

Algunas reflexiones sobre la experiencia del cuerpo discapacitado
Carolina Ferrante.
CONICET/UNSAM
caferrante@hotmail.com

¿Usted cree que yo puedo prestarme por ser jorobado a farsas tan innobles?
Usted me va a llevar a la casa de novia y como quien presenta un monstruo,
le dirá: “Querida, te presento al dromedario”. (...) ¿Usted sabe acaso si a mi
me gusta que me besen? Puede no gustarme. Y si no me gusta, ¿por qué
usted quiere obligarme? ¿O es que usted se cree que porque soy corcovado
no tengo sentimientos humanos?
Roberto Arlt¹

“Producto social, el cuerpo, única manifestación sensible de la “persona”, se percibe por lo
común como la expresión más natural de la naturaleza profunda: no hay en él signos
propriadamente “físicos”, y el color y el espesor de la pintura de los labios o la configuración de
una mímica, exactamente igual que la forma del rostro o de la boca, se leen inmediatamente
como indicios de una fisonomía “moral”, socialmente “naturales” o naturalmente
“cultivados”.
Pierre Bourdieu²

Problema:

A la hora de abordar la discapacidad desde una perspectiva sociológica los clásicos dualismos
antagónicos individuo/sociedad, naturaleza/cultura derivados del cartesiano cuerpo/mente
se hacen presentes en la oposición deficiencia/ discapacidad que se traducen en dos modelos
explicativos contrapuestos.

Tradicionalmente, desde la mirada del *modelo médico hegemónico*³ (Menéndez, 1990) se
aportó una mirada clínica reparadora que reducía a la discapacidad a un déficit anclado en un
individuo particular tributario de asistencia médica. Desde un abordaje sociológico, nacido al
interior del colectivo de personas con discapacidad, surgirá una fuerte crítica a dicha mirada
biologicista. Oliver (1990) y Filkeinstein señalarán que la discapacidad es una construcción
social derivada de la naturalización de la deficiencia como problema médico individual. Lejos

¹ Roberto Arlt, *El jorobado*, Buenos Aires, Losada, 2005, p. 27.

² Pierre Bourdieu, *La distinción*, Madrid, Taurus, 1998, p. 110.

³ Según Eduardo Menéndez el modelo médico hegemónico es el modo de atención de salud devenido
hegemónico en los Estados capitalistas. Desde este modelo se sostiene una mirada biologicista, ahistórica, y
asocial de la enfermedad y la salud. Este modelo coexiste junto a otros dos modelos de atención (el modelo
subalterno, y el modelo de autocuidado) que permanecen en una situación subalterna y que no poseen la
legitimidad estatal para definir qué es enfermedad (Menendez, 1990).

de reducirse a una tragedia individual, la discapacidad es el resultado del modo de dominación capitalista que “discapacita” a las personas al no ofrecer los medios para su integración social (Ferreira, 2008). Los “discapacitados” constituyen fuerza de trabajo no productiva y por ello son reducidos al rol de enfermos, constituyendo parte de aquél ejército de reserva descripto por Marx. Desde este esquema, lejos de ser un problema de tipo médico, la discapacidad es el resultado de la opresión social por lo cual la experiencia de la discapacidad no puede ser comprendida sino es al interior del modo de producción capitalista. (Oliver 1990).

Ahora bien, en el 2001 (CIF,OMS, 2001), el modelo médico hegemónico aporta una nueva definición de la discapacidad en la cual, desde una perspectiva bio-psico-social, se postula que la discapacidad es el resultado de la interacción entre un individuo con un estado de salud y un contexto que no ofrece los medios para su participación social. De esta forma, si bien se reconoce la influencia de los aspectos sociales en el desarrollo de la discapacidad, no existe un cuestionamiento a la definición médica de déficit. Desde esta perspectiva, se considera que la CIF otorga una definición que supera al modelo social de la discapacidad y al modelo médico rehabilitador. Ingenuamente, en mis primeros trabajos adoptaba tal definición sin percibir que lejos de implicar un intento de superar el dualismo déficit/ discapacidad lo que hace esta definición es “colonizar” la experiencia de la discapacidad a partir de la conservación del poder para definir qué es deficiencia. Pero además, a través de esta enunciación, se plantea una reformulación del dualismo cartesiano elaborado en la forma individuo/contexto desde la cual se desconoce el carácter construido, arbitrario, de la deficiencia. A la vez, derivado de esta omisión, se elimina al modelo social como modelo explicativo efectivo para abordar la discapacidad⁴. De esta forma, tal como describe Eduardo Menéndez (1990), cuando el modelo médico hegemónico deja de ser eficaz para explicar un problema social medicalizado incorpora explicaciones hasta entonces ubicadas en una posición subalterna. En términos de efectividad y parsimonia no existen argumentos metodológicos que fundamenten la declaración de perennidad del modelo social anglosajón. De hecho, si se somete a prueba empírica el mismo se puede comprobar su capacidad explicativa. Así, en Argentina a través de datos aportados por la Encuesta Nacional de Discapacidad (INDEC 2002/2003) se puede afirmar que la población con discapacidad se

⁴ “Desde la perspectiva del modelo social, el análisis ha de enfatizar la falsedad de esa división entre lo natural y lo social –y/o cultural- propia del modelo fisiológico (una diferencia que aunque matizada, mantiene la nueva clasificación internacional de la OMS); sobre esta evidencia, cualquier distinción entre insuficiencia y discapacidad requiere tener en consideración la compleja especificidad histórica que es el fundamento de la misma” (Ferreira, 2008:9). Para abordar la discapacidad hay que partir de un esquema conceptual que supere los clásicos antagonismos entre naturaleza y cultura, individuo y sociedad.

encuentra en una situación de *vulnerabilidad social* (Castel, 1997) que se traduce en la ocupación de bajos espacio social. Dicha situación implica desventajas efectivas en el acceso al trabajo y a la educación. Pero aún más, se traduce en el encierro de seis de cada diez personas con discapacidad motora que salen sólo tres veces por semana de sus casas (Ferrante, 2008). Y no sólo en ellas, sino en esas cuatro de cada diez personas con discapacidad motora, que, cuestionando el destino social asignado (la muerte social) están presentes en el espacio social procurando “insertarse en la sociedad”. En ellas podemos observar que la opresión derivada de la construcción social de la deficiencia en discapacidad, se encarna en unos agentes concretos.

