la calle, a encender el brasero, a cocinar. Su experiencia particular está marcada por su condición de clase (por la trayectoria social de su grupo de pertenencia, eminentemente ascendente), que le dio acceso a determinados recursos y capitales, en particular, el capital social que su padre puso a su disposición. Pese a lo cual, cestos, bibliotecas y aseos públicos siguen atestiguando lo exiguo, en las condiciones sociales generales en las que se desenvuelve, de su logro, un logro que en el espacio público la descalifica y la sitúa como “víctima”.

Ahora bien, la víctima no lo es con completa pasividad, sino que llega a expresar de manera contradictoria ésa su condición como manifestación del la poderosa inculcación a la que está sometida. Nos referimos a los efectos trágicos que la exposición a la violencia simbólica ejercida sobre un colectivo marginado, que lleva a los propios dominados, en algunos casos, a reproducir las mismas categorías que son la condición de su dominación. Los dominados, al haber estado y estar sometidos continuamente a malos tratos, tienen mayores posibilidades de ejercer la violencia sobre los demás (sobre todo, los propios compañeros de desgracia), o sobre sí mismos (Bourdieu, 1999).

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

El dominado utiliza las mismas categorías de sanción que son producto de su condición de dominación. Deberíamos repudiar, por discriminadores, eso que podríamos calificar como los “mitos urbanos”⁷ sobre las personas con discapacidad, pero no deberíamos dejar de analizarlos sociológicamente y, quizás, esté ahí la clave de la base de la dominación de las personas con discapacidad: tal vez nos revelen verdades socialmente reprimidas (Bourdieu, 1999). Es necesario ir más allá del momento objetivista e introducir la visión de los agentes respecto de esa verdad objetiva, ya que el trabajo de represión y las elaboraciones más o menos fantasmagóricas forman parte de la verdad, y son del mismo orden de importancia de lo que intentan ocultar (Bourdieu, 1999). El cuerpo con discapacidad encarna un destino socialmente no deseado al cuestionar el principal valor de la sociedad capitalista: el valor del cuerpo legítimo; una de cuyas máximas manifestaciones es la estética. Evidencia de su constitución dialéctica, el cuerpo con discapacidad se escinde entre su condición marginada y excluida y su inclusión en la imposición general de los cánones de la normalidad (dialéctica de las expectativas subjetivas y las condiciones objetivas):

PR: ¿Y te gusta arreglarte?

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

Así, Laura expresa una doble condición cuya conjugación anuda la ambivalencia de su existencia pues, siendo conciente de las ganancias en términos de capital simbólico que genera la belleza, afirma, primero, su condición de mujer, segundo, su pertenencia social, definida por los patrones estéticos propios de la pequeña burguesía⁸; su condición de persona con discapacidad ha sido, naturalmente, relegada al trasfondo de sus expectativas. Reconoce el ideal dominante en materia de excelencia corporal y la dedicación de tiempo al cuidado de la apariencia física que ello requiere (Bourdieu, 1988). Su creencia en el valor de la belleza y del esfuerzo para embellecerse asocia un valor estético con otro de naturaleza moral. El cuerpo, en lo que tiene de más profundo e inconsciente, es el depositario de toda una visión del mundo social, de toda una filosofía de la persona y del cuerpo propio (Bourdieu, 1988). De esta manera, la dominación se hace manifiesta en la necesidad de “ajuste”: en la medida de lo posible, el cuerpo con discapacidad ha de ajustarse a los esquemas corporales propios del cuerpo legítimo, buscar un “hueco” (la limpieza):

“Los ciegos no son muy finos comiendo ¡qué se le va hacer!, por eso no voy a ser tan tonta de pedir pollo cuando mi novio me lleve a comer, habría que pedir algo más limpio (risas)” (Laura)

El objeto que se impone al goce, tanto en imagen como en la realidad, en *carne y hueso*, neutraliza tanto la resistencia ética como la negación estética: “en suma, aniquila el poder distanciador de la representación”

