

## **ANÁLISIS CUALITATIVO Y DISCAPACIDAD: UN ESTUDIO DE CASO**

Susana Rodríguez Díaz (susan.rguez@adslmail.es)

Miguel A.V. Ferreira (ferreria@um.es)

Mario Toboso Martín (mario.toboso@csic.es)

Eduardo Díaz Velázquez (ediaz@siis.net)

Amparo Cano Esteban (amparo\_cano\_esteban@hotmail.com)

### **Resumen**

En los últimos años la discapacidad ha emergido en el ámbito europeo como una dimensión significativa en el conocimiento sobre ciudadanía, exclusión social e igualdad. Dentro del estudio de carácter comparativo a nivel internacional QUALITYDES (Qualitative Tracking of Young Disabled People in European Countries), enmarcado dentro del programa de la European Science Foundation (ESF) orientado hacia el desarrollo de investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales, se ha realizado una investigación que ha implicado un estudio paralelo en cuatro países europeos (España, Irlanda, Austria y República Checa) acerca del impacto efectivo de las políticas públicas sobre discapacidad.

El propósito de este estudio ha sido el de investigar cómo los nuevos avances en las políticas a nivel nacional, europeo y global están repercutiendo en la vida de las personas jóvenes con discapacidad de los mencionados países, generando un conocimiento comparativo de los regímenes políticos nacionales sobre discapacidad y su relación con el ámbito familiar y laboral, así como en lo relativo al bienestar. El proyecto ha tratado de producir conocimiento políticamente relevante a través de los datos cualitativos recogidos en el análisis de las entrevistas realizadas, junto con un análisis crítico de las políticas públicas estatales, consiguiendo hacer expresas las voces y la representación de jóvenes con discapacidad, habitualmente excluidas del discurso político.

Se pretendía, a su vez, comprobar el potencial de los métodos cualitativos basados en estudios de caso como apoyo en el seguimiento de la implantación a nivel estatal de las directrices impuestas por la legislación internacional. De este modo, los diferentes equipos colaboradores nacionales en el proyecto QUALITYDES han contribuido al desarrollo de datos y conocimiento sobre la materia en sus respectivos contextos

nacionales. El proyecto ha suministrado por primera vez una comparación sistemática de las implicaciones en la experiencia vital de los cambios en los marcos legislativos europeos sobre discapacidad, si bien a lo largo de nuestra presentación nos centraremos más en los resultados obtenidos a nivel nacional en España.

**Palabras clave:**

Políticas públicas sobre discapacidad, metodología cualitativa, estudio comparativo.

**1. Introducción**

En los últimos años la discapacidad ha emergido en el ámbito europeo como una dimensión significativa en el conocimiento sobre ciudadanía, exclusión social e igualdad. Dentro del estudio de carácter comparativo a nivel internacional Quali-Tydes (Qualitative Tracking of Young Disabled People in European Countries), enmarcado dentro del programa de la European Science Foundation (ESF) orientado hacia el desarrollo de investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales, se ha realizado una investigación que ha implicado un estudio paralelo en cuatro países europeos (España, Irlanda, Austria y República Checa) acerca del impacto efectivo de las políticas públicas sobre discapacidad.

El propósito de este estudio ha sido el de investigar cómo los nuevos avances en las políticas a nivel nacional, europeo y global están repercutiendo en la vida de las personas jóvenes con discapacidad de los mencionados países, generando un conocimiento comparativo de los regímenes políticos nacionales sobre discapacidad y su relación con el ámbito familiar y laboral, así como en lo relativo al bienestar. El proyecto ha tratado de producir conocimiento políticamente relevante a través de los datos cualitativos recogidos en el análisis de las entrevistas realizadas, junto con un análisis crítico de las políticas públicas estatales, consiguiendo hacer expresas las voces y la representación de jóvenes con discapacidad, habitualmente excluidas del discurso político.

Se pretendía, a su vez, comprobar el potencial de los métodos cualitativos basados en estudios de caso como apoyo en el seguimiento de la implantación a nivel estatal de las directrices impuestas por la legislación internacional. De este modo, los diferentes equipos colaboradores nacionales en el proyecto Quali-Tydes han contribuido al

desarrollo de datos y conocimiento sobre la materia en sus respectivos contextos nacionales. El proyecto ha suministrado por primera vez una comparación sistemática de las implicaciones en la experiencia vital de los cambios en los marcos legislativos europeos sobre discapacidad, si bien a lo largo de nuestra presentación nos centraremos más en los resultados obtenidos a nivel nacional en España.

## **2. Hacia un marco analítico que analice los determinantes de la experiencia práctica: cuerpo y trayectoria social**

Para elaborar nuevas herramientas a partir de las cuales poder analizar el material empírico recabado en la investigación era necesario contextualizar el fenómeno de la discapacidad desde un nuevo marco analítico que, partiendo del modelo social, intentase ir más allá de él, recuperando el cuerpo como objeto de análisis.

Para ello, nos hemos servido de dos líneas de interpretación: una genealógica, basada en la visión de Michel Foucault sobre las nuevas tecnologías del ejercicio del poder surgidas en la modernidad occidental; otra, que se podría denominar estructural, que remite a Pierre Bourdieu y que define la dinámica de funcionamiento del fenómeno social de la discapacidad en términos de un campo social.