Ahora bien, ¿al sostener que la discapacidad es una construcción social no caemos en el riesgo de sociologizar la discapacidad y negar que la misma posee como anclaje un cuerpo fisiológico? Como señalan Arthur Kleinman y Joan Kleinman (1991) las consecuencias de caer en tal determinismo no son éticamente más aceptables que aquellas derivadas del reduccionismo biologicista. En todo caso, lo que parece evidente, es que el abordaje de la discapacidad so riesgo de caer en una caricatura de la experiencia humana (Kleinman y Kleinman, 1991), requiere una concepción del cuerpo que no lo reduzca ni a un conjunto yuxtapuesto de órganos ni a una mera representación psicológica. Se hace necesaria, una perspectiva que comprenda al cuerpo como un producto social (Bourdieu, 1991, Mauss 1979), pero, principalmente, como “pivote” de la *experiencia*, es decir, como medio a partir del cual adherimos a un mundo intersubjetivo (Merleau-Ponty, 1975). En este sentido, consideramos que la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu (1991,1999) a la luz de los aportes de la obra de Maurice Merleau-Ponty (1975) nos brinda elementos para tensionar la relación entre individuo/ sociedad, naturaleza/cultura, deficiencia/discapacidad.

El abordaje de la experiencia de la discapacidad desde el cuerpo “discapacitado”.

A partir de ciertas condiciones de existencia, el mundo se hace carne en el sujeto y se establece un *habitus* (Bourdieu 1991), como sistema de disposiciones que se sedimentan en el cuerpo, y que en términos de 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).). Desde esta perspectiva, pensamos que el cuerpo es un producto social (Bourdieu, 1982) ya que sus características “biológicas” están derivadas de las condiciones de existencia y porque las “taxonomías” que son aplicadas al cuerpo percibido son, arbitrarias (es decir, socialmente e históricamente construidas) y necesarias,

fundadas en las necesidades de un orden social determinado. De esta manera, todas las propiedades corporales socialmente alabadas o estigmatizadas ahondan en la división social y sexual del trabajo (Bourdieu, 1998).

Así, la definición de qué es deficiencia, lejos de ser neutral y objetiva, está en intrínseca relación con la definición de cuál es la definición del cuerpo legítimo (Bourdieu, 1982). La discapacidad es una construcción social que “ancla” en una norma que naturaliza en forma de déficit individual una relación de dominación histórica y arbitraria (Almeida, *et. al.*, 2008). El Estado, como denominador de las identidades sociales legítimas otorga la hegemonía a la medicina tradicional de occidente para reducir a la discapacidad al diagnóstico de un déficit anclado en un organismo individual. La persona con discapacidad deviene un “pobre merecedor” tributario de asistencia médica y social (Almedia, *et. al.*, 2008). Estas taxonomías se inculcan tanto en las instituciones estatales como en los servicios médicos, los ministerios, la escuela, el derecho, y la familia pero también en los agentes sociales quienes en las interacciones con personas discapacitadas aplican estas categorías (Bourdieu, 2000). De esta forma, la portación de una deficiencia conduce a la encarnación de un cuerpo no legítimo al cual corresponderá (o no) una definición estatal del “cuerpo no-legítimo-legitimado”, concepción que no puede ser entendida si no es en relación a la definición del cuerpo legítimo (permítaseme “sano”) al interior del modo de producción capitalista (Bourdieu, 1999). En este sentido, la división entre cuerpo legítimo y cuerpo no legítimo-legitimado hace referencia a unos principios de “domesticación” o disciplinamiento del cuerpo que, estructurados en torno a una definición arbitraria e histórica de habilidad⁵ definen *técnicas corporales* que transmiten “normas humanas de adiestramiento humano”(Mauss, 1979: 345) que permiten desarrollar una *disposición* para una hacer cosa⁶. Es por esto que la noción de *habilidad* debe pensarse en término relacionales a la de *inhabilidad* (Kagnitz, Switzer, Shuttkeworth, 2001). En el contexto del *capitalismo tardío* el cuerpo sano es aquel que es flexible (Scribano, 2007), independiente y físicamente conservado (Loveau, 2007). Las personas con discapacidad, al interior de este a-priori histórico, devienen portadoras de un cuerpo socialmente descalificado y rechazable. Como derivación de la división sexual y social del trabajo el cuerpo discapacitado deviene un cuerpo económicamente improductivo y asexuado.

⁵ A través de la noción latina de *habilis*, Mauss designa a eso que “tienen un sentido de la adaptación de sus movimientos bien coordinados hacia un fin, para quienes tienen unos hábitos, para quienes “saben hacer”. Es el sentido de las palabras “craft”, “cléver” (adiestramiento, presencia de espíritu y hábito) es la habilidad para hacer algo” (Mauss, 1979: 345).

⁶ Resulta interesante que en la enumeración de las técnicas corporales que realiza Mauss, la última que cita (y lamentablemente no desarrolla) es la de “técnicas de cuidado de lo anormal”.

En este sentido es que, la discapacidad deviene un “coeficiente social negativo” (Bourdieu, 2000) o “un estigma”⁷ (Goffman, 2001). En su clásico ensayo *Estigma*, Evinger Goffman señala que el mismo (entendido como un atributo poseído por una persona que lo diferencia de los demás y los transforma en una persona *desacreditable*) es un modo privilegiado de estudiar el modo en que se constituye la identidad social, al abordar “la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (2001:7)⁸. Ese coeficiente social en negativo o estigmatización conduce a sus portadores a una desposesión en términos de capital simbólico (entendiendo por tal la idea de prestigio de la persona) y homogeneiza las condiciones de existencia de sus portadores (Ferrante, 2008)⁹. La “colonización” de la experiencia de la deficiencia en lenguaje del modelo médico hegemónico hace que las personas con discapacidad sean reducidas a meros cuerpos para ser percibidos de acuerdo a categorías médicas, es decir, como personas enfermas, económicamente inhábiles (el adjetivo “invalidez” capta este sentido) y *asexuadas*, por lo cual tienden a ser infantilizadas (esta asociación entre a-sexualidad e infantilismo está tomada de: Moscoso Pérez, 2007; Zarco Colon, Gramedia de la Cruz, 2004).

