

La problemática social y de salud en el proceso de envejecimiento en la discapacidad intelectual

Vejez, discapacidad y *habitus*

Miguel A. V. Ferreira

Universidad Complutense de Madrid

«La idea de una ciencia neutra es una ficción, y es una ficción interesada, que permite considerar científica una visión neutralizada y eufemística (y por lo tanto particularmente eficaz simbólicamente porque es particularmente *desconocible*) de la representación dominante del mundo social».¹

«Es indudable que el análisis sociológico (...) constituye uno de los instrumentos más poderosos de conocimiento de uno mismo como ser social, es decir, como ser singular. Aunque ponga en tela de juicio las libertades ilusorias (...) ofrece algunos de los medios más eficaces de acceder a la libertad que el conocimiento de los determinismos sociales permite conquistar contra los determinismos».²

La "problemática social" vinculada al envejecimiento y la discapacidad intelectual implica dos vertientes: una relativa al ámbito de la salud, y que tiene que ver con los procedimientos médicos —clínicos y terapéuticos—, y otra, la más importante desde una perspectiva sociológica, relacionada con el imaginario colectivo, los referentes y estereotipos, y las prácticas sociales asociadas al modo en que son concebidas y tratadas las personas mayores con discapacidad intelectual. Obviamente, ambos aspectos están íntimamente interconectados.

Desde una óptica clínico-terapéutica, vejez y discapacidad se traducen en dos categorías fundamentales: alzheimer y demencia senil, si entendemos el envejecimiento como un proceso vital que puede conducir a una serie de patologías. Si invertimos los términos causales, esto es, no concibiendo el proceso de envejecimiento como factor determinante para la aparición de una discapacidad intelectual, sino entendiendo que una persona con discapacidad intelectual, del tipo que sea, en un momento dado llegará a su vejez vital, el abanico, es evidente, se hace mucho más amplio.

Dicho de otra manera: la vejez puede conducir a la discapacidad intelectual, del mismo modo que una discapacidad intelectual nos puede llevar a una vejez "diferente". Evidentemente, son dos condiciones bien distintas. En un caso, una persona con plenitud de facultades intelectuales las va perdiendo progresivamente; en el otro, con una merma de facultades intelectuales tendrá que afrontar las consecuencias de su proceso de envejecimiento.

Desde una óptica clínico-terapéutica, esa distinción, en general, no se establece y los protocolos de actuación se dirigen a personas mayores con restricciones intelectuales, en general. En particular, se entiende que lo más

¹ Bourdieu (2008:47).

² Bourdieu (1997:11).

importante es estimular la memoria, siendo el caso que la memoria siempre ha estado presente en uno de los grupos, mientras que en el otro se está perdiendo progresivamente.

Las prácticas de intervención clínico-terapéuticas adolecen, en su planteamiento y en su ejecución, de una falta de atención a la condición socio-biográfica de sus destinatarios: una persona mayor con discapacidad intelectual es una persona mayor, con sus necesidades específicas como tal, y que además manifiesta necesidades especiales, al margen de su condición de persona mayor, porque sus recursos intelectuales están mermados. Todos/as al mismo saco.

Y yo me pregunto: ¿necesitará la misma atención una persona de 70 años que, a partir de los 67 empieza a manifestar síntomas de demencia senil, o alzheimer, que otra de la misma edad que desde siempre ha estado diagnosticada como (y perdón por la expresión, pero es la que todavía figura en nuestra nomenclatura) persona con retraso mental??

Evidentemente, son personas distintas, con necesidades distintas y, en general, los servicios de salud tienden a obviar esa diferencia.

¿Cuál es el problema? Y paso a la segunda de las vertientes que planteaba. Que antes de la diagnosis y de las recomendaciones terapéuticas está la propia persona con su idiosincrasia particular; y esa atención personalizada es que no suele darse.

