



“Lo importante es no ser rengo de la cabeza”: El cuerpo discapacitado legítimo en la génesis y estructuración del deporte adaptado en la Ciudad de Buenos Aires (1950-1961)

En Pantano, L. (comp.) (2010) *Discapacidad e Investigación: aportes desde la práctica*. Buenos Aires: EDUCA, pp. 167-198.

El artículo que se comparte, así como los trabajos que componen el libro *Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica*, compilado por la Dra. Liliana Pantano, nace de una instancia colectiva de intercambio desarrollada en el 2010 bajo la dirección de dicha investigadora que, desde los años 80, realiza una labor pionera en América Latina en el ámbito del estudio social de la discapacidad.

Puntualmente, se trató del *Seminario Permanente de Investigadores sobre Discapacidad*, iniciado en marzo de 2010, en el Centro de Investigaciones Sociológicas del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Políticas y de la Comunicación de la Universidad Católica Argentina, creado por Pantano como forma generosa de dar respuesta a la consulta de investigadores en formación y en proceso de producción de tesis (de licenciatura, maestría, doctorado) sobre la discapacidad. A través del mismo, se generó una instancia de intercambio y discusión de proyectos sobre la temática –instancia inédita en lo referido a la materia a nivel nacional-, generando una sinergia positiva. Como resultado de esta instancia surge el libro. Carolina Ferrante desea expresar su agradecimiento a la Dra. Liliana Pantano por la posibilidad de participar en este espacio, por los ricos aportes que recibió para mejorar su trabajo no sólo en esa instancia sino a lo largo de su desarrollo profesional. También da las gracias por la autorización para reproducir este texto en este dossier.

Resumen

La intención de esta trabajo es identificar cuál era la noción de *cuerpo discapacitado legítimo* implícita en el período de *génesis y estructuración* de aquello que denomino *campo del deporte adaptado* en la Ciudad de Buenos Aires, es decir, entre 1950, año de creación del Club Marcelo J. Fitte – “Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil” hasta la década del 60, fin de la “época de oro” del deporte adaptado según el universo “renguístico”. Para ello, parto de los aportes teóricos de Bourdieu y ciertos elementos de los estudios sociales sobre la discapacidad y realizo *análisis de contenido* de documentos de época y prensa escrita, como así también entrevistas en profundidad realizadas a los “pioneros” fundadores del campo. La principal conclusión de este trabajo constituye un intento de ofrecer una lectura alternativa a las vigentes en torno al rol cumplido por la mirada médico rehabilitadora en la filosofía del deporte adaptado. Cuestionando lo sostenido por el modelo social anglosajón, el estudio de caso de la Ciudad de Buenos Aires permite afirmar que lejos de existir una simple y mecánica medicalización de la discapacidad en el ámbito del deporte para personas con discapacidad motriz se da una *profesionalización del estigma* (Goffman, 2001). Esta interpretación torna razonable la entrega de los agentes al campo, a la vez que recupera el aspecto creador de los sujetos sociales.

Palabras clave: campo del deporte adaptado; cuerpo legítimo; discapacidad motriz; poliomielitis; “rengo”.

Abstract

"The important thing is not to be lame-brain": legitimate disabled body in the genesis and structure of the adapted sports in the City of Buenos Aires (1950-1961)

The intent of this paper is to identify what the notion of legitimate disabled body implicit in the term of genesis and structure of what we call field of adapted sport in the City of Buenos Aires, that is, between 1950, year in which the Club Marcelo J. Fitte - "Pro Union and Help Children Affected Paralysis" to the 60, so the "golden age" of the sport-tuned. To do this, I'm using some of Bourdieu's theoretical contributions and certain elements of social studies on disability and performed content analysis of documents and the press, as well as in-depth interviews with "pioneers" founders of the field. The main conclusion of this work is an attempt to offer an alternative to the existing reading about the role played by the rehabilitation physician look at the philosophy of adapted sports. Questioning what is claimed by the Anglo-Saxon social model, a case study of the City of Buenos Aires suggest that far from being a simple and mechanical medicalization of disability in the field of sport for people with physical disabilities, there is a professionalization of stigma (Goffman, 2001). This interpretation becomes reasonable delivery of agents to the field, while restoring the creative aspect of social subjects.

Keywords: field of adapted sport, legitimate body, motor disabilities, polio, "lame"¹.

Artículo

Introducción

Este trabajo se enmarca en el desarrollo de una investigación cualitativa sobre el tema cuerpo, deporte y discapacidad motriz adquirida en la Ciudad de Buenos Aires. En la misma me propongo buscar analizar la forma en que la práctica deportiva incide en los modos de ser, pensar y sentirse discapacitado(s) en *la actualidad*.

En este marco, una tarde de marzo, en una concentración de la selección nacional femenina de básquet en silla de ruedas, *Marcela*², una entrevistada con secuelas de poliomielitis³, ex jugadora de básquet y actual dirigente de un club, me señalaba que el deporte había permitido que ella lograra una "plena integración social"⁴. Gracias a la inmersión en el mundo del deporte adaptado desde el año 1957 -año en el que adquiere la poliomielitis- logró acceder a un espacio en el cual la discapacidad no era percibida como una enfermedad. Según *Marcela*, este ambiente le había permitido "cambiar su cabeza". Para ella lo más "importante del deporte es que promueve la vida independiente". Con sus palabras: "siendo "renga" tuve una vida completamente *convencional*⁵, acá conocí a mi esposo, trabajé, fui mamá, viajé por el mundo".

¹ Agradezco a Graciela Moya la ayuda en la traducción del término nativo "rengo de la cabeza" al idioma inglés.

² Los nombres de los entrevistados y entrevistadas han sido modificados con el fin de preservar la confidencialidad y el anonimato.

³ La poliomielitis es una enfermedad producida por un virus que afecta a la "médula espinal y provoca parálisis (...) especialmente en los niños" (Ramacciotti, 2006: 18.).

⁴ El uso de las comillas se reserva para indicar la retoma de las palabras de los entrevistados como así también el uso de categorías nativas.

⁵ A través de la noción "convencional" en la actualidad en el ámbito del deporte las personas con discapacidad refieren a aquellas sin discapacidad.

Marcela, al igual que la amplísima mayoría de las personas con deficiencia motriz que realizan deporte en la CABA, se percibe como “renga”. “Rengo” es una categoría nativa creada por los fundadores del deporte adaptado y a través de la cual se describe un modo de andar propiciado por las secuelas de poliomielitis, asociado a cierta cojera, generalmente acompañada del uso de bastones canadienses y órtesis, pero también por medio de la que se expresa un intento de descargar la bronca que producía en estos agentes la mirada descalificadora recibida de las personas con discapacidad⁶.

Lejos de constituir una mera noción folclórica la noción de “rengo” da cuenta de un modo de pensar y sentirse discapacitado construido por las propias personas con discapacidad pioneras en el deporte a nivel local. Según *Marcela* y los pioneros en el campo, aquello que se inculcaba en el origen del deporte adaptado, en la década del 50 y 60 era que lo importante era “no ser rengo de la cabeza”. ¿Qué significa esta expresión? Para dar respuesta a esta pregunta es necesario reconstruir la filosofía del Club Marcelo J. Fitte⁷, primera institución aglutinadora de las personas con discapacidad motriz y a partir de la cual se promueve el desarrollo del *campo del deporte adaptado* en la Ciudad. Entiendo por tal aquél en el cual se define y está en juego la definición legítima del deporte para personas con “discapacidad motriz”, puja que está entroncada con la lucha por la definición legítima del cuerpo discapacitado, lo cual en términos nativos se traduce como el modo legítimo de ser “rengo”.

