

Cuerpo, discapacidad y estigma en el origen del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, 1950-1961: ¿una mera interiorización de una identidad devaluada?

Body, disability, and stigma in the origins of the field of adapted sport in the city of Buenos Aires, 1950-1961: a mere interiorization of a devalued identity?

Carolina Ferrante

Investigadora post-doctorado Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Escuela de Psicología/Universidad Católica del Norte.
Av. Angamos, 610
1270709 – Antofagasta – Chile
caferrante@gmail.com

Recebido para publicação em abril de 2012.
Aprovado para publicação em março de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000200004>

FERRANTE, Carolina. Cuerpo, discapacidad y estigma en el origen del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, 1950-1961: ¿una mera interiorización de una identidad devaluada? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.421-437.

Resumen

Si bien el deporte adaptado es considerado el principal integrador de las personas con discapacidad, desde los *Disability Studies* se considera que el mismo refuerza la opresión sufrida por este colectivo. Sin embargo, estas posturas no reconstruyen históricamente el *éthos* construido en el deporte. En función de realizar un aporte a esta discusión, analizo aquí los modos de pensar y sentirse discapacitado construidos en el origen del campo del deporte adaptado, en la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 1950 y 1961. Para ello, parto del análisis de contenido de la prensa escrita de los primeros clubes para personas con discapacidad y de entrevistas en profundidad a los protagonistas del origen del deporte adaptado y de la fisioterapia local.

Palabras clave: cuerpo; discapacidad; deporte adaptado; *Disability Studies*; estigma.

Abstract

Although adapted sport is considered the main integrator of people with disabilities, *Disability Studies* argues that it reinforces the oppression suffered by this group. However, these positions do not historically reconstruct the *ethos* constructed in sport. In order to contribute to this discussion, I analyze here the ways of thinking about and experiencing disability that were constructed in the origins of the field of adapted sport, in the city of Buenos Aires, from 1950 to 1961. Thus, I begin by analyzing the content of publications of the first clubs for people with disabilities and in-depth interviews with protagonists of the origins of adapted sport and local physiatry.

Keywords: body; disability; adapted sports; *Disability Studies*; stigma.

El deporte adaptado, es decir, aquél destinado a las personas bio-médicamente definidas como “discapacitadas”, se desarrolla a partir de la Segunda Guerra Mundial. Esta guerra generó una enorme cantidad de personas con discapacidades motrices y significó un cambio en el abordaje de la discapacidad: los héroes que habían dado su vida por la nación no podían ser considerados enfermos o portadores de un castigo y ser abandonados (Pérez de Lara, 2001) – tal como se había realizado hasta entonces – sino que la sociedad debía integrarlos a través del desarrollo de su potencial remanente. Esta nueva mirada de la discapacidad fue desarrollada por la rehabilitación moderna, surgida de los desafíos que imponía para los Estados poseer un alto porcentaje de la población activa inhabilitada para el trabajo (Cibeira, 1997). En este contexto, el doctor Ludwig Guttmann es convocado, en 1944, por el Reino Unido para dirigir el Centro Nacional de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, destinado a rehabilitar a veteranos discapacitados por la guerra (IPC, s.d.; Vanlandewijck, Thompson, 2011). Es allí que el médico alemán observa que el básquet en silla de ruedas, espontáneamente desarrollado por un grupo de pacientes como modo de esparcimiento en el período de hospitalización, poseía efectos muy positivos en sus autoestimas. Con la intención de fomentar esta actividad, impulsa la creación de los Juegos para Parapléjicos de Stoke Mandeville; los mismos son lanzados el día de la ceremonia de apertura de los Juegos Olímpicos de Londres de 1948.

En 1952, Holanda se une al movimiento y se fundan los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville (IPC, s.d.). En dicho año, se crea la Federación Internacional de Juegos Stoke Mandeville (Iwas, s.d.). A medida que las distintas naciones incorporaban el desarrollo de esta actividad, eran invitadas a participar de la competencia. En 1960, todas confluyen en un mismo movimiento (Costa, Sousa, 2004): en ese año, el médico italiano Antonio Maglio, director del Centro de Lesionados Medulares de Ostia, propone a Guttmann celebrar estos juegos en Roma, contiguamente a las XVI Olimpiadas que se jugaban en esta ciudad (Costa, Sousa, 2004). Así, nacen las primeras paralimpiadas en las que participaron 23 países y en las que se presentaban distintos deportes con adaptaciones funcionales para poder practicarlos personas con deficiencias motrices. A través de los años, este evento registrará una apertura a personas amputadas y con discapacidades visuales e intelectuales, dando origen institucional, en 1989, al Comité Paralímpico Internacional.

Desde las primeras paralimpiadas de Roma a la actualidad, los Juegos Paralímpicos han tenido lugar cada cuatro años.¹ Como una continuidad, a lo largo de este espacio de tiempo, internacionalmente se mantiene firme la convicción de que el deporte adaptado es uno de los principales elementos que garantiza la inclusión de las personas con discapacidad (OMS, 2010; ONU, 2005; IPC, s.d.). Sin embargo, no existen estudios que comprueben esta afirmación ni que analicen cómo incide el deporte en la estigmatización que sufren las personas con discapacidad. No obstante ello, sí es posible encontrar tratamientos parciales del tema. Entre ellos, desde los *Disability Studies*² se sostiene que las prácticas deportivas refuerzan los procesos de exclusión de las personas con discapacidad al exigir un adiestramiento al cuerpo capaz, dejando intactas las estructuras sociales discapacitantes (Upias, 1976; Oliver, 1998; Finkelstein, 1993; Abberley, 2008). Asimismo, desde este planteo, se cree que el deporte, al favorecer el desarrollo de servicios deportivos segregados, promueve la industria de la rehabilitación y legitima la reducción de la discapacidad a un problema médico individual.

Pues bien, mi intención en este artículo consiste en poner en discusión esta interpretación realizada por los autores de los *Disability Studies*, a partir de una investigación cualitativa sobre el campo del deporte adaptado en la Ciudad de Buenos Aires (1950-1961), tema que nutrió mi tesis de doctorado (Ferrante, 2011). La motivación que me conduce a proponer este ejercicio se debe a que si bien considero que los planteos esbozados desde esta tradición de estudios aportan elementos indispensables para pensar críticamente al deporte adaptado – no como mero espacio de neutralidad y armonía – y a la discapacidad – no como mera realidad biológica sino como construcción social –, es posible distinguir, sin embargo, elementos que debieran ser discutidos para poder esgrimir una conclusión sobre los efectos de la práctica deportiva en la vivencia de la discapacidad.

Un primer elemento a introducir en la discusión es que estos trabajos no reconstruyen históricamente cuál es la noción de cuerpo discapacitado legítimo implícita en el deporte adaptado en contextos acotados. Tomando los aportes de Foucault, entre otros, estos autores sostienen que en el siglo XIX existe una medicalización del cuerpo discapacitado (Foucault, 2006). A través de la figura del individuo a corregir (Foucault, 2007) se da “el origen” de las discapacidades y se crean las instituciones especializadas en donde, por medio de una ortopedia de los cuerpos, se tratará de “humanizar” la “alteridad deficiente” (Skliar, 2000). Según la perspectiva del “bienestar”, el “poder de normalización” (Foucault, 2007) será la respuesta social que se dará a los problemas de la discapacidad. Desde esta mirada, los autores representantes de los *Disability Studies* asumen que al interior del espacio deportivo existe una medicalización de la discapacidad según la cual la misma es concebida como tragedia médica individual que “enluta la existencia” (Rosato et al., 2009) y que las personas con discapacidad incorporan, mecánicamente, una “identidad social devaluada” (Goffman, 2001), impuesta por una norma experta sin ofrecer resistencias, cuestionamientos o quiebres.