⁷ Resulta imposible no citar el relato de Roberto Arlt sobre el bizco que se enamora, “el amor no es compatible con la bizquera (...) Hay personas que tienen cierta prevención contra los cojos. Los creen malos, incapaces de una buena acción. Sin embargo, hoy he descubierto que un cojo es torta y pan pintado junto a un bizco, sobre todo si es un bizco que está enamorado (...) El amor no es compatible con la bizquera. No puede serlo. No lo será jamás. Un bizco comienza por ver torcidas todas las cosas, menos las que efectivamente lo están. (...) Un tuerto puede ser alegre o no, un bizco no. Un bizco es siempre suspicaz. Un bizco no puede ser amado, porque por insensible que una mujer sea, se resiste ante ese espectáculo de un ojo atravesado que la espía como un foco infernal (...) Indudablemente un bizco enamorado es un espectáculo melodramático y tragicómico, sobre todo si se las tira de sentimental y gasta gafas y se peina con gomina. (...) Y no había un solo pasajero en el tranvía que no pensara: «Te adornaré la frente querido bizco»” Roberto Arlt (2001: 35, 36,37), “El bizco que se enamora” en *Aguasfuertes Porteñas*, Losada, Buenos Aires.

⁸ Laura tiene 20 años, su máximo nivel educativo alcanzado es universitario incompleto, no trabaja ya que vive de una renta. Su padre es comerciante, con un nivel educativo de secundario completo. Laura quedó ciega en el 1999 en un accidente de auto en el que falleció su madre (por lo cual evitamos las preguntas que tuviesen relación con ella).

(Bourdieu, 1998: 499). Así, a través del cuerpo, se asocia “valor estético con valor moral” (Ibíd.: 204), y se hace de tal modo que las imposiciones marcan la búsqueda de la normalidad (en la medida de lo posible) y no de la significación de la “diferencia”, pues ésta, ya se sabe, es ilegítima (si soy ciego, por lo menos, que pueda comer algo “más limpio”, algo que me subsuma en la ortodoxia común para pasar “desapercibido”, para “parecer normal”).

Si la dominación es tan efectiva se debe a que tiende a generar *illusio*, una fe práctica en el campo que hace del cuerpo, sobre todo a partir de la creencia en actos, inculcada en la primera infancia por un lenguaje de *mimésis*, incorporación de las condiciones de dominación en forma de afecto, sumisión y, agregaríamos, deseo. Más allá de toda conciencia tética, hay un saber corporal que, bajo la forma de emoción, tiende a desear aquellas condiciones objetivas que le han sido inculcadas: el cuerpo legítimo de la medicina que ha sido inscrito a través de la incorporación del habitus de la discapacidad como radiografía en negativo. Por eso, Laura, mujer, de condición pequeño-burguesa, hace manifestación de la negación de su condición de persona con discapacidad cuando habla de los hombres:

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

PR- ¿Él es ciego?

R- No, no”.

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

PR- ¿Te gustaría casarte, formar una familia?

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

Como dispositivo de potenciales destinos, a partir del habitus surgen los desajustes y, con ellos, las llamadas al orden. Las personas con discapacidad que procuran, pese a las hostilidades del mundo social, circular por el espacio público, luchar por una *vida independiente* (Ferreira, 2007), integrarse a la vida social, poseen un *habitus desfasado*: sus expectativas subjetivas se encuentran desactualizadas en relación con las posibilidades objetivas pero, en la medida en que ponen en cuestión la definición *ortodoxa* de la discapacidad, expresan la posibilidad de un cambio en las leyes del campo de la salud (Bourdieu, 1999). De lo que se trata precisamente, entendemos, es de propiciar esa lucha, que se da en el campo de la salud, para redefinir la concepción de cuerpo legítimo. Justamente la creencia en actos es inculcada en la infancia, según una lógica práctica que hace del cuerpo un recordatorio portador del espíritu sin pensar al mismo tiempo que, como un depósito donde se conservan los valores más preciados, es la forma por excelencia de un pensamiento no intencional e inmediato —o, también, simbólico—, el producto de disposiciones cuasi-corporales, principios operativos que lo articulan en su funcionamiento.

Así, el reconocimiento práctico a través del cual las personas con discapacidad contribuyen, en su práctica cotidiana (a menudo sin saberlo y a veces contra su voluntad) a su propia dominación, al aceptar de modo tácito, por anticipado, los límites impuestos, “adquiriendo generalmente la forma de emoción corporal (vergüenza, timidez, ansiedad, culpabilidad)” (Bourdieu, 1999: 224), ese reconocimiento práctico contribuye a la reproducción de la relación de dominación. El problema de la integración de las personas con discapacidad viene dado porque su identidad les es impuesta (Ferreira, 2007); pero además, esa imposición implica la bús-

queda de la “normalidad”, implica querer “estar en regla”, como algo que cala hasta lo más hondo del cuerpo, en forma de emoción y de deseo. (Y es por eso que el deseo sexual y el deseo de normalización se funden en la contigüidad discursiva de la voz de Laura; tal vez porque las prescripciones dictaminan que sólo el cuerpo sano, el cuerpo legítimo, posee las aptitudes necesarias para... amar).

