

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Madres sordas: una mirada desde la primera
Unidad de Atención en Salud para personas
sordas en Uruguay

María Victoria González Ferrari
Tutora: Laura Cafaro

2016

Índice

	Pág.
Resumen.....	4
Lista de abreviaturas.....	6
Palabras claves.....	7
Introducción.....	8
<u>Capítulo 1</u> Primer rodeo: hacia el devenir histórico de las categorías discapacidad y discapacidad auditiva.....	14
1.1 Divide y reinarás: modernidad y nuevas formas de catalogar.....	14
1.2 La puja entre el modelo hegemónico y el modelo social de la discapacidad.....	18
1.3 ¿Sordera vs. Discapacidad?.....	20
<u>Capítulo 2</u> La situación de Uruguay.....	22
2.1 Normativa vigente en materia de discapacidad y discapacidad auditiva.....	21
2.2 La salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos.....	25
2.3 Unidad de Salud para Personas Sordas (USS).....	31

<u>Capítulo 3</u> Maternidad esperada.....	33
3.1 La maternidad en la historia.....	33
3.2 La maternidad como construcción socio-cultural.....	35
<u>Capítulo 4</u> Puesta en escena.....	38
4.1 La voz de los actores institucionales.....	38
4.2 La maternidad sentida.....	46
4.3 Reflexiones finales.....	51

Bibliografía

Resumen:

A partir de la construcción sociocultural que sustenta la maternidad como central en la vida de las mujeres y que además determina quién y cómo debe desarrollar este rol, el presente trabajo tiene como finalidad conocer cómo viven la maternidad las mujeres sordas, usuarias de la Primera Unidad de Atención en Salud para Personas Sordas en Uruguay.

También se problematizará sobre la construcción de la sordera como discapacidad y las determinaciones que esto puede generar en las mujeres sordas a la hora de ejercer la maternidad.

Por otro lado, partiendo del conocimiento de que la Policlínica Luisa Tiraparé es el único centro de atención en salud que tiene una unidad especializada en la atención de personas sordas, también se investigará sobre el funcionamiento y abordaje que realiza el equipo técnico de la misma en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres sordas que allí se atienden.

Se pretende además generar insumos para posteriores investigaciones ya que se evidenció que existe escasa acumulación teórica en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva y por tanto a la maternidad de las mujeres sordas y con discapacidad en general.

Abstract:

This paper aims to learn how do deaf women live their motherhood considering the socialcultural construction supporting motherhood as central to the lifes of women. The focus will be on the users of the First Unit Health Care for the Deaf in Uruguay.

It also problematize on the construction of deafness as a disability determinations and how it can influence in deaf women when exercising their motherhood.

On the other hand, based on the knowledge that the Polyclinic Luis Tiraparé is the only center of health care that has specialized in the care of deaf people, it will also be investigated on the functioning and approach made by its technical team referring to sexual and reproductive health of deaf women.

It is also intended to generate inputs for further research because it was evident that there is less theoretical accumulation when it comes to sexual and reproductive health and maternity both deaf and disabled women in general.

Lista de abreviaturas

- ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado
- CIPD – Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo
- DDSS – Derechos Sexuales
- DDDR – Derechos Reproductivos
- FENASUR – Federación Nacional de Sordos del Uruguay
- IM – Intendencia de Montevideo
- LSU – Lengua de Señas Uruguayaya
- MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
- MSP – Ministerio de Salud Pública
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- PRONADIS – Programa Nacional de Discapacidad
- SSR – Salud Sexual y reproductiva
- USS – Unidad de Salud para Personas Sordas

Palabras Claves:

- **Género**
- **Maternidad**
- **Discapacidad**
- **Sordera**

Introducción

El presente documento corresponde a la Monografía de Grado exigida como requisito académico para dar como culminada la Licenciatura en Trabajo Social. Dicha carrera se enmarca en la Universidad de la República (UDELAR), específicamente en la Facultad de Ciencias Sociales (FCS).

La selección del tema a ser investigado: Madres sordas: una mirada desde la primera Unidad de Atención a la Salud para las Personas Sordas en Uruguay (USS), se debe en primer lugar a lo vivenciado en el proceso de práctica pre-profesional implementada en “Casa de Gardel Primer Centro Nacional de Rehabilitación y Recreación”, en el marco de la materia Metodología de la Intervención Profesional III, específicamente en la Supervisión de Discapacidad. A partir de ese momento comienza el interés particular de la estudiante hacia el tema de la discapacidad.

Con respecto al ¿por qué abordar este tipo específico de discapacidad? La estudiante creyó interesante poder realizar un abordaje diferente con respecto al tipo de discapacidad ya que hasta el momento no presentaba acumulación en lo que refiere a la sordera.

En lo que respecta al abordaje de la maternidad en la discapacidad, se debe a que se cree es un campo novedoso, ya que generalmente cuando se habla o investiga acerca de derechos en materia de discapacidad se lo hace desde el ámbito de la educación, el trabajo o la salud. Por lo cual, generalmente cuando se habla de discapacidad, es común pensar en una intervención desde la medicina o psicología. Sin embargo a través de la presente investigación sin dejar de reconocer la importancia de estas disciplinas, se pretenderá integrar una perspectiva desde el Trabajo Social y brindar aportes desde la profesión que problematicen la intervención social en este ámbito, con una mirada crítica acerca de aquellos aspectos y elementos que de alguna manera influyen en dicha problemática.

A partir de la definición del tema a ser investigado; se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Conocer cómo viven las mujeres sordas el ejercicio de la maternidad.

Objetivos específicos:

- Conocer cómo viven las mujeres sordas la decisión de ser madres, el embarazo y la maternidad.
- Identificar que implicancias tiene ser madre sorda en un mundo oyente.
- Conocer cómo trabajan el tema de la maternidad y salud sexual y reproductiva en la USS.