Dado el tema específico, del que no soy experto, ni en envejecimiento ni en discapacidad intelectual en concreto, trataré de plantear un esquema de análisis genérico que, espero, pueda ser de utilidad para abordar esta problemática: las personas mayores con discapacidad intelectual son, fundamentalmente, **PRESONAS**. Y las personas están sujetas a diversos procesos sociales en su convivencia con otras personas. Quizá, para comprender la problemática específica, haya que indagar en un marco más genérico en el que, digámoslo así, toda persona se puede relacionar con cualquier otra persona.

Esto me lleva a plantear, como herramienta, la teoría de la acción de Bourdieu, con sus tres conceptos clave: habitus, campo y capital. Más allá de la diagnosis y la terapia médica, cabe una mirada que comprenda, en su conjunto, a la persona, no como un "caso", sino propiamente como la persona que es.

Voy a utilizar fragmentos de un texto ya antiguo³ para ilustrar esta forma alternativa posible de abordar la problemática.

En el marco de la teoría de Bourdieu sobre la acción, el concepto de habitus especifica las condiciones de posibilidad sobre las que se configuran las estrategias prácticas de los agentes (Bourdieu, 1991, 1999). El habitus es una estructura de predisposiciones que confiere a la persona su "competencia" para desenvolverse en el mundo. Tal estructura, heredada del grupo de per-

³ ["De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico"](#), *Política y Sociedad* 47(1); monográfico, M. A. V. Ferreira (coord.): *Por una sociología de la discapacidad* (enero-abril 2010); pp. 45-65.

tenencia⁴, delimita objetivamente las opciones posibles a disposición del agente⁵ pues incorpora las predisposiciones cognitivas, perceptivas, interpretativas, etc. que definirán, de antemano, sus capacidades como tal. No obstante, siendo un condicionante estructural de partida, el habitus sólo tiene sentido en su puesta en práctica, y en ella y como consecuencia, precisamente, de los efectos prácticos que suscita, el agente lo va modificando al apropiárselo. Es, en palabras de Bourdieu, una estructura, a la vez estructurada y estructurante.⁶

El habitus indica en cierto modo la condición reflexiva de las prácticas cotidianas o, para hacer más expresa su capacidad creativa, eludiendo ciertas interpretaciones excesivamente mecanicistas del concepto, su condición "transductiva" (Ferreira, 2005, 2007): no reguladas por mecanismo formal alguno y siempre en liza con la incertidumbre. En tanto que agentes sociales competentes para desarrollar prácticas adecuadas a nuestro contexto de existencia, estamos dotados de unas disposiciones que, al tiempo que heredadas y por ello condicionantes, son, a la par, el presupuesto objetivo gracias al cual podemos aplicar nuestra creatividad y modificar las condiciones mismas que delimitan nuestras capacidades y posibilidades de acción.

Concebir la existencia de un habitus como dispositivo regulador de nuestras prácticas implica, a un mismo tiempo, ser conscientes de que somos portadores de una libertad limitada y que, a partir de la misma, podemos dotarnos de universos de referencia alternativos. O dicho de otro modo, estamos inevitablemente constreñidos de antemano a ser capaces de pensar, actuar y sentir de determinadas maneras (e incapacitados para hacerlo de muchas otras), pero esa restricción es, justamente, la base sobre la cual podemos

⁴ El grupo de pertenencia primario es la familia y, por tanto, la "clase social" a la que la misma pertenece; pero a lo largo de la trayectoria de vida de una persona surgen otros grupos de pertenencia que aportan sus específicos habitus: la institución educativa y el grupo profesional serán, seguramente, los más decisivos. No obstante, el origen familiar y la posición en términos de clase social que la misma supone marca de antemano y de manera decisiva las opciones a disposición del agente en su trayectoria de vida. Es por eso que el origen familiar y los recursos disponibles en función de la pertenencia de clase derivados de él son de fundamental importancia para las personas con discapacidad a la hora de configurar su habitus como tales.