Un segundo ítem a problematizar es que tales estudios homologan bajo una amplia categoría, denominada “modelo médico rehabilitador”, una concepción biologicista, patologizadora y trágica de la discapacidad, sin percibir distintas definiciones locales en puja al interior del “modelo médico hegemónico de la discapacidad” (Rosato et al., 2009) que no necesariamente conciben a la misma bajo esa triple mirada.

Tomando los aportes de Pierre Bourdieu (1990), considero que la oferta deportiva adaptada debe ser analizada como el resultado de un proceso de relaciones entre modos de práctica y disposiciones que las hacen posibles y que dan cuenta qué se entiende por discapacidad y deficiencia en un contexto específico. Desde este supuesto, pienso que dejar de lado el punto de vista de los agentes, en privilegio de postular una mirada experta omnipotente – tal como hacen los representantes de la tradición inglesa –, conduce a olvidar que es necesaria la formación de un agente que posea a la vez la capacidad y el deseo de jugar un deporte adaptado, dotado de esquemas de percepción, pensamiento y acción requeridos según ciertas exigencias físicas, morales, emocionales y temporales. A la vez, la recuperación del punto de vista de los usuarios permite visualizar cómo la encarnación de los mismos genera mecanismos de acumulación de “capital simbólico” (Bourdieu, 1999) que hacen comprensible la entrega de los agentes al campo. Si esos elementos no son retomados, se cae en un supuesto de la dominación mecanicista, en el cual los agentes devienen resortes de una estructura de dominación.

En base a los supuestos antes expuestos, aquí conceptualizo al espacio deportivo como “campo del deporte adaptado” y entiendo que en el mismo los agentes disputan por la definición del deporte adaptado legítimo y, a través de ello, por la definición del cuerpo discapacitado legítimo (Ferrante, 2010, 2011). A modo de hilo conductor de este artículo, propondré una hipótesis de trabajo: en el origen del “campo del deporte adaptado”, en la Ciudad de Buenos Aires, existe una “profesionalización del estigma” (Goffman, 2001) a partir de la cual las personas con discapacidad motriz fundadoras del campo, reunidas en el Club Marcelo J. Fitte, Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, elaboran un modo de pensarse discapacitado, cristalizado en la categoría nativa de “rengo”, que no es un simple reflejo de una mirada médica ortodoxa sino que constituye un *éthos* específicamente construido a partir del deporte por las personas con discapacidad que, posteriormente, será nutrido y legitimado en una mirada experta. Con el fin de argumentar la hipótesis de trabajo propuesta, parto de un análisis de contenido de la prensa escrita³ y entrevistas en profundidad (Scribano, 2008) a los pioneros fundadores del campo⁴ y a los expertos fundadores de la fisioterapia y el deporte para “lisiados”⁵ y selecciono una estructura argumentativa compuesta de tres partes. En un primer momento, describo el rol que adquiere la mirada de las personas con discapacidad en la definición de un modo de pensarse y sentirse “lisiado”, fundante en el período de génesis del campo del deporte adaptado, es decir, desde 1950, año de creación del Club Marcelo J. Fitte, hasta 1957, año de realización del primer viaje a un torneo internacional de deportes para “lisiados”. En un segundo momento, analizo la unión, el punto de vista nativo y el punto de vista experto, a partir de la institucionalización del campo a través de la creación del Departamento de Recreación y Deporte de la Asociación Cooperadora del Instituto de Rehabilitación del Lisiado (1961), dirigido por el profesor Héctor “Pocho” Ramírez. Finalmente, en un tercer momento, retomo la discusión inicialmente planteada, exponiendo las conclusiones del trabajo.

El Club Marcelo J. Fitte – Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil y su filosofía (1950-1957)

El desarrollo del “campo del deporte adaptado” en la Ciudad de Buenos Aires es propiciado por los brotes de poliomielitis,⁶ ocurridos en la década de 1940 y 1950. Tal como adelantaba, el acto fundacional del mismo lo constituye la creación, el 14 de octubre de 1950, del Club Marcelo J. Fitte Pro-Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil. El mismo surge por iniciativa de un grupo de 15 afectados del mal de Heine Medin, en los brotes de 1942 y 1943, que habían sido pacientes del doctor Marcelo J. Fitte en el Servicio de Parálisis Infantil del Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires. Los mismos, tras la muerte del jefe del primer servicio de rehabilitación para los afectados por la poliomielitis en Argentina, crean esta institución con el fin de:

Propender a una constante superación física, moral y espiritual, fomentando un renovado interés por el trabajo, el estudio, la capacitación y por toda actividad útil y de bien común, como asimismo, establecer el más amplio contacto con todas las manifestaciones de artes, ciencias y conocimientos que contribuyan a formar una buena cultura general, una mente sana, y un espíritu noble y elevado. (Club Marcelo J. Fitte, 1950, p.1).

El motivo que justifica la creación del Club, primera institución en Argentina dirigida y destinada a personas con discapacidad, es el diagnóstico de un problema en el abordaje de la discapacidad. Hasta 1956, año de creación de la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados (Conarel), según los fundadores del campo, las personas con discapacidad vivían alejadas de la sociedad, sin obligaciones ni derechos: “Hasta entonces, los poliomielíticos ... vegetaban en un mundo oscuro y triste, alejados de la sociedad. Esta no les exigía obligaciones, pero tampoco les otorgaba derechos” (Bodmer, 1958, p.21).

Este escenario se derivaba, según los pioneros, de la ausencia de una política que procurara la “rehabilitación integral del lisiado” lo cual conducía a que los “afectados” se percibieran como “inútiles” (Bodmer, 1958, p.21). Ahora bien, ¿qué respuestas sociales se brindaban a los afectados por la poliomielitis en el período previo a la creación de la Conarel, en 1956, en Buenos Aires?

Entre las décadas de 1930 y mediados de 1950, el tratamiento de las secuelas de polio había sido relegado en manos de la filantropía y la sociedad civil. No existía una política de Estado destinada concretamente a este fin y esto se relacionaba, en cierta medida, con la incertidumbre que existía en relación al tratamiento de esta enfermedad (Ramacciotti, 2006; Cibeira, 2006). Lejos de ser un problema local, esta situación era compartida por la comunidad científica internacional. En 1947, Inglaterra, Austria, Alemania y Checoslovaquia sufren epidemias de polio y la perplejidad gobernaba su tratamiento debido a la falta de certezas en relación a la profilaxis, al tratamiento de las secuelas y de la discapacidad motriz en general (Cibeira, 2006).