Además, la dependencia de las personas con discapacidad se ver reforzada, también en la práctica cotidiana, porque el contexto social no está adaptado a sus necesidades, sino a las necesidades de los no discapacitados (Ferreira, 2007)⁹. Es decir, la incorporación de ese habitus de la discapacidad, en el que confluyen la situación objetiva y la condición subjetiva de la misma, se produce en un contexto más amplio en el que el campo de la salud despliega sólo una parte de las prescripciones. Y aquí, hemos de ir más allá de la voz de Laura (aunque teniendo presente su elocución como síntoma, pero ya no, propiamente, como expresión de su existencia) para enfatizar que ese habitus está históricamente situado, inscrito en el conjunto de condiciones operativas, estructurales y funcionales, de una organización social regida por la lógica, a la par, reiteremos una vez más, económica e ideológica, del mercado. No hemos de perder de vista esta dimensión más amplia que es en la que, en realidad, se definen las reglas del juego a las que está sometido tanto el cuerpo discapacitado como el cuerpo legítimo. Es aquí donde el habitus se traduce, objetivamente, en forma de exclusión social, opresión, marginación, ausencia de derechos reales, discriminación; es aquí donde las personas con discapacidad adquieren la condición de colectivo homogéneamente clasificable por su posición relativa en la estructura social.

Por eso es precisamente ahí, también, donde surgen las condiciones de posibilidad para el cambio, para la reestructuración de los campos y la redefinición de los habitus en ellos inscritos. El *movimiento por una vida independiente* moviliza una redefinición del habitus de la discapacidad que no opera, propiamente, en el campo de la salud, pero que tiende potencialmente a afectarlo y, con ello, alterar las relaciones de poder vigentes. Si llega a alcanzar el rango de ortodoxia implicará, automáticamente, la pérdida de vigencia, también en el campo de la salud, de las ortodoxias actuales en torno al cuerpo sano, pues las nuevas reglas de juego se articularán en torno a la ciudadanía, los derechos civiles y las legislaciones antidiscriminatorias; no obstante, el arrastre de las herencias culturales nos hace ver ese momento como algo lejanamente incierto (pero reiteramos: el movimiento se ha iniciado, los desfases son potencialmente crecientes).

La lógica del habitus: de lo actual a lo virtual

El cuerpo discapacitado se encarna, simbólica¹⁰ y materialmente, en un cuerpo socialmente excluido que llevará a sus poseedores a una depreciación en términos de capital simbólico, que es lo que más efectivamente determina los límites reales de su inserción social. La ausencia de certificación estatal observada en el análisis estadístico puede atribuirse a la falta de solidaridad y a la hostilidad del medio, manifestación del grado de violencia al que se ve expuesto el agente en el traspaso por la vida cotidiana y su interacción con los

⁹ El cuerpo discapacitado, en el contexto de una sociedad capitalista, encarna un habitus no ajustados a la situación, “un ciego no ve : ha de desenvolverse en un espacio social determinado fundamentalmente por referencias visuales (carteles, señales, anuncios, escaparates, luces, fotografías...), un sordo no oye: ha de desenvolverse en un entorno orientativamente auditivo: las voces de las personas, los cláxones de los coches, un grito de advertencia..., un parapléjico ha de desenvolverse en un espacio diseñado para piernas ágiles: escaleras, escalones, bordillos, anchuras de marcos y puertas inadecuadas para sillas de ruedas, ascensores insuficientes; no podemos escenificar los espacios cotidianos, en este plano, de las múltiples minusvalías psíquicas posibles” (Ferreira, 2007: 4).