La producción simbólica de la discapacidad naturalizada en la forma de deficiencia conduce a la dominación de las personas con discapacidad en tanto no pueden percibirse por fuera de dicha relación de dominación y asumen, así, una *identidad heterónoma* (en tanto definida en lenguaje biomédico) (Ferreira, 2007). Es de esta forma, que según Goffman, las personas estigmatizadas (permítame disculpadas) desarrollan una identidad social “deteriorada”, que incorporando la mirada de los “normales” los lleva a percibirse como “no plenamente humanos” (Goffman, 2001). Para Goffman la concepción de “ser humano normal” estaría determinada por la mirada médica de la humanidad y la organización burocrática estatal. A partir de la diferenciación entre lo normal y lo patológico los Estados modernos han

⁷ Goffman señalara que el estigma no implica tanto una diferenciación tajante entre un grupo de individuos “normales” y otros estigmatizados sino un proceso social de dos roles, por lo cual el normal y el estigmatizado no son personas sino “perspectivas”. Sugiere que los procesos de estigmatización tendrían la función social de generar una ayuda a esos individuos que no son ayudados por la sociedad

⁸ Este término, de origen griego era utilizado para designar aquellas marcas corporales que advertían que su portador poseía un status moral inferior. Este significado, con el cristianismo, adquirirá dos usos metafóricos: uno que hace referencia “a los signos corporales de la gracia divina” (Ibíd) y otro que alude en términos médicos indirectos este significado religioso. Según Goffman, en la actualidad, el estigma designa el mal en mismo y no sus expresiones corporales (2001).

⁹ Debe matizarse que a raíz de la mercantilización de la salud, (Kessler, 2003) la posición en el espacio social del agente influirá en forma determinante en la experiencia de la discapacidad, en tanto, el capital económico disponible permite el acceso a ayudas técnicas externas muchas veces no reconocidas por la obra social; aunque sería injusto no reconocer que el capital cultural influye de igual manera, ya que el conocimiento de los derechos socialmente adquiridos es una manera de exigir beneficios reconocidos por el Estado pero sistemáticamente vulnerados por el propio estado, las obras sociales y las coberturas médicas privadas. (Ferrante, 2008).

designado a través de lo normal el ideal pedagógico y el “estado de salud orgánica” (Canguilhem 1978:184). Estos, traducidos en las reformas pedagógica y hospitalaria, manifiestan una exigencia de racionalización que luego se hará presente en lo político y en lo económico y que finalizará en el proceso de “normalización” (Ibid.). En este sentido, la exclusión de las personas con discapacidad de la “corriente principal de la vida social” se inscribe en una fase de “institucionalización” en las que se crean las instituciones especializadas en el tratamiento y la cura de la discapacidad, con sus profesionales expertos (Ferreira, 2008).

La categorización de las personas discapacitadas, lejos de ser neutral, (como hemos reseñado anteriormente), conduce a quienes la encarnan a encontrar obstruidas sus posibilidades reales de supervivencia: quedan por fuera del mercado de trabajo y excluidos en importantísima medida del acceso al mercado matrimonial.

Según Goffman la adquisición de esta identidad social “deteriorada” puede ser observada en toda su pureza en los casos en los cuales la persona adquiere el estigma en el curso de la vida (Ibid.). El conocimiento de su carácter de advenido “anormal” aumenta el sufrimiento de la persona (Goffman, 2001). Sin embargo, podemos pensar que en estas personas es en donde la arbitrariedad de tal etiquetamiento es más cuestionada y que el sufrimiento personal derivado de las múltiples formas de *violencia simbólica* (Bourdieu, 1999) a las que se ven sometidas deviene denuncia y *resistencia existencial* (Kleinman y Kleinman 1991) de la relación de dominación instituida. ¿Cómo es el proceso a partir del cual la persona adquiere su nueva identidad y en qué medida influye el proceso de rehabilitación en la capacidad de apropiarse de su nuevo *esquema corporal*?

El proceso de rehabilitación o “discapacitación”

Las personas que comparten un estigma, en el caso que nos ocupa, la discapacidad motora, pasan por un “carrera moral” (Goffman, 2001) a partir de la cual atraviesan las mismas experiencias de aprendizaje derivadas de su deficiencia y experimentan una modificación en su relación práctica con el mundo. En este proceso la persona adhiere una nueva identidad social a partir de una socialización a través del cual, en la fase de hospitalización, el *modelo médico hegemónico* en tanto ortodoxia del campo de la discapacidad, (es decir, institución estatalmente reconocida para “atender” las personas que adquieren una deficiencia) inculcará

el *habitus de la discapacidad*¹⁰. Este proceso que Goffman denomina de *inhabilitación*, y que el lenguaje médico llama rehabilitación puede ser denominado, a mi entender, como un proceso de “discapacitación”¹¹, en el cual a partir de la iatrogenia¹² generada por el modelo médico hegemónico la persona adquiere, a través del cuerpo, una nueva identidad como persona enferma.

Analíticamente, me interesa destacar cuatro momentos de este proceso (sólo identificables a través de un proceso de abstracción) ilustrados a través de las narrativas de personas que han adquirido la discapacidad motora en el curso de la vida, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires¹³. Las dos primeras instancias que recorreremos tienen lugar en el Centro de Rehabilitación: la primera es la adquisición de la discapacidad y la sensación de indeterminación del dolor; la segunda se relaciona con las prácticas de rehabilitación realizadas en el período de hospitalización. El tercer momento atañe a “la salida a la sociedad” y la necesidad de “dar vuelta la página y salir adelante”. Finalmente, la última deriva de las dificultades que implica para las personas con discapacidad acarrear una identidad heterónoma (Ferreira, 2007) y “devaluada”.

La adquisición de la discapacidad (materialización de la deficiencia) y la sensación de indeterminación del dolor corporal.

En momentos posteriores y recientes a la adquisición de una discapacidad motora derivada de una lesión medular, las personas describen una sensación de indeterminación y de ambivalencia con respecto al dolor corporal, no localizable en un órgano determinado, y por

¹⁰ Entendemos por tal los modos de sentir, actuar y pensar compartidos por las personas que poseen una discapacidad y que son inculcados por el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990). A partir del mismo, se reduce a la discapacidad a una deficiencia anclada en un organismo particular y a la cual es necesario volver, en la medida de lo posible, a la normalidad.