Si bien la propagación de la enfermedad sólo excepcionalmente generaba la muerte, despertaba un temor generalizado debido a que, en algunos casos, dejaba secuelas “invalidantes” lo cual la convirtió en un problema sanitario relevante en el norte de Europa y Estados Unidos (Martínez Pérez, 2009). Los efectos discapacitantes de esta enfermedad, sobre todo en niños y en personas en edad productiva, sumados al desconocimiento acerca de los modos de contagio, configuraban socialmente a la poliomielitis como una amenaza ante la cual no “sabía qué hacerse” (Rodman, 1971).

El desarrollo de vacunas efectivas para combatir al polio-virus será tardío, pese al esfuerzo movilizado por los países afectados (Testa, 2011a). La solución a esta enfermedad llegaría en 1955, a través de la vacuna Salk y, en 1960, con la aprobación de la vacuna Sabin (Oshinsky, 2005). Las mismas fueron concretadas a partir de los aportes de la sociedad civil estadounidense al desarrollo de investigaciones para erradicar la enfermedad (Martínez Pérez, 2009).

La percepción transmitida por médicos, personas afectadas por la polio y familiares entrevistados describe un estado de miedo colectivo ante la enfermedad. Un cúmulo de prácticas, tales como “las pastillas de alcanfor en la ropa, la desinfección de las calles con fluido ‘Manchester’, los árboles y cordones de las veredas blanqueados con cal y los traslados de los niños hacia el campo ... son indicadores del clima de temor y desasosiego ante una enfermedad que parecía no tener soluciones efectivas ni definitivas” (Testa, 2011a, p.1).

En relación a los tratamientos médicos existentes a nivel local para el tratamiento de la poliomielitis, los protagonistas narran que la polio era atendida “como se podía” en el Hospital de Niños y en instituciones religiosas y de la sociedad civil. Entre éstas, dos de las

más importantes fueron la Asociación Ayuda y Orientación al Inválido (AOI) (un centro de orientación vocacional y laboral, creado en 1937 por el professor José M. Jorge, cirujano de la Cuarta Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Durand) y la Asociación Lucha contra la Parálisis Infantil (Alpi) (fundada en 1943 por un grupo de padres de afectados, quienes crean diversas sedes a lo largo del país y que poseía el asesoramiento médico del doctor Fitte) (Testa, 2011a). En estas instituciones, la discapacidad era percibida como un problema médico, aunque con diferentes matices.

En AOI existía un interés por encontrar respuestas sociales a la discapacidad a través de la orientación vocacional y laboral. Sin embargo, la discapacidad no dejaba de ser visualizada como un problema que debía ser reparado a través de una “ortopedia social”. Esto puede notarse en los documentos que conformaron la Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido (1943) y su segunda edición (en 1946) en los cuales se identificaba el carácter médico-social del problema del “inválido”: en plena extensión del mercado interno, el niño lisiado implicaba un futuro no trabajador, por lo cual era necesario garantizar la “rectificación” médica de sus cuerpos para que éstos devinieran “cuerpos útiles” (Ramacciotti, 2006; Foucault, 2006). En la segunda de estas reuniones participó el secretario de salud, Ramón Carrillo, quien, llamativamente, al hablar de las causantes de discapacidad, no hace mención a la poliomielitis (Testa, 2011a). Pese a reconocer la dimensión social de la discapacidad, paradójicamente subyacía en esta concepción una percepción de la misma como tragedia médica que debía ser reparada por una “ortopedia social”.

En tanto, el tratamiento llevado a cabo por el doctor Fitte en el Hospital de Niños y en Alpi era estrictamente bio-médico y estaba basado en el “tratamiento ortopédico precoz” (Testa, 2011a, p.7). El mismo consistía en “la intervención temprana del ortopedista, desde la fase aguda, la utilización de aparatos ortopédicos, las cirugías correctivas, la reeducación muscular y los masajes (en mesa o en el agua), la constante vigilancia de las posiciones adecuadas del cuerpo y el seguimiento de la evolución del paciente, que se realizaría en el hogar” (p.7). Los fundadores del Club Fitte realizaron este tratamiento. Ellos narran largos períodos de hospitalización y/o “reeducación” corporal en el Hospital de Niños, primero, y, dada el alta, en Alpi. Es por esto que un denominador común entre los creadores del campo del deporte adaptado es haber encarnado una medicalización del cuerpo: la figura de los tutores, utilizados para rectificar los miembros y “normalizar” el andar, constituyen una buena ilustración de la “vigilancia epidemiológica” que el saber experto de la época y, con el fuerte apoyo de Alpi (Testa, 2011a, 2011b), ejercería sobre el niño a “corregir” y sobre su familia, entendida como responsable moral de la salud del mismo (Foucault, 2007). Si bien los pacientes del doctor Fitte señalan que él creía que la integración del “lisiado” se lograría a través de “otra medicina” (Adelante..., 1958; Nuestras..., 1958) y, por ello, dada el alta, prescribía el juego en la calle como mejor estrategia de rehabilitación. No obstante ello, esta preocupación del médico no se articuló en medidas concretas que complementaran el tratamiento médico. La reducción de la experiencia corporal al “tratamiento de rectificación” y de normalización del cuerpo y las respuestas meramente médicas a la discapacidad, configurarían la misma como un problema médico individual.

Pensarse lisiado deviene una profesión

En este contexto, desde Fitte, pensarse “lisiado” implicaba cuestionar la mirada caritativa que hasta ese momento había dominado la percepción social de la discapacidad y que la comprendía como una tragedia que implicaba el fin de la vida social. Desde el Club Fitte, rebelándose a este destino colectivamente asignado a los “lisiados”, los miembros fundadores reclamarían abandonar un estado de ciudadanía de segundo rango y emitirían un juicio sobre cómo querían ser percibidos por la sociedad a través del cual se convertirían en “prescriptores del modo en que se debía ser discapacitado”. De este modo, el estigma deviene una profesión que justifica entablar una “lucha moral” a través de la cual se mostraría, al “lisiado” y a la sociedad, “que el afectado de polio podía no solamente ser útil a él mismo sino, y lo que es más, podía convertirse en un elemento útil a la sociedad misma”. Según sus palabras, ellos “no querían ser vistos como enfermos” sino mantener viva la convicción de que “ningún lisiado debe entregarse a la inactividad ni a la indolencia”.

Aclaremos que no deseamos protección ni amparo, ni subvenciones pasivas que nada solucionan en el fondo, y sí buscamos, en cambio, la adopción de medidas activas que favorezcan nuestra rehabilitación absolutamente integral y que se posibilite nuestro derecho a trabajar, estudiar y capacitarnos como ciudadanos (Adelante..., 1958, p.2).

Tomando las consignas provenientes de la naciente fisioterapia norteamericana (el Board Americano de Rehabilitación se funda en 1949), se creía que la “rehabilitación integral del lisiado” sería la que operaría este “cambio de conciencia”:

Rehabilitación, desde el punto de vista médico, es un método sistemático y organizado, por el cual los poderes mental, físico y vocacional de un individuo lisiado son desarrollados hasta el punto que le permita competir, en igual oportunidad, con los llamados normales (Nuestras..., 1958, p.33).

El lisiado se rehabilita cuando consigue su primer trabajo... cobra su primer sueldo y engendra su primer hijo (doctor H. Rusk citado en Vivir..., 1969, p.5).