### **2.1. El campo social de la discapacidad y su genealogía moderna**

El cuerpo, lejos de ser un mero receptáculo material y neutro de la existencia, es un producto social conformado por prácticas, discursos y apreciaciones. Siguiendo las directrices de la propuesta de Bourdieu, el cuerpo constituye un “capital” en disputa en los distintos campos sociales en los que nos hemos de desenvolver.

Ese capital primario, el cuerpo, será objeto de un mayor o menor reconocimiento en los distintos ámbitos de nuestra existencia. En palabras de Bourdieu, llevará asociado un capital simbólico. Dicho reconocimiento nos dotará de mayor o menor legitimidad, y esa legitimidad corporal será determinante en nuestras expectativas y oportunidades vitales. Las personas sin discapacidad pueden perseguir una plena “legitimidad” corporal; sin embargo, las personas con discapacidad quedan de antemano condenadas a la persecución de una legitimidad de segundo orden, algo que se podría denominar como un cuerpo no legítimo legitimado (Ferrante y Ferreira, 2008, 2011).

Dado que hablamos del cuerpo como sedimento de las estructuras sociales, de las regulaciones y de las dominaciones que atraviesan la experiencia de nuestra convivencia, cabe preguntarse por qué y cómo se ha llegado a asumir una lógica de subordinación colectiva vinculada a la construcción social de nuestro cuerpo.

La génesis moderna del fenómeno social de la discapacidad está vinculada a la génesis de las técnicas de poder disciplinario. La razón de ser histórica del imperialismo médico como criterio experto normalizador la encontramos en la transición operada en los modos de ejercicio del poder, según Foucault (1992), en el siglo XVIII. Y la instancia fundamental que define el rumbo de esa transición es el Estado. Hasta el siglo XVIII, el poder se había ejercido de manera visible y directa; a partir de entonces, cuando el Antiguo Régimen termina de tambalearse (Tocqueville, 1989), la emergente economía capitalista y la clase burguesa que la abandera cobran su empuje definitivo, y el poder transita hacia una nueva modalidad, según la cual no será ya la ley de inspiración divina la que dictará la sanción, sino la norma como construcción científica.

Hemos de situarnos en ese movimiento de largo alcance llamado “modernidad” para establecer los principios que dan sentido a la constitución de lo que se puede denominar campo social de la discapacidad.

He aquí la génesis histórica de la medicina como ortodoxia respecto al cuerpo social, como saber normalizado y normalizador, esgrimido y articulado por el Estado para la regulación (como saber-poder; saber disciplinado al servicio del poder disciplinario) de las poblaciones a través de la normalización de los cuerpos. En el siglo XVIII la medicina se instituyó como uno de los campos de saber disciplinados por el poder estatal que, lejos de ejercerse de manera directa y violenta, se ejercía por coacción indirecta, por “amenaza de desviación”.

A partir de cierto momento, la ciencia por excelencia del Estado ha sido la “estadística”: el cómputo y clasificación de la población. La disciplina, como lógica del poder, implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas; el conjunto de nuestras prácticas cotidianas está, como afirmaba Foucault, regulado por un sistema de saberes

normalizadores que dictaminan acerca de la adecuación o no a la norma estipulada al respecto.

La “funcionalidad” es una de las más perversas estrategias en el ejercicio del poder gestado por la modernidad: si algo “funciona”; esto es, si algo es eficiente según los planteamientos de quien lo promueve, entonces, automáticamente, se entiende que es algo “bueno”. No es casual que por la época en la que el poder instituye su condición normalizadora comience el proceso de institucionalización de las personas con discapacidad (Oliver, 1990). Dicho proceso, según Oliver, se vincula a los requerimientos funcionales del capitalismo emergente: esa economía en proceso de despegue necesita abundante mano de obra “capaz”, productiva, así como un volumen suficiente de consumidores solventes. Las personas con discapacidad parecen no reunir las condiciones de “eficiencia” requeridas; son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de la vida social.

La solución al “problema” surgirá, precisamente, a partir de los dispositivos disciplinarios y normalizadores que las tecnologías del poder venían desplegando: inscrita su desviación, será la ciencia médica el saber experto designado para diagnosticar tanto el substrato de dicha desviación como las medidas de rectificación, creándose así instituciones especializadas en las que las personas con discapacidad son recluidas para su tratamiento clínico por parte del saber experto destinado a regular su existencia. La discapacidad, que en cuanto desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a *enfermedad*, traducida en una desviación de la norma de *salud*.

Tan firmemente instalada en el marco de nuestras representaciones ha quedado esa asignación que, como dice Bourdieu (1997, 1999), ha adquirido la condición de lo natural, cuando de hecho es fruto de una construcción social e histórica. Adquiriendo la forma de una nominación siempre implícita pero siempre presente, articula la experiencia íntegra de las personas que quedan sujetas a la misma.

El proceso de institucionalización (exclusión de los cauces principales de la vida social: Abberley, 1987, 2008; Barnes, 1991a, 1991b; Brisenden, 1986; Finkelstein, 1980; Liberty, 1994; Swain *et al*, 1993) de las personas con discapacidad y la profesionalización, médica de su tratamiento marcan el surgimiento del “campo de la discapacidad”, campo en el que se configurará el *habitus* específico que reproducirá de manera sistemática la dominación a la que se ven sometidas desde entonces.

## **2.2. Cuerpo y trayectoria social: factores determinantes para la experiencia práctica**

Sobre la base de esta aproximación genealógica se puede entonces caracterizar eso que denominamos el “campo social de la discapacidad”; esto es, la constitución de un espacio social específico sometido a regulaciones y disciplinamientos propios del poder normalizador gestado con la modernidad y que tiene por objeto de intervención prioritario el cuerpo.