¿Qué modos de ser, pensar y sentirse discapacitado se construyeron en el origen del campo en la Ciudad de Buenos Aires? ¿Cuáles eran sus vínculos con las miradas médicas de la discapacidad? Con el fin de responder estas preguntas en este trabajo se identifica la noción de *cuerpo discapacitado legítimo* implícita en el período de *génesis y estructuración* del *campo del deporte adaptado* en la Ciudad de Buenos Aires, es decir, entre 1950, año de creación del Club Marcelo J. Fitte – “Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil” hasta la década del 61, época de institucionalización del campo a partir de la creación del Departamento de Recreación y Deporte del Instituto de Rehabilitación del Lisiado. Para ello se hace uso de dos técnicas de construcción de información cualitativa: análisis de contenido de la prensa escrita⁸ y entrevistas en profundidad (Scribano, 2008) a los “rengos dinosaurios”⁹, y a los expertos fundadores de la fisioterapia y el deporte para “lisiados”¹⁰. El desarrollo de la primera técnica fue utilizada con la finalidad de rastrear, en los documentos producidos en el Club Marcelo J. Fitte, el modo de ser “lisiado” que se consolidó en la etapa de origen del *campo del deporte adaptado*. La segunda técnica permitió acceder de modo privilegiado a los sentimientos, ideas y prejuicios de los agentes.

⁶ Dicha categoría es utilizada aún en la actualidad por aquellas personas con deficiencia motriz que se trasladan en silla de ruedas. Una aclaración importante es que en el momento de creación del campo la categoría nativa a través de la cual se aludía a las personas con discapacidad no era la actual (“convencionales”) sino “normales”.

⁷ Debo agradecer a Liliana Pantano la sugerencia realizada en el Seminario Permanente de Investigadores (UCA) de incluir en mi tesis la reconstrucción histórica del campo del deporte adaptado. Esta cuestión es fundamental para comprender los diferenciales modos de ser discapacitados construidos desde el deporte en la actualidad.

⁸ Debo agradecer la generosidad de Gildás Bregain en facilitarme el material hemerográfico que constituyeron las fuentes de este trabajo. La selección de la muestra realizada se guio 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 del Club.

⁹ Para recomponer el punto de vista nativo trabajé con una muestra por juicio 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. Como estrategia expositiva decidí hacer mayor referencia a dos personajes *Enzo* y *El Bebe Díaz* ya que los mismos reflejan típicamente los modos de ser desarrollados en ese momento histórico.

¹⁰ 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.

El club Marcelo J. Fitte – Pro Superación del Lisiado y su filosofía: “Adelante siempre” (1950-1957)

El desarrollo del *campo del deporte adaptado* en la Ciudad de Buenos Aires es propiciado por los brotes de poliomielitis¹¹ ocurridos en la década de 1940 y 1950. Tal como se adelantaba, el acto fundacional del mismo surge de la mano de la discapacidad motriz y lo constituye la creación del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Superación del Lisiado el 14 de octubre de 1950. El mismo, inicialmente denominado Pro-Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, nace como iniciativa de un grupo de quince afectados del mal de Heine Medin, que habían sido pacientes del Dr. Marcelo J. Fitte en el Servicio de Parálisis Infantil del Hospital de Niños. Los mismos, con impulso del Dr. Euredjián, tras la muerte de Marcelo J. Fitte¹², buscan dar vida a su anhelo de crear una agrupación de “disminuidos en una entidad que, vinculándolos por ideales comunes y estrechos lazos de camaradería, contribuyera a la rehabilitación integral, física, psicomotora y social del afectado de polio” (*Revista del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Superación del Lisiado* (Nº 1, primer semestre 1967: 7). El fin de esta institución sería:

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. (*Estatutos del Club Marcelo J. Fitte*, Artículo 2. f).

El objetivo del Club sería propiciar el desarrollo y cultivo de actividades consideradas útiles y valoradas de acuerdo a los criterios de la época, acciones tradicionalmente vedadas para las personas con discapacidad. Asimismo, entre sus objetivos se encontraba fomentar el contacto nacional e internacional con aquellas instituciones que tuvieran fines comunes para intercambiar toda información de beneficio para el “lisiado”. Entre los requisitos para ser socio activo del Club se exigía pagar la cuota societaria fijada¹³ y ser “*persona lisiada por diversas causas, que presenten una disminución física permanente en sus miembros inferiores o superiores*” (Ibíd. Artículo 6). Sólo las personas con discapacidades físicas mayores de edad podían ejercer derecho a voto en las asambleas, mientras que aquellos no “lisiados” podían ser socios adherentes, colaborando con los fines de la institución. Finalmente, estaría la figura de los socios honorarios: aquellos que hubieran contribuido a la “recuperación y rehabilitación física y reintegración social del lisiado” (Ibíd. Artículo 9).

¹¹ En Argentina la existencia de brotes esporádicos y en creciente ascenso de afectados desde 1906, configuran a la poliomielitis en un “problema sanitario de relativa importancia en las décadas de 1940 y principios de 1950, siendo objeto de distintas medidas por parte del estado nacional como de la sociedad civil” (Ramacciotti, 2006; Zabala y Buschini, 2008).

¹² El Dr. Marcelo J. Fitte, fue el Jefe del primer servicio orgánico de rehabilitación para los afectados a la poliomielitis en el Servicio de Parálisis Infantil del Hospital de Niños.

¹³ Vale aclarar tal como señala uno de los socios fundadores que “La cuota era en realidad simbólica. Estaba instituida por la forma institucional de Club que debía ser mantenido por sus asociados. De ahí, por ejemplo la obligatoriedad de llevar un libre de socios”.

El diagnóstico de un problema en la *situación* de las personas con discapacidad (Pantano, 2009) será el que movilizará la reunión de este grupo de afectados de poliomielitis (quienes en su mayoría contraen el virus en los brotes del 42' y 43'): hasta 1956, las personas con discapacidad “vegetaban en un mundo oscuro y triste, alejados de la sociedad, sin obligaciones ni derechos” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil*, N° 10, Agosto 1957: 21).

Hasta entonces, los poliomielíticos que pertenecían a familias humildes, de escasos recursos, se hallaban confinados entre los muros de una habitación o sala de hospital; aquéllos que pertenecían a familias de holgada situación económica, corrían igual suerte, pues, por regla general vivían reclusos en alguna dependencia de sus mansiones. En ambos casos, los afectados vegetaban en un mundo oscuro y triste, alejados de la sociedad. Esta no les exigía obligaciones, pero tampoco les otorgaba derechos (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil*, N° 10, Agosto 1957: 21).

Este escenario se derivaba, según los propios actores, de la ausencia de una política que procurara la “rehabilitación integral del lisiado”. Esta falta conducía a que los “afectados” se percibieran como “inútiles” debido a la “situación parasitaria” en la que se encontraban (Ibíd.). Ante esta estado de cosas, la familia, para protegerlos, los ocultaba a través del aislamiento físico y social. Esta cuestión, según los fundadores del campo, no distinguía clase social. Las personas con discapacidad eran “vegetales” que al no tener derechos ni obligaciones quedaban al margen de la sociedad. Ahora bien, gran parte de la mirada social que recibían estos agentes estaba asociada a las significaciones que adquirió la poliomielitis en la Argentina. Las mismas eran las que configuraban el conjunto de experiencias que adquiriría “ser polio” hace más de cincuenta años atrás y ante las cuales los miembros del Club Fitte se rebelarían.

Ser “polio” hace más de cincuenta años atrás

La *filosofía moral* presente en el Club Fitte adquiere razonabilidad si se posa la atención en dos cuestiones que se relacionan a cómo era vivir con “polio” en las décadas del 40 y 50. La primera se relaciona con el tipo de tratamiento que recibía un afectado por la enfermedad. La segunda cuestión tiene que ver con el sentido social que adquieren las epidemias de esta enfermedad a mitad de siglo. Los miembros pioneros del campo señalan la ausencia de “tratamientos científicos” para la entonces llamada parálisis infantil. En la Ciudad de Buenos Aires la misma era atendida “como se podía” en el Hospital de Niños y en Instituciones religiosas y de la sociedad civil. Entre estas instituciones hay que mencionar: la Asociación Lucha contra la Parálisis Infantil¹⁴ (ALPI) (fundada en 1943 por un grupo de padres de afectados, quienes crean diversas sedes a lo largo del país), y la Asociación Ayuda y

¹⁴ Para ahondar en el desempeño de ALPI en el tratamiento de la poliomielitis recomiendo consultar el lúcido análisis de Daniela Testa (2010) en “La asociación para Lucha contra la Parálisis Infantil: una alianza médico social”.