¹¹ Entiendo “por proceso de discapacitación” aquel el período en el cual la persona que adquiere una “discapacidad” la adhiere a su nuevo *esquema corporal* (en el sentido de Merleau Ponty, 1975) en forma de “deficiencia”.

¹² Según Eduardo Menéndez el aumento de la iatrogenia y de la ineficacia del modelo médico hegemónico ha sido uno de los ítems que desde las ciencias sociales se ha utilizado para cuestionar dicho modo de atención y poner en evidencia su crisis (Menéndez, 1985). Claramente podrían aplicarse todas las críticas que el autor enumera que se le han aplicado al mismo al proceso de rehabilitación: aumento del costo de atención, aumento del uso de medicamentos, aumento de la intervención médica, privilegio de criterios de productividad por sobre el de calidad, medicalización, falta de relación entre el aumento de los costos y el perfil epidemiológico, privilegio de técnicas curativas en detrimento de las preventivas.

¹³ Las mismas se extraen de entrevistas en profundidad realizadas en el marco de una beca doctoral en curso otorgada por el CONICET. El título de mi proyecto de tesis es: “Habitus, discapacidad y deporte. Las prácticas deportivas de las personas con discapacidad motora usuarias del Servicio Nacional de Rehabilitación en la actualidad”.

tanto, no asimilable a la especialización médica del déficit, ni una experiencia anterior. Pedro señala que

“el parapléjico siente raro el dolor, no sé es como que te clavan, como que si te duele pero no sabés dónde// Ahora a mí en este momento me duele la cintura pero no sé en dónde... Y la pasé mal en el hospital// Vos llegás acá y tenés espamos

-qué es eso?

-el cuerpo se maneja solo. Yo estuve seis meses en cama y las piernas se vuelven locas, y (...) te empiezan a dar biorelajantes o te dan el valium, viste y, hacen un equipo el kinesiólogo, la psicóloga, el fisiatra, el fisiatra es el que manda, y te dan biorelajantes para que las piernas se queden duras. Pero te dan fármacos y a mí el fármaco me pegaba mal, me cambiaba lo estados. Mayormente el fármaco me ponía mal, pero tenía una mala reacción, me pegaba mal. Así que yo lo dejé de tomar. Te empiezan a empastillar, empastillar y, no, yo dije, hasta ahí, eh. Hay pibes que tomaban cinco valium por día. Y el pibe decía no pero mi espacidad, y yo le decía deja a tu espacidad, dejalo somos cuatro.

Al moverse las piernas, circula la sangre sexualmente podés funcionar” (Pedro)

En esta narrativa, podemos observar como la sensación de indeterminación del dolor corporal y la incapacidad de anclar una especialización en un órgano preciso, da cuenta de una experiencia corporal que no es reducible a una mirada en tercera persona, sino que es vivida en carne y hueso e involucra al cuerpo como totalidad viviente. La adquisición de la deficiencia motriz no afecta a “las piernas de Pedro sino que todo su *esquema corporal* se ve involucrado, y tal vez por esto, “el cuerpo se vuelve loco”, entra fuera de control, las piernas, las extremidades “se manejan solos”. En este sentido, cuestionando la mirada fisiologicista del cuerpo, Merleau Ponty, sostendrá que la adquisición de una deficiencia, lejos de afectar a un órgano concreto, involucra a todo el área vital del sujeto en tanto implica la pérdida de un campo práctico previo sedimentado en su *cuerpo habitual*, que debe ser reemplazado por un nuevo *cuerpo propio*. Lejos de constituir un conjunto yuxtapuesto de órganos, el cuerpo, es el medio a través del cual adherimos a un mundo intersubjetivo, social e histórico (Merleau Ponty, 1975)¹⁴. Sin embargo, en el proceso de rehabilitación esa experiencia en primera persona, en carne y hueso, de indeterminación es reemplazada por la mirada clínica en tercera persona que “coloniza” dicha vivencia y anula el dolor corporal, medicalizándolo. La sensación de incertidumbre se adormece a través del empastillamiento de ese cuerpo fuera de

¹⁴ A partir de la adquisición de hábitos sensomotrices el mundo se hace carne en el sujeto y adquiere un saber práctico que le permite ser un agente diestro de la sociedad, o, en términos de Mauss (1979), realizar actos tradicionales eficaces. Así, en el hombre existe un *cuerpo habitual*, a través del cual adquiere unos hábitos que le permiten adherir a un mundo pre objetivo e impersonal que se actualiza en un *cuerpo propio*, experiencia personal y en carne y hueso (Merleau Ponty, 1975).

control, procurando su “normalización” a través “de la búsqueda del silencio de los órganos”. Mas allá de que a Pedro los bio-relajantes “le pegaba mal” los médicos, ignorando su padecimiento, continuaban silenciando ese cuerpo enloquecido, aún no midiendo los aspectos negativos que el exceso de medicamentos produciría en la ulterior vida sexual del paciente. Pero no solo en la futura vida, sino en ese momento concreto, ya que las erecciones descontroladas constituyen un indicador (para Pedro) de que sí podría tener relaciones sexuales, y por ello, desarrolla *estrategias* que le permiten eludir la *medicalización*. La etapa de hospitalización, generalmente prolongada, se acompaña de la intriga y la angustia en torno a “saber” si se podrá o no tener erecciones, hijos, en fin, una vida sexual “normal” o parecida a la que se tenía antes del accidente.

Pero el olvido de la experiencia del sujeto doliente se da a través de pequeñas coerciones operadas sobre el cuerpo, reduciéndolo a un mero objeto para ser percibido según la mirada médica o categorías médicas, es decir, un cuerpo máquina, inhabitado. Al estar en una situación de dependencia la satisfacción de necesidades como la de abrigo constituyen modos obligados de sumisión y humillación.

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

Como señala Martha, en una situación de extrema necesidad física pero también afectiva derivada de esa misma “deficiencia”, con tan solo 23 años, dos hijos pequeños y abandonada por su esposo, la persona se encuentra sumamente vulnerable. En un sentido semejante Carlos, discapacitado en la adolescencia, sin familia y “obligado” por las condiciones de existencia a vivir por un tiempo en un hogar para personas con discapacidad debió sufrir situaciones de abuso.

“(los curas) te daban la posibilidad de ganarte la voluntad de ellos//cada uno hace con su cuerpo lo que quiere pero a la noche cuando estaban venían a tocarte, a mí, personalmente me venían a manosear y a uno me levanto y lo corro con una botella de vino que había quedado sabés que me agarró tanta indignación porque eh te molestan,_vos estabas

durmiendo y te despiertan y estaban bajándose los pantalones. Entonces te sentís mal, estuve viviendo mucho tiempo ahí y me querían agarrar, como sabía que no tenía a donde ir, entonces como que yo tenía que moverme un cura para quedarme ahí” (Carlos).

Carlos señala que los curas otorgaban “la posibilidad” de ganarse su benevolencia a cambio de favores sexuales, y agrega, “cada uno hace con su cuerpo lo que quiere”. Sin embargo, uno no hace lo quiere, sino “lo que puede” de acuerdo a unas condiciones de existencia. La producción simbólica de la discapacidad que la reduce a un cuerpo dependiente la somete a múltiples situaciones de vulneración de derechos. Carlos, como persona con discapacidad socializado en un contexto asistencialista y dependiente no es dueño de su cuerpo, no puede hacer con él lo que quiere por más que de la indignación “hubiese” deseado levantarse y “correrlo” con una botella de vino. La situación de dependencia en la cual quedan configuradas las personas con discapacidad motora las somete a formas dramáticas de opresión. Estas maneras de *violencia simbólica*, sedimentadas en la forma de dolor implican un fuerte proceso de disciplinamiento del cuerpo y de incorporación de la relación de dominación.

Un segundo momento importante en la somatización de la discapacidad como deficiencia, (sino el fundamental), lo constituyen las prácticas de rehabilitación realizadas al interior del periodo de hospitalización. A partir de las mismas se procuran acercar a una normalidad médica el órgano dañado. El cuerpo de la discapacidad pasa a ser objeto de 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” (Ferreira, 2008). Sin embargo, este proceso deviene un proceso de “discapacitación” del cuerpo discapacitado. .

- ¿qué era la rehabilitación?

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

La rehabilitación, según Martha, lejos de procurar la restitución de la salud, fue discapacitante, generó más deficiencia física y anímica. La metáfora de la cárcel a través de la cual Martha refiere al Servicio Nacional de Rehabilitación por un lado hace alusión directa al

encierro y al tiempo “muerto”, pero a la vez, alude al carácter punitivo que adquiere haber quedado discapacitada y querer seguir viviendo. “*Es como si tuvieras que pagar casa minuto de tu existencia*”. Y también es un castigo que su rol de madre no haya podido ser ejercido por varios años debido al rechazo de sus suegros (¿Cómo una mujer en silla de ruedas podía hacerse cargo de dos niños, si ella misma era, por su condición de discapacitada, una niña?). La paradoja del proceso de rehabilitación es que lejos de inculcar *disposiciones* (Bourdieu, 1999) que permitan al agente apropiarse de su nuevo “*cuero propio*” (Merleau Ponty, 1975), lo configuran en la dependencia, la desidia, el abandono y, principalmente, la “inhabilidad”. Como una expresión más del olvido de la vivencia singular de la discapacidad, las ayudas técnicas externas, como la silla de ruedas son “recetadas” sin tener en cuenta la especificidades del agente social que la adoptará y para quien significará una real extensión de su *cuero propio*. Carlos lo expresa con toda claridad:

“A veces te dan un zapato y te va para la mierda. Acá los médicos se creen que porque tiene cuatro rueditas vos te podés subir y ya puede andar pero no es así. La silla tiene que ser hecha a tu medida, cosa que vos puedas descansar. Si a vos te ponen en una silla alta o ancha tu discapacidad sigue avanzando porque está la esclerosis. Esto con las obras sociales, que tiene que salir del bolsillo de ella la plata es muy jodido. Yo me fui a pelear en bancario me abren un cuartito y me dicen ¿en cuál te querés sentar? En ninguna cerralo. Yo no quiero que me la regales. Y me dice, pasa que vos sos muy pretencioso. No es así, no es que tenga cuatro rueditas, yo tengo que contar que yo vivo en un departamento en que la puerta de mi bañito es muy chiquita y no puedo modificar porque no tengo la plata y si quisiera tengo que cortar los caños de agua y no puedo. Por qué yo no me puedo hacer una silla a la medida de lo que necesito.//La silla forma parte del cuerpo. Es parte del cuerpo, para nosotros es parte del cuerpo” (Carlos)

La constitución de la deficiencia como mero “cuerpo para ser percibido por la mirada médica o por categorías médicas” conduce a olvidar las necesidades específicas de la persona con discapacidad y su desconocimiento como sujeto de derechos. La silla tiene que hacer a medida de quien la va a usar, en caso contrario la deficiencia avanza. La *mercantilización* del campo de la salud (Kessler, 2003) hace que el acceso a una silla de ruedas adecuada dependa, como adelantaba en la introducción, o bien del *capital económico* poseído por el agente o del *capital cultural*. Generalmente, para obtener esta ayuda técnica u otros bienes de curación asociados a la deficiencia (como sondas, medicamentos) los agentes tienen que recurrir a amparos judiciales. Esto implica disponer de capital social y, fundamentalmente, tiempo y energías para soportar la lucha judicial, en un contexto cotidiano que se caracteriza por “ser *el*

mundo del no” (Scribano, 2007) (no poder viajar en el colectivo solo, no poder cruzar la calle, no poder entrar a un negocio, no poder subir una escalera).

Enfatizo este aspecto porque si bien la legislación argentina vigente obliga a las obras sociales, a las medicinas privadas y al Estado a cubrir los gastos asociados a tratamientos de rehabilitación estos derechos son ignorados por la amplia mayoría de las personas con discapacidad, y lo que es peor: cuando son conocidos no son reconocidos por los prestadores (lo que tal vez exista una falta de ejercicios de derechos derivados de la constante vulneración de los mismos). Estas desigualdades en el acceso a ayudas técnicas externas se traducen, en falta de capacidad de manipulación del cuerpo propio y del espacio físico (lo cual deriva en encierro domestico y “muerte social” (Martínez, 2007) y/o en deterioro del cuerpo propio. Como señala Maria Epele (2002 b) en relación al consumo de drogas podemos señalar que si bien las deficiencias no discriminan clases sociales, en los casos en los que se une una baja posición en el espacio social a una discapacidad, las desigualdades sociales se hacen “carne” a través de *huellas y marcas corporales*.

Las consecuencias del proceso de discapacitación se hacen manifiestas, sobre todo, cuando la persona discapacitada es dada de alta del centro de rehabilitación e intenta llevar a cabo una vida “normal”. Así, nos acercamos al tercer punto que queremos desarrollar

“Salida a la sociedad e inserción social: vuelta de página”

La ineficacia del proceso de rehabilitación, o bien, la eficacia del proceso de discapacitación en tanto inculcación del *habitus de la discapacidad*, será comprobada por la persona con discapacidad a través del cuerpo: en el centro de rehabilitación no le han transmitido los hábitos sensomotrices necesarios para poder desplazarse como una persona que procura una vida independiente. Este obstáculo que deben pasar las personas con discapacidad implica “aprenderlo todo nuevo” e intentar poder lograr actualizar ese nuevo *cuerpo propio*.

Independientemente de pasarme de la cama a la silla, de la silla a la bañera , todo ese tipo de cosas la lucha es “salir a la sociedad” y decir bueno en el Instituto de Rehabilitación te servía el desayuno a las 8 de la mañana, el almuerzo al mediodía y estaba todo bien, pero saliendo afuera yo tenía que hacer todo solo, si yo no trabajaba, no comía ni dormía y si yo no trabajaba no tenía donde vivir.//Es diferente que si a los 18 años tenés un accidente y tenés que salir a pelear a la sociedad y cambiar y dar la vuelta de hoja, **porque tenés que dar vuelta la hoja**. Yo perdí todos mis compañeros, es un problema psicológico que no

pasás de un día para el otro, decís puta no tengo más mi compañeros, y bueno yo sigo con vida y tengo que lucharla... ¿me entendés? Hay cosas que la madre de mi compañero me decía Carlos por qué no vas a ver a Hernán, porque Hernán está en un manicomio y yo le llevaba un chocolate y me decía te acordás de mengano, y yo salía de ahí hecho mierda entonces de que sirve, no me hago más mierda porque *yo tengo que seguir remando*, porque si no *me quedó acá me termino pegando un tiro en la cabeza*. Entonces yo tengo convicciones en las cuales yo sé que tengo que dejar algo en la vida, no siendo el presidente de, no no no, no quiero ningún compromiso de esos.” (Carlos)

“ Cuando una persona se discapacita toda la vida cambia de nuevo es como volver a empezar una nueva vida, después viene la rehabilitación que según los distintos tipos de discapacidades es distinto pero el mensaje es que vos tenés que desarrollar el máximo de capacidades que puedas y tener una vida lo más parecida... a... lo normal POSIBLE o tradicional, pero eso tiene que tener una continuidad porque el día que te dan el alta y cruzás la puerta del instituto PARA FUERA, la cosa empieza y si no tenés una continuidad ES CONTRADICTORIO Y RE cruel, porque vos salís con el mensaje “dale que vas a poder”, eso tiene que tener una continuidad CUANDO SALÍS NO TE DEJAN.Y eso te lleva a la rebeldía. Bueno, está bien hay que rebelarse, es parte de la cuestión de que está vivo es expresión de la vida, pero... todo es el cuento de que todo depende de vos, del esfuerzo, en la escuela también. Pero en la discapacidad es más mentira”. (Martha)

En el caso de Carlos y Martha al salir fuera del campo de la discapacidad e intentar “volver a insertarse a la sociedad” se pudo advertir que el proceso de rehabilitación había sido ficticio e ineficaz para el regreso a la “normalidad”. Carlos y Martha tenían *unas expectativas subjetivas* no ajustadas a sus *posibilidades objetivas* (Bourdieu, 1999): querían terminar sus estudios, trabajar, “tener una vida normal”, esperanzas que entraban en contradicción con su nueva *hexis corporal* que los asimilaba a cuerpos enfermos (que debían estar en sus casas y no en el espacio público). Este desajuste, debía ser solucionado de algún modo, “había que dar vuelta la página y empezar de nuevo” porque si no la vida no se hacía tolerable, pero también se transformaba en indignación, rebeldía (en el caso de Martha) y lucha por la “causa de la discapacidad” (en Carlos). Con otras palabras, el *habitus de la discapacidad* inculcado en aquel campo devenía un *habitus desfasado* (Bourdieu, 1999), no ajustado a la estructura propia de una sociedad de capitalismo tardío. Aquí, los agentes al encontrarse que las situaciones en las que fue inculcado el *habitus* no se ajustan a las condiciones objetivas en el que fue engendrado (ya que no se adecua ni a las condiciones previas a la adquisición de la discapacidad ni a aquellas posteriores) desarrollan *estrategias* que demuestran que el *habitus* lejos de ser la mera actualización de una estructura es un sistema de esquemas de

disposiciones abierto a la situación, por lo cual cuando esta se modifica, el rol creador del agente se hace evidente (Bourdieu, 1991). Así, lejos de responder mecánicamente a una situación de ajuste perfecto, la relación de dominación inculcada a través de la incorporación del *habitus de la discapacidad*, no es un destino sino que surgen fisuras y quiebres. Carlos, Martha y Pedro han logrado insertarse laboralmente, realizar sus estudios. Carlos se ha podido casar y ser padre, Pedro esta de novio y Martha ha recuperado a sus hijos. Sin embargo, esto no implica que no sufran cotidianamente múltiples y constantes formas de *violencia simbólica* derivadas de una “mirada social” que, lejos de ser abstracta, y universal es un “un poder simbólico cuya eficacia depende de la posición relativa del que percibe y del que es percibido” (Bourdieu, 2000:85).¹⁵

Al interior de nuestro mundo social, las personas con discapacidad reúnen y asumen una serie de taxonomías negativas prácticas cristalizadas en un sistema de adjetivos que producen “unas valoraciones éticas, estéticas y cognitivas” (Bourdieu, 2000:129) y que se basan en las oposiciones inscriptas en la estructura social: hábil/inhábil, normal/anormal, mujer/varón, adulto/niño, asexuado/sexuado, pasivo/activo, malo/bueno, feo/lindo, inteligente/tonto¹⁶. Estas categorías son aplicadas y reforzadas cuando las personas con discapacidad, debido a la falta de adaptación de las estructuras sociales a sus necesidades deben recurrir a la ayuda de las personas no discapacitadas. Esto implica someterse a una violencia silenciosa e hiriente que los reduce a meros objetos estéticos, cuerpos para ser percibidos, evaluados y aprehendidos por la mirada médica.

“Lo que más se sufre es en este momento, la indiferencia, la indiferencia disimulada, se hacen como que no te ven... por ahí no podés cruzar, no sé cualquier cosa imperceptible que necesitás por las dudas no se acercan. Muchas veces me ha pasado que no escucharon que pediste ayuda, que no te vieron... **Es bastante incómodo**... Porque tenés que estar pidiendo a uno y a otro y a otro y a otro cuando cruzo la calle, o cuando voy a un negocio o ...Ah!! La peor: cuando un local es inaccesible para entrar en silla y llamás para entrar y te dicen “ya colaboré”, típica, típica, me pasa en todos lados, o directamente pedís ayuda para entrar y vienen con la monedita; no te venía a comprar un pullover de esos de 90 pesos que tenés ahí con la monedita no me va a alcanzar (risas) El ya colaboré, no estoy vendiendo

¹⁵ La experiencia práctica del cuerpo constituye uno de los “principios de la construcción de cada agente en una relación duradera con su cuerpo” (Bourdieu, 2000:85). Es producto de la aplicación al *cuerpo propio* de unos esquemas de clasificación derivados de la encarnación de las estructuras sociales y que es constantemente reforzado por las reacciones, también originadas con esos esquemas, que el cuerpo propio genera en los otros.

¹⁶ “Las estructuras del espacio social (...) moldean los cuerpos al inculcarles, por medio de los condicionamientos asociados a una posición en el espacio social, las estructuras cognitivas que dichos condicionamientos les aplican” (Bourdieu 1999: 241).

nada, te digo que ya colaboré, como basta no molestes! (risas) Estas cosas las vivís y te pega diferente cuando recién empezás, cuando ya tenés 20 años con la silla... Es una gran desubicación es una mala educación... porque con otro no lo vas a parar no vas a parar a preguntarle cada persona ¿cómo está tu hígado?, yo en tu lugar me pego un tiro... esas reacciones son constantes. Hubo un momento que me cansó... y entonces cuando me preguntan digo no me molesta pero me cansa (risas). Porque después te pasa en una esquina, y el otra esquina y en la otra y al entrar a un negocio. Viste para vos es un momento, pero para mí es todo el día (risas)” (Marta).

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

P: si pero los colectivos estuvieran bien...

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

La indiferencia, la desubicación, la intromisión del otro, “duele”. La *hexis* del cuerpo discapacitado encarna un cuerpo “descalificado”. La infravaloración que sufren las personas con discapacidad parecería “una negación de la existencia” (Bourdieu, 2000:78). Así, portar un cuerpo discapacitado, en tanto implica un alejamiento feroz del cuerpo legítimo (o sano), enreda una sensación de incomodidad expresada en la forma de malestar, timidez, vergüenza, atemperamiento. Sin embargo, no hay que dejar de observar cómo, pese a todo, los agentes consiguen oponer a la subordinación impuesta por unas condiciones degradantes unas defensas, individuales y colectivas, puntuales o duraderas, inscritas de modo perdurable en los *habitus*: el humor, la ironía, formas menospreciadas de resistencia (Bourdieu, 1999)

De esta forma, las personas que procuran llevar una vida independiente y procurar llevar una vida “normal” alcanzan una “inclusión exclusiva” (Almeida *et.al*) en tanto no pueden dejar de ser percibidas por fuera de la mirada médica. Pero aún más, cuando las personas con discapacidad motora se definen como “rengos”, incorporan un estereotipo desde el cual se perciben desde esos esquemas que son condición de su dominación; con otras palabras, reproducen una identidad heterónoma. Esto quiere decir, es que se puede observar un efecto

de *hysteresis* (Bourdieu, 1999) que hace que los sujetos reproduzcan elementos de la relación de dominación.

“Siempre con el tema de la renguera, jodemos a los sordos, a los ciegos, estamos siempre expectante mirando que ficha le vamos a sacar a alguien. Lo que pasa es que entre nosotros nos sacamos el cuero “mal”, más rápidamente, en otras discapacidades es más tremendo, las personas ciegas, sordas, es más tremendo, hablando mal y pronto, los rengos somos los más hijos de puta ...

-¿ se lo toman con humor?

-si, con humor. Pero además yo te digo sinceramente, el que más maldades hace en el trabajo soy yo., me dicen nunca vi alguien tan delincuente, tan hijo de puta como vos, (risas) porque les doy con un caño, me dicen rengo hijo de mil puta (risas) yo les digo sacate sacate la bronca que después vas a tener que recorrer un psicoanalista (risas) y así viste” (Carlos).

Carlos no sólo se percibe a él y al colectivo de personas con discapacidad motriz como “rengos”, es decir, según un lenguaje que ancla la discapacidad en el cuerpo fisiológico sino que además esa mirada médica, condición de su situación de dominación es aplicada a las personas con otras discapacidades¹⁷.

Identidad heterónoma y devaluada:

“Yo no creía que iba a tener una hija... que iba a tener una mujer... que estar discapacitado genere algún tipo de atracción. Se habla mucho de la discriminación, pero acá hace falta que seas alto rubio y de ojos verdes para que te den bolilla las minas. Eso acá, porque en Chile, en España, yo me he relacionado con las mujeres de una manera espectacular. Yo acá (después de mi separación) no me pude relacionar nunca con nadie.//Tuve una relación con una chica abogada (...) y todo bien hasta el momento que me presentó a la familia, ahí reventó todo. Después de conocer a los padres vinieron todos los problemas y preguntas de ella e inseguridades//“por qué un discapacitado cómo hace, vos tenés que tener hijos te puede salir igual que él, no te puede mantener”, boludeces de las más grandes que puedas escuchar, así. Y le digo nena un gusto haberte conocido andá a la puta que te parió. Era para

¹⁷ Podemos pensar, que al interior del espacio simbólico del Servicio Nacional de Rehabilitación existe una “anatomía moral” (Epele, 2002a) que jerarquiza a los lesionados motores como los “reyes” de la institución (en especial a los “ex polio”), prototipos del género masculino, (ser “hijo de puta, saca cuero” es ser un “piola” en el mundo porteño).

ir a decirle a la madre venga señora a ver si puedo o no tener hijos, decile que se saque la duda (risas)” (Carlos)

A modo de primera aproximación a un interrogante que no es cerrado y es complejo, podemos sostener que la deficiencia se encarna en un proceso de discapacitación a partir del cual la persona con discapacidad es reducida a un cuerpo para ser percibido por la mirada médica o por categorías medicas. En dicho proceso podemos decir que el cuerpo es “discapacitado”, es decir, inhabilitado como totalidad viviente. Dichos esquemas de percepción son históricos y no pueden ser pensados por fuera del modo de producción capitalista tardío. Los mismos son inscriptos en sistemas de estructuras estables inscriptas en las cosas (las instituciones) y los *habitus* (o disposiciones) (Bourdieu, 1999)¹⁸.

Así, cuando las personas sin discapacidad se enfrentan a personas con discapacidad que procurando el destino social asignado están en espacios “normales” aplican estas taxonomías negativas. A partir de los mismos, como señale a lo largo del trabajo, la persona con discapacidad es rebajada a un mero objeto estético para ser percibido por categorías médicas, y, en términos prácticos a ser reducido a su “físico” (Bourdieu, 2000). Es en este sentido que podemos afirmar que la portación de un cuerpo discapacitado implica un “coeficiente simbólico negativo” (Bourdieu, 2000) para sus portadores, que podría ser denominado un “estigma” en el sentido de Goffman. Ahora bien, es necesario enfatizar que el origen de esta descalificación que implica la deficiencia se deriva del rol improductivo que adquieren las personas con discapacidad en la división social y sexual del trabajo (Bourdieu, 1991). La experiencia de la discapacidad tensiona aquellos patrones en los cuales se sustentan las relaciones de género (Grimberg, 2003). La presunción de un carácter no plenamente humano de las personas discapacitadas no estarían relacionadas a una estigmatización de la dependencia y la asexualización tal como sugiere Pérez Moscoso (2007), sino, a mi entender, de su exclusión de la división del trabajo.

Eso no niega que en el sufrimiento individual de las personas con discapacidad que se ven excluidas del mercado afectivo podemos encontrar modos de resistencia existencial que cuestionan la arbitrariedad, en este caso, de la mirada médica de la discapacidad y de las consecuencias prácticas de su aplicación omnipotente.

¹⁸ En este sentido, la Medicina (y a través de ella el Estado) eternizan lo arbitrario, al realizar un trabajo de deshistorización a partir del cual la discapacidad es vivida como una enfermedad individual. Esta tarea de eternización de las relaciones de dominación se perpetúa en otras instituciones del Estado, como los Ministerios, las obras sociales, la Escuela y la Familia, los medios de comunicación. Y son a las que las personas con discapacidad “chocan” y rebotan y cotidianamente.

Por último, las prácticas a través de las cuales algunas personas con discapacidad logran apropiarse de su nuevo *esquema corporal*, permiten por un lado comprobar el carácter deshumanizador que adquiere la medicina en el tratamiento de la discapacidad, y por otro, afirmar que dichas personas encarnan modos de resistencia a la definición ortodoxa de la deficiencia. Esas personas nos hacen pensar, con Canguilhem (1978), que la enfermedad más que una experimentación es una experiencia vivida inédita que, una vez superada, crea un umbral cualitativo nuevo. La investigación sociológica de esas experiencias sería un elemento enriquecedor que puede ser incorporado en los reclamos de los movimientos de vida independiente y, en otro plano, en la discusión filosófica en torno al estatuto ontológico del cuerpo “híbrido”. Si fuese posible una medicina no normalizadora y se procurara la inclusión en el mercado laboral de las personas con discapacidad, seguramente la discapacidad dejaría de significar opresión, marginación y exclusión social.

Bibliografía:

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

Bourdieu, P. (2000): *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.

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

----- (1998): *La distinción*, Taurus, Madrid.

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

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

Canguilhem, G. (1978): “Lo normal y lo patológico”, Siglo Veintiuno Editores, México.

Castel, R. (1997): *Las metamorfosis de cuestión social: una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.

Epele, M. (2002a) “Scars, Harm and Pain. About Being Injected among Latina drug using women”. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*: 1 (1): 47-69. The Haworth Press, New York.

----- (2002b) “Violencia y Trauma. Políticas del Sufrimiento Social entre usuarias de drogas” *Cuadernos de Antropología Social* N° 14: 117-137. Facultad Filosofía y Letras (UBA), Buenos Aires.

Ferreira, M. A. V. (2008): “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”, REIS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas (en prensa). Disponible en: http://www.um.es/discatif/TEORIA/REIS_discapacidad.pdf.

------(2007): “Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad”, en Revista Intersticios, Vol. 1, Nº2.
<http://www.intersticios.es/article/view/1084/854>

Ferrante, C. (2008): «Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina, en Revista Intersticios», Vol 2, Nº1.
<http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>

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

Grimberg, M. (2003): Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y Género en personas que viven con VIH. Cuadernos de Antropología Social, Nº17, 79-99.

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

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

Kessler, G. (2003). Redefinición del mundo social en tiempos de cambio. Una tipología para la experiencia de empobrecimiento. 25-51. *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales*. Editorial Biblos y Universidad de General Sarmiento.

Kleinman, A y J. Kleinman (1991) “Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15: 275-302-

Louveau, Catherine (2007): “El cuerpo deportivo, ¿un cuerpo rentable para todos?” en Lachaud, J.M. y Neveux, O.: *Cuerpos dominados. Cuerpos en ruptura*, Nueva Visión, Buenos Aires.

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

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

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

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

Merleau- Ponty, M. (1979). *Fenomenología de la Percepción*, Península, Barcelona.

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

Pérez Moscoso, M. (2007): «Menos que mujeres», en J. Arpal y Mendiola, I. (eds): *Estudios sobre cuerpo, tecnología y cultura*, Servicio editorial Argitalpen Zerbitzua. Universidad del País Vasco, Bilbao.

Scribano, A. (2007): «La Sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones» en A. Scribano (comp.): *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*, CEA-UNC – Jorge Sarmiento Editor. Pp. 118-142.

Zarco Colón, J. Gracia de la Cruz (2004): *El espejo social de la mujer con gran discapacidad*. Madrid, Fundamentos, 2004.