⁵ Bourdieu utiliza el concepto "agente" en alusión a la persona en tanto que portadora de un habitus, pues entiende que lo prioritario es su capacidad de acción y el conocimiento práctico (no trascendente, ni reflexivo, ni voluntariamente orientado) que en la misma aplica: «Los "sujetos" son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un *sentido práctico* (...), sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se suele llamar un gusto), de estructuras cognitivas duraderas (...) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada» (Bourdieu, 1997:40; cursivas en el original).

⁶ Los habitus son: «sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser el producto de la obediencia a reglas» (Bourdieu, 1991:92).

adoptar elecciones particulares muy dispares. En la acción e interacción humana, en consecuencia, no hay lugar, ni para el mecanicismo, ni para el finalismo (Bourdieu, 1999); la misma se inscribe en un espacio básicamente regulado por la incertidumbre, la ambigüedad y la puesta en ejercicio de un conocimiento inmanente y no estrictamente racional ni calculador.

Ser una persona con discapacidad implica la pertenencia a un grupo de referencia, proveedor de un habitus específico, muy concreto. Las predisposiciones adquiribles a partir de él están determinadas de antemano por el sentido asociado al hecho de poseer una discapacidad y por las prácticas "razonables" vinculadas a dicha posesión (así como los sentimientos implicados en ello). El sentido socialmente "legítimo" de la discapacidad proviene de la ciencia médica: una discapacidad es el resultado de determinada constitución fisiológica (poseída originariamente o adquirida por "accidente") que se presupone "anormal" respecto de una condición asumida como normativa. Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares en su constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como "normal": estar más o menos gordo o más o menos flaco, dentro de ciertos límites es normal; ser más o menos alto o más o menos bajo, dentro de ciertos límites es normal; ser más o menos inteligente, dentro de ciertos límites, es normal; y así sucesivamente. Es "normal" porque médicamente ha sido así definido⁷. La ciencia médica ha generado ciertos parámetros cuantitativos de validez presuntamente universal para catalogar a los cuerpos humanos como sanos (ajustados a la norma) o enfermos (desviados de ella); desde esos parámetros, el cuerpo de una persona con discapacidad es catalogado sistemáticamente como desviado, no ajustado a la norma, enfermo.

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

Cualquier persona con discapacidad, bien desde su nacimiento, bien desde el momento en que adquiere la condición de tal, experimenta la clara evidencia de que su condición de tal supone una limitación en sus posibilidades de desenvolvimiento porque su cuerpo es imperfecto, inadecuado para lo que se considera habitual. Esto le es mostrado como una condición *natural* de la existencia, de su existencia, como la evidencia incuestionable de una corporalidad, objetivamente, imperfecta. La persona con discapacidad se inscribe en un campo de referencia regulado por la lógica de la rehabilita-

⁷ Estamos, lamentablemente, muy acostumbrados a las tablas estadísticas que definen cuantitativamente esos parámetros; de esto son muy conscientes los padres de niños pequeños en sus visitas periódicas al pediatra: el/la niño/niña está dentro/fuera de la normal estadística de peso, talla, capacidad visual, auditiva... todo un aparato regulador y normativo del organismo, del cuerpo.

ción: para el pleno reconocimiento de su condición de persona con discapacidad (reconocimiento necesario porque es el que posibilita el acceso a recursos específicos institucionales, ventajas fiscales y ayudas económicas) necesitará el aval de un diagnóstico clínico que evalúa su condición y grado de discapacidad; un diagnóstico y evaluación médicos. Una vez diagnosticada, la persona será sometida a los diversos procedimientos considerados adecuados a tal condición y grado de discapacidad, lo que supondrá su inclusión en instituciones médicas de tratamiento especializado. Y además, serán evaluadas sus necesidades "especiales" (educativas, funcionales, laborales, relacionales,...)