Orientación al Inválido¹⁵ (AOI) (Ramacciotti, 2006; Testa, 2010). Muchos de los miembros del Club Fitte, en sus infancias habían sido llevados por sus madres a ALPI para realizarse rehabilitación.

El tratamiento llevado a cabo por el Dr. Fitte para los “enfermos afectados por la poliomielitis” se basaba en el “Tratamiento Ortopédico Precoz” (Testa, 2010:7). 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” (Ibíd.). Así, la mayoría de los miembros fundadores del *campo del deporte adaptado* cargaban no sólo con una mirada social descalificadora sino también con una mirada médica que había reducido su infancia a cuerpos que debían ser reeducados material y espiritualmente. 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, 2010), ejercería sobre el niño a “corregir” y sobre su familia, entendida como responsable moral de la salud del mismo (Foucault, 2007).

La polio era percibida por sus afectados y familiares como una “plaga” ante la cual no “sabía qué hacerse”. La medicina física y rehabilitación que se desarrollará a partir de 1959 bajo las directrices del Dr. José Benito Cibeira tildará de inexistente la rehabilitación previa a la epidemia de 1956. Según Cibeira, en el período 1823-1956 “la rehabilitación con criterio general, se consideraba como filosofía o proceso, pero no como acciones asistenciales conducidas por especialistas médicos. Se confundió la fisiatría con la fisioterapia” (Cibeira, 2006: 5). Sin embargo, las investigaciones que han analizado el tratamiento de la poliomielitis y de la discapacidad en Argentina hasta esa fecha demuestran la relatividad de esta afirmación. Estos estudios señalan que los saberes científicos para tratar la poliomielitis eran rudimentarios, no inexistentes. La incertidumbre con que se vivía la enfermedad era una emoción compartida por la comunidad científica (en el 1947 Inglaterra, Austria, Alemania y Checoslovaquia sufren epidemias de polio (Ramacciotti, 2006)) derivada de dos cuestiones 1) la profilaxis y 2) el tratamiento de las secuelas de la misma. El primer tema encontró una solución al poco tiempo: las vacunas antipoliomilíticas Salk y Sabin son desarrolladas entre el 53 y el 61.

Ahora bien, el segundo elemento sería el más problemático: la discapacidad motriz adquirida no tenía tratamiento ni a nivel local ni internacional debido a que la medicina física y la rehabilitación se desarrollan a partir del 49. En Argentina, antes de la creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado en 1956, esta preocupación había favorecido la realización de la Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido (1943) realizada por la Asociación Ayuda y Orientación al Inválido (AOI) (Testa, 2010); la cual tiene su segunda edición 1946. En las mismas 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” 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, 2010). Pese a reconocer la dimensión social de la discapacidad,

¹⁵ AOI fue creada en 1937 por el Prof. José M. Jorge, Cirujano de la Cuarta Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Durand. Era un centro de orientación vocacional y laboral. (Cibeira, 2006).

paradojalmente subyacía en esta concepción una percepción de la misma como tragedia médica que debía ser reparada por una “ortopedia social”¹⁶.

La reducción de la experiencia corporal al “tratamiento de rectificación”, la privación del movimiento, configurarían una concepción médica de la discapacidad que la reduciría a una *tragedia médica individual*. Es decir, la entonces llamada “parálisis infantil” implicaba un *estigma* (Goffman, 2001) que configuraba *estilos de vida* (Bourdieu, 1990) teñidos por el sufrimiento social y que incluían desde la muerte, la separación de la familia, el vivir en la sala de un hospital u centro asistencial, al ser recluido de la vida social propia de un niño: ir a la escuela, jugar en la calle, hasta llevar una vida “normal” pero ser percibido con desprecio al devenir un portador contagioso del *coeficiente simbólico negativo* (Bourdieu, 2007) que implicaba “ser” un polio. Este capital simbólico negativo atravesaba a los agentes más allá de su condición de clase.

La percepción transmitida por médicos, personas afectadas por la polio y familiares entrevistados describe un clima de incertidumbre y miedo generalizado 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, 2010: 1). Este clima de época es retratado por *Peca*, prima de un afectado por la polio, quien me relataba el impacto que adquirió, aún en aquellos niños que no fueron afectados por la poliomielitis, la enfermedad:

Peca (68 años): Yo me despertaba de noche y movía las piernas a ver si no me había agarrado la parálisis, mi mamá al despertarme lo primero que hacía a mi y a mi hermana era hacernos sacar la lengua para ver si se mantenía derecha, si se torcía era signo de que los había agarrado la parálisis, no se sabía cómo se contagiaba por eso las mujeres baldeaban las veredas con acaroína, ponían cal en las paredes.

El fantasma del contagio era una amenaza que encarnaba cada portador del virus, espectro que se relacionaba con la falta de conocimientos científicos en torno a la poliomielitis y los nefastos efectos discapacitantes que producía en la futura población activa. Esto puede visualizarse a partir de la narrativa¹⁷ de *Enzo*, afectado a la polio en el brote del 42 y fundador del Club Fitte.

Enzo: A mi la polio me agarró a los 5 años, empezó con un poco de fiebre. Me llevaron al médico no sabían qué era, cada vez estaba más grave. Me llevan al pueblo y el médico dicen llévenlo para Buenos Aires porque este se va a morir. Ahí mi papá me llevó al Hospital de Niños, ahí estuve internado 6 años y ahí estaba lleno de polios. Y bueno ahí empieza la historia... Mi hicieron masajes, rehabilitación,

¹⁶ De este modo, puede observarse que la afirmación de Cibeira en torno a la inexistencia de tratamientos científicos de rehabilitación es cuestionable. Sin embargo, el intento del fisiatra de hegemonizar el surgimiento de la rehabilitación no habría que descartarlo por no verdadero. El mismo puede ser leído como dato sociológico: devela la existencia de una puja por definir qué es la *legítima rehabilitación*. Asimismo, muestra cómo la aceptación de esta sentencia *devino doxa originaria del campo* (Bourdieu, 1991): la mayoría de los entrevistados de esa época asocia el nacimiento de la rehabilitación con el surgimiento de las instituciones creadas por la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, mientras que menosprecian los tratamientos realizados en ALPI y en el Hospital de Niños.

¹⁷ Las narrativas se transcriben literalmente, respetando el ritmo del discurso tal como fue enunciado. Con el fin de respetar esto, la puntuación no fue modificada.

kinesiología. Llama mi madre a los cuatro días: “vení a buscar a *Gilda* que está igual que *Enzo*”. La trajeron y estaba a la semana en la cama al lado mío. El médico le dijo a mi viejo: ¿tiene más hijos? Tráigalos porque cuando hay fiebre el bicho está vivo, no sé donde se aloja, está vivo, contagia. Vivíamos todos en una habitación, éramos tres. El cuarto no había nacido. Va a buscarlos, 22 horas de tren a Constitución, mi hermano ya no caminaba, lo cargó al hombro y lo llevó en taxi al hospital de niños. Y ahí lo tenía al otro lado. Yo estuve 6 años, mi hermana 3 y falleció y mi hermano estuvo 4. *La polio no sabía que hacerse*. Ahí estuve internado, estudiando, había una maestra en la sala. Y a los 6 años, tenía 12 años me llevaron de alto. Me llevaron a la Pampa y mis hermanos iban a la escuela y yo estaba *ahí era un animalito más*, mi papá no sabía que hacer conmigo porque evidentemente en el campo no había lugar para mí.

- *Carolina*: ¿Y cómo era la relación con los médicos?

Enzo: Buena, pero los médicos no te daban mucha bola porque con la polio hoy en día no saben qué hacer, te hacen un par de órtesis te encajan un par de muletitas, parecía un robot, y te encajan las muletitas y ahí te largan, y así me fui a La Pampa, *negra*, vos sabés lo que parecía, era un robot. Primero mi viejo me vino a buscar. (*Risas de los dos*) Estuve un año en el campo andando así, hasta que al final mi viejo consiguió el colegio este, en el que estudié hasta que me fugué...