En el marco de la teoría de Boudieu 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. No obstante, siendo 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.

Ser una persona con discapacidad implica la pertenencia a un grupo de referencia provisto de un *habitus* 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.

Es “anormal” porque médicamente ha sido así definido. 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.

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 evalúe 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...).

Aquí cobra presencia la principal instancia definitoria del “campo de la discapacidad”: el Estado. Las instituciones especializadas en el tratamiento de la discapacidad son de carácter público, o bien receptoras de subsidios públicos, puesto que, ciertamente, está reconocido formalmente el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades y, dada su condición, se asume que el Estado ha de facilitarles las herramientas de las que ellas mismas no disponen. Pero entre la formalidad de ese reconocimiento y la practicidad de su ejecución se abre el espacio “real” en el que se gesta y reproduce el *habitus* de la discapacidad. A partir del diagnóstico médico de la condición y grado de la discapacidad, las medidas establecidas para su tratamiento se orientan por la lógica de la rectificación; esto es, lejos de atender a las necesidades específicas de cada persona particular, el aparato estatal y las instituciones de él

dependientes aplican todo un conjunto de técnicas de adiestramiento corporal cuyo objetivo es reducir lo máximo posible la desviación respecto de la norma previamente diagnosticada. En un sentido amplio, este adiestramiento implica: fisioterapia, actividades deportivas, prótesis, adecuación conductual, terapia psicológica, asesoramiento laboral o educación especializada.

Las penosas sesiones diarias de rehabilitación física; las minuciosas directrices asistenciales para el desenvolvimiento cotidiano; las meticulosas mediciones y catalogaciones previas a la confección de prótesis específicas, de aparatos ópticos o auditivos, de sillas de ruedas, de muletas, de bastones, de software sofisticado, etc.; las prolijas técnicas de entrenamiento educativo especializado, de atención diferencial, de reiteración de pautas y repetición de estímulos/respuestas; la recurrente lógica de las revisiones periódicas, de las evaluaciones periódicas, de las preguntas y pruebas de habilidad periódicas,...; ése es el escenario en el que se desenvuelven cotidianamente las personas con discapacidad.

¿Qué es lo que confiere sentido, cotidianamente, a ese escenario? La promesa permanentemente incumplida de la curación, que cumple eficazmente su función, precisamente, por su incumplimiento. Esa promesa configura el capital simbólico en juego, aquello que hace pertinente y “razonable” involucrarse en ese campo: la legitimidad, otorgada por la ciencia médica, de un cuerpo no legítimo, la consecución de un cuerpo “no legítimo–legitimado”.

Hay que tener en cuenta que ese *habitus* no sólo cobra entidad en el marco específico de las instituciones especializadas, sino que su pertinencia se extiende al conjunto de la sociedad; en primera instancia, por lo que respecta a la persona con discapacidad, a la esfera de sus relaciones próximas, la familia en primer lugar; pero de manera, no por más difusa menos eficaz, en general, al conjunto de los miembros de la sociedad. En una sociedad de la normalización (Foucault, 1992) el conjunto de las prácticas sociales están sometidas a procesos específicos de dominación que se articulan mediante saberes especializados, saberes que, dictaminando acerca de la verdad, definen la norma según la cual estaremos del lado de los dominantes o de los dominados; en particular, en lo que se refiere al cuerpo, el saber experto de la ciencia médica ha extendido su dictamen abarcando los principales valores promocionados por una sociedad capitalista de



mercado. El capital simbólico por excelencia es el del “éxito”, el logro social supuestamente alcanzable a través del esfuerzo y del mérito individual.

La medicina ha colonizado sistemáticamente los 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. 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 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 *anatomopolítica* (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; lo otro son caminos tortuosos de difícil tránsito.

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* no es un marco cerrado de experiencias; el *habitus* configura predisposiciones ajustadas a las condiciones objetivas en las que su poseedor ha de desenvolverse, 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*: la experiencia práctica de cada persona está sometida, estructuralmente, por un lado, por la lógica del campo de la discapacidad y, por otra, por las disposiciones asociadas a su condición familiar y de clase originaria, así como a su trayectoria social. Las predisposiciones asociadas a ese *habitus*, en consecuencia, variarán en cada caso particular en función, fundamentalmente, de dos condiciones de partida previas: la condición de clase de la familia de procedencia y el hecho de que la discapacidad sea 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.

### **3. Una aproximación a las experiencias concretas**

Teniendo en cuenta esa directriz analítica fundamental que surge de la consideración del cuerpo como sedimento fundamental de las lógicas de disciplinamiento a las que estamos sometidos y sometidas, así como la primacía del *habitus* como determinante de

nuestras “habilidades” sociales, pasamos a continuación a exponer parte del análisis realizado dentro del marco del proyecto Quali-TYDES<sup>1</sup>.

El objetivo general del proyecto a nivel nacional era analizar el impacto efectivo sobre la vida de las personas jóvenes con discapacidad de la normativa legal en la materia implantada desde la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos* (LISMI) hasta la actualidad en España. Ello supone incorporar la experiencia y la voz de los destinatarios de dicha normativa, lo que implica tanto un significativo complemento a la información disponible sobre el colectivo mediante técnicas estadísticas –en particular, la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD: INE, 2008)– como abundante material de apoyo y orientación en el diseño y la implementación de las políticas públicas que se emprendan en el marco de dicha normativa.