En este sentido, una de las principales reivindicaciones exigidas por los miembros del club era el derecho al trabajo. A través del trabajo, el “lisiado” podría demostrar a la sociedad que podía ser un elemento “útil”, “hábil”, “productivo”. Así, en correspondencia a la condición de clase media⁷ de la “mayoría” (aunque no de todos) de los socios fundadores del Club, un “lisiado legítimo” sería aquel que trabajara, estudiara, se casara, es decir, aquel que lograra la plena “integración social” y, a través de la misma, reprodujera la “moral burguesa” (Davis, 2009). Para ello, el lisiado debía incorporar, por medio de su voluntad y esfuerzo personal, una serie de *técnicas de adaptación secundaria* (Goffman, 2001) que le permitirían “normalizarse”. A través de una serie de máximas se resumiría esta moral: “adelante, siempre”, “lo importante es no ser renco de la cabeza”, “en marcha” (nombre que adquiere el primer boletín de difusión del Club) o “que no se detenga la marcha”, aluden al movimiento y a la evolución frente a la quietud de una “sociedad involucionada” que no garantizaba el “respeto” a los afectados de la polio.

Así, ser “lisiado”, para los miembros del Club, era poseer una disminución física, un desperfecto orgánico. Al partir de una concepción del cuerpo mecanicista, la discapacidad

era algo que afectaba al organismo, pero no a la conciencia, así, la esencia humana no se veía afectada y no merecía ser tributaria de lástima. Si el carácter biológico e individual de la deficiencia aparece no cuestionado, sí será fuertemente criticado el elemento trágico desde el cual se percibía a la discapacidad: “Uno de los fines principales del Club, es hacer comprender a todos los afectados que la vida es linda que todos tenemos derecho a vivir, que somos útiles a la sociedad y a nosotros mismos” (Bodmer, 1958, p.22).

El humor, la alegría y la esperanza de vivir eran propiedades valoradas y exigidas al “lisiado”. Este asunto poseería tal importancia para los miembros del Club que en su revista existiría una sección explícitamente destinada a cultivar la alegría. Bajo el título *La vidriera de botica x Bob Ticario* se trataba “lo curioso, lo serio y lo humorístico en amable mezcla con el deseo de combatir el mal humor, creando una sonrisa bajo el lema: “ojalá que el remedio no sea peor que la enfermedad” (Vidriera..., 1958, p.58). A mi entender, el rechazo a concebir a la deficiencia como un drama que enluta la existencia es uno de los más importantes factores que generaría empatía con la medicina física y rehabilitación, fundada por el doctor Cibeira. La misma posee plena sintonía con el punto de vista nativo, a tal medida que hasta existe una sensibilidad compartida en relación a lo cómico. Para tomar la dimensión de esto, es suficiente consultar Bioética y rehabilitación (Cibeira, 1997), donde el pionero de la fisioterapia local dedica un capítulo entero a rescatar anécdotas en el deporte, todas teñidas con un prototípico humor irónico, propiedad asociada al pensarse en términos de “rengo”. A partir de esta noción, los fundadores del campo nominarían el modo de andar propiciado por las secuelas de poliomielitis – cierta cojera acompañada del uso de bastones canadienses –, pero, a la vez, expresarían, irónicamente, la “bronca” que les producía recibir una mirada descalificadora de aquellas personas sin discapacidad.

Razonabilidad de un amor. La unión del punto de vista nativo y de la mirada médica rehabilitadora

Si bien entre los fines del Club Fitte se encontraba “crear, auspiciar, apoyar y fomentar actividades útiles, recreativas, deportivas, culturales de interés social, etc. en beneficio de los lisiados y con participación de los mismos” (Club Marcelo J. Fitte, 1950, p.5), las actividades deportivas no pudieron ser concretadas hasta 1956 debido a tres motivos: (1) los “lisiados” poseían dificultades para ser aceptados en clubes para personas sin discapacidad; (2) el Club no poseía sede física (la cual recién se obtendrá en 1958 junto a la personería jurídica) y (3) no se poseían los costosos elementos necesarios para la práctica deportiva (sillas de ruedas, arcos, pileta, pelotas, etc.). La epidemia de 1956 permitirá sortear estos obstáculos y promover el desarrollo del “campo del deporte adaptado” al propiciar la creación de la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados⁸ (Conarel). La Conarel es creada a través del decreto n.5.433/56 y del decreto ley n.9.276/56 por el gobierno de facto de Pedro E. Aramburu con el fin de “formular y aplicar un programa de rehabilitación a nivel nacional” (Cibeira, 1997, p.59) ante la “gran epidemia de poliomielitis”. La misma toma sede física en las instalaciones de la ex Fundación Eva Perón – Ciudad Estudiantil, ubicadas en el barrio de Nuñez, vaciadas por la autodenominada Revolución Libertadora (Bottinelli et al.,

2009). A través de la Conarel, se crearán una serie de instituciones y de saberes destinados a la “rehabilitación” del “lisiado”, nutridos en la “filosofía de la “fisiatría”, especialidad surgida en Estados Unidos y Europa en la post-guerra. La peculiaridad que distinguiría a esta disciplina de las miradas médicas vigentes sobre la discapacidad es que estas tendían “a observar al paciente en lo negativo de sus funciones” mientras que la fisiatría pondría su atención en el “positivo remanente” (Cibeira, 1997, p.193). Así, en 1956, se fundan dos centros médicos: el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (Irel) – ubicado en el espacio donde había funcionado la Ciudad Infantil, fundada por la Fundación Eva Perón – y el Centro Nacional de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”. A su vez, se crearán, en el ex predio de la Ciudad Estudiantil, también creada por la Fundación Eva Perón, las Escuelas de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, carreras auxiliares de la fisiatría. Para ello, se contratarían a profesores del exterior especializados y se becarían a profesionales argentinos para que estudiaran en el exterior (Bregain, 2010, 2012). En este contexto, las fisioterapistas inglesas, dirigidas por miss Mónica Martin Jones, informan a las autoridades de la Conarel acerca de la existencia en Inglaterra de un movimiento deportivo entre “lisiados”, impulsado desde 1944 por el doctor Ludwing Guttmann en el Centro Nacional de Lesiones Medulares del Hospital Stoke Mandeville (Mogilevsky, 1967, p.26). En función de los éxitos obtenidos en este centro, miss Mónica Martin Jones y el presidente de la Conarel citan al profesor Adolfo de Mogilevsky, profesor de educación física con trayectoria en el ámbito del rugby, y además kinesiólogo del Irel, para que comenzara a desarrollar las práctica de básquet en silla de ruedas con un pequeño grupo de internos de dicha institución afectados por el brote de 1956 (Mogilevsky, 1958). A este grupo, que en su mayoría habían adquirido la polio en edad adulta, se suman los miembros del Club Marcelo J. Fitte. De hecho, en ese año, ellos habían solicitado a la Conarel el uso de las instalaciones deportivas. El predio (el mismo en el cual hoy la mayoría de los clubes de deportes adaptados federados desarrollan sus actividades) contaba “con dos piletas de natación, dos canchas de básquetbol, una abierta y otra cerrada, que era utilizada como gimnasio, y una cancha de fútbol reglamentaria” (Cibeira, 1997, p.181).