El dramatismo con el que podría leerse la historia de *Enzo* implicaría sesgar la naturalidad con la que relata cómo con sólo cinco años de edad adquiere una enfermedad que le imprime un destino no asociado a su condición de origen y que devasta su mundo familiar. La adquisición de la polio implica en su caso la expulsión del hogar: no existía espacio para un niño que se trasladaba con muletas y órtesis en un contexto rural. Su falta de adecuación al espacio natal se advierte cuando sostiene que allí devenía un “animalito más”, es decir, la polio implicaba un status que ponía entre paréntesis su condición humana. El humor con el que *Enzo* narra su *discapacitación* (Pantano, 2010) no puede ser comprendido sino se repara en el rol que adquiere la edad de adquisición en la experiencia de la discapacidad (Goffman, 2001). Esta cuestión es una variable común a los miembros fundadores del Club Fitte. Ellos adquirieron la polio en los primeros años de vida. Esto posee dos implicancias. Por un lado, dado que el nivel de afección de la enfermedad aumenta con la edad, las secuelas de este conjunto de personas eran relativamente leves. Por otro lado, este conjunto de agentes al no haber conocido la vida “normal”, “asumieron” las limitaciones socialmente impuestas a su deficiencia sin demasiados problemas¹⁸.

Pensar (se) “lisiado” “desde Fitte”

Hasta entonces la discapacidad había sido comprendida como una tragedia que implicaba el fin de la vida social. Cuestionando este destino colectivamente asignado a los “lisiados” desde el Club Fitte se sostendrá el imperativo de que los mismos no podían darse el lujo de

¹⁸ Sólo a título ilustrativo, *Enzo* menciona esta cuestión, comparando su condición en relación a la de un amigo que adquirió la polio a los 18 años: “Pero mirá yo tuve la polio a los 5 años, él a los 18 años y era como que no lo había superado, no es lo mismo. Era un trauma, prácticamente era cuadripléjico”.

percibirse como seres pasivos. 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. Darnos las facilidades y la oportunidad para arribar a esa meta es la mejor contribución que se nos puede hacer (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto. 1957: 2*).

A través de la exigencia del derecho al estudio y el trabajo, los miembros fundadores del Club Fitte no sólo reclamarían abandonar un estado de ciudadanía de segundo rango, sino que también estarían emitiendo un juicio sobre cómo querían ser percibidos por la sociedad. Así, este conjunto de personas con discapacidad, de condición de clase en su mayoría media¹⁹ se convertirán en *prescriptores del modo en que se debía ser discapacitado. No querían ser objeto de asistencia social*: como se mencionó más arriba, hasta entonces la rehabilitación de las personas con discapacidad había sido dominada por la filantropía y las obras sociales voluntarias y no había existido una política estatal específica en el tratamiento de la epidemia en el 42' y 43' (Cibeira, 1997; Ramacciotti, 2009). El club Marcelo J. Fitte retomaría el anhelo del ilustre médico quien consideraba que la acción médica debía complementarse con “otra terapia” que estaba más allá de las posibilidades de la ciencia. Para los socios fundadores del Club el principal problema asociado a la poliomielitis se derivaba del “*abatimiento moral*” en el que se encontraban muchos afectados.

¿Cuáles eran los factores que engendraban esta retrógrada situación? Los de orden psicológico. Por una parte, los enfermos se sentían inútiles y molestos por su situación parasitaria; por la otra, sus familiares sentían piedad por ellos y, pensando que era la mejor forma de protegerlos, los ocultaba en lo posible del mundo. ¡Cuán erróneos eran todos sus conceptos y cuán equivocados estaban los unos y los otros: los afectados y sus familiares! En esto consistió precisamente la enorme lucha que Fitte había entablado con la sociedad. No podía consentir él, que los poliomiélicos, vivieran así, al margen de la sociedad, prácticamente olvidados por ella (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto 1957: 21*).

La percepción social del cuerpo discapacitado reducía la vivencia de la discapacidad a *trayectorias sociales* cargadas de angustia, descalificación y falta de reconocimiento. En dicha percepción social el Estado poseía una responsabilidad central debido a la falta de una política pública que se dedicara a la “rehabilitación integral del lisiado”. Ante esta situación, los miembros del Club Marcelo J. Fitte identifican como principal problema del “lisiado” aquel de orden moral, que conducía a los afectados al conformista ejercicio del rol de enfermo y su

¹⁹ Tomo como indicador de condición de clase, siguiendo a Bourdieu (1998), el máximo nivel educativo alcanzado por los padres del agente y de posición de clase, el máximo nivel educativo alcanzado por el agente. Sin embargo, lejos de existir una completa homogeneidad de clase, también existían entre los miembros del club, en menor proporción, personas de condición de clase alta (que habían realizado tratamientos de rehabilitación en el exterior y con padres con estudios superiores completos) y que completaron estudios universitarios y clase baja (algunos de ellos hijos de campesinos, abandonados en la sala del hospital de niños a causa de la discapacidad). A partir de la participación en el club accederían al trabajo y lograrían tener trayectorias sociales ascendentes. (Cf. *Crítica*, 19 de diciembre de 1950; *Crítica*, 24 de diciembre de 1950)

consecuente *aislamiento social* asociado al carácter negativo que adquiriría la discapacidad derivada de su alejamiento del *cuerpo legítimo* (Bourdieu, 1982). Tal situación conducía a una especie de *muerte social* (Bourdieu, 2004) a la mayoría de las personas afectadas de polio, por lo cual, dotados de un fuerte sentido práctico, los fundadores reclamarán al Estado el derecho a ser reconocidos como seres dignos de respeto²⁰. Así, la labor del Club Fitte sería entablar una “lucha moral” a través de la cual se mostraría al “lisiado” y a la sociedad que la raíz de su mal no era de tipo físico, asociada a su “disminución física” sino de tipo moral, o psicológico:

“Era necesario demostrar 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” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto 1957: 21*).

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”. El lisiado debía dejar de percibirse como un enfermo y pasar a ser un “ser normal”. 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. (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto 1957: 33*).

El lisiado se rehabilita cuando consigue su primer trabajo... cobra su primer sueldo y engendra su primer hijo. (Dr. H. Rusk en *Revista del Club Marcelo J. Fitte. Pro Superación del Lisiado, N° 4, Primer Semestre de 1969: 5*).

El “lisiado legítimo” desde Fitte: no ser “rengo” de la cabeza

A partir de esto se puede preguntar: ¿qué modo de ser “lisiado” se prescribía desde el Club Fitte? En correspondencia a la condición de clase 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, aquél que lograra la plena “integración social”, y, a través de la misma reprodujera la moral burguesa. 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”. Esto lograría “rescatarlos de la abulia a la que la falta de una acción efectiva les había condenado” (*Revistas del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Superación del Lisiado, N° 1, primer semestre 1967:7*). En estas consignas se puede hallar una ley constitutiva del campo y aún hoy viva en forma de *disposiciones corporales exigidas*, expresada por los entrevistados en las formula “*no existe el no puedo sino el no quiero*”. La misma aparece a través de diferentes versiones, siendo emblemática en la prensa escrita de la institución, e identificada como la norma de la misma: “*adelante, siempre*”. Otras metáforas

²⁰ En 1957 junto a una serie de organizaciones de la sociedad civil, el Club Fitte presenta un proyecto de enmienda al artículo 14 bis ante la Reforma de la Constitución. El mismo exigía el derecho a la rehabilitación integral del lisiado pero finalmente en el texto se incorporó la noción más abarcativa de seguridad social (*Revista del Club Marcelo J. Fitte 1957*). Para ampliar esta cuestión consultar Bregain (2011).

corporales, como por ejemplo: “*Lo importante es no ser rengo de la cabeza*”, “*En marcha*”²¹ (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 a la polio.