¹⁰ “La belleza puede ser así simultáneamente un don de la naturaleza y una conquista del mérito, una gracia de naturaleza, justificada por ellos mismos y una adquisición de la virtud, justificada por segunda vez, que se opone tanto a los abandonos y a las facilidades de la vulgaridad como a la fealdad” (Bourdieu, 1998:204).

otros y con el mundo; violencia según la cual la persona con discapacidad es un ser para el cual no hay espacio. La desposesión en términos de capital simbólico se manifiesta tanto en el cuerpo con discapacidad encerrado como en las llamadas al orden que sufren cotidianamente los cuerpos discapacitados que sí pueden circular. Las personas con discapacidad que procuran cuestionar tal exclusión y se enfrentan, de hecho, a la definición del cuerpo discapacitado como no legítimo, son portadoras de un *habitus desfasado* que les aboca a sufrir la exposición en *carne y hueso* a la violencia simbólica ejercida sobre el colectivo en su conjunto. En última instancia, la discapacidad en tanto condición que excluye, margina y subordina (condición de dominación), en este contexto social unificará la existencia de los agentes con diferentes discapacidades, al someterlos a similares condiciones de existencia; por ello, podemos entender que existe *un* habitus de la discapacidad, como condición actual, y en negativo, que afecta al conjunto de sus portadores. Sin embargo, en el interior del mundo de la discapacidad es muy probable que exista una jerarquía moral según la cual las diferentes deficiencias, según el alejamiento relativo del cuerpo legítimo, se ordenan en gradación. Retomando nuestras consideraciones previas (Ferrante, 2007), antes que hablar simplemente de condición y situación, para expresarlo en términos más estrictamente sociológicos, podemos entender que dicha dualidad se conjuga en un habitus de la discapacidad según el cual, a partir de la posesión de unas condiciones de existencia similares derivadas de la imputación médica de una deficiencia, que funcionarán como estructuras estructuradas y estructurantes, las variaciones singulares (que no individuales) de tal experiencia estarán condicionadas por las diferentes trayectorias sociales y su carácter ascendente o descendente. Es decir, el habitus articula un marco estructural que define la “situación” de discapacidad (condicionantes objetivos derivados del campo de la salud o estructura estructurada) y un marco funcional en el que dicha estructura determina la vivencia singular o “condición” de discapacidad (ejecución subjetivamente orientada de las prescripciones estructurales en virtud de la trayectoria social, o estructura estructurante); el habitus es, diríamos, la conjugación dialéctica de ambas componentes, que como tal indica su inscripción en un marco de referencia socio-histórico.

Así, la discapacidad en tanto que habitus, como “dispositivo de potenciales destinos”, hace expreso cómo el sujeto no actúa en completa libertad, hace expresa la existencia un *a-priori* histórico que condicionará el límite de lo pensable y lo no pensable. En el contexto actual podemos observar que la discapacidad significaría una diferencia que, lejos de ser “neutra”, se convierte en una desigualdad en tanto que priva al agente de la capacidad de darse mundos y, por tanto, su existencia será acotada.

No podemos reflexionar en torno al cuerpo discapacitado sino es siempre poniéndolo en diálogo con el cuerpo legítimo pero, a su vez, habría que retroceder en el análisis, hacia el origen de unos principios ordenadores y de clasificación que, a través del cuerpo, tienden a generar la fe práctica en el juego. La creencia es la base de la dominación. Para poner en cuestión un estado del campo hay que poner en duda las reglas del juego. El campo de la salud, gracias a la legitimidad otorgada por el saber experto de la ciencia médica y el poder del Estado para nominar lo normal y lo patológico —y con ello imputar la responsabilidad o no responsabilidad del desvío—, impone una concepción del cuerpo saludable: se trata, como observa P. Bourdieu, no sólo de un saber sobre el cuerpo sino sobre el alma, un saber a partir del cual, a través de estos sistemas de expertos, es leída la conducta del cuerpo propio. En el capitalismo la experiencia del dolor en primera persona es medicalizada e individualizada¹¹. Así, si Maurice Merleau-Ponty señalaba que la experiencia del cuerpo propio no puede ser descrita como una experiencia en tercera persona, tal vez la máxima alienación que pro-