Para la selección de los/as entrevistados/as se tuvieron en cuenta diversos criterios con el objetivo de obtener un espectro de experiencias lo más diverso posible. Las personas a entrevistar debían ser jóvenes nacidos en la década de los ochenta (personas, en su momento, de entre 20 y 30 años). Es este colectivo el que generacionalmente se ha visto más afectado por los avances normativos de las últimas décadas, que han influido en su situación y experiencia, así como en la conformación de sus expectativas vitales y definición de sus trayectorias sociales, en particular en el ámbito educativo y laboral.

En la muestra de entrevistados se buscó una representatividad social (no estadística), considerando un conjunto de variables estructurales que, en términos de *habitus* y capital, podrían definir *diferentes posiciones discursivas* de los jóvenes con

---

1 Los perfiles genéricos de estas personas son los siguientes (los nombres y la información de los entrevistados son ficticios, para mantener el anonimato de estas personas): Andrés es un sacerdote con una discapacidad auditiva adquirida procedente de un pequeño pueblo del norte de España. Pedro tiene una discapacidad congénita (espina bífida), procede de una pequeña capital de provincias, es de clase media y con estudios superiores. María es una mujer de una capital de provincias de tamaño medio, de con una discapacidad adquirida en la infancia (inteligencia límite), y procede de un entorno de clase media-baja. Carlos tiene una discapacidad visual y ha realizado estudios superiores de ingeniería. Manuel tiene una discapacidad intelectual y vive en Valencia. Pertenece a la clase media-media baja; su familia es activa en el movimiento asociativo de personas con discapacidad. Ricardo tiene discapacidad física y reside en un pequeño municipio andaluz de menos de tres mil habitantes. No finalizó sus estudios de secundaria y pertenece a la clase media-baja. Alberto tiene una paraplejía adquirida tras un accidente. Procede de un pequeño pueblo de Castilla La Mancha y su familia es agricultora. No finalizó sus estudios secundarios y empezó a trabajar desde muy joven. Julia es una mujer con discapacidad física de Granada, de clase media, con estudios superiores y que se encuentra actualmente trabajando. Adquirió su discapacidad en los primeros meses de vida, por lo que podríamos clasificarla (a efectos del “impacto social” que tiene esta variable), como congénita. Sergio es un varón de 20 años con una lesión medular adquirida tras un accidente de moto, que reside en un pueblo de Castilla La Mancha. De clase media, estudia Magisterio.

discapacidad. Estas variables son el género, la posición social, el lugar de residencia, el nivel y trayectoria educativa, el tipo de discapacidad, el grado de discapacidad y, fundamentalmente, su etiología, en términos sociales; es decir, el momento en que ésta se produce en la vida del individuo

Entre esas variables estructurales se han utilizado algunas independientes del hecho de tener o no una discapacidad, que tienen un fuerte peso en la conformación de discursos. Entre ellas se encuentran el género, la posición social –en términos de capital económico y cultural de la familia de origen– y el lugar de residencia –central o periférico. En este sentido, hay que aclarar que, dada la composición económico-cultural de España, no hemos hecho tanto una discriminación meramente geográfica entre ámbitos rural/urbano, atendiendo al número de habitantes del lugar de residencia, sino que se han clasificado los lugares en función del valor y posición que ocupan geográfica y socialmente. Una posición central implica una residencia urbana aunque no necesariamente demasiado grande; implica además un poder adquisitivo medio-alto, abundantes recursos culturales e influencia en términos políticos. Una posición periférica puede darse tanto en un medio urbano como rural, y supone un nivel adquisitivo moderado o escaso, pocos recursos culturales y limitada capacidad de influencia política.

Asimismo, se tuvieron en cuenta la situación laboral –activo, inactivo o estudiando– y el nivel de estudios alcanzado –sin estudios, educación primaria, educación secundaria o estudios universitarios, en relación con las variables anteriores. En cuanto a la educación recibida, se trató de obtener discursos tanto de personas con una formación integrada (inclusiva) como de aquellos que han estudiado en centros educativos especiales.

Como variable estructural directamente vinculada al hecho de tener una discapacidad, se consideró la discapacidad congénita o adquirida, si bien, y como veremos, se pueden establecer importantes matizaciones en torno a esta dicotomía, apuntando también a las diferentes percepciones sociales que se tienen de los distintos *tipos y grados* de discapacidad.

Como ya se ha indicado, 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 vinculadas a dicha posesión (así como los sentimientos implicados en ello). Más allá de las estadísticas y los datos más o menos objetivos, una forma de retratar la situación real de la discapacidad es dar voz a sus protagonistas y reconstruir, a partir de dicha voz, la experiencia que supone vivir en el mundo que vivimos siendo una persona con discapacidad.

En una primera aproximación al origen de la percepción de la condición o, más bien podríamos decir, “etiquetamiento” como persona con discapacidad es esencial la distinción entre discapacidad congénita y adquirida dado que, como es evidente, aquello con lo que se ha nacido y vivido siempre es más fácil que se haya ido interiorizando como algo habitual y “natural”: nunca se ha conocido otra cosa. Así, Manuel, con un amargo sentido del humor, explica: “digamos que todo empezó cuando nací”.

Sin embargo, cuando la discapacidad sobreviene de manera repentina la persona se encuentra ante la necesidad de realizar una adaptación a su nueva condición, ajuste que puede ser más o menos difícil en función de la gravedad de la lesión, la personalidad del enfermo, el contexto familiar y el entorno sanitario.