A su vez, otro elemento central en la concepción de la discapacidad según la filosofía del Club Fitte, es el rechazo de *la mirada caritativa*. Ser “lisiado”, para los miembros del club, es poseer una disminución física, un desperfecto orgánico. Al partir de una concepción del cuerpo mecanicista, la discapacidad es algo que afecta al organismo, pero no a la conciencia, así, la esencia humana no se ve afectada y no merece 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. Estos componentes dramáticos se asociaban al alejamiento de los roles sociales tradicionales para las personas sin discapacidad.

¿Quieren ustedes, lectores normales, ayudar verdaderamente a un lisiado? No lo miren con lástima. Mírenlo con orgullo, pues es la mayor prueba de irreductibilidad del hombre ante las vicitudes de la vida. Es la demostración palpable de que lo importante no es ni la belleza del cuerpo ni la armonía de los rasgos, sino lo que hay detrás de ese cuerpo y lo que ocultan esos rasgos, eso que hace al hombre distinto de las bestias, lo que convierte en algo tan superior o tan inferior a ellas. (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil*, N° 10, Agosto: 1957, 60)

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 (Ibid., 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’” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil*, N° 10, Agosto 1957: 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 el 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 de dimensión de esto, es suficiente consultar *Bioética de la Rehabilitación*, en el cual el pionero de la fisioterapia local dedica un capítulo entero a rescatar anécdotas en el deporte, todas ellas teñidas con el prototípico “humor rengo”.

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

²¹ Resulta llamativo que el lema del Comité Paralímpico Internacional sea en la actualidad y en clara sintonía con la moral del Club Fitte: “Espíritu en Movimiento”. Como se verá en el capítulo siguiente el lema del Comité Paralímpico Nacional es “Espíritu sin límites”. (Internacional Paralympic Committee, The history of the classification, (2010). http://www.paralympic.org/Sport/Classification/Classification_Code.html).

Si bien entre los fines del club 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” (Estatutos del Club Marcelo J. Fitte, Artículo 2.m), lo cierto es que las actividades deportivas no serían desarrolladas hasta 1956. Existían tres problemas que en la etapa de consolidación institucional del Club (1950-1957) obstaculizaron la práctica de deportes:

1. los “lisiados” poseían dificultades para ser aceptados en clubes “convencionales”;
2. el Club no poseía sede física (la cual recién se obtendrá en 1957 junto a la personería jurídica) y
3. no se poseían los costosos elementos necesarios para la práctica deportiva (sillas de ruedas²², arcos, pileta, pelotas, etc.).

En este sentido, la epidemia de 1956 tendrá un rol fundamental en el desarrollo del *campo del deporte adaptado* ya que la misma motivará la creación de la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados²³ (CNRL) y permitirá sortear estos problemas. La CNRL²⁴ creada a través del Decreto N° 5.433/56 y Decreto ley N° 9.276/56 por el gobierno de facto de Aramburu con el fin de “formular y aplicar un programa de rehabilitación a nivel nacional” (Cibeira, 1997: 59), toma sede física en las instalaciones de la ex Fundación Eva Perón- Ciudad Estudiantil, vaciadas por la Revolución Libertadora²⁵ (Bottinelli *et al*, 2009).

Aprovechando esta posibilidad de “concretar un viejo sueño”, en ese año los miembros del Club Marcelo J. Fitte solicitan a la Comisión el uso de las instalaciones. Concedido el permiso, bajo la dirección del Prof. Adolfo Mogilevsky, comienzan a desarrollar la práctica deportiva en las mismas instalaciones. El predio, ubicado en el barrio de Nuñez (es 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. Los jardines circundantes y las gradas de material completaban estas magníficas instalaciones, primeras en Latinoamérica, y a las que en la actualidad se les da el mismo uso” (Cibeira, 1997: 181). Los documentos de la época y los textos por el Dr. Cibeira dan la imagen de que se hubiera arrasado con el pasado viviente de estas instalaciones. Las entrevistas realizadas ilustran esta omisión: “esto era de la *Fundación Evita* pero nos hacían borrar los bordados de

²² El acceso a una silla de ruedas no era una cuestión fácil: no sólo eran costosísimas y debían ser compradas en forma particular, sino que también tenían ser importadas debido al escaso desarrollo de la ortopedia, no existía industria local asociada. Un socio del Club Fitte ilustra la situación que sufrían aquellos afectados de escasos recursos en una Carta a su Madre: “En el momento de escribir esto, recuerdo las veces que me llevabas en tus brazos, cuerdas y cuerdas, con frío, con calor, no importaba el tiempo, sino, que era cuestión de llegar a tiempo al doctor, en las visitas periódicas para aliviar mi mal, ¡Ah!... aclaro que nuestra situación, “en aquel entonces” bastante precaria, no nos permitía comprar o alquilar una silla de ruedas, ¿recuerdas?” (1967:29).

²³ En adelante CNRL. La misma en el 1969 se descentraliza y pasa a denominarse Servicio Nacional de Rehabilitación.

²⁴ Entre sus miembros se encontraban: Dr. Luis González (Presidente), Dr. Nicanor Costa Mendez (Vicepresidente), Sr. Jorge Diego Alcorta, Sr. Ricardo Foster Cutler, Sr. Herberto Clemente Dieta, Sr. Gabriel Marín, Dr. Carlos Enrique Ottolenghi, Ing. Horacio José Perazzo, Dr. César A. Tognoni. La misma, de carácter autárquico y descentralizado, dependía exclusivamente del Poder Ejecutivo Nacional. Entre sus funciones se encontraban: organizar, poner en acción y sostener establecimientos asistenciales y dar normas a nivel nacional; constituir comités provinciales con el mismo esquema de actividades; coordinar los comités provinciales; planificar servicios de rehabilitación y facilitar ayuda financiera; capacitar personal; brindar asistencia técnica y administrativa; producir datos estadísticos (Cibeira, 1997: 59).

²⁵ Se había además realizado una “quema de todo aquello que llevara el sello de la “Fundación”” (Paganizzi, 2007:39).

los guardapolvos que estaban en los subsuelos”. La negación del pasado del predio en el que se desarrollaría la medicina física y rehabilitación reproduce el mismo mecanismo por medio del cual se reconstruye una supuesta “generación espontánea” de esta rama de la medicina. Por el contrario, tal como señalan Zabala y Buschini (2008), Testa (2010) y Bregain (2011), el desarrollo de la naciente fisiatría se basaría en los saberes previos acumulados. De manera paradójica, esto no quita que desde la mirada de la medicina física y rehabilitación se reconstruyera un pasado *heroico de la disciplina*: el tratamiento científico de la discapacidad surgiría a partir de la creación de estas instituciones²⁶.

El Estado a través de la Comisión creará una serie de instituciones y de saberes destinados a la “rehabilitación” del “lisiado”. Se seguirá la “filosofía de la “fisiatría”, especialidad surgida en Estados Unidos y Europa en la post-guerra. La peculiaridad que distinguiría a esta disciplina sería que si las “especialidades clásicas de la medicina tienden a observar al paciente en lo negativo de sus funciones” la fisiatría pondría su atención en el “positivo remanente” (Cibeira, 1997: 193). Así, en 1956 se fundan dos centros médicos: el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL), -ubicado en el espacio que constituía la Ex Ciudad Infantil de Evita, que se encuentra enfrente de las manzanas que comprenden el actual SNR-, y el Centro Nacional de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”. A su vez, se crearán en el ex predio de la Ciudad Estudiantil las Escuelas de Terapia Ocupacional²⁷ 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. En 1961 ACIR, bajo la presidencia de Clemente Lococo, crea el Departamento de Deportes y Recreación. En ese mismo año, en el IREL, se crea la Residencia en Medicina Física y Rehabilitación. En 1962 se inaugura el Centro de Rehabilitación Profesional ACIR. Allí, se enseñan diversos oficios a las personas con discapacidad: carpintería, zapatería, tornería, ebanistería (etc.) (Cibeira, 1997).²⁸ En 1968 ACIR crea un hogar escuela (Cibeira, 1996).