¹¹ Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1987:27) rescatan un pasaje de Pierre Bourdieu, en el que una anciana mujer cabil le explica al sociólogo la experiencia de la enfermedad antes y después de la medicalización, que resulta esclarecedor: “En los viejos tiempos, el pueblo no sabía qué era la enfermedad. Se iban a la cama y morían. Es ahora cuando aprendemos palabras como hígado, pulmón... intestino, estómago..., ¡y qué sé yo! La gente sólo estaba acos-tumbrada al dolor de vientre; la gente que se moría, se moría de eso, a no ser que fuera de fiebre ... Ahora todo el mundo está enfermo, todo el mundo se queja de algo... ¿Quién está enfermo hoy día? ¿Quién está bien? Todos se quejan, pero nadie se queda en la cama; corren al doctor. Todos saben ahora qué es lo que no les funciona bien” (Bourdieu, 1977:166; traducción nuestra).

voca el capitalismo, y que se encarna en forma de *violencia simbólica* en el cuerpo discapacitado, es que el horizonte de nuestra conciencia se establece siempre a partir de un saber experto. De este modo, la experiencia de la discapacidad es leída de acuerdo a categorías médicas: aprendemos desde niños, tanto quienes tenemos discapacidad como quienes no la tenemos, que estar enfermo es malo (que la salud es una prescripción moral), y lo aprendemos a partir de la asociación del dolor con la angustia de nuestros padres; con el miedo al doctor; con la firmeza de nuestra madre ante la orden del deber que supone seguir las prescripciones de la cura, lo que el doctor dijo; con las cosas que no se pueden comer o hacer cuando se está enfermo, como jugar (enfermedad es dolor, postración, inactividad, pasividad, carencia, dependencia... condiciones negativas del cuerpo traspuestas casi mecánicamente a la discapacidad). Pero todo esto aparejado con la incorporación de una percepción del cuerpo bello, de acuerdo a la clase social pero, sobre todo, a las ganancias asociadas a la posesión del mismo (justamente la paradoja de la dominación se debe a que produce *illusio*, es decir, creencia en el juego; y así la dominación encadena doblemente: en la ejecución de un habitus que expresa las prescripciones a las que se está sujeto, y en la imaginación ilusoria de poder ser lo que no se puede ser; como Laura, que es tonta, dice, que tropieza con los cestos y no puede ser usuaria de los servicios públicos ni de la biblioteca, pero que “sueña” bajo la regulación de los cánones estéticos de su condición de clase y se arregla y evalúa a los hombres por el color de los ojos y el pelo —evaluación prescrita por una norma común de la que ella está excluida— y entonces “pagaría”, sabiendo que para lo suyo “no hay operación”, por volver a ver).

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

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

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

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

No podemos caer en un reduccionismo objetivista que suponga que los datos aportados por una media estadística explican los múltiples modos de vivir la discapacidad. Pero sería igualmente reduccionista entender la condición de discapacidad descontextualizada y no tomar en consideración la situación de discapacidad que la encuesta refleja. Para que la discapacidad dejase de ser percibida como una enfermedad, con todas las connotaciones negativas que esto trae aparejado, sería necesaria una ciencia médica que, sin intenciones normalizadoras, aceptase que la enfermedad, como el sufrimiento y las pérdidas, forman parte de la vida; la enfermedad, en lugar de ser considerada en oposición a la salud, podría ser asumida como una condición de superación, una potencialidad de la propia salud, una cualidad aditiva; entendida la salud como la capacidad de caer enfermo, su superación nos dotaría de un cuerpo más válido (Canguilhem, 1943), gracias, precisamente, a la enfermedad¹². Para que esto fuese posible tendría que haber lugar real para los cuerpos diferentes, sería necesario un nuevo *a priori* histórico (Esteban García, 2007).

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

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

¹² Canguilhem (1943) propone entender la salud como la capacidad de tolerar las infidelidades del medio: estar sano, más que vivir en conformidad con un medio externo, es la capacidad de instituirse nuevas normas. Nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles: las adversidades del medio, los fracasos y los errores forman parte constitutiva de nuestra vida. Así, la salud debe ser pensada, más que como un equilibrio, como esa capacidad de instaurar nuevas normas en situaciones que nos resultan adversas. Si fuera posible una medicina no normalizadora, según la cual el médico ayudara al enfermo a ponerle voz a los síntomas de *su* cuerpo en lugar de imputarle una etiqueta en el lenguaje en tercera persona de la ciencia, podría acompañarle en ese proceso de recuperar la salud, entendida como respuesta a la exigencia de un cambio (Caponi, 1997). Aplicando la terminología de Merleau-Ponty, la existencia del enfermo se ampliaría pues sería capaz de dotarse de nuevos mundos, es decir, nuevos hábitos.

constituir a las personas con discapacidad en “sujeto colectivo de la revolución” (a diferencia del proletariado, la historia no ha sido tan clara en la definición de sus intereses de clase).