Es el caso de Alberto y Sergio, ambos paraplégicos a raíz de sendos accidentes de vehículos de motor. El discurso de Alberto sobre el proceso desde que tuvo el accidente hasta el momento de la entrevista está marcado por la *corporalidad*. El entrevistado, al hacer referencia a cómo se sentía en el primer hospital utiliza como metáfora un muñeco; esto es, tenía la sensación de ser manipulado como si no tuviera vida ni sentimientos. Esta imagen es muy gráfica porque refleja la impotencia de tener un cuerpo que no se puede mover por sí mismo, y esa falta de independencia genera una sensación de fragilidad tremenda, algo acentuado por la crudeza e impersonalidad del trato recibido:

“[...] Como un muñeco, como cuerpo inerte, sin capacidad de decisión, impersonal... Como si el enfermo, discapacitado, lesionado, fuera alguien de un estatus inferior [...]”.

Estas palabras son sumamente reveladoras de cómo se experimenta el entrevistado a sí mismo estando en manos del personal sanitario, y expresa de manera enormemente explícita el sentir de una sociedad en la que ha culminado un proceso de homogeneización y normalización que establece una ortodoxia respecto a cómo debe ser el cuerpo social e individual.

Alberto, aunque progresivamente ha ido afrontando su discapacidad, tiene la visión de estar en posesión de un cuerpo inútil, no válido para el trabajo (al menos el que conocía y contemplaba como posibilidad). Su discapacidad (una paraplejia) trunca muchas de sus posibilidades laborales, si bien la posibilidad de volver a conducir y tener más independencia de desplazamiento le ha ayudado a afrontar la discapacidad. Tener una discapacidad le hace tener conciencia de los problemas de accesibilidad que tiene su pueblo, y en general, los espacios de convivencia. Haciendo mención a la micropolítica que tiene lugar en su pueblo destaca el efecto que tiene dicha intencionalidad política a la hora de garantizar la accesibilidad, comparando su pueblo o la propia capital de provincias.

Por su parte Sergio, aunque también hace referencia a cierta insatisfacción con la atención diaria del personal no especializado, valora el aprendizaje que le fue facilitado para llegar a alcanzar una vida independiente.

A pesar de la gravedad de su accidente, la primera experiencia con su nueva condición – que describe como de quedarse “incómodo” – es relativamente llevadera al encontrarse con un grupo de iguales, de personas que se encuentran en su misma situación. Esto les sirve para apoyarse entre sí y sobrellevar mejor lo que les ha pasado.

“Conoces gente que está en tu misma situación, que ha tenido un accidente como tú... yo qué sé, que nadie le hace... que te quedas incómodo ¿no? en el momento que te dicen la situación”.

Este joven, una vez que fue adquiriendo las habilidades para su funcionamiento diario, ha podido desenvolver con relativa facilidad. En su caso, el accidente fue el catalizador que le impulsó a retomar sus estudios ya ser más consciente de la accesibilidad arquitectónica. Al parecer, su accidente tuvo impacto en un pueblo pequeño: antes de su

accidente había normativa vinculante pero no se había hecho apenas nada, pero después sí.

“Pues yo creo que eso lo han hecho pues por... en parte por las normativas... luego si fuera por las normativas ya deberían haberlo hecho antes, porque la normativa antes ya estaba. A partir de que yo tuve el accidente, que fue muy sonao... bueno, yo luego me han contado, yo no lo he vivido, dio mucho que hablar: que si el crío va a quedar así... que esto en el pueblo no había pasado nunca y... y fue muy sonao; pues a partir de ahí todo lo que hicieron en el Ayuntamiento: sus bajadas, sus rampas, su acceso y... Y luego comercios, particulares y todo eso, también lo que han hecho luego lo han hecho adaptado”.

Si bien la distinción entre discapacidad congénita y adquirida es válida para una primera aproximación es conveniente añadir algunos matices. Así, la vivencia de una discapacidad congénita pero asociada a una enfermedad degenerativa no es tan diferente de la de aquellos que se enfrentan a una discapacidad progresiva aunque adquirida.

En el primer caso, contamos con la experiencia de Carlos, que nació con aniridia, enfermedad degenerativa que heredó de su madre. Esto hace que exista más que una *condición*, un *proceso* en el que la *capacidad* visual del entrevistado va empeorando *progresivamente*; paralelamente, existe una paulatina *adaptación* dentro de este proceso en virtud de diferentes ayudas visuales:

“Entonces, bueno, que sí, la trayectoria es que a medida que he ido empeorando en visión he ido adquiriendo más ayudas audiovisuales...y tal... Se puede ir viendo por la trayectoria cómo he ido adquiriendo todo un ejército logístico de cosas audiovisuales y bueno, también por ejemplo ha sido, también una lucha constante con... no sé, con... pues eso, con el colegio, la universidad, pues eso, las necesidades que he tenido”.

En este caso puede observarse con total claridad la tendencia normalizadora que conduce que, ante la existencia de personas que no reúnen las condiciones de “eficiencia” requeridas, primero se dictamine –de la mano del estamento médico– su incapacidad en términos cuantificables para luego aplicar una lógica rehabilitadora dirigida a reducir lo máximo posible la desviación respecto a la norma que, en este caso (discapacidad visual) y en el que narramos a continuación (discapacidad auditiva) pasa

por la utilización de prótesis e ingenios técnicos más o menos sofisticados y, lo que es más importante, más o menos asequibles.