La convivencia en un mismo espacio físico entre los socios del Club Fitte y los profesionales del exterior propiciará el desarrollo del básquet en sillas de ruedas en el gimnasio de la CNRL. Las fisioterapistas inglesas, dirigidas por Miss Mónica Martin Jones²⁹ informarán a los miembros del Club Fitte acerca de un movimiento deportivo entre lisiados en Inglaterra. Dicho movimiento, impulsado desde 1944 por el Dr. Ludwing Guttmann en el Centro Nacional de Lesiones Medulares del Hospital Stoke Mandeville, constituiría la semilla de aquello que es llamado por el Comité Paralímpico Internacional: deporte adaptado. El mismo había sido implementado por el ilustre médico, a partir de la observación de los

²⁶ Para observar la reconstrucción heroica de la rehabilitación consultar Cibeira (1997).

²⁷ Por sugerencia de unos de los miembros de la CNRL, Dr. Nicanor Costa Méndez, Ministro de Relaciones Exteriores, afectado por la polio y tratado en Inglaterra por las terapistas ocupacionales se realiza la incorporación de estas profesionales con el fin de mejorar la rehabilitación de los poliomielíticos. En 1956 llega a Argentina Miss Elizabeth Hollines quien en diciembre de ese año ya había formado a las primeras auxiliares en terapia ocupacional del país, siendo nombradas con ese cargo en el CNRL. Luego en 1959 llegará Miss E. M. Mc Donald con el fin de crear la primera escuela de terapia ocupacional del país y de América Latina. (Bottinelli *et al*, 2009). La terapia ocupacional es un servicio paramédico que tiende que el paciente recupere, lo más posible, la competencia física, psíquica y social en el trabajo que desempeñaba y en su vida habitual o que se adapte a uno nuevo.

²⁸ En 1965 se crea la Escuela de Ortesis y Prótesis con el fin de fabricar esos elementos que hasta entonces se realizaban de forma artesanal o se importaban del exterior (Cibeira, 1997).

²⁹ “Fue ella quien dio las primeras noticias acerca de un movimiento deportivo entre lisiados en su país. A raíz de esta información se comenzó la enseñanza de basquetbol en el Gimnasio de la Comisión Nacional de Rehabilitación. Para entonces, ya tenía vigencia efectiva el Club Marcelo J. Fitte, por lo que se estimó conveniente invitar a participar de la práctica deportiva a los jóvenes pertenecientes a él (...) En cuanto se esbozó un equipo, se solicitaron los reglamentos al Stoke Mandeville Hospital. Luego se llevaron a cabo prácticas formales y algunos encuentros” (Mogilevsky en *Revista del Club Marcelo J. Fitte. Pro superación del lisiado*, Año I, N° 1: 27).

efectos positivos de la práctica deportiva en la autoestima de los lesionados medulares. A medida que el resto de los hospitales de Inglaterra y el mundo iban incorporando sus métodos, empezó a invitar desde 1947, a equipos de otros países para que compitieran con los suyos en los Juegos Stoke Mandeville. Entre los deportes que se practicaban se incluían el atletismo, la natación y el básquet en silla de ruedas. Es así que se mandan a pedir los reglamentos a Inglaterra y, al mismo tiempo, se envía una consulta “solicitando la posibilidad de que un equipo argentino de afectados participara en dicha justa” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil*, N° 10, Agosto 1957: 23).

Tras la respuesta afirmativa del Dr. Ludwig 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” (Ibíd), se comienzan a movilizar los recursos para asistir a Inglaterra. Con efectos de “adiestramiento y formación de los diversos equipos” (*Memoria de la CNRL, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, 1962: 29*) se crea una Comisión Especial con representación del Club Marcelo J. Fitte, ALPI, Asociación Cooperadora Instituto del Lisiado (ACIR) y la CNRL. 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 pioneros del campo viajan junto al Profesor Adolfo Mogilevsky a Inglaterra en 1957 a bordo del “Vapor Argentina”.

La delegación constituía la única de América Latina presente entre las 26 naciones que participaron en los “VI Juegos Olímpicos para Paraplégicos”. A partir de entonces, viajarán todos los años a los Juegos Anuales de Stoke Mandeville. Este viaje y los siguientes poseerán una muy fuerte repercusión mediática (en radio, televisión y prensa): a partir de entonces, los “rengos” encontrarán la aceptación tan ansiosamente buscada en la mirada del deporte y la discapacidad promovida por el Dr. Guttmann.

El deporte deviene “alma matter” del “rengo” (1957)

Hasta 1956 el deporte era una actividad vedada a los “lisiados”. La participación en los juegos de Stoke Mandeville indicará el camino en el cual “los pioneros” con trayectorias sociales signadas por la descalificación encontrarían el *honor*, siendo representantes del país.

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” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto 1957: 10*).

En este sentido el principal aporte que significó el viaje a Inglaterra fue el encontrar un medio a partir del cual “demostrar” que el lisiado podía ser útil. Pero tal vez lo más importante para la constitución del campo que se debe señalar es que, 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 (y debe tenerse en cuenta que viajar a Europa hace más de cincuenta años atrás era todo un símbolo de status), mujeres, reconocimiento mediático, honor, conseguir

contactos para acceder a buenos trabajos. Así, la participación en los “VI Juegos Olímpicos para Paraplégicos” tendrá una vital importancia en la consolidación del campo. 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”. Ahora bien, el significado que adquiere para los “rengos” la llegada al reconocimiento social sólo puede ser comprendido si se enfatiza que sus *trayectorias sociales, más allá de la posición y condición de clase*, habían estado signadas por la lucha simbólica por el reconocimiento, o con otras palabras, “por el acceso un ser social socialmente reconocido, es decir, en una palabra a la humanidad” (Bourdieu, 1999: 318). Para los “rengos” fundadores del *campo* el deporte constituirá una acumulación en *capital simbólico* a partir del cual serán reconocidos como *hombres de honor* (Ibíd.). Todos los entrevistados de esa camada fundante poseían cuadernos, y diarios personales, con los recortes de la prensa escrita en donde poseían fuerte presencia debido a los buenos resultados obtenidos por la delegación Argentina a nivel internacional hasta la década del 70. En los diarios de la época³⁰, las noticias que informaban sobre los éxitos de la delegación exaltaban el orgullo nacional acrecentado a partir de estos “atletas”. Para graficar esto, a continuación extraigo algunos de los titulares de los recortes de diarios conservados por los miembros de las primeras delegaciones que viajan a Inglaterra en los años 1957 y 1962.

“Acopian bellos trofeos”, “Parten atletas paraolímpicos”, “¡Bienvenidos valientes!”, “Atletas lisiados seleccionados entre numerosos aficionados viajarán a Inglaterra para competir en el campeonato mundial”. “Cargamento de fe a Londres: una vez más Nuestros Impedidos van a demostrar que son muy fuertes”

Las fotos son acompañadas de epígrafes que exaltan los valores positivos de los “atletas lisiados” por ej.: “Sobre su sillas de ruedas dos jugadores se disputan el balón. Obsérvese el gesto de alegría del que logró apoderarse del balón. Poseen una fuerza de voluntad extraordinaria”.

En la prensa, inéditamente, se comienza a asociar la discapacidad a 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” serán algunas de las palabras presentes en los archivos de diarios conservados por algunos de mis entrevistados miembros fundadores del campo.

El orgullo con que mis entrevistados muestran esos recortes, muchas veces con lágrimas en los ojos, hace comprender que los agentes no son “particulares mecánicamente atraídos y empujados por fuerzas exteriores” (Bourdieu, 1993: 43) sino que encontrarán en la mirada experta sostenida en los rehabilitadores, la legitimación científica de que eran portadores de un cuerpo en el cual existían posibilidades físicas, morales y espirituales de superación que permitían “ser útiles a la sociedad”.

Aprendizajes adquiridos en “el viaje” y expansión del deporte en silla de ruedas

³⁰ “Lisiados” que se encontraban internados en el IREL comenzarán a participar en actividades deportivas. Muchos de los entrevistados y entrevistadas inician sus actividades a partir de la repercusión mediática que los viajes tienen en la televisión y el diario.