Aquí cobra presencia la principal instancia definitoria del "campo de la discapacidad": el Estado⁸. Las instituciones especializadas en el tratamiento de la discapacidad son de carácter público, o bien receptoras de subsidios públicos, puesto que, ciertamente, está reconocido formalmente el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades y, dada su condición, se asume que el Estado ha de facilitarles las herramientas de las que ellas mismas no disponen. Pero entre la formalidad de ese reconocimiento y la practicidad de su ejecución se abre el espacio "real" en el que se gesta y reproduce el hábitus de la discapacidad. A partir del diagnóstico médico de la condición y grado de la discapacidad, las medidas establecidas para su tratamiento se orientan por la lógica de la rectificación; esto es, lejos de atender a las necesidades específicas de cada persona particular, el aparato estatal y las instituciones de él dependientes aplican todo un conjunto de técnicas de adiestramiento corporal cuyo objetivo es reducir lo máximo posible la desviación respecto de la norma previamente diagnosticada. En un sentido amplio, este adiestramiento implica: fisioterapia, actividades deportivas, prótesis, adecuación conductual, terapia psicológica, asesoramiento laboral, educación especializada, etc.⁹

⁸ «El Estado contribuye a la unificación del mercado cultural unificando todos los códigos, jurídico, lingüístico, métrico, y llevando a cabo la homologación de las formas de comunicación, burocrática en particular (...) A través de los sistemas de clasificación (en especial según la edad y el sexo) que están inscritos en el derecho, los procedimientos burocráticos, las estructuras escolares y los rituales sociales (...) el Estado moldea la *estructuras mentales* e impone principios de visión y división comunes, formas de pensamiento (...) favorece a la vez la monopolización de lo universal por unos pocos y la desposesión de todos los demás así mutilados, en cierto modo, en su humanidad. (...) el Estado (...) es la sede por antonomasia de la concentración del ejercicio del poder simbólico» (Bourdieu, 1997:105-108).

⁹ Hablamos de adiestramiento "corporal" asumiendo un sentido del cuerpo que rechaza la dicotomía cuerpo/mente: el cuerpo no es el substrato material y objetivo de una existencia que en otro plano, y al margen de su cuerpo, posee capacidades de pensamiento, representación y afecto. El cuerpo es el sedimento en el que se inscriben nuestras capacidades prácticas y cognitivas, el substrato en el que se depositan nuestras predisposiciones, socialmente configuradas, para la acción y el pensamiento (y el sentimiento); en última instancia, es el cuerpo el que piensa, o a través del cual pensamos (más allá de la existencia de un substrato neuronal como dispositivo biológico); nuestro pensamiento no es más que una acción eficaz que nuestro cuerpo está en condiciones de ejecutar; el hecho biológico crucial, la muerte, no suspende nuestro funcionamiento corporal liberando a nuestra mente a su propia y autónoma plenitud; la muerte, física, fisiológica, corporal, es la muerte del pensamiento. No creemos que haya argumento más contundente.

Médicos, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales son los agentes ejecutores de las prácticas que delimitan el sentido del habitus de la discapacidad (Romañach *et al*, 2009); sus representaciones y sus prácticas son las que configuran el campo en el que se inscriben las personas con discapacidad y el capital simbólico puesto en juego en el mismo. Bajo el presupuesto de un cuerpo enfermo, defectuoso, desviado objetivamente de la norma (universalmente válida, según se presume) de salud, las prácticas de estos profesionales delimitan un sentido propio que articula la lógica del campo; ese cuerpo, potencialmente curable, efectivamente ajustable, hasta cierto punto y límite, a las condiciones presupuestas de la norma de salud debe ser tratado siempre con la intención de reducir lo máximo posible su desviación. Y es aquí donde se genera la promesa, la *illusio*, de la "salvación", y con ella, el valor simbólico del capital en juego: la "legitimidad".