De hecho, en su discurso hay una negación absoluta de que su discapacidad visual pueda constituir una limitación a la hora de desempeñar cualquier actividad. Sin embargo, acaba reconociendo cómo a lo largo de toda su vida ha tenido que luchar permanentemente para que sus “necesidades especiales” le fueran reconocidas y, a pesar de tener un expediente académico brillante, le está resultando muy difícil integrarse en el mercado laboral. Como ya se ha apuntado, el adiestramiento “corporal” dirigido a reducir lo máximo posible la desviación genera la promesa de la salvación; esto es, de que un cuerpo “no legítimo” se convierta en “legítimo”. Pero parece tratarse de una promesa permanentemente incumplida, con la consiguiente frustración.

De este modo Carlos, que transmite una visión en la que la vida es un proyecto de superación permanente, se encuentra con que su currículum, aparente criterio de “objetividad”, sin cuerpo ni emociones, que debería hacer valer por encima de cualquier otro criterio la capacidad laboral, queda reducido a la nada ante la evidencia inmediata, corporal, de la discapacidad.

“Claro pues a lo mejor el tío se imagina ya un tío que viene aquí ya con el bastón y sin ver nada y... que no se va a saber manejar y este no me va a resultar nada útil y tal no, no. Vamos que con ver mi currículum tendría que ver que yo me he sacado tres ingenierías pero yo que sé qué se le pasa por la mente a esta gente, ¿no? Pero sí, sí”.

Como ilustración del segundo caso de un proceso degenerativo tenemos la vivencia de Andrés al que le detectan, a los 14 años de edad, una disminución en su audición de carácter progresivo e irreversible. Tal experiencia, al ser gradual, había pasado prácticamente desapercibida.

La autoconciencia corporal en relación a la existencia de una merma auditiva es algo bastante difuso en este individuo; en ningún momento el entrevistado menciona que él fuera consciente de tener dificultades para escuchar. Al parecer, iba inventando mecanismos de adaptación, pero casi sin darse cuenta. Desarrollar estrategias como sentarse en las filas delanteras en la escuela, o leer los labios de las personas que tenía



enfrente de algún modo “camuflaba” el problema. Son sus allegados, al intentar comunicarse con él, los que notaron que no hay una respuesta por su parte, pensando incluso que podía tratarse de distracción o rebeldía. El conocimiento de la propia situación personal se realiza, por ello, a través del entorno familiar inmediato así como mediante el diagnóstico médico, y no porque él se diera cuenta de que iba perdiendo audición. Su experiencia de la discapacidad es por ello, en un primer momento, percepción y vivencia a través de la perspectiva de otras personas.

La historia de vida de Andrés permite reconocer la distancia entre la propia conciencia corporal y la conciencia mediada a través del informe médico. En el caso que nos ocupa, es la autoridad médica la que sanciona y determina, en forma de diagnóstico, su condición.

“Entonces ya como a los dos años o así ya fuimos a un otorrino particular y fue el que me dijo en la primera consulta que tenía un 60% de pérdida, que iba a seguir perdiendo, que igual necesitaba audífonos y tal. Entonces el impacto ese fue grande. Porque claro, ya una vez que se había dado la voz de alarma pues yo ya fui consciente de que no oía bien”.

Llama la atención que hasta entonces él no parece ser consciente de su problema. Y aun habiendo sido diagnosticado, continúa negando lo que le pasa (“igual es transitorio y con unas medicinas o lo que sea pues igual se arregla”).

La radicalidad, incontrovertibilidad e inapelabilidad del diagnóstico es el espacio en el que el entrevistado empieza a construir su identidad como persona con discapacidad. De hecho, el informe médico utiliza precisamente esa palabra: “pérdida”, a partir la cual se plantea una posible “reparación”. Se trata, pues, de una visión mecanicista y biologicista propia del modelo médico-rehabilitador, según la cual el cuerpo del paciente es defectuoso y debe arreglarse. Frente a la vaga percepción de su familia de que su audición estaba disminuyendo, resalta la exactitud e inevitabilidad del diagnóstico técnico del especialista, que se plasma en una inapelable cifra (un 60% de pérdida) y una única solución técnica (los audífonos) que, además, tampoco resulta ser verdaderamente una “solución”, sino más bien un “arreglo provisional”.

Según afirma Andrés, le lleva años aceptar lo que le pasa y utilizar audífonos; incluso afirmaba oír aunque no fuera así. Podría decirse entonces que esta persona, antes y después de que se formule y concrete el problema en términos médicos y técnicos, no termina de interiorizarlo, buscando estrategias para paliarlo y ocultarlo, invisibilizándolo para los demás, teniendo incluso que repetir curso en el instituto de aquellas asignaturas que dependían de las explicaciones orales, pues las demás las podía suplir con la lecturas.

“Una negación permanente, luego aunque me puse los audífonos, se empeñaron mis padres, pero yo seguía sin aceptar la sordera”.

La interiorización de que está sufriendo un proceso de deterioro de su capacidad auditiva le lleva a buscar soluciones técnicas para paliar lo que le está sucediendo – primero el audífono; más adelante, el implante coclear–, al igual que hacía Carlos al ir utilizando ayudas visuales. Sin embargo, si éste parece haber asumido de manera más optimista lo que le estaba pasando, Andrés nombra y percibe lo que le sucede a su cuerpo como una “pérdida” (la misma terminología que utilizan los especialistas, sólo que al proceder de sí mismo tiene connotaciones emocionales mucho más trágicas que las que tiene un informe médico). La referencia para él es, por tanto, una “normalidad” que tuvo pero que nunca va a poder recuperar, incluso utilizando las técnicas más avanzadas (implante coclear).