La principal reivindicación del Club Fitte desde sus inicios había sido el derecho al trabajo del “lisiado”. El deporte era un modo de mostrar a la sociedad que el lisiado no era un “inútil”, sino que “intacto el intelecto y firme la voluntad” –como se señala en la Revista del Club Fitte- ese cuerpo “disminuido físicamente” era sólo una apariencia tras la cual se encontraba un cuerpo apto. Esto era una oportunidad de afirmar la convicción de que lo importante no era ser “rengo de la cabeza”.

Este aspecto no fue el único aprendizaje que obtuvieron los miembros de la primera delegación. Otro importantísimo factor fue el observar cómo eran tratados los lisiados en aquellos países en los cuales había existido guerra: los mismos eran tratados no como portadores de un virus contagioso y encarnación viviente del castigo social derivado de la “ineptitud del peronismo”, sino cómo héroes. Así, en las revistas y entrevistas se relata con sorpresa cómo ante la presencia de un lisiado los policías detenían el tránsito para que cruzaran.

Esta diferente actitud social se reflejaba también en la movilidad y en los recursos disponibles para los lisiados: allí no sólo los ómnibus estaban adaptados sino que también existían facilidades para la compra de autos con comandos ortopédicos. Esto movilizó las gestiones del Club para la aparición del Decreto 456/58, a través del cual se liberaba de “todo impuesto la importación de automóviles especialmente adaptados para ser manejados por aquellas personas con dificultades en sus miembros inferiores” (*En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte. Pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, N° 10, Agosto 1957: 7*). Esta reivindicación en particular constituye un buen ejemplo para comprender qué debía ser un lisiado legítimo según Fitte: la medida colectiva que realizan refuerza la idea de que es el individuo el que tiene que adaptarse a la sociedad y no ella a él. Al observar el peso que adquiriría la reivindicación por el acceso al auto, la duda que me surgía era por qué no reclamaban por, por ejemplo, la accesibilidad del transporte público. La respuesta que me dio un entrevistado de aquella época, el *Bebe Pérez*, fue fulminante:

Bebe Pérez: ¿¡Pero estás loca!? ¡Vos no sabés lo que decís! ¿Vos sabés lo que era un discapacitado en ese momento? ¿Qué te iban a adaptar un colectivo? ¡Eso era imposible!

Entonces si las *expectativas subjetivas* estaban asociadas, razonablemente, a las *posibilidades objetivas* (Bourdieu, 1999) existentes para las personas con poliomielitis y esto hacía que luchar por la exigencia de la accesibilidad del transporte público resultara una “locura”, la reivindicación por el auto generaba ganancias en términos de *capital simbólico*: en la década del 60 poseer un auto importado era todo un símbolo de prestigio.

Otro aprendizaje adquirido en el viaje a Stoke Mandeville lo constituye la toma de conocimiento de legislación inglesa que en 1944 exigía el cumplimiento de un cupo laboral (Bregain, 2011) y que luego devendría una acción concreta³¹ en la lucha de Fitte por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

A partir del viaje realizado en 1957, todos los años los miembros del Club Fitte viajarían a Inglaterra, protagonizando la historia del deporte adaptado internacional desde su más tierno origen. En 1960 la delegación del Club Marcelo J. Fitte, con apoyo de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, interviene en representación de Argentina en las Primeras Olimpiadas³² para silla de ruedas (luego denominadas Paralimpiadas³³) realizadas en Roma e

³¹ En el proyecto elaborado junto a otras organizaciones para la modificación del Art. 14 bis en la Asamblea General Constituyente de 1957, tal como se señaló anteriormente.

³² Así se instaura la participación argentina en el deporte adaptado internacional desde su más tierno origen. La delegación viajará en 1960 a Roma, en los años 1962 y 1963, 1965, 1966, 1967 y 1969 a Inglaterra, en 1964 Tokio, 1967 Winipeg, 1968 Israel.

impulsadas por el creador del deporte adaptado. Allí los miembros de la delegación argentina reciben la bendición del Papa Juan XXIII, quien nombra a Guttman “el Coubertin de los lisiados”. Las palabras pronunciadas por la máxima autoridad de la Iglesia Católica no haría sino reproducir la mirada de la discapacidad que los miembros del Club Fitte intentaban hacer valer: “lo importante es no ser rengo de la cabeza”:

Vosotros sois la demostración viviente de las maravillas de la energía como virtud. Habéis dado un gran ejemplo, que nosotros deseamos destacar porque puede ser una guía para todos: habéis demostrado lo que un alma enérgica puede realizar, a pesar de los obstáculos, aparentemente insuperables, impuestos por el cuerpo” (Papa Juan XXIII, en Ramírez (1971: 6))

Dos circunstancias propiciarían el desarrollo nacional del deporte adaptado: la participación en Stoke Mandeville y el crecimiento de usuarios de la oferta deportiva a raíz del brote de polio del 56⁷ y que asistirían al IREL a realizar su rehabilitación. Las exigencias de la competición a nivel internacional habían favorecido 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 del mismo. El Dr. Antonio Lococo asume la representación del país en el mismo. A su vez, crea un Comité Médico Internacional, del cual el Dr. Cibeira³⁴ era miembro. Los lazos de amistad entre el médico y los miembros del Club Fitte comienzan a estrecharse a partir de los viajes³⁵ y por la convivencia en el gimnasio de la Comisión. En su condición de responsable de la Delegación Argentina del Comité Paralímpico, Cibeira, clasificaba todos los sábados a la mañana, a los pacientes internos y externos del INRL en tres categorías en función del déficit diagnosticado. En 1961, bajo la presidencia de Clemente *Lococo*, la Asociación Cooperadora del Instituto de Rehabilitación del Lisiado crea el Departamento de Deportes y Recreación. Se realiza un concurso y Cibeira, en su rol de Director del Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado selecciona para ejercer el cargo al profesor Héctor Ramírez. El mismo comenzará a viajar con la delegación Argentina. Poco a poco la participación de los miembros fundadores del campo intentará ser encauzada al rol de usuario, canalizando la mirada experta en el Dr. Cibeira y, su delegado, el Prof. Ramírez. Los “rengos dinosaurios” 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 Dr. Cibeira vivió por espacio de treinta años junto a su familia arriba de la cancha en la que se entrenaba básquet, esto haría posible que el médico se convirtiera en un “amigo” más de los fundadores.

Carolina: Usted vivía en el Servicio, arriba de la cancha de básquet...

Cibeira: Sí, yo bajaba y estaba la cancha de basketball. Por eso mi hijo un día me dice, viendo el televisor del bufet, “mirá papá en la televisión están jugando al basketball *sin* sillas de ruedas”, y yo le dije: “no hijo, también se juega sin silla de ruedas”. Nosotros

³³ Los primeros años del movimiento paralímpico se rigieron por criterios médicos. La estructura de clasificación que daba cuerpo a los Juegos Paralímpicos era un reflejo de la organización de un centro de rehabilitación: competían separadamente amputados, lesionados medulares, las personas con otras condiciones intelectuales y otras “lesiones ortopédicas”. Esto lo retomaré en el capítulo 2.

³⁴ En 1959 Frondizi y Houssay habían pedido el retorno al país del Dr. Cibeira, egresado 402 del naciente Board Americano de Rehabilitación Americano con el fin de cumplir el rol de Director del Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado (INRL), dependiente de la Comisión Nacional de Rehabilitación (Cibeira, 1997).

³⁵ Los viajes en barco son los elementos más rescatados por los entrevistados de la primera época. Son recordados como momentos que implicaban 17 días de convivencia y que permitían generar fuertes lazos de amistad entre los miembros de la delegación.

bajábamos y tomábamos la silla de ruedas como quien toma un pony para el polo. Mis hijos, mis hijas eran todos habilidosos con la silla de ruedas, se incorporaron todos. Y siempre fueron muy comprensivos de todo eso, porque nacieron viendo eso. *El prejuicio es de los adultos no de los chicos*. Ahí bailamos con silla de ruedas, ahí hicimos teatro, ahí había coro, ahí tomamos café, había socialidad en todos lados.