A partir de la práctica del básquet en silla de ruedas en el gimnasio de la Conarel, el profesor Mogilevsky pide los reglamentos a Reino Unido y, al mismo tiempo, se envía una consulta “solicitando la posibilidad de que un equipo argentino de afectados participara en dicha justa” (Bodmer, 1958, p.23). Tras la respuesta afirmativa del doctor Ludwing Guttmann: “concurran con afectados aunque no hayan tenido experiencia anterior en deportes. No se trata aquí de conquistar un trofeo, lo importante es concurrir y competir” (Bodmer, 1958, p.23), se movilizan los recursos para asistir a Inglaterra. Con efectos de “adiestramiento y formación de los diversos equipos” (Conarel, 1959, p.29) se crea una Comisión Especial con representación del Club Marcelo J. Fitte, Alpi, Asociación Cooperadora Instituto del Lisiado (Acir) y la Conarel. Es así que contando con el apoyo económico de la Comisión Nacional de Rehabilitación y con la donación de los 12 pasajes por parte de la Flota Argentina de Navegación de Ultramar, los miembros viajan junto al profesor Adolfo Mogilevsky a Inglaterra en 1957 a bordo del Vapor Argentina (Mogilevsky, 1967).

La delegación constituía la única de América Latina presente entre las 26 naciones que participaron en los VI Juegos Olímpicos para Parapléjicos. Este viaje, inicio de una secuencia

de viajes que se repetirá a partir de entonces cada año, poseerá un fortísimo impacto en los fundadores del campo del deporte adaptado.

Allí vivimos un mundo nuevo. 'Allí aprendimos cuán pequeña es una afección cuando ella interesa sólo al cuerpo. Que funcionando el intelecto, intacta la mente y firme la voluntad, se sobrepone el ser a todas, absolutamente a todas las llamadas incapacidades físicas'. Y sin ninguna desventaja se acometen las mayores empresas y se obtiene satisfacción de nuestro paso por la vida (Mogilevsky, 1958, p.10; énfasis nuestros).

En las entrevistas es posible distinguir tres elementos que permiten comprender los efectos que llevan a los pioneros a hablar de "vivir un mundo nuevo" a partir del deporte. Un primer elemento se asocia a que encuentran en Guttman una mirada experta de la discapacidad que rimaba con la moral sostenida desde Fitte. Para el médico alemán, tal como ellos sostenían desde 1950, la discapacidad no constituía el fin de la vida social sino que, como representante de la moderna fisioterapia, creía que la misma constituía una secuela. El aspecto innovador residía en que para este médico el deporte, una actividad hasta entonces prohibida para las personas con discapacidad, era el medio más efectivo para mostrar a la sociedad que el "lisiado" no era inútil en términos productivos y que no estaba "incapacitado" para el trabajo y el matrimonio (Ferrante, 2011).

Un segundo elemento se relaciona al trato que recibían las personas con discapacidad en un contexto en el que la mayor parte de los "lisiados" eran veteranos héroes de guerra y no portadores de un virus contagioso. Esta diferente actitud social se expresaba en diferentes aspectos: existencia de políticas de Estado específicas en relación a trabajo y beneficios secundarios, accesibilidad en el transporte y espacio físico, respeto en las interacciones cotidianas (Ferrante, 2011). Tales respuestas permitían a los miembros del Club Fitte corroborar que las exigencias que realizaban a la sociedad argentina eran justas; que si se brindaban las posibilidades, la discapacidad no era un problema.

Por último, un tercer motivo que explica por qué los fundadores del campo viven la participación en Stoke Mandeville como una experiencia "novedosa", se relaciona con la repercusión mediática que adquiere la misma y las siguientes participaciones internacionales. Los archivos personales de los pioneros recuperan esta presencia en los medios. En la radio, en la prensa y en la televisión se recrea la participación argentina en estas competencias, asociando, inéditamente, a la discapacidad las emociones históricamente negadas en las biografías de estas personas – socializadas a la sombra del *estigma* del contagio – en donde los discapacitados poseían una posición completamente subordinada. Públicamente serán exaltadas experiencias hasta entonces inasociables a la poliomielitis: "alegría", "bellos", "fuertes", "valientes", "atletas". A partir de Stoke Mandeville, ser deportista devendría un interés, "un juego que merecía ser jugado" y que exigía "ser lisiado". Ser "lisiado" sobrevenía, inéditamente, un privilegio que permitía acumular beneficios específicos: viajes, mujeres, reconocimiento mediático, honor, conseguir contactos para acceder a buenos trabajos. Es entonces que el deporte deviene el "alma matter" del "rengo": deviene un modo efectivo de demostrar a la sociedad que un lisiado podía ser "hábil" y que la discapacidad motriz no significaba una enfermedad de la "mente" sino una "pequeña afección" que, mediante el esfuerzo y las oportunidades, podía ser "superada".

De expertos a usuarios. La institucionalización del campo

Las exigencias de la competición a nivel internacional favorecerán la institucionalización del campo. Como narra en la introducción, las mismas propician el desarrollo de un Comité Internacional de los Juegos Deportivos Stoke Mandeville sobre silla de ruedas, destinado a aprobar y autorizar la realización de los Juegos Olímpicos en diferentes países. Argentina fue llamada a formar parte de ese organismo. El doctor Antonio Lococo asume la representación del país. A su vez, crea un Comité Médico Internacional, del cual el doctor Cibeira era miembro. En su condición de responsable de la Delegación Argentina del Comité Paralímpico, Cibeira, clasificaba todos los sábados en la mañana, a los pacientes internos y externos del INRL.

En 1961, bajo la presidencia de Clemente Lococo, la Asociación Cooperadora del Instituto de Rehabilitación del Lisiado (Acir) crea el Departamento de Deportes y Recreación (Ramírez, 1971). Se realiza un concurso y Cibeira, en su rol de director del INRL, selecciona para ejercer el cargo al profesor de educación física Héctor Ramírez, quien comenzará a viajar con la delegación argentina. Poco a poco, la participación de los miembros fundadores del campo se encausa al rol de usuario, canalizando la mirada experta del doctor Cibeira y su delegado, el profesor Ramírez. Los fundadores delegarían en el saber médico la hegemonía para definir qué es ser discapacitado a partir de relaciones de afecto establecidas con estos expertos. Dichas relaciones fueron propiciadas por la convivencia en viajes y en la cotidianeidad: el doctor Cibeira vivió por espacio de treinta años junto a su familia arriba de la cancha donde se entrenaba básquet, esto haría posible que el médico se convirtiera en un “amigo” más de los fundadores.

Entrevistadora: usted vivía en el Servicio, arriba de la cancha de básquet...

Cibeira: sí, yo bajaba y estaba la cancha de basquet. Por eso mi hijo un día me dice, viendo el televisor del bufet, “mirá papá en la televisión están jugando al basquet sin sillas de ruedas”, y yo le dije: “no hijo, también se juega sin silla de ruedas”. Nosotros bajábamos y tomábamos la silla de ruedas como quien toma un pony para el polo. ... Ahí bailamos con silla de ruedas, ahí hicimos teatro, ahí había coro, ahí tomamos café, había socialidad en todos lados.