“Es decir, que si tú has nacido sordo o te has quedado sordo con x años, tú sigues siendo sordo el resto de tu vida. Es decir, yo el hecho de que lleve un implante no me devuelve el oído porque yo me lo quito y no oigo absolutamente nada, tengo el 100% perdido”.

Por otra parte, aquellas personas cuya discapacidad es adquirida pero en etapas muy tempranas de la vida, la vivencia de su condición se puede equiparar, en gran medida, con la de aquellos cuya discapacidad es congénita. Ocurre así con Julia, que tiene una discapacidad adquirida en los primeros meses de vida que hace que necesite usar silla de ruedas, por lo que toda su experiencia vital ha ido acompañada de la discapacidad.

El caso de Julia constituye un ejemplo de inclusión social y laboral, algo facilitado por haber tenido acceso a recursos educativos y culturales, así como las mejoras que se han ido promoviendo en la arquitectura urbana a la hora de facilitar accesos para las

personas en silla de ruedas, si bien tuvo que enfrentarse con barreras específicas –sobre todo de carácter simbólico al existir una visión social según la cual la discapacidad implica un cuerpo imperfecto con menos funcionalidades y capacidades– y arquitectónicas –potenciales sitios de trabajo en los que no se podía acceder al edificio:

“Muchísimas dificultades. En la entrevista, cuando te ven aparecer en la silla no se lo esperan, ya te miran con cara extraña porque –¿Adónde vas a una entrevista de trabajo en tus condiciones?”.

Julia tuvo que enfrentarse a las barreras mentales que tiene la sociedad a la hora de conceptualizar a una persona que va en silla de ruedas como menos útil que otra que no tiene esta apariencia. En esto coincide con Pedro en gran medida, que considera que en casos como el suyo la integración en la vida social pasa por la eliminación de barreras arquitectónicas –además de prejuicios culturales (“somos de la sociedad; para bien y para mal”, “como también soy de primera igual que todos, creo que si tengo algún tipo de necesidades hay que hacerlo”).

Al tratarse de una discapacidad de tipo congénito, el entrevistado no la percibe como una “pérdida”, como a menudo sucede con algunas personas con discapacidades adquiridas; como mucho, se emplea el término “limitación” que, además, se refiere sólo al ámbito “físico” que, además, en virtud de la intervención médica y la rehabilitación ha ido mejorando y no al “intelectual” –en palabras del entrevistado.

Procedente de Palencia, ha podido acceder a recursos médicos y educativos para afrontar su discapacidad gracias, en gran medida, a la perseverancia de su familia. A punto de graduarse en la titulación de Trabajo Social, para Pedro haber cursado estudios universitarios es un logro vital, la consecución de una meta. Llama la atención la reiteración de expresiones que comienzan por “yo”: “Yo noté”, “yo llegué”, “yo había conseguido lo que yo quería”, “yo sabía que lo podía hacer”. Sin duda, se trata de una historia de superación de límites y esfuerzo personal en la consecución de objetivos largamente soñados.

Este individuo, que tanto lucha por integrarse y ser uno más, denuncia una y otra vez cierta doble moral hacia las personas con discapacidad; por un lado, se le compecece o

se habla a favor de su integración; pero, por otro, se le sigue apartando, se sigue prefiriendo que esas personas se encuentren lo más lejos posible.

María, al igual que Julia, adquirió su discapacidad en la primera infancia. Nada más nacer tuvo que pasar cinco meses en el hospital por algunos problemas físicos a lo que atribuye su particular condición, que hace que vaya “más lenta” –según sus propias palabras– que el resto de la gente.

Procedente de una ciudad de tamaño medio y de clase media-baja, parece haber recibido la atención médica necesaria en el comienzo de su vida y, más adelante, pudo asistir a un colegio integrado, recibiendo clases de apoyo y asistencia psicológica. En este sentido, parece que el residir en un entorno urbano facilita el acceso a recursos de carácter público que, con toda probabilidad, serían de más difícil acceso en un entorno rural.

Salvando las diferencias de cada condición particular, la vivencia de María y Julia –en el sentido de haberse tenido que enfrentar y acostumbrar desde muy pequeñas a su discapacidad– no es tan diferente de la de Pedro al que –nada más venir al mundo le diagnostican espina bífida– y la de Ricardo, con una discapacidad física congénita, que a base de operaciones médicas ha logrado mejorar sus capacidades funcionales.

Ricardo elude mencionar su discapacidad hasta que la investigadora hace referencia explícita a ella. Intenta evitarlo, como si fuera algo ajeno a su vivencia o minimizarla porque no implica una diferenciación corporal, en comparación con otras personas con discapacidades:

“Pero nada, pero como tú te das cuenta ná y menos. [...] Muy poco”.

Además, la plena interiorización de los criterios de “normalidad” vigentes en la sociedad y, más concretamente, la racionalización y despersonalización de la diversidad funcional en simples datos, se puede observar en la verbalización de su condición en términos numéricos: el grado de discapacidad que le han certificado.

“Creo que tengo un 52.”

Aunque intenta negar que discapacidad suponga una limitación funcional más allá de presentar algunas dificultades de estabilidad, no afirma: “soy una persona normal y corriente”, sino que dice: “como si fuera una persona normal y corriente”. Su única diferencia es la forma de andar, una pequeña distinción con respecto al “cuerpo normal”, procurando distinguirse de aquellos con más visibilidad o con más grado de limitación:

“Ni ahora, ni antes, a mí nunca ¿lo que tengo? Nunca. A mí como si fuera una persona normal y corriente, lo que pasa que ando así y punto, a mí lo que me falla es la estabilidad, que tengo menos estabilidad que tú, lo único. Para mí nada. Yo me puedo valer por mí mismo”.