Como se ha 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 naciente 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””. La mirada propiciada por los expertos de la rehabilitación acerca de la discapacidad era una réplica de los anhelos de estos actores, quienes casi desde hacía dos décadas se unían por un interés y una necesidad común: “formar en, cada uno, una real conciencia de llegar a bastarse por sí mismo y mantener vivo, en todos, el deseo de ser útiles al prójimo y con ello a la sociedad, partiendo del concepto que ningún lisiado debe entregarse a la inactividad ni a la indolencia” (Estatuto Club Marcelo J. Fitte, Art. 2º, d). Esto no es más que la cristalización de la ley aún vigente en el campo que se señalaba anteriormente: “*no existe el no puedo sino el no quiero*”.

Esta objetivación de las necesidades del campo en las instituciones SNRL y el IREL 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 dinosaurios en la necesidad de reconocimiento se canaliza en libido del campo y es delegada en la mirada experta, y, 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 individual³⁶. 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, 1997:183). Según Cibeira el fin del deporte era lograr la “rehabilitación social de la persona con discapacidad”. Esta convicción será la que promoverá el “corrimiento” de Mogilevsky en 1961, 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

³⁶ La misma será reproducida por los propios “rengos” quienes para denominarse ellos acuden al diagnóstico del déficit: “polio, para, cuadri, amputado, melio”.

mayoría de los miembros fundadores del campo pasan a conformar ACIR junto a algunos internados del Instituto de Rehabilitación del Lisiado.

Ahora bien, es lícito preguntarse ¿por qué los socios fundadores no siguen a Mogilevsky? La explicación que brinda *Bebe Pérez* es que “en el CeNARD no había nadie, en cambio, “esto” (la CNRL) 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]”. La Comisión Nacional de Rehabilitación había devenido el “Instituto del rengo”, “El Club”, la casa del “rengo”, “nuestra quinta personal”. A través de la consagración de los dinosaurios a la institución se establece un acto de magia, por el cual Cibeira, Guttman y los “rengos” pioneros convierten 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 en Mogilevsky. Así los “rengos dinosaurios” 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: 321).

A modo de balance: ¿una mera medicalización de la discapacidad?

Resituar el origen del campo en la participación activa de las personas con deficiencia motriz permite poner en discusión la crítica proveniente de ciertos autores enmarcados en el *modelo social anglosajón* según la cual en el deporte existe una automática medicalización de la discapacidad (Oliver, 1984; Finkelstein, 1993). Desde estos planteos en el ámbito deportivo se interioriza una percepción del cuerpo discapacitado propia del modelo médico rehabilitador. Desde la misma la discapacidad es percibida como algo patológico y trágico. Sin embargo, a partir de lo expuesto en relación al caso de la Ciudad de Buenos Aires puede visualizarse cómo este planteo resulta abstracto y falso. 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, es posible observar que existe un rol activo de los agentes por definir qué era ser discapacitado.

El ámbito deportivo deviene para estos actores un espacio privilegiado para poner en cuestión el carácter estigmatizador que adquiría sesenta años atrás poseer secuelas de poliomielitis. Esto implicó una doble operación ejercida por las propias personas con discapacidad. Por un lado significó cuestionar la mirada médica de la discapacidad previa al desarrollo de la fisiatría según la cual la discapacidad significaba una tragedia médica individual. Mientras que por otro lado, requirió resignificar tal estigma y elaborar una mirada sobre el mismo que implicó una *profesionalización del estigma* (Goffman, 2001). 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 lisiado. Este punto de vista, que vacía de contenidos trágicos la vivencia de la discapacidad, sería el que generaría empatía con la nascente fisiatría local desde la cual la discapacidad no es asumida como una enfermedad sino como una secuela. Es decir no existe una mecánica medicalización de la discapacidad impuesta por la mirada médico rehabilitadora sino que la misma retomaría un modo de ser reconocido como legítimo por las personas con discapacidad.

Si se puede observar 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, no debería asumirse que en la máxima “no existe el no puedo sino el no quiero” existe una mera interiorización del *poder de normalización* (Foucault, 2007). Para no caer en un análisis moralista y abstracto es necesario 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. Esto, sin negar el fuerte mandato de adaptabilidad del individuo al medio que se impone en el mundo deportivo. Reconocer estas especificidades locales conduce a tomar precaución en la incorporación de análisis provenientes de otros contextos históricos y geográficos. Es necesario reconstruir empíricamente conceptos desarrollados en otras realidades ya que de lo contrario, en afán de ser crítico, se cae en una forma de colonialismo intelectual.

Fuentes

Estatuto del Club Marcelo J. Fitte (1950).

Actas de las reuniones de directorio del Club Marcelo J. Fitte (1959-1973).

En Marcha, Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro – Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil, (Nº 10, agosto, 1957).

Revistas del Club Marcelo J. Fitte, Pro- Superación del Lisiado (Nº 1, primer semestre 1967; Nº 2, segundo semestre de 1967; Nº 3, 1968; Nº 4, 1969; 1973, Nº5).

“Cura por el espíritu formaron un club los jóvenes afectados a la poliomielitis” En *Crítica*, 19 de diciembre de 1950.

“Alegró el corazón de los enfermitos la visión del hada mágica”. En *Crítica*, 24 de diciembre de 1950.

Circular informativa del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Superación del Lisiado 1974.

Revistas Noticias de Deportes para Lisiado (junio 1971, Nº 2; diciembre 1971, Nº 4; mayo 1972, Nº 5; diciembre 1980, Nº 20).

Ramírez, H. (1971): *Deportes sobre sillas de ruedas*, ACIR, Buenos Aires.

Bibliografía

BOTTINELLI, M; PELLEGRINI, M; NABERGOI, M.; MULHOLLAND, M.; MARTINEZ DEL PEZZO BREDEREKE, M; SPALLATO, N. (2009) 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. Disponible on line en: http://www.terapia-ocupacional.org.ar/nov_jor_pla.asp.

BOURDIEU, P. (2004): *El baile de los solteros*, Anagrama, Barcelona.

_____ (2007): *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.

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

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

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

_____ (1993) *Sociología y Cultura*, Grijalbo, Madrid.

_____ (1990): *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona.

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

- CIBEIRA, J. B. (1997): *Bioética y Rehabilitación*, El Ateneo, Buenos Aires.
- CIBEIRA, J. B. (2006): Aspectos históricos del IREP. Visión de su primer director. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP)*, Número Aniversario 1956-2006 Cincuentenario del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires.
- FINKELSTEIN, V. (1993): “The commonality of disability” en Swain, J. y cols. (Eds.) (1993) *Disabling Barriers-Enabling Environments*, Sage/Open University Press, Londres.
- FOUCAULT, M (2006): “Historia de la locura en la época clásica” en *El gran encierro*, FCE, Buenos Aires.
- _____ (2007): *Los Anormales*, FCE , Buenos Aires.
- GOFFMAN, E. (2001): *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- OLIVER, M. (1984): “The politics of disability” en *Critical Social Policy*, Vol. 4, No. 11, 21-32.
- PANTANO, L. (2010): *Medición en discapacidad en Latinoamérica*, EDUCA, Buenos Aires.
- _____ (2009): Nuevas miradas en relación con la conceptualización de la discapacidad. Condición y situación de discapacidad. En Brogna, P. (comp.) *Visiones y revisiones de la discapacidad*, México, FCE.
- RAMACCIOTTI, K. (2006): Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires. *Asclepio*. Vol., LVIII (Nº 2), Julio-dic 2006.
- SCRIBANO, A. (2008): *El proceso de investigación social cualitativo*, Prometeo, Buenos Aires.
- SPALLATO, N. M (2010): “Surgimiento de la Primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en Argentina: Aspectos cronológicos.”. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.org.ar/ser_bib_vir_1esc.asp
- TESTA, D. (2010): La promesa de la rehabilitación. Tesis de maestría sin publicar, FLACSO.
- ZABALA, J. P. y BUSCHINI, J. (2008). “Representaciones políticas, conocimientos científicos e intervención estatal en la epidemia de poliomielitis de 1955/56 en Argentina”, en III Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América. Santa Rosa, La Pampa.