Como he señalado anteriormente, desde la medicina física y rehabilitación la discapacidad no era comprendida como una enfermedad. La portación de una secuela significaba una “anormalidad somática pero no psicológica”. La discapacidad física, desde la nascente fisiatría local, significaba un desvío en cuanto a la norma que define el cuerpo normal, pero no implicaba un compromiso de la “esencia humana: la ‘cabeza’”. Como he mostrado, la mirada propiciada por los expertos de la rehabilitación acerca de la discapacidad era una réplica de los anhelos de estos actores. La objetivación de las necesidades del campo en las instituciones garantiza la permanencia y acumulación de las adquisiciones, materiales y simbólicas, sin que los agentes tengan que recrearlas continua e integralmente mediante una acción expresa. A partir de la objetivación en estas instituciones, los “rengos” canalizarán la necesidad de reconocimiento por los miembros fundadores del campo y se instaurará el deporte como “alma matter del rengo”. La lucha ganada por los llamados dinosaurios en la necesidad de reconocimiento se canaliza en libido del campo y es delegada en la mirada experta. Es con esta victoria como se naturaliza el carácter arbitrario e histórico del déficit “y deviene una virtud”.

En este sentido, la naciente fisiatría conservará el monopolio para definir: (1) la discapacidad, (2) las posibilidades laborales, (3) la rehabilitación a partir de las capacidades remanentes con el fin de restaurar al máximo sus aptitudes físicas, sociales, psicológicas, laborales y creativas y 4) la clasificación deportiva. Las personas con discapacidad no podían intervenir en este proceso de evaluación de capacidades remanentes, es decir, había una relación de desigualdad, o con otras palabras, se instauraba una relación de dominación a través de la cual la mirada médica rehabilitadora reducía la discapacidad a un problema individual. Este mismo criterio era extrapolado a la práctica deportiva que “con supervisión estricta ... debe ser ejecutada por el profesor de educación física en las áreas deportivas” (Cibeira, 1997, p.183).

Según Cibeira, el fin del deporte era lograr la “rehabilitación social de la persona con discapacidad”. Esta convicción será la que promoverá, en 1961, el “corrimiento” de Mogilevsky, quien finalmente se trasladará con los bienes del Club Marcelo Fitte al Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (Cenard). Esto genera una desunión de los miembros del Club Fitte y, en 1962, se forman dos clubes de básquet: Acir, dirigido por Ramírez, y Fitte, dirigido por Mogilevsky. La mayoría de los miembros fundadores del campo pasan a conformar Acir, junto a algunos internados del Instituto de Rehabilitación del Lisiado.

Ahora bien, ¿por qué los socios fundadores no siguen a Mogilevsky? La explicación que brinda un protagonista es que “en el Cenard no había nadie, en cambio, “esto” (la Conarel) estaba lleno de gente, traíamos a los internados del hospital, jugábamos al básquet, hacíamos guitarreadas, íbamos a cervecerías los fines de semana con los voluntarios y estudiantes de TO [Terapia Ocupacional]”. Es decir, la Conarel, para los usuarios fundadores, se había transformado en su “segundo hogar”, había devenido el “Instituto del rengó”, “el Club”, la casa del “rengó”, “nuestra quinta personal”. A través de la consagración de los fundadores a la institución se convierte a Pocho Ramírez en representante del deporte adaptado y de los “rengos”. Él, según los pioneros, compartía una mirada que percibía a la discapacidad como cuestión social, aspecto no presente, según ellos, en Mogilevsky. Así, los fundadores, en un acto de magia preformativa, prescriben que “Pocho” asuma la esencia que le es conferida como legítimo definidor de qué es ser un “atleta lisiado”. Esto le da tranquilidad al grupo sobre su legitimidad y “sobre su propia existencia como grupo consagrado y capaz de consagrar” (Bourdieu, 1999, p.321).

Consideraciones finales

A través de la historización del campo del deporte adaptado en la Ciudad de Buenos Aires he tratado de demostrar que en su origen existió una participación activa de las personas con deficiencia motriz que permite poner en discusión la crítica proveniente de los *Disability Studies* según la cual en el deporte existe una automática incorporación de una identidad devaluada asociada a una medicalización de la discapacidad (Oliver, 1998; Finkelstein, 1993). En base a lo que he expuesto en este trabajo, puedo señalar tres objeciones-conclusiones que me permiten discutir la interpretación de los autores enmarcados en la tradición inglesa.

En primer lugar, desde el planteo inglés se asume que las personas con discapacidad interiorizan mecánicamente una mirada médica de la discapacidad que le es impuesta coercitivamente desde el exterior. Por el contrario, en el caso del “campo del deporte adaptado”

en Buenos Aires, he mostrado que existió un rol activo de los agentes por definir qué era ser discapacitado, definición que es previa al desarrollo de una mirada médica estrictamente rehabilitatoria y al cuestionamiento a la medicalización del cuerpo discapacitado. A partir de la epidemia de poliomielitis de 1956, se establecen las condiciones sociales para que una mirada específicamente rehabilitadora devenga legítima definidora de la discapacidad. En tal consagración, el rol que adquiere la imbricación que alcanza esta disciplina con el campo del deporte adaptado y con la mirada nativa posee una relevancia central. La “medicina física y rehabilitación” no sólo contaría con la legitimidad del Estado, sino también de la mirada nativa. Dicho de otro modo: el matrimonio punto de vista nativo-fisiatría local fue una carta que permitió consagrarse a esta especialidad utilizando las ganancias de capital simbólico, obtenidas a partir del desarrollo del campo del deporte adaptado.

En segundo lugar, la mirada de la discapacidad que se desarrollaría desde el espacio deportivo no significaría una interiorización de una identidad devaluada (Goffman, 2001), tal como sostienen los autores provenientes de los estudios sociales de la discapacidad, sino, un cuestionamiento ambiguo a la misma. El ámbito deportivo devino un espacio para las personas con discapacidad fundadoras para poner en cuestión el carácter estigmatizador que adquiriría sesenta años atrás poseer secuelas de poliomielitis, mirada que se expresaba en una reducción del cuerpo discapacitado a un objeto a rehabilitar. Esto implicó una doble operación. Por un lado, significó cuestionar la mirada médica de la discapacidad, previa al desarrollo de la fisiatría local, según la cual la discapacidad era pensada como un problema médico individual que implicaba un “enlutamiento de la existencia” (Rosato et al., 2009). Es decir, una resistencia a la norma médica que definía a la discapacidad como enfermedad a rehabilitar y medicalizaba el cuerpo discapacitado. Por otro lado, esto requirió resignificar tal estigma y elaborar una mirada sobre el mismo que implicó una profesionalización (Goffman, 2001) del mismo; a partir del mundo del deporte las personas con discapacidad fundadoras del campo encuentran un medio en el cual prescribir un modo legítimo de “ser” discapacitado. Este punto de vista, que vacía de contenidos trágicos la vivencia de la discapacidad, sería el que generaría empatía con la mirada de Guttman, el doctor Benito Cibeira y “Pocho Ramírez”, desde los cuales la discapacidad no es asumida como una enfermedad sino como una secuela.