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (1987): «The concept of oppression and the development of a social theory of disability», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, nº 1, pp. 5-19
- Abberley, P. (1998): «Trabajo, utopía e insuficiencia», en *Discapacidad y sociedad*, Barton, L. (comp.), Madrid, ed. Morata.
- Barnes, C. (1991a): *Disabled People in Britain and Discrimination*, Londres, Hurst & Co.
- Barnes, C. (1991b): «Discrimination: Disabled People and the Media», en *Contact* nº 70, pp. 45-48.
- Barnes, C. (2007): «Disability Activism and the Price of Success: A British Experience», en *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* 1(2).
- Bourdieu, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu, P. (1997): *Capital, cultural, escuela y espacio social*, Siglo XXI, Madrid.
- Bourdieu, P. (1995). *Respuestas*, Grijalbo, Madrid.
- Bourdieu, P (1991): *El sentido práctico*, Taurus, Madrid.
- Bourdieu, P (1990): *Sociología y Cultura*, Grijalbo, Madrid.
- Bourdieu, P (1988): *La distinción*, Taurus, Madrid.
- Bourdieu, P. (1987): *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona.
- Bourdieu, P. (1982): “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo”, en C. Wrigth (Ed.): *Materiales de sociología crítica*, La Piqueta, Madrid.
- Caponi, S. (1997): “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico de salud”, en *Historia, Ciencias, Saúde, Manginhos* IV (2), pp. 287-307.
- Castel, R. (1997): *Las metamorfosis de cuestión social: una crónica del salariado*, Piados, Buenos Aires.
- Couzens Hoy, D. (1999): “Critical Resistance : Foucault and Bourdieu”, en H. F. Haber & G. Weiss (Eds.): *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*, Routledge, Nueva York-Londres.
- Ferrante, C. (2007): “Algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en la Argentina en la actualidad”; IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani:
http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20de%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf
- Ferreira, M. A. V. y Rodríguez Caamaño, M. J. (2006): “Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica”, en *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 13, Universidad Complutense de Madrid.
- Ferreira, M. A. V (2007): “Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad”, en *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*, Vol. 1, Nº2.
- Finkelstein, V. (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, Nueva York, World Rehabilitation Fund
- Freud, S. (1998): *La interpretación de los sueños* (Obras Completas, vols. 4 y 5), Amorrortu, Buenos Aires.

- Giddens, A. (1995): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Península, Barcelona.
- Goffman, E. (1986): *Estigma, la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- INDEC (2003): "Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/2003. Complementaria al Censo de Vivienda, Hogar y Población de 2001". Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: www.indec.gov.ar
- Martinez, A. T. (2007): *Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica*, Manantiales, Buenos Aires.
- Merleau-Ponty, M. (1975): *Fenomenología de la percepción*, Península, Barcelona.
- Morris, J. (1991): *Pride Against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability*, Londres, The Women's Press
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, The MacMillan Press, London.
- Oliver, M. (2002): "Emancipatory Research: a Vehicle for Social Transformation or Policy Development", 1st Annual Disability Research Seminar, NDA-CDS: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/Mike%27s%20paper.pdf>.
- OMS/OPS (2001). "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)". Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Pantano, L. (2005): "De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación". Disponible en: http://www.educared.org.ar/integrared/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp
- Pantano, L. (2003): "Atendiendo a la discapacidad. Conocimiento y acción. Incidencia en proyectos y planes", en *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires*. 7.
- Pantano, L. (1993): *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*, Eudeba, Buenos Aires.
- Scribano, A. (2002): "¿Brujos o especialistas?: de gurúes, sociedad y conocimiento", en *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*, Edit. Copiar, Córdoba, pp. 47-52.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987): "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work", en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 1, No. 1, pp 6-41
- Shakespeare, T. (1993): «Disabled people's self-organization: a new social movement?», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 8, núm. 3, pp. 249-264
- Viotti, R. (2006): *Estudio cualitativo sobre calidad de vida en mujeres médicas (y otras profesiones conexas) con discapacidades motoras*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad del Salvador, Maestría en Salud Pública, Argentina.