Las penosas sesiones diarias de rehabilitación física; las minuciosas directrices asistenciales para el desenvolvimiento cotidiano; las meticulosas mediciones y catalogaciones previas a la confección de prótesis específicas, de aparatos ópticos o auditivos, de sillas de ruedas, de muletas, de bastones, de software sofisticado, etc.; las prolijas técnicas de entrenamiento educativo especializado, de atención diferencial, de reiteración de pautas y repetición de estímulos/respuestas; la recurrente lógica de las revisiones periódicas, de las evaluaciones periódicas, de las preguntas y pruebas de habilidad periódicas,...; ése es el escenario en el que se desenvuelven cotidianamente las personas con discapacidad; ¿y qué es lo que confiere sentido, cotidianamente, a ese escenario? La promesa permanentemente incumplida de la curación, que cumple eficazmente su función, precisamente, por su incumplimiento. Esa promesa configura el capital simbólico en juego, aquello que hace pertinente y "razonable" involucrarse en ese campo: la legitimidad, otorgada por la ciencia médica, de un cuerpo no legítimo, la consecución de un cuerpo "no legítimo - legitimado".

Hay que tener en cuenta que ese habitus no sólo cobra entidad en el marco específico de las instituciones especializadas, sino que su pertinencia se extiende al conjunto de la sociedad; en primera instancia, por lo que respecta a la persona con discapacidad, a la esfera de sus relaciones próximas, la familia en primer lugar; pero de manera, no por más difusa menos eficaz, en general, al conjunto de los miembros de la sociedad. En una sociedad de la normalización (Foucault, 1992) el conjunto de las prácticas sociales están sometidas a procesos específicos de dominación que se articulan mediante saberes especializados, saberes que, dictaminando acerca de la verdad, definen la norma según la cual estaremos del lado de los dominantes o de los dominados; en particular, en lo que se refiere al cuerpo, el saber experto de la ciencia médica ha extendido su dictamen abarcando los principales valores promocionados por una sociedad capitalista de mercado. El capital simbólico por excelencia es el del "éxito", el logro social supuestamente alcanzable a través del esfuerzo y del mérito individual. Ese valor difuso tiene una traducción concreta inmediata: el éxito capitalista es, obviamente, el éxito económico; ahora bien, ¿cuáles son los mecanismos propiciatorios de dicho éxito? Mérito, esfuerzo y talento serían, primariamente, los factores primordiales; sin embargo —y es aquí donde se introduce el saber experto normalizador de la medicina—, en el ideario vigente, ese éxito económico está asociado a valores (criterios de normalización) estéticos: aquellos y aquellas que tienen éxito (económico) son portadores de un cuerpo estético.

camente normalizado. No estamos hablando de la realidad efectiva de los mecanismos que propician el logro económico en una sociedad capitalista de mercado, sino de las estrategias, atravesadas por la lógica de la normalización regulada por saberes expertos, de dominación que la misma propicia; esto quiere decir que lo que está en juego es el conjunto de representaciones que motivan prioritariamente nuestras "puestas en escena". De lo que hablamos, en definitiva, es del discurso del poder, el cual, al margen de la abstracción que supone nombrarlo de tal manera, tiene una presencia efectiva en nuestras existencias cotidianas.

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

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

En esa lógica (de la normalización médica) y en ese campo (el de la discapacidad; generado en instituciones específicas y especializadas por un discurso o saber experto, pero extendido al conjunto del espacio social) se configura la experiencia de las personas con discapacidad. Ahora bien; el habitus no es un marco cerrado de experiencias, sino un, digámoslo así, dispositivo potencial; el habitus configura predisposiciones ajustadas a las condiciones objetivas en las que su poseedor ha de desenvolverse¹⁰; pero no siempre se da un ajuste perfecto entre las disposiciones (generadoras de expectativas) y las condiciones objetivas en las que las mismas han de ser aplicadas. Para ello hay que tener en cuenta que el habitus de la discapaci-