Además de la distinción entre discapacidad congénita y adquirida, los propios entrevistados plantean otra importante dicotomía: intelectual/físico. Los que han podido realizar una vida más o menos normal y acceder a estudios superiores se consideran afortunados con relación a aquellos cuya condición intelectual no les permite tal cosa.

Pedro, por ejemplo, se considera afortunado por el hecho de que su discapacidad sea meramente “física” (esto es, no de tipo “intelectual”). De hecho, considera que en casos como el suyo la integración en la vida social pasa sobre por la eliminación de barreras arquitectónicas; sin embargo, cuando la discapacidad es de tipo intelectual existen otras necesidades que sí pueden pasar por la existencia de centros especializados. Asimismo, denuncia que en ámbitos como en el laboral es más fácil abusar de estas personas, en virtud de su mayor indefensión.

Incluso María, cuya discapacidad es de tipo intelectual, insiste en que ella es “normal”, a diferencia de otros que tienen una “falta” (“que soy una persona normal”, “aunque tenga mi esto”, “no soy de igual estos que se les ve que tienen una falta”).

Ricardo, como hemos visto, considera que poder tener autonomía física y llevar una vida más o menos normal es un privilegio respecto a los que tienen más limitaciones. La palabra “normal” es tan reiterativa en muchos de los discursos de nuestros entrevistados que resulta enormemente llamativo hasta qué punto estas personas han interiorizado las ideas de la sociedad dominante acerca de la ortodoxia y la normalidad. Todos aspiran a la legitimación e inclusión social y muchos tienden a minimizar sus limitaciones, su

particular condición en una permanente aspiración a formar parte del colectivo de los así llamados “normales”.

#### **4. Conclusión**

Las experiencias de nuestros/as entrevistados/as indican cómo las políticas públicas en materia de discapacidad han tenido un impacto importante pero de alcance limitado para este colectivo.

Podríamos decir que en el espacio legislativo se ha llevado a cabo en los últimos treinta años un cambio notable en la representación (en abstracto) de las personas con discapacidad. Esta modificación de la representación (abstracta) ha repercutido en numerosas prácticas llevadas a cabo en el espacio social, en el que se ha avanzado, por ejemplo, desde la medicalización e institucionalización de las personas con discapacidad hacia prácticas –todavía incompletas– de desmedicalización y desinstitucionalización.

No obstante, no existe un cambio análogo en las representaciones (concretas) de las personas con discapacidad: todavía prevalecen inamovibles las concepciones devaluantes y negativas propias del modelo médico. Esta fijación y permanencia de las representaciones en el espacio social limita en gran medida el alcance del avance producido en las prácticas y la posibilidad de que este cambio pueda extenderse a otros espacios, en la forma de cambios análogos en las viejas prácticas allí existentes (Toboso, 2013: 699).

Por ello, el estudio que hemos llevado a cabo constituye, ante todo, una llamada de atención hacia las instituciones públicas y la sociedad en su conjunto: queda un largo camino para la plena integración de un colectivo que tiene derecho a habitar los espacios de experiencias cotidianos en la misma plenitud de condiciones que cualquiera.

## **Bibliografía**

Abberley, Paul (2008). “El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad”, en Len Barton (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 34-50.

Abberley, Paul (1987). “The concept of oppression and the development of a social theory of disability”, *Disability, Handicap & Society*, 2, 5-19.

Barnes, Colin (1991a). *Disabled People in Britain and Discrimination*. Londres. Hurst & Co.

Barnes, Colin (1991b). “Discrimination: Disabled People and the Media”, *Contact*, nº 70, 45-48.

Bourdieu, Pierre (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona. Anagrama.

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

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

Brinsenden, Simon (1986). “Independent Living and the Medical Model of Disability”, *Disability, Handicap and Society* 1(2), 173-178.

Ferrante, Carolina y Ferreira, Miguel A. V. (2011). “Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad”, *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(2), 85-101.

Ferrante, Carolina y Ferreira, Miguel A. V. (2008). “Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados”, *Revista de Antropología Experimental*, Nº8, 403-428.

Finkelstein, Vic (1980). *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. Nueva York. World Rehabilitation Fund.

Foucault, Michel (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid. La Piqueta.

INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* Madrid. Instituto Nacional de Estadística.

INE (2013). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)*. (en línea)

INE (2013). *El Empleo de las personas con discapacidad*. (en línea)

INE (2012). *Encuesta de Integración Social y Salud*. (en línea)

INE (2010). *El salario de las personas con discapacidad*. (en línea)

Liberty (1994). *Access Denied – Human Rights and Disabled People*. Londres. National Council to Civil Liberties.

Oliver, Mike (1990). *The politics of disablement*. Londres. Macmillan.

Rodríguez Díaz, Susana y Cano, Amparo (coord.) (2015), *Discapacidad y políticas públicas: la experiencia real de la juventud con discapacidad en España*. Madrid, de. *Catarata*

Swain, John; French, Sally; Barnes, Colin y Thomas, Carol (2004). *Disabling barriers–Enabling Enviroments*. London. Sage.

Tocqueville, Alexis (1989). *El Antiguo Régimen y la revolución*. Madrid. Alianza.