Esto permite introducir una tercera y última conclusión ya esbozada. Si es lícito sostener que en la etapa de origen del campo del deporte adaptado existía un cuestionamiento al carácter estigmatizante de la discapacidad, sin embargo, es necesario reconocer que el mismo posee un carácter ambiguo. Hablo de una ambigüedad ya que no se ponen en cuestión los esquemas de percepción que definen a la discapacidad como “secuela” anclada en un organismo individual. Para los fundadores del campo, la discapacidad era concebida como un desvío de la normalidad física que, al no comprometer la razón, permitía la vida social “normal”. El “lisiado” debía procurar su constante superación a fin de mostrar a la sociedad que él era útil al responder a “normas de adiestramiento humano” (Mauss, 1979, p.345). Entonces, si bien desde el espacio deportivo se exigiría a la sociedad un “cambio de conciencia” en relación a la discapacidad, a la vez se establecería un fuertísimo mandato de adaptabilidad del individuo al medio. Este “imperativo de normalización” (Davis, 2009) impuesto expresa cómo, desde el origen del campo, se cuestionaba la reducción de la discapacidad al rol del enfermo, pero, a la vez, da cuenta que aquello que se erigía como cuerpo discapacitado legítimo al interior

del campo era una transmutación de los requisitos del cuerpo legítimo a nivel de la sociedad global en ese momento. Tal ambigüedad puede ser percibida en la categoría nativo “rengo”. La misma hace referencia a un nosotros constituido por las personas con secuelas de poliomielitis que se distingue, simultáneamente, de las personas sin discapacidad (“los normales”) y del “resto de las discapacidades” (en donde los “rengos” son sanos por oposición al resto de los discapacitados que son “enfermos” y son útiles por oposición a los “pasivos”, los enfermos, los “sin voluntad”, “los rengos de la cabeza”). A su vez, he mostrado que la categoría “rengo” permite distinguir un modo de visión compartido, un *éthos* que establece que lo importante es “no ser rengo de la cabeza”.

Es decir, la noción nativa de “rengo”, si bien cuestionaba la norma que define a la discapacidad como “tragedia médica individual”, a la vez, llevaba implícito el reconocimiento de los fundamentos de la dominación simbólica: la aceptación de las propiedades que definen el cuerpo legítimo. En este sentido es que puede verse que, más allá de que en el origen del campo no se pensara a la discapacidad en términos negativos, se instauraba una relación de dominación que exigía el desarrollo de técnicas de adaptación secundaria y que generaba modos de ser discapacitado que implicaban una “asimilación rebelde” (Bourdieu, 2006). Ahora bien, un elemento central para comprender esta exigencia reside en retomar la necesidad de reconocimiento social que movilizaba a los fundadores del campo. Si se analizan sus trayectorias sociales, el carácter desolador y trágico de sus infancias (no por una cuestión de “esencia” de la polio, sino más bien por las respuestas sociales que el tratamiento a la misma adquirió), dicho anhelo cobra plena razonabilidad... La contemplación de estos elementos permite hacer comprensible la entrega de los agentes al campo, aspecto que desde el planteo de los *Disability Studies* aparecen subvalorados. En el caso del origen de la institucionalización del campo y el desplazamiento de los agentes a un rol de sumisión puede observarse la ambigüedad que caracteriza al “capital simbólico”. La búsqueda de este tipo de capital nace de una búsqueda de satisfacción al amor propio que está a la vez guiada por una “búsqueda fascinada de la aprobación de los demás” (Bourdieu, 1999, p.220). De este modo, el mismo genera modos de dominación que presuponen la dependencia respecto a aquellos que permite dominar: sólo existe “por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás, y sólo puede perpetuarse mientras logra obtener la fe en su existencia” (p.220).

En este sentido, el caso de estudio analizado, muestra la importancia de que en los abordajes sociológicos se reconstruyan históricamente nociones teóricas elaboradas para pensar contextos ajenos a la realidad local, recuperando las miradas usuarias y expertas para evitar caer en análisis abstractos y simplistas que opacan las ambigüedades propias de la dominación cuando se reconoce el rol de agencia y pasividad de los agentes.

AGRADECIMIENTOS

A Liliana Pantano por su recomendación de realizar este abordaje histórico del campo del deporte adaptado. A la generosidad de Gildás Bregain en facilitarme el material hemerográfico que constituyeron las fuentes de este trabajo. A Karina Ramacciotti por realizar una lectura crítica de este artículo.

La presente investigación fue financiada a través de dos becas otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, en el período 2007-2012.

NOTAS

¹ En 1976, además se fundan los primeros Juegos Paralímpicos de Invierno, en Suecia, que al igual que los juegos de verano, se realizan cada cuatro años (IPC, s.d.). A partir de los Juegos Olímpicos de Seúl, Corea (celebrados en 1988) y de los Juegos de Invierno de Albertville, Francia (realizados en 1992), los Juegos se realizan en las mismas ciudades y lugares en las que se celebran los Juegos Olímpicos.

² Los *Disability Studies* constituyen un conjunto de trabajos antropológicos, literarios y sociológicos que se han destinado a comprender a la discapacidad como una retórica cultural (Skliar, 2000). Dentro de esta amplia gama de trabajos, aquellos agrupados en el “modelo social anglosajón o la sociología de la discapacidad” (Oliver, 1998), concibieron a la discapacidad como una relación de dominación naturalizada en la forma de déficit individual y biológico. Según este planteo, en tanto, los “discapacitados” se alejan del “cuerpo capacitado”, constituyen una fuerza de trabajo no productiva y por ello son reducidos al rol de enfermos, formando parte de aquel ejército de reserva descrito por Marx (Barnes, 2008).

³ La selección de la muestra realizada se guió por el material disponible, ya que el Club no conserva los ejemplares de sus revistas. Esta falencia fue cubierta a través de la realización de entrevistas en profundidad a miembros y socios fundadores de la institución.

⁴ Para recomponer el punto de vista de los usuarios, trabajé con una muestra por juicio (Scribano, 2008) y su tamaño lo determiné de acuerdo a criterios de saturación teórica. Entrevisté en profundidad, en más de un encuentro, a nueve personas con secuela de polio, protagonistas de la etapa de fundación del campo.

⁵ Hago uso de la noción “lisiado” respetando la categoría utilizada por los agentes en el período en análisis. Con el fin de reconstruir la mirada experta en el origen del campo entrevisté, siguiendo criterios de saturación teórica, a siete informantes clave del ámbito de la fisioterapia, del deporte adaptado, la dirigencia deportiva y la terapia ocupacional.

⁶ En Argentina, se registran brotes esporádicos de poliomielitis desde 1906 y su carácter ascendente convierten a esta enfermedad “en un problema sanitario de relativa importancia en las décadas de 1940 y principios de 1950” (Ramacciotti, 2006, p.18).

⁷ Tomo como indicador de condición de clase, siguiendo a Bourdieu (1990), el máximo nivel educativo alcanzado por los padres del agente y de posición de clase, el máximo nivel educativo alcanzado por el agente (Alegró..., 1950; Cura..., 1950).

⁸ La misma, en 1969, se descentraliza y pasa a denominarse Servicio Nacional de Rehabilitación.

REFERENCIAS

ADELANTE...

Adelante siempre! *En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil*, n.10, ago., p.1-3. 1958.

ALEGRÓ...

Alegró el corazón de los enfermitos la visión del hada mágica. *Crítica*, 24 dic. 1950.

ABBERLEY, Paul.

El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. In: Barton, Len (Comp.). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Ediciones Morata, p.34-50. 2008.

BARNES, Colin.

La diferencia producida en una década. Reflexiones sobre la investigación “emancipadora” en discapacidad. In: Barton, Len (Comp.). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Ediciones Morata, p.381-397. 2008.

BODMER, Marcelo F.

Con el Club Marcelo J. Fitte a bordo del Vapor Argentina, *En Marcha. Órgano oficial del Club*

Marcelo J. Fitte, *Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil*, n.10, ago., p.21-24. 1958.

BOTTINELLI, Marcela et al.

Revisión histórica de la Terapia Ocupacional en la ENTO/UNSAM. Medio siglo de crecimiento. Ponencia presentada en las VI Jornadas Platenses de Terapia Ocupacional, organizadas por la ATOPBA. 2009.

BOURDIEU, Pierre.

La identidad y la representación: elementos para una reflexión a crítica sobre la idea región. *Ecuador Debate*, 67, p.165-184. 2006.

BOURDIEU, Pierre.

Meditaciones pascalianas. Barcelona: Anagrama. 1999.

BOURDIEU, Pierre.

Cosas dichas. Barcelona: Gedisa. 1990.

BREGAIN, Gildas.

Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina

(1946-1974). In: Pantano, Liliana (Compág.). *Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica*. Buenos Aires: Editorial Universidad Católica Argentina. 2012.

BREGAIN, Gildas.

Etude sur le processus d'élaboration de la loi de protection intégrale des personnes handicapées en Argentine. Ponencia presentada. *Actes des Journées d'étude "Droits de l'homme et recherche universitaire dans les Amériques"*. Disponible en: http://www.spidh.org/uploads/media/Gildas_BREGAIN.pdf. Acceso en: 3 abr. 2013. 2010.

CIBEIRA, José Benito.

Aspectos históricos del IREP: Visión de su primer director. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP)*, Buenos Aires. 2006.

CIBEIRA, José Benito.

Bioética y rehabilitación. Buenos Aires: El Ateneo. 1997.

CLUB MARCELO J. FITTE.

Estatuto del Club Marcelo J. Fitte. 1950.

CONAREL.

Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados. *Memorias de Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado*. Buenos Aires: s.n. 1959.

COSTA, Alberto Martins da; SOUSA, Sônia Bertoni.

Educação física e esporte adaptado: o progresso, história e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e perspectivas para o século XXI. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v.25, n.3, p.27-42. 2004.

CURA...

Cura por el espíritu formaron un club los jóvenes afectados a la poliomielitis. *Crítica*. 19 dic. 1950.

DAVIS, Lennard J.

Cómo se construye la normalidad. La curva de Bell, la novela y la invención del cuerpo discapacitado en el siglo XIX. In: Brogna, Patricia (Comp.). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica. p.188-211. 2009.

FERRANTE, Carolina.

Cuerpo, deporte y discapacidad. Análisis de las prácticas deportivas de las personas con discapacidad motriz adquirida en la Ciudad de Buenos Aires (1950-2010). Tesis (Doctorado) – Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2011.

FERRANTE, Carolina.

Rengueando el estigma: modos de ser, pensar y sentir (se) discapacitado construidos desde la

práctica deportiva adaptada. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.9, n.27, p.980-1009. 2010.

FINKELSTEIN, Victor.

The commonality of disability. In: Swain, John et al. (Ed.). *Disabling barriers-enabling environments*. London: Sage; Open University Press. 1993.

FOUCAULT, Michel.

Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2007.

FOUCAULT, Michel.

Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2006.

GOFFMAN, Erving.

Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu. 2001.

IPC.

International Paralympic Committee. *History of the Paralympic Movement*. Disponible en: <http://www.paralympic.org/TheIPC/HWA/HistoryoftheMovement>. Acceso en: 12 abr. 2012. s.d.

IWAS.

International Wheelchair & Amputee Sports Federation. ISMWSF History. Disponible en: <http://www.iwasf.com/iwasf/index.cfm/about-iwas/history/ismwsf-history>. Acceso en: 21 abr. 2012. s.d.

MARTÍNEZ PÉREZ, José.

La poliomielitis como modelo para el estudio de la enfermedad. Dossier: La Poliomielitis y sus contextos: experiencias colectivas e individuales ante la enfermedad en el siglo XX. *Asclepio*, v.61, n.1, p.7-22. 2009.

MAUSS, Marcel.

Principios clasificadores de las técnicas corporales en sociología y antropología. Madrid: Tecnos. p.344-346. 1979.

MOGILEVSKY, Adolfo.

Una actividad dinámica y beneficiosa para el lisiado. *Revista del Club Marcelo J. Fitte*, n.1, p.26-27, 1. sem. 1967.

MOGILEVSKY, Adolfo.

Del viaje. *En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil*, n.10, ago., p.10-14. 1958.

NUESTRAS...

Nuestras gestiones ante la Convención Nacional Constituyente. *En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil*, n.10, ago., p.29-36. 1958.

OLIVER, Mike.

¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? In: Barton, Len

- (Comp.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata. p.34-59. 1998.
- OSHINSKY, David M.
Polio: an American story. New York: Oxford University Press. 2005.
- OMS.
Organización Mundial de la Salud. Recreation, leisure and sports. In: *BRC Guidelines: social component*. Malta: OMS, Unesco, p.33-40. 2010.
- ONU.
Las Naciones Unidas. *Deporte para el desarrollo y la paz: hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Informe del grupo de trabajo interinstitucional de Naciones Unidas sobre el deporte, el desarrollo y la paz. Madrid: Unicef. 2005.
- PÉREZ DE LARA, Nuria.
Identidad, diferencia y diversidad. Mantener viva la pregunta. In: Larrosa, Jorge; Skliar, Carlos (Comp.). *Habitantes de Babel: política y poética de la diferencia*. Barcelona: Alertes, p.291-316. 2001.
- RAMACCIOTTI, Karina.
Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires. *Asclepio*, v.58, n.2. 2006.
- RAMÍREZ, Héctor.
Deportes sobre sillas de ruedas. Buenos Aires: ACIR. 1971.
- RODMAN, John Paul.
A history of poliomyelitis. New Haven: Yale University. 1971.
- ROSATO, Ana et al.
El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, n.39, p.87-105. 2009.
- SCRIBANO, Adrián.
El proceso de investigación social cualitativo. Buenos Aires: Prometeo. 2008
- SKLIAR, Carlos.
Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. In: Gentili, Pablo (Comp.). *Códigos para la ciudadanía: la formación ética como práctica de libertad*. Buenos Aires: Santillana. p.109-121. 2000.
- TESTA, Daniela.
La lucha contra la poliomyelitis: intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971). Tesis (maestría en Políticas Públicas) – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires. 2011a.
- TESTA, Daniela.
Poliomyelitis: la “herencia maldita” y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la Ciudad de Buenos Aires. *Intersticios*, v.5, n.2, p.309-323. 2011b.
- UPIAS.
The Union of the Physically Impaired Against Segregation. *Fundamental principles of disability*. London: UPIAS. 1976.
- VANLANDEWIJCK, Yves C.; THOMPSON, Walter R. (Ed.).
The paralympic athlete: handbook of sports medicine and science. Chichester, Wiley-Blackwell: Medical Committe IPC. 2011.
- VIDRIERA...
Vidriera de Botica. *En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil*, n.10, ago., p.58-59. 1958.
- VIVIR...
Vivir es luchar por un futuro mejor. *Revista del Club Marcelo J. Fitte*, n.4, p.5. 1969.