Mientras que, se definen como **metodologías de investigación y recolección de información:**

- Revisión bibliográfica exhaustiva de la producción teórica existente, tanto a nivel nacional como internacional referidas a las siguientes categorías de análisis: discapacidad, sordera, salud sexual y reproductiva, maternidad. Esto se complementó con búsqueda de información en diferentes páginas webs y revisión de la normativa vigente en Uruguay.
- Entrevistas en profundidad (semiestructuradas) a técnicos que trabajan en la USS y que se encuentren implicados de forma directa a través de su especialidad con las madres sordas (mediador sordo, intérprete en LSU, psicóloga, trabajadora social,)
- Entrevistas en profundidad (semiestructuradas) a madres sordas (4 entrevistas). Para esto se seleccionaron mujeres que hayan sido madres a partir del año 2013 y que han recibido el acompañamiento de la USS en este proceso, pero que tuvieran embarazos anteriores controlados en otros centros de salud. Esto último para realizar una comparación con respecto a la atención en la USS.

La opción teórico-metodológica desde la que se enmarcará la presente investigación, será la planteada por Karel Kosik (1969), quien siguiendo la dialéctica hegeliana propone la realización de sucesivos “*rodeos*” que permitirán realizar el abordaje de lo real y de esta manera llegar a su esencia. Siendo estos “*rodeos*” imprescindibles “para que el hombre pueda conocer y comprender este todo, para aclararlo y explicarlo (...)” (íbidem; 1969:49) entendiéndolo que “la esencia se manifiesta en el fenómeno, pero solo de manera inadecuada, parcialmente (...) la esencia no se da inmediatamente; es mediatizada por el fenómeno y se muestra, por tanto en algo distinto de lo que es” (íbidem; 1969:27)

Es decir que se partirá de una perspectiva histórico crítica para de esta forma poder trascender el pensamiento cotidiano y así poder llegar en términos de Kosik (1969) a la “esencia del fenómeno”.

Además se intentará comprender esta realidad como totalidad dialéctica, como un todo complejo, síntesis de múltiples mediaciones y determinaciones.

Para esto, se cree sustancial poder realizar la deconstrucción de las siguientes mediaciones¹: discapacidad, sordera, derechos sexuales y reproductivos y maternidad. Mediaciones estas que permitirán un acercamiento más profundo hacia el tema abordado. De esta manera se pretende partir del conocimiento de lo inmediato, del “fenómeno” según Kosik, para poder trascenderlo y acercarnos a la esencia, a la “*cosa misma*”. Pero debemos tener en cuenta que la comprensión de la “*cosa misma*” no se da de forma inmediata, sino que debemos realizar de manera constante un proceso de objetivación para poder así trascender el “*mundo de la pseudoconcreción*”².

¹ Mediaciones según la matriz hegeliana son: “*construcciones de categorías que permiten el análisis complejo de situaciones concretas, ya no su simple interpretación abstracta aislada*” (De Paula Faleiros, 1992:67).

² Según Kosik (1967), el mundo de la pseudoconcreción, se encuentra compuesto por el mundo de los “fenómenos externos”, al cual lo integran fenómenos naturalizados y una praxis fetichizada, por el mundo del “traficar y manipular”, donde estos fenómenos son utilizados sin reflexión previa debido a que el ser humano no es consciente en todo momento. A su vez también lo componen, el “mundo de las representaciones comunes” donde se desarrolla un saber “doxa” poseedor de

En lo que tiene que ver con el tema a ser abordado, partiremos desde lo sensible, lo vivenciado cotidianamente³ reflejado en los distintos discursos de las entrevistas realizadas a las madres sordas así como también a los diferentes técnicos que conforman el equipo interdisciplinario de la USS.

Se cree de suma importancia plantear, que se partirá de reconocer a la discapacidad como una construcción social basada en un determinado patrón de “normalidad”⁴ que impera en la sociedad. En otras palabras discapacidad determinada según parámetros establecidos de forma socio-histórica que llevan a clasificar a los individuos a través del par normal - anormal⁵. Es por esto que se cree necesario diferenciar los conceptos de discapacidad y déficit, ya que nos permitirá entender por qué a lo largo del presente documento haremos referencia a personas en situación de discapacidad y a personas sordas, en contraposición a aquellas denominaciones que los definen como sujetos con “capacidades diferentes”, “minusválidos”, “inválidos”, entre otras. Además se cree que al hablar de personas en situación de discapacidad y de personas sordas, se está reconociendo su condición como sujetos de derecho.

prejuicios y finalmente el “mundo de los objetos fijados” en donde estrían las cosas que se muestran dadas sin aparentes antecedentes ni devenir.

³ “(...) *cotidianidad es, ante todo, la organización, día tras día, de la vida individual de los hombres; la relación de sus acciones vitales se fija en la repetición de cada día, en la distribución diaria del tiempo. (...) es la división del tiempo y del ritmo en que se desenvuelve la historia individual de cada cual.*” (Kosik; 1976: 93)

⁴ Este concepto será desarrollado en el capítulo uno de la presente monografía.

⁵ Vallejos (2006) siguiendo a Foucault plantea que ““Normalidad - Anormalidad” es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; (...)”. (Vallejos, 2006: 96)

De esta manera se entiende la discapacidad como

“una invención, una ficción y no algo dado. (...) una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad entre quienes ejercen el poder de clasificar y quienes son clasificados entre un “nosotros” y un “otro”. (Vallejos; 2006: 7-8)

Por otro lado, en lo que refiere a la exposición del presente documento, el mismo contará de cuatro capítulos:

En el **capítulo I (“Primer rodeo: hacia el devenir histórico de las categorías discapacidad y discapacidad auditiva”)**: se realizará un primer “rodeo” teórico-reflexivo, de análisis, donde se intentará comenzar a deconstruir aquellas mediaciones que permitirán realizar un acercamiento más profundo al tema a investigar. Categorías estas, consideradas como principales mediaciones a la hora de abordar la temática seleccionada, (lo cual no quiere decir que el resto de las mediaciones tengan menor importancia).

Es importante agregar que para lograr acercarnos a estas categorías tomaremos como punto de partida el período conocido como Modernidad. Posteriormente analizaremos las formas a través de las cuales se conceptualiza la discapacidad, a partir del modelo médico y el modelo social, para luego centrarnos en lo que atañe específicamente a la discapacidad auditiva.

En el **capítulo II (“La situación particular de Uruguay”)**: Se pretende realizar una síntesis de la realidad normativa en Uruguay con respecto a la discapacidad, discapacidad auditiva, salud sexual y reproductiva simultáneamente.

Así como también, en una segunda instancia se hará una breve presentación de la USS.

En el **capítulo III (“La maternidad esperada”)**: Si bien la maternidad es pensada y atribuida principalmente a términos biológicos, en el presente documento se le conceptualizará desde una perspectiva socio-histórico-cultural, lo cual no significa negar el aspecto biológico de la misma.

Es por esto que se cree importante en este capítulo, realizar en primer lugar un breve recorrido acerca de los diferentes significados que ha adquirido la maternidad en diferentes momentos históricos; para luego detenernos específicamente en la categoría maternidad como construcción socio-cultural.

Por último, en el **capítulo IV (“Puesta en escena”)**: Se trabajará y reflexionará sobre lo presentado en los capítulos anteriores a partir de lo recuperado a través del trabajo de campo, tomando los discursos de los entrevistados, centrándonos en los aportes más relevantes que surgieron en las distintas instancias metodológicas. Finalmente se presentarán las reflexiones finales.

CAPITULO 1

Primer rodeo: hacia el devenir histórico de las categorías discapacidad y discapacidad auditiva

¿Quién dijo sólo se escucha con el oído?

Tu mundo y mi mundo un solo mundo es

Negarlo es negarme y también al revés

Difícil poder sentir esa unidad si no aceptamos ser socios en esta sociedad

No son ellos y nosotros, somos todos por igual. Igual pero diferentes, esa es la diversidad.

(Extracto de la canción ¿Quién dijo?, del grupo uruguayo “4 Pesos de Propina”)

1.1 Divide y reinarás: modernidad y nuevas formas de catalogar

Para una mejor organización expositiva y comprensión del tema a ser analizado, se cree importante conceptualizar el período conocido como modernidad, ya que es a partir del mismo en donde comienza a mirarse el mundo desde una perspectiva diferente, fundada principalmente en la razón.

Es así que:

“con el cambio del modelo de producción, no sólo se da una modificación cuantitativa en términos de producción y acumulación, sino una sustancial modificación cualitativa en las relaciones sociales que se establecen y reproducen remodelando la estructura social, asumiendo un papel productivo en la constitución de cierta estratificación social” (Acosta apud Silva, 2012:3)

Es decir, surgen modificaciones en el modelo de producción y reproducción social lo cual deriva en cambios en las relaciones humanas. En otras palabras nos enfrentamos a un nuevo modo de producción: el capitalista, a partir del cual se da un cambio estructural de las sociedades.

Es también a partir de este momento histórico, en donde el saber científico y por lo tanto el saber médico, comienzan a tornarse como productores de verdad incuestionables.

Esto lleva de forma simultánea al surgimiento de un proceso de “medicalización”⁶ de la sociedad, que a su vez se relaciona con el disciplinamiento social y control de los cuerpos:

“El profesional de la medicina se convierte en el experto consejero familiar, que instala prescripciones morales y médicas en torno a la organización de lo cotidiano y el principio de salud se instala como ley fundamental de los lazos familiares. Todo ello contribuye a que la autoridad médica sea, a la vez, una autoridad social”. (Foucault apud Rosato y Angelino et al, 2009: 56-57)

El saber médico asume la potestad de designar quienes se encuentran dentro de esos parámetros de normalidad y quienes están por fuera de los mismos, considerándolos así como los anormales.

De esta manera comienzan a crearse parámetros duales tales como “sano-enfermo”, “útil-inútil”, “normal-anormal”, a partir de lo cual hablamos de una “ideología de la normalidad”⁷ que establece así cual es el modelo al que todos los individuos deben aspirar y adecuarse en caso de desviarse de la norma. En palabras de Foucault, todo aquello que no se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, tiene que poder ser corregido, controlado o castigado.

Vallejos (2006) siguiendo a Foucault plantea que ““Normalidad - Anormalidad” es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; (...)”. (Vallejos, 2006: 96)

⁶ La medicalización hace referencia a los procesos de expansión tanto ideológicos como técnicos a través de los cuales la medicina comienza a producir saberes y a intervenir en áreas de la vida social que van más allá de lo médico. Para que algo pueda ser medicalizado, es preciso que sea clasificada, evaluada y caracterizada en términos de anormalidad-normalidad; por tanto la medicalización y la práctica médica constituyen normas. (Mitjavila, 1998).

⁷ “(...) La normalidad y su ideología normalizadora son una construcción, en un tiempo y en un espacio determinado, fruto de ciertas relaciones de desigualdad que permiten a un grupo instalar ciertos criterios para delimitar qué es y qué no es, es decir, criterios hegemónicos, que aparecen como únicos e incuestionables.” (Rosato y Angelino, 2009:118)

Vemos entonces como estos parámetros juegan un papel primordial en la construcción social de la discapacidad, ya que este patrón de normalidad es construido como criterio de demarcación, separación y distinción a partir de su opuesto: anormalidad.

En otras palabras, desde esta perspectiva histórica, fundada desde la ideología antes mencionada, se considera a la persona en situación de discapacidad y por tanto a la persona sorda, como poseedora de un cuerpo “dañado”, al que le “falta algo”, un cuerpo que no estaría dentro de los parámetros de normalidad establecidos de forma hegemónica.

Siguiendo a Kipen y Vallejos (2006), se plantea que la persona en situación de discapacidad aparece en nuestra sociedad como aquella a la cual “le falta algo” en su naturaleza corporal o funcional, “no tiene lo que hay que tener”; es decir, no tiene ni el cuerpo, ni los sentidos, ni la inteligencia necesarias para ser normal, según parámetros establecidos socialmente. Agregan además que al ser esta falta atribuida social y culturalmente a la naturaleza, la persona se encuentra de alguna manera eximida de responsabilidad ante su inadaptación a las normas, sin embargo, le es impuesto todo intento de normalización:

"Si el concepto de normalidad tiene que ver con el grado de mayor o menor adecuación a la norma, (...), en el caso de presencia de discapacidades la exclusión es automática, dado que lo normal hace al funcionamiento social requerido. Esto contempla el mayor grado de aceptación social sobre la base del rendimiento y las persona, rendimiento requerido en función de los parámetros establecidos para las personas convencionales -otra forma de denominar la diferencia - y no para personas con discapacidad". (Stern, 2005:23-24)

Vallejos (2006) plantea que la discapacidad es una categoría ubicada dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos, en donde impera un parámetro de normalidad en función de las relaciones de asimetría y desigualdad de aquellos que tienen el poder de clasificar y distinguir entre “un nosotros y un otros”. Agrega además que a partir de estas relaciones desiguales se genera la exclusión y por lo tanto el proceso de “*inclusión-excluyente*”⁸.

⁸ El término exclusión- excluyente hace referencia a “(...) formas de inclusión que marcan una vez más la sensación de estar dentro pero diferenciada de los otros no discapacitados. (...) plantear las políticas públicas para los discapacitados diferenciadamente de las demás acciones del estado, van

Es así, que a través de la categoría inclusión-excluyente, podemos analizar aspectos relacionados a la temática de discapacidad y específicamente a las oportunidades o limitaciones a las que se enfrentan las madres sordas.

Por lo tanto la discapacidad sería

“(…) una idea cuyo significado está íntimamente relacionado con el rol de la normalidad y con los procesos históricos, culturales, sociales y económicos que regulan y controlan el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, la sexualidad de los sujetos”. (Stern, 2005:131)

Esta concepción de la discapacidad se fundaría como se planteó anteriormente en una relación de nosotros-otros, en donde existe un “nosotros normal” en relación al cual se define a ese “otro anormal” que se distancia del nosotros transformándose así en otro distinto.

Es así como:

“Este nosotros, que refiere a los no discapacitados, se convierte en “la medida” para establecer cuan diferente es el otro. La diferencia se constituye en la distancia que aleja a ese otro del parámetro y enmarca un proceso por el cual dicha diferencia se atribuye al otro y no a la relación que lo convierte en diferente (...)” (Rosato et al; 2009:66)

De esta forma, en el sistema capitalista moderno la persona con discapacidad y en este caso la persona sorda, como habitante del mundo “anormal” es etiquetada, catalogada por un modelo hegemónico desigual que expresa diversas formas de control de los “*cuerpos dóciles*”⁹.

acompañadas de una valoración moral respecto de la discapacidad que le otorga un plusvalor positivo a las intervenciones de los funcionarios políticos (...)”.

⁹ En el capítulo "Disciplina" del libro “Vigilar y Castigar” de Foucault incluyó un subcapítulo llamado "Los cuerpos dóciles", en donde señala que el hombre máquina (a partir del siglo XVIII) ha sido escrito sobre el registro anatómico-metafísico (médicos, etc.) y el técnico-político (reglamentos militares y escolares, entre otros), destinados a controlar o corregir las operaciones del cuerpo. La noción de docilidad une al cuerpo analizable y al cuerpo manipulable. Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado.

1.2 La puja entre el modelo hegemónico y el modelo social de la discapacidad

A la hora de comenzar el proceso de deconstrucción de la categoría discapacidad, se cree pertinente realizar un recorrido teórico a través de los modelos médico y social.

El modelo médico o rehabilitador define a la discapacidad como una enfermedad o patología, a partir de la cual sostiene la necesidad de un tratamiento para poder corregir el “déficit” y tratar de amoldarlo a los parámetros de normalidad socialmente establecidos. Es decir, este modelo centra a la discapacidad en el carácter biológico y la idea de deficiencia, tomando a esta última como indicador para el diagnóstico.

Cabe destacar que:

“Deficiencia es anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y solo debe usarse en este sentido.” (CIF-OMS/OPS, 2001:206)

Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, desde el cual se abordará el tema a ser investigado, la entiende como producción y reproducción social, como un problema creado socialmente que se relaciona con la plena integración de las personas a la vida social. Es decir, no conceptualiza a la discapacidad desde la idea de déficit o enfermedad sino desde las posibilidades que le brinda el entorno a la persona con discapacidad. La discapacidad se torna tal en el encuentro con ese entorno, por lo que rompe con la idea que lo piensa como problema individual.

“Hoy no proponemos pensar a la discapacidad como una producción social, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica (...) posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado.” (Rosato y Angelino; 2009:51)

Por lo tanto desde este modelo, la discapacidad no es un problema que atañe únicamente a la persona que se encuentra en situación de discapacidad, sino que refiere a un conjunto de aspectos y condiciones sociales.

Desde esta mirada, el manejo del problema exige de la acción social, siendo responsabilidad colectiva hacer las modificaciones necesarias para la plena participación de las personas en situación de discapacidad y por tanto de las personas sordas en todas las áreas de la vida social.

“En consecuencia, la visión trágica y medicalizada de este fenómeno es propia de la sociedad capitalista, producto de condiciones económicas, sociales y culturales (...) la producción de sujetos útiles tanto a la producción como a la reproducción social y la tipología del hombre normal como sujeto deseable.” (Rosato y Angelino, 2009: 6)

Desde esta postura se toma a la discapacidad como un modelo instaurado a partir de parámetros de desigualdad, relacionados específicamente con ciertas formas de producción y reproducción social. Hablamos de un sistema que estratifica a las personas a partir de relaciones asimétricas de poder.

“Discapacidad es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).”(CIF-OMS/OPS, 2001: 206)

Rosato y Angelino (2009), plantean que el déficit es utilizado para catalogar, a partir de la existencia de relaciones asimétricas y desiguales, razón por la cual se lo debe cuestionar, desnaturalizarlo. Esto implica apartar a la discapacidad del terreno biológico y negar además la normalidad única.

Es importante plantear que pararnos desde este modelo no significa negar la existencia del aspecto biológico, de esta manera: “(...) la discapacidad es una construcción social, ya no solo en su etimología, sino en su conceptualización. Ciertamente que hay una realidad biológica, orgánica, una marca corporal, pero todo lo demás es una construcción social.”(Míguez, 2014:63)

1.3 ¿Sordera versus Discapacidad?

Dentro de las personas que se encuentran en situación de discapacidad, se encuentran las personas sordas, ya que *“viven en un mundo que fue hecho para los oyentes”*. (Míguez, 1997:15).

Generalmente cuando se habla de sordera se lo hace en términos de discapacidad auditiva. De esta manera surgen desde la sociedad diferentes formas de clasificar a las personas sordas tales como mudos, sordomudos, discapacitados; valoraciones con connotación negativa que lo que hacen es ubicarlos dentro de la visión trágica de la discapacidad a partir de los conceptos de normalidad-anormalidad definidos en el punto anterior del presente documento.

Es necesario definir que se entiende por discapacidad auditiva:

“(...) implica distinguir al Sordo desde la sordera severa o profunda, bilateral, congénita o adquirida (...), no hereditaria y prelingüística. (...) La sordera severa y profunda aluden, la primera, a pérdidas muy importantes en la audición, y la segunda, a pérdidas totales. Que ésta sea bilateral significa que la Sordera severa o profunda se da en ambos oídos. Congénita (...) que es de nacimiento; se consideran, también, los casos de niños que desde casi recién nacidos han perdido la audición. No hereditaria hace referencia a niños Sordos hijos de padres Oyentes”. (Míguez, 1997:5)

Como plantea Angelino (2009) es importante posicionarnos en la comprensión de la discapacidad distinta de la enfermedad, como producción socio cultural, alejada de la visión hegemónica del modelo médico que no rompe con la idea de déficit y que reproduce la desigualdad social: *“Es la presencia del otro que escucha o que no quiere oír que comienza a definir el “ser sordo””*. (Benvenuto, 2004:4)

Tomando a Benvenuto (2004), la deficiencia alude al aspecto físico, mientras que la discapacidad refiere al aspecto social. A lo que agrega que más allá de que la sordera implique un impedimento físico, alude a una manera de ser y de estar en el mundo diferente a la de las personas oyentes, que se torna tal en el encuentro de la persona sorda con la persona oyente.

Es por lo antes mencionado, que en la presente monografía se hablará de sordera y se hará referencia a personas sordas, lo cual no implica negar la existencia de una deficiencia. Se cree que posicionarnos desde este modelo hace que se los reconozca como sujetos de derecho, con un lenguaje propio que los define como comunidad¹⁰ lo cual nos demuestra que:

La sordera es “(...) una manera de vivir y de percibir el mundo”. (Míguez, 1997:10).

¹⁰ En el Capítulo 2 de la presente monografía se hará referencia al reconocimiento de la Lengua de Señas Uruguaya y su importancia para la comunidad sorda.

CAPITULO 2

La situación de Uruguay

El presente capítulo persigue como objetivo sistematizar el estado de las políticas públicas en Uruguay, referidas en primera instancia a las categorías teóricas expuestas de forma abstracta en el capítulo anterior del presente documento (discapacidad y discapacidad auditiva). En una segunda instancia haremos referencia a la normativa referida a salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos. Para esto se tomarán como principales insumos: diferentes leyes, decretos y material teórico elaborado por diferentes instituciones que trabajan y abordan estas temáticas. Por último, se hará la presentación de la USS.

2.1 Normativa vigente en materia de discapacidad y discapacidad auditiva

Es pertinente en primera instancia hacer referencia, a la ley N° 16.095¹¹ (1989) de “Equiparación de Oportunidades para las Personas Discapacitadas”, la cual expresa en su Artículo n° 2 que:

“Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. (Ley N° 16.095, art.2: 1989)

Esta definición de alguna manera, no explicita ni contempla la influencia del entorno, en otras palabras no tiene en cuenta la implicancia social como construcción de la misma. Así mismo define a la discapacidad desde la idea de déficit y la carga de valoración negativa al hacer referencia a las “desventajas” a las que se enfrena la persona con discapacidad.

¹¹ La Ley N° 16.095 de “Equiparación de Oportunidades para las Personas Discapacitadas”, ya no se encuentra vigente. La misma fue sustituida por la Ley N° 18.651 de “Protección Integral de Personas con Discapacidad”.

Por otro lado, La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)¹², refiere a que:

“El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”. (Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, 1999: art.1)

Al igual que la ley 16.095, la Convención Interamericana define a la discapacidad a partir de una deficiencia permanente o transitoria, lo cual de alguna manera la relaciona directamente con el modelo médico rehabilitador. Sin embargo agrega la implicancia que puede tener el factor social en la deficiencia.

En lo que respecta a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), se plantea que:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006: art.1)

En esta definición podemos ver que se mantiene una inclinación a seguir vinculando los conceptos de discapacidad y deficiencia, sigue centrando la idea de la discapacidad en el “déficit”. Sin embargo, es importante recalcar que se refiere a “personas con discapacidad” es decir que está reconociéndolas de alguna manera como sujetos de derecho. También reconoce la influencia que puede llegar a tener el entorno.

Finalmente en materia de discapacidad, en el año 2010 Uruguay promulga la Ley N° 18.651 de “Protección Integral de Personas con Discapacidad”, la cual plantea que:

¹² La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad fue aprobada en el año 1999 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos y ratificada por Uruguay en el año 2001.

“Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. (Ley N° 18.651, art.2: 2010)

Si consideramos el modelo médico y el modelo social expuestos en el capítulo anterior del presente documento, podemos ver que esta definición planteada por la normativa uruguaya (a través de la cual las personas sordas como pertenecientes al colectivo que se encuentra en situación de discapacidad están enmarcadas), mantiene aún un fuerte posicionamiento desde el modelo médico. Esto se puede ver ya que define a la discapacidad desde una condición biológica. Cabe destacar que si bien plantea una posición desde el modelo hegemónico incorpora aspectos del modelo social, los reconoce como “personas” lo cual los posiciona al igual que la Convención como sujetos de derecho.

En lo que refiere específicamente a las personas sordas, la ley reconoce:

“(…) a la lengua de señas uruguaya como la lengua natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la República. La presente ley tiene como objetivo la remoción de las barreras comunicacionales y así asegurar la equiparación de oportunidades para las personas sordas e hipoacúsicas”. (Ley 17.378, 2001: art.1)

Este reconocimiento de la LSU es muy importante no solo por la importancia que tiene para los sordos como medio de comunicación a través del cual acceden a la información, sino también porque es fruto de un largo proceso de lucha en procura de los derechos de la comunidad sorda como ciudadanos y como forma de reconocimiento de su cultura e identidad.

Mientras que, en el año 2009 se promulga la Ley N° 18.437: Ley General de Educación. La misma hace referencia a la existencia de diferentes lenguas maternas en Uruguay, dentro de las cuales se menciona la LSU:

“La educación lingüística tendrá como propósito el desarrollo de las competencias comunicativas de las personas, el dominio de la lengua escrita, el respeto de las variedades lingüísticas, la reflexión sobre la lengua, la consideración de las diferentes lenguas

maternas existentes en el país (español del Uruguay, portugués del Uruguay, lengua de señas uruguaya) (...)"'. (Ley N° 18.437, 2009: art.40, inciso e)

Este recorrido a través de la legislación en Uruguay acerca de la discapacidad, nos permite ver las distintas concepciones con que se ha visto a lo largo de estos años a las personas en situación de discapacidad y por tanto a las personas sordas.

Sin embargo, cabe recalcar que en dichas formas de concebir a la discapacidad, se ha mantenido la inclinación hacia el modelo médico, perdiendo la visión del peso que tienen factores externos al sujeto como lo son el entorno y por ende factores sociales, culturales, económicos, políticos. Lo cual como planteamos anteriormente, no significa negar la existencia de una deficiencia si no problematizar estas concepciones, ponerlas en debate, cuestionarlas.

2.2 La salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos

En este punto se hará referencia a los derechos sexuales y reproductivos, desde la perspectiva de los derechos humanos que toda persona tiene. Por lo cual, se hace necesario en primera instancia definir qué se entiende cuando hablamos de derechos humanos:

Tomando a Vescovi (1973), los derechos humanos hacen referencia a los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Es decir, todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Los Estados deben promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

Por otro lado, Correa y Petchesky (1995), plantean que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son ejes fundamentales para la construcción de la ciudadanía ya que refieren al poder que cada persona tiene de decidir acerca de su fertilidad, capacidad reproductiva, salud sexual y reproductiva, número de hijos, actividad sexual, cuidado y crianza de los hijos. Además para que las personas puedan tomar estas decisiones de forma

segura y responsable deben contar con acceso a información, disponibilidad de recursos, equidad, no discriminación, libertad y respeto.

En materia de salud sexual y reproductiva, la Conferencia de El Cairo¹³ (CIPD, 1994), significó un cambio de paradigma, ya que introduce el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos de las personas como un derecho humano.

En lo que refiere a Uruguay, a partir del año 1996 se comienzan a implementar programas en salud sexual y reproductiva, que tienen la característica de ir más allá de la salud materno-infantil, incluyendo otras necesidades y derechos en lo que tiene que ver con la salud de las mujeres.

La Ley N° 18.426 de “Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” promulgada en el año 2008, plantea en su artículo 1° sobre deberes del Estado:

“El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos (...)”. (Ley 18.426, 2008: art.1°)

Esta ley establece que los servicios de salud sexual y reproductiva y los de anticoncepción deben formar parte de los programas integrales de salud que se brindan a la población. A su vez prevé la creación de servicios de salud sexual y reproductiva¹⁴ para el abordaje integral de los mismos como derechos humanos, universaliza la anticoncepción, la maternidad y paternidad elegidas, el seguimiento del embarazo, parto, puerperio, etapa neonatal y la educación sexual, entre otros.

El año 2010 marca un punto de inflexión en este tema, ya que desde la arena política comienza a darse mayor interés a la SSR. Es también en este año que se aprueba la

¹³ Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de América Latina y El Caribe: integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos.

¹⁴ En adelante SSR.

reglamentación de la ley planteada anteriormente, a través del Decreto N° 293/2010¹⁵ (30 de setiembre del 2010). Esta legislación otorgó carácter de ley a normativas y guías clínicas ya existentes en Uruguay sobre diferentes campos de SSR.

En el mismo se define la salud sexual y reproductiva, reconociendo a los derechos sexuales como derechos humanos:

“(...) la salud sexual y reproductiva implica no solo una vida sexual satisfactoria y segura, también la capacidad de decidir si tener hijos, con quien tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Para asegurar esto se reconoce el derecho a la información y al acceso a métodos de regulación de la fertilidad que el usuario o usuaria prefiera. (...) se plantea como derecho el acceso a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y parir en forma segura.” (Domínguez, Matioli, Sosa, 2011:28)

Agrega con respecto a la salud sexual, que esta implica el estado de bienestar físico, mental, emocional y social relacionado con la sexualidad y no sólo la ausencia de enfermedades sino también la posibilidad de tener relaciones seguras, placenteras, sin coerción, discriminación ni violencia.

También se presentan las características que debe tener el abordaje de los servicios de la salud sexual y reproductiva: universal, inclusivo, amigable, igualitario, integral, multidisciplinario, confidencial, ético, calificado, respetar la diversidad, evitar la discriminación de cualquier tipo, atención bio-psico-social de las personas y que respete su autonomía. Esto con el fin de disminuir las barreras de acceso a grupos vulnerables y socialmente excluidos.

Cabe destacar que define servicio igualitario de la siguiente manera:

“respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes,

¹⁵ Este decreto tiene como objetivo determinar cuales serán las características de los servicios de salud sexual y reproductiva creados por la ley y que deberán ser implementados por los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.” (Domínguez, Matioli, Sosa, 2011:28)

El decreto plantea también que los servicios deben informar, asesorar y orientar en materia de derechos en SSR sobre:

- Sexualidad responsable y placentera
- Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, reversibles e irreversibles
- Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Prevención de enfermedades de origen reproductivo
- Prevención de morbilidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio
- Crear condiciones para que el parto institucional sea humanizado
- Promover la participación de parejas u otras personas a elección de la mujer, en el parto y post parto
- Prevención de la violencia física, psicológica y sexual
- Atención de aborto

En este sentido, la Ley N° 18.335 (2008) en su artículo N° 2 referida a pacientes y usuarios de la salud, plantea:

“Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica (...).” (Ley N° 18.335, 2008: art. 2)

En este período, el MSP elaboró una serie de guías clínicas que regulan la implementación de los servicios de SSR, una de las cuales refiere al abordaje de la SSR en personas con discapacidad¹⁶. En esta el MSP¹⁷ plantea que a pesar de la promulgación de la Ley N° 18.426 (2008), existe un núcleo de la población más vulnerable que no accede en igualdad de condiciones a las prestaciones de salud a la que tienen derecho. También

¹⁶ Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Abordaje de la salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad. Octubre 2012.

¹⁷ Ministerio de Salud Pública.

sostiene que lo que se busca es sensibilizar a los equipos de salud, avanzar en la conceptualización de este tema, promover una atención diferencial ante situaciones que requieren adecuaciones de accesibilidad, a la vez que avanzar derribando barreras actitudinales que se presentan en los servicios de salud ante las personas con discapacidad.

Por otro lado, el CIPD también hace referencia a la discapacidad y a los DDSS¹⁸ y DDDR¹⁹:

“Los gobiernos deberán examinar (...) las necesidades de las personas con discapacidad en sus aspectos éticos y derechos humanos. Deben reconocer las necesidades relativas, entre otras cosas, a la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual (...). Así mismo debe eliminar las formas concretas de discriminación de las que puedan ser objeto (...) en relación con los derechos reproductivos, la formación de hogares y familias (...).” (CIPD, 1994:104)

Retomando la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), también cubre algunos aspectos en cuanto a SSR:

En el artículo N° 23 respecto del hogar y de la familia, plantea que los Estados parte deben tomar medidas efectivas contra la discriminación de las personas con discapacidad en cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, esto con el fin de asegurar: su derecho a contraer matrimonio, a fundar una familia, a decidir libremente y de forma responsable el número de hijos y el tiempo entre un nacimiento y otro, a tener acceso a la información y educación sobre reproducción y planificación familiar acorde a la edad, agrega además que se debe mantener la fertilidad de las personas con discapacidad y ofrecer los medios necesarios para que se cumplan estos derechos.

En su artículo n° 25 inciso a, referido a la salud, plantea que los Estados Parte:

“Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y

¹⁸ Derechos sexuales.

¹⁹ Derechos reproductivos.

programas de salud pública dirigidos a la población”. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006:19)

Cuando Uruguay ratifica la Convención, en el artículo N° 5 referido a igualdad y no discriminación plantea que:

“Es importante señalar que para promover la igualdad y eliminar la discriminación (...) ha adoptado, a través de Pronadis, varias medidas pertinentes para (...) garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Entre ellos se destacan: (...) Actividades de sensibilización, formación y difusión para la accesibilidad de mujeres con discapacidad en los servicios de salud sexual y reproductiva (...)”. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; art.5)

Mientras que el artículo N° 6 que hace referencia a las mujeres con discapacidad, plantea que dentro de PRONADIS²⁰ se creó el área de Discapacidad y Género, con el fin de incorporar a todas las acciones la perspectiva de género. Para esto se adoptan medidas que junto a la sociedad civil buscan el cumplimiento de los derechos humanos, a través de por ejemplo: capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad.

²⁰ El artículo n° 256 de la Ley N° 18.172 (2007), creó el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), el cual funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). El mismo tiene como objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, entendiendo que a través de la capacitación de estas se puede lograr su inclusión social. (Página de Pronadis)

2.3 Unidad de Salud para Personas Sordas (USS)

“Cuando iba al médico nunca entendía nada, siempre era un fantasma, iba mi madre, mi padre o algún familiar, me tocaban, hablaban de mí, y yo nunca sabía nada”
(Usuario de la USS)

La Unidad de Salud para personas sordas (USS), comienza a funcionar en el año 2012, a partir de intercambios realizados con Francia, en donde se implementa un modelo específico de atención para personas sordas. Obviamente que ese modelo debió adaptarse al contexto social, político y normativo de Uruguay así como también a la comunidad sorda y al sistema de salud. Se trabaja en la construcción de un espacio bilingüe y bi-cultural: español-lengua de señas uruguaya (LSU) - oyentes y sordos.

Cabe destacar que la USS es una conquista de la Comunidad Sorda (FENASUR)²¹ y el convenio con MIDES-PRONADIS, Intendencia de Montevideo (IM) y ASSE²² (Servicio Externo de Salud del Estado).

La Unidad se encuentra ubicada en la Policlínica Municipal “Luisa Tiraparé²³” (Montevideo) y funciona como único Centro de Referencia del país, por lo cual los usuarios que acceden mayoritariamente son de la capital aunque algunos provienen de departamentos cercanos, como San José y Canelones. Es por tanto que la USS al no poder dar respuesta a otros puntos del país ha sido referente a nivel nacional.

Además realiza atención en la policlínica dos veces por semana con un aproximado de diez horas semanales. A lo cual se le debe sumar las horas destinadas a interconsultas, derivaciones, todas estas instancias con interpretación.

²¹ Federación Nacional de Sordos del Uruguay.

²² Administración de los Servicios de Salud del Estado

²³ La Policlínica Luisa Tiraparé, se encuentra ubicada en Montevideo, zona Centro: Avenida Uruguay (entre Arenal Grande y Daniel Fernández Crespo) N° 1936. El teléfono es: 1950 8522 y funciona de lunes a viernes de 7:30hs a 17:30hs.

Es importante plantear que la misma se encuentra conformada por los siguientes técnicos:

- Un mediador sordo
- Dos Licenciadas en Psicología
- Una Licenciada en Trabajo Social
- Cuatro Intérpretes de LSU

El Sistema de Atención a la Salud en el Uruguay se organiza estructuralmente en niveles de atención (primero, segundo y tercero). Los mismos se crean con el objetivo de alcanzar una mayor cobertura de la población y garantizar la organización de los recursos. Es así, que la USS se enmarca dentro del Primer Nivel de Salud, el cual se basa en la promoción de salud y prevención de enfermedades dentro del ámbito comunitario.

“En el Primer Nivel de atención se encuentran los centros de asistencia llamados comúnmente Policlínicas o Centros de Salud. Este nivel está orientado a la resolución de necesidades de atención básicas y más frecuentes que pueden ser resueltas, muchas veces, con actividades de promoción y prevención de la salud. En este nivel se realizan consultas de diferentes especialidades que pueden variar dependiendo de cada centro. (...). Es la base del sistema de salud con baja complejidad intensiva (tecnológica) y alta complejidad extensiva (equipo interdisciplinario). (...) pose estructuras organizativas para brindar asistencia a individuos grupos y familias.” (Coloquio Francolatinoamericano de Investigación sobre Discapacidad, 2014:3)

CAPITULO 3

Maternidad Esperada

Si bien la maternidad es pensada y atribuida principalmente a términos biológicos, en el presente documento se le conceptualizará desde una perspectiva socio-histórico-cultural, lo cual no significa negar el aspecto biológico de la misma.

Es por esto que se cree importante en este capítulo, realizar en primer lugar un breve recorrido acerca de los diferentes significados que ha adquirido la maternidad en diferentes momentos históricos; para luego detenernos específicamente en la categoría maternidad como construcción socio-cultural.

3.1 La maternidad en la historia

Tomando a Badinter (1981), la maternidad tal como se concibe en nuestras sociedades ha sido producto de un largo proceso histórico y socio-cultural, sustentado principalmente en la vinculación de la maternidad con la infancia y su significación en lo que tiene que ver con el cuidado y el apego.

Siguiendo con esta línea de pensamiento Knibiehler (2000), plantea que en occidente se pueden evidenciar varios momentos históricos respecto a la maternidad y su significado:

En primer lugar, plantea que en la antigüedad la maternidad solo estaba presente en la mitología. Siendo el papel fundamental de la mujer el de la procreación con el fin de garantizar la descendencia familiar y como forma de compensar la elevada mortalidad infantil existente en esta época.

En el siglo XVII, el autor antes mencionado, plantea que surge el término “maternitas” utilizado para reconocer la función de la iglesia como una especie de maternidad espiritual. A partir de lo cual el papel educativo de la madre fue adquiriendo forma. Esto lleva a que durante el período de la Ilustración comience a tomar importancia el modelo de la “buena madre”, que aunque sumisa ante su esposo era valorada por la

crianza de sus hijos. Se creía además que la maternidad era necesaria para que la mujer adquiriera valor.

A fines de 1760, se da un quiebre significativo, ya que comienza a darse valor a la supervivencia de los niños, principalmente en sus primeros años de vida; por lo que se plantea que las madres deben ocuparse personalmente del cuidado y crianza de sus hijos. Además aparecen el amor e instinto maternal como cualidades incuestionables en las mujeres.

“En el último tercio del siglo XVIII se produce una especie de revolución de las mentalidades. La imagen de la madre, de su función y de su importancia, sufre un cambio radical. (...) Se crea a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran un mito: el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre por su hijo. Promoción de ese sentimiento y de la mujer en tanto madre.” (Badinter, 1981:117, 118)

Con el desarrollo industrial a fines del siglo XIX, los padres debieron alejarse de su vida familiar, de esta manera la madre (sin la carga del trabajo productivo), debía ocuparse del trabajo doméstico y de la educación de sus hijos. La vida familiar pasa a ser controlada por las mujeres: dar a luz, cambiar pañales, