

GT2 Teoría Sociológica

Una teoría de la acción social sustentada en la discapacidad: reflexividad, habitus y anatomopolítica

Miguel A.V. Ferreira

mavferre@ucm.es

Universidad Complutense de Madrid

En el marco de la teoría de Bourdieu sobre la acción, el concepto de habitus especifica las condiciones de posibilidad sobre las que se configuran las estrategias prácticas de los agentes (Bourdieu, 1991, 1999). El habitus es una estructura de predisposiciones que confiere a la persona su “competencia” para desenvolverse en el mundo. Tal estructura, heredada del grupo de pertenencia¹, delimita objetivamente las opciones posibles a disposición del agente² pues incorpora las predisposiciones cognitivas, perceptivas, interpretativas, etc. que definirán, de antemano, sus capacidades como tal. No obstante, sien-

¹ El grupo de pertenencia primario es la familia y, por tanto, la “clase social” a la que la misma pertenece; pero a lo largo de la trayectoria de vida de una persona surgen otros grupos de pertenencia que aportan sus específicos habitus: la institución educativa y el grupo profesional serán, seguramente, los más decisivos. No obstante, el origen familiar y la posición en términos de clase social que la misma supone marca de antemano y de manera decisiva las opciones a disposición del agente en su trayectoria de vida. Es por eso que el origen familiar y los recursos disponibles en función de la pertenencia de clase derivados de él son de fundamental importancia para las personas con discapacidad a la hora de configurar su habitus como tales.

² Bourdieu utiliza el concepto “agente” en alusión a la persona en tanto que portadora de un habitus, pues entiende que lo prioritario es su capacidad de acción y el conocimiento práctico (no trascendente, ni reflexivo, ni voluntariamente orientado) que en la misma aplica: «Los “sujetos” son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un *sentido práctico* (...), sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se suele llamar un gusto), de estructuras cognitivas duraderas (...) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada» (Bourdieu, 1997:40; cursivas en el original).

do un condicionante estructural de partida, el habitus sólo tiene sentido en su puesta en práctica, y en ella y como consecuencia, precisamente, de los efectos prácticos que suscita, el agente lo va modificando al apropiárselo. Es, en palabras de Bourdieu, una estructura, a la vez estructurada y estructurante.³

El habitus indica en cierto modo la condición reflexiva de las prácticas cotidianas o, para hacer más expresa su capacidad creativa, eludiendo ciertas interpretaciones excesivamente mecanicistas del concepto, no reguladas por mecanismo formal alguno y siempre en liza con la incertidumbre. En tanto que agentes sociales competentes para desarrollar prácticas adecuadas a nuestro contexto de existencia, estamos dotados de unas disposiciones que, al tiempo que heredadas y por ello condicionantes, son, a la par, el presupuesto objetivo gracias al cual podemos aplicar nuestra creatividad y modificar las condiciones mismas que delimitan nuestras capacidades y posibilidades de acción.

Concebir la existencia de un habitus como dispositivo regulador de nuestras prácticas implica, a un mismo tiempo, ser conscientes de que somos portadores de una libertad limitada y que, a partir de la misma, podemos dotarnos de universos de referencia alternativos: estamos inevitablemente constreñidos de antemano a ser capaces de pensar, actuar y sentir de determinadas maneras (e incapacitados para hacerlo de muchas otras), pero esa constricción es, justamente, la base sobre la cual podemos adoptar elecciones particulares muy dispares. En la acción e interacción humana, en consecuencia, no hay lugar, ni para el mecanicismo, ni para el finalismo (Bourdieu, 1999); la misma se inscribe en un espacio básicamente regulado por la incertidumbre, la ambigüedad y la puesta en ejercicio de un conocimiento inmanente y no estrictamente racional ni calculador.

Ser una persona con discapacidad implica la pertenencia a un grupo de referencia, proveedor de un habitus específico, muy concreto. Las predisposiciones adquiribles a partir de él están determinadas de antemano por el sentido asociado al hecho de poseer una discapacidad y por las prácticas “razonables” vinculadas a dicha posesión (así como los sentimientos implicados en ello). El sentido socialmente “legítimo” de la discapacidad proviene de la ciencia médica: una discapacidad es el resultado de determinada constitución fisiológica (poseída originariamente o adquirida por “accidente”) que se presupone “anormal” respecto de una condición asumida como normativa. Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares en su constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como “normal”: estar más o menos gordo o más o menos flaco, dentro de ciertos límites es

³ Los habitus son: «sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas» (Bourdieu, 1991:92).

normal; ser más o menos alto o más o menos bajo, dentro de ciertos límites es normal; ser más o menos inteligente, dentro de ciertos límites, es normal; y así sucesivamente. Es “normal” porque médicamente ha sido así definido⁴. La ciencia médica ha generado ciertos parámetros cuantitativos de validez presuntamente universal para catalogar a los cuerpos humanos como sanos (ajustados a la norma) o enfermos (desviados de ella); desde esos parámetros, el cuerpo de una persona con discapacidad es catalogado sistemáticamente como desviado, no ajustado a la norma, enfermo.

Sobre la base de esa presuposición, las posibilidades de acción de la persona con discapacidad quedan limitadas a la insuficiencia derivada de su constitución biológica imperfecta: una desviación de la norma médica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo “normal” sí estaría en condiciones de llevar a cabo: una lesión en la médula incapacita para andar, una lesión neurológica incapacita para pensar, una lesión en la retina incapacita para ver (la “lesión” indica el déficit, originario o adquirido, en el sustrato fisiológico que nos constituye corporalmente). La desviación de la norma supone, automáticamente, una incapacidad para desempeñar actividades, acciones, que los cuerpos ajustados a la norma se supone pueden llevar a cabo.

Cualquier persona con discapacidad, bien desde su nacimiento, bien desde el momento en que adquiere la condición de tal, experimenta la clara evidencia de que su condición de tal supone una limitación en sus posibilidades de desenvolvimiento porque su cuerpo es imperfecto, inadecuado para lo que se considera habitual. Esto le es mostrado como una condición *natural* de la existencia, de su existencia, como la evidencia incuestionable de una corporalidad, objetivamente, imperfecta. La persona con discapacidad se inscribe en un campo de referencia regulado por la lógica de la rehabilitación: para el pleno reconocimiento de su condición de persona con discapacidad (reconocimiento necesario porque es el que posibilita el acceso a recursos específicos institucionales, ventajas fiscales y ayudas económicas) necesitará el aval de un diagnóstico clínico que evalúa su condición y grado de discapacidad; un diagnóstico y evaluación médicos. Una vez diagnosticada, la persona será sometida a los diversos procedimientos considerados adecuados a tal condición y grado de discapacidad, lo que supondrá su inclusión en instituciones médicas de tratamiento especializado. Y además, serán evaluadas sus necesidades “especiales” (educativas, funcionales, laborales, relacionales,...)

Médicos, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales son los agentes ejecutores de las prácticas que delimitan el sentido del habitus de la discapacidad; sus representa-

⁴ Estamos, lamentablemente, muy acostumbrados a las tablas estadísticas que definen cuantitativamente esos parámetros; de esto son muy conscientes los padres de niños pequeños en sus visitas periódicas al pediatra: el/la niño/niña está dentro/fuera de la normal estadística de peso, talla, capacidad visual, auditiva... todo un aparato regulador y normativo del organismo, del cuerpo.

ciones y sus prácticas son las que configuran el campo en el que se inscriben las personas con discapacidad y el capital simbólico puesto en juego en el mismo. Bajo el presupuesto de un cuerpo enfermo, defectuoso, desviado objetivamente de la norma (universalmente válida, según se presume) de salud, las prácticas de estos profesionales delimitan un sentido propio que articula la lógica del campo; ese cuerpo, potencialmente curable, efectivamente ajustable, hasta cierto punto y límite, a las condiciones presupuestas de la norma de salud debe ser tratado siempre con la intención de reducir lo máximo posible su desviación. Y es aquí donde se genera la promesa, la *illusio*, de la “salvación”, y con ella, el valor simbólico del capital en juego: la “legitimidad”.

La medicina ha colonizado sistemáticamente estos espacios de presencia cotidiana del éxito económico-estético: la cirugía estética, las dietas sanas, los tratamientos de piel, las tablas de calorías y de ejercicios, etc., etc.; todo un mercado simbólico en torno a un cuerpo “sano” que es concebido automáticamente como un cuerpo bello que es asociado automáticamente con un cuerpo destinado al éxito. Por lo tanto, el éxito capitalista requiere, en el ideario que configura las estrategias de acción de las personas sometidas a su regulación, un cuerpo bello-sano; consecuentemente, la posesión de ese cuerpo es algo, por definición, deseable (casi, diríamos, necesario) y en consecuencia, “bueno” (en un sentido primariamente instrumental, pero, de manera inmediata traducido en términos morales).

He ahí la triple connotación corporal que genera las concepciones/prácticas que orientan cotidianamente nuestras estrategias: la salud, belleza, bondad de un cuerpo necesariamente abocado, en su constitución, a los dictámenes expertos de una ciencia médica capaz, según su discurso propone, de aproximarnos a la excelencia del éxito. Existe un conjunto de contra-discursos que, lejos de refutar esa lógica de dominación *anatopolítica* (Foucault, 1992), no hacen sino reforzarla: discursos sobre el esfuerzo pese a las dificultades y los condicionantes negativos (Stephen Hawking, los juegos Paralímpicos, el actor tartamudo... curiosamente, ejemplos de discapacidades que, milagrosamente, tienen “éxito”); es mejor ahorrarse todo ese esfuerzo y optar por el cuerpo normalizado: es la autopista hacia el éxito.

Obviamente, las personas con discapacidad, sometidas cotidiana y sistemáticamente a la lógica, simbólica, de la búsqueda de legitimación de un cuerpo no legítimo, por definición, de antemano, en base a un diagnóstico médico, quedan constreñidas al espacio de un campo que les ofrece una promesa, un capital deseable, una razón de existir. Su cuerpo es el catalizador que impulsa el sentido de su existencia. En el ámbito familiar, la búsqueda de la superación, el sobreponerse, el estar en condiciones de asumir los límites y las limitaciones, será el efecto del discurso normalizador de la medicina; en la calle, con los desconocidos, la búsqueda de una mirada “cómplice”, comprensiva, capaz de ajustar su legitimidad “específica” (la promesa de la ciencia médica rehabilitadora) a

la propiciada por la lógica (igualmente médica) del cuerpo sano/bello/bueno será la directriz a seguir.

En esa lógica (de la normalización médica) y en ese campo (el de la discapacidad; generado en instituciones específicas y especializadas por un discurso o saber experto, pero extendido al conjunto del espacio social) se configura la experiencia de las personas con discapacidad. Ahora bien; el habitus configura predisposiciones ajustadas a las condiciones objetivas en las que su poseedor ha de desenvolverse⁵; pero no siempre se da un ajuste perfecto entre las disposiciones (generadoras de expectativas) y las condiciones objetivas en las que las mismas han de ser aplicadas. Para ello hay que tener en cuenta que el habitus de la discapacidad, delimitado por esa lógica normalizadora generada por el discurso experto de la medicina, es a su vez dependiente, en cada caso particular, de la procedencia familiar y de clase de la persona. No existe homogeneidad en dicho habitus. Las predisposiciones asociadas a ese habitus, en consecuencia, variarán en cada caso particular en función del origen familiar y además, de si la discapacidad es congénita o adquirida; ambos factores inciden en el modo en el que el habitus específico del campo de la discapacidad propicie determinadas estrategias, prácticas, representaciones, actitudes y sentimientos.

Se da, por tanto, una ambigüedad fundamental que atraviesa ese campo: las personas con discapacidad, en función de su procedencia de clase/familiar, y del grado de implicación con el habitus específico generado por el campo, optarán, bien por una sumisión incondicional a la promesa de curación (por una búsqueda ciega e incondicional de la legitimidad prometida de un cuerpo sano), bien por la negación de la regla básica del campo. La segunda opción, en todo caso, nunca está libre de la implicación en el juego del campo, en la lucha por la acumulación del capital prometido; y ello es así porque está en juego la libido, el deseo, las emociones (el cuerpo en su expresión más inmanentemente social, atravesado por las regulaciones sociales)⁶; y en última instancia, la promesa, que excede al propio campo de la discapacidad y abarca al conjunto de la sociedad, sigue siendo la posesión de un cuerpo sano, bello y bueno.

⁵ «...las estrategias más eficaces (...) son las que, al ser fruto de las disposiciones moldeadas por la necesidad inmanente del campo, tienden a ajustarse espontáneamente, sin propósito expreso ni cálculo, a esa necesidad» (Bourdieu, 1999:184); «En tanto que es fruto de la incorporación de un *nómos* (...) de un orden social o un campo, el habitus engendra prácticas inmediatamente ajustadas a ese orden y, por lo tanto, percibidas y valoradas, por quienes las llevan a cabo, y también por los demás, como justas, correctas, hábiles, adecuadas» (*Ibid.*:189).

⁶ «...el cuerpo está (en grados desiguales) expuesto, puesto en juego, en peligro en el mundo, enfrentado al resigo de la emoción, la vulneración, el dolor (...) y, por lo tanto, obligado a tomar en serio al mundo (y no hay cosa más seria que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos)» (Bourdieu, 1999:186).

Aceptando la existencia de un campo y de un habitus específicos de la discapacidad, la forma de superar las constricciones que conducen, a partir de ellos, a la dominación de las personas que figuran como agentes de su lógica pasa por la extrapolación de las lógicas de regulación y adiestramiento del cuerpo generadas por un determinado tipo de sociedad en el cual, personas con y sin discapacidad, vivimos: sociedades capitalistas de mercado, o bien, en lo que nos interesa, del éxito económico-estético.⁷

Bibliografía:

Bourdieu, P. (1991): *El sentido práctico*, Barcelona, Taurus.

Bourdieu, P. (1997): *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama.

Bourdieu, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.

Foucault, M. (1992): *Genealogía de la moral*, Madrid, La Piqueta.

⁷ «Según Bryan Turner (1994a:28): “Nuestras mayores preocupaciones políticas son cómo regular los cuerpos en el espacio, cómo controlar la superficie de los cuerpos, cómo regular la personificación, cómo regular las atenciones entre los cuerpos”. La política es biopolítica. Las tiranías de los tiempos postmodernos son estéticas; son tiranías de la delgadez.