¹⁰ «...las estrategias más eficaces (...) son las que, al ser fruto de las disposiciones moldeadas por la necesidad inmanente del campo, tienden a ajustarse espontáneamente, sin propósito expreso ni cálculo, a esa necesidad» (Bourdieu, 1999:184); «En tanto que es fruto de la incorporación de un *nómos* (...) de un orden social o un campo, el habitus engendra prácticas inmediatamente ajustadas a ese orden y, por lo tanto, percibidas y valoradas, por quienes las llevan a cabo, y también por los demás, como justas, correctas, hábiles, adecuadas» (*Ibid.*:189).

dad, delimitado por esa lógica normalizadora generada por el discurso experto de la medicina, es a su vez dependiente, en cada caso particular, de la procedencia familiar y de clase de la persona. No existe homogeneidad en dicho habitus: la experiencia práctica de cada persona está sometida, estructuralmente, por un lado, por la lógica del campo de la discapacidad y, por otra, por las disposiciones asociadas a su condición familiar y de clase originaria, así como a su trayectoria social. Las predisposiciones asociadas a ese habitus, en consecuencia, variarán en cada caso particular en función, fundamentalmente, de dos condiciones de partida previas: la condición de clase de la familia de procedencia y el hecho de que la discapacidad sea congénita o adquirida; ambos factores inciden en el modo en el que el habitus específico del campo de la discapacidad propicie determinadas estrategias, prácticas, representaciones, actitudes y sentimientos.

Esta es la virtualidad del habitus. Es lo que nos permite enfrentarnos a la ambigüedad fundamental que atraviesa el campo que lo configura: las personas con discapacidad, en función de su procedencia de clase/familiar, y del grado de implicación con el habitus específico generado por el campo, optarán, bien por una sumisión incondicional a la promesa de curación (por una búsqueda ciega e incondicional de la legitimidad prometida de un cuerpo sano), bien por la negación de la regla básica del campo. Lamentablemente, la segunda opción, la "revolucionaria", nunca está libre de la implicación en el juego del campo, en la lucha por la acumulación del capital prometido; y ello es así porque, más allá de toda concepción racional (o racionalizadora), en juego está la lívido, el deseo, las emociones (el cuerpo en su expresión más inmanentemente social, atravesado por las regulaciones sociales que determinan hasta sus más pequeñas secreciones hormonales)¹¹; y en última instancia, la promesa, que excede al propio campo de la discapacidad y abarca al conjunto de la sociedad, sigue siendo la posesión (absolutamente legítima y legitimada, médicamente) de un cuerpo sano, bello y bueno.

El punto crucial es el siguiente: aceptando la existencia de un campo y de un habitus específicos de la discapacidad, la forma de superar las constricciones que conducen, a partir de ellos, a la dominación de las personas que figuran como agentes de su lógica pasa por la extrapolación de las lógicas de regulación y adiestramiento del cuerpo generadas por un determinado tipo de sociedad en el cual, personas con y sin discapacidad, vivimos: sociedades capitalistas de mercado, o bien, en lo que nos interesa, del éxito económico-estético.¹²

¹¹ «...el cuerpo está (en grados desiguales) expuesto, puesto en juego, en peligro en el mundo, enfrentado al resigo de la emoción, la vulneración, el dolor (...) y, por lo tanto, obligado a tomar en serio al mundo (y no hay cosa más seria que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos)» (Bourdieu, 1999:186).

¹² «Según Bryan Turner (1994a:28): "Nuestras mayores preocupaciones políticas son cómo regular los cuerpos en el espacio, cómo controlar la superficie de los cuerpos, cómo regular la personificación, cómo regular las atenciones entre los cuerpos". La política es biopolítica. Las tiranías de los tiempos postmodernos son estéticas; son tiranías de la delgadez (Chernin, 1983), tiranías de la perfección (Glassner,1992)» (Hughes y Paterson, 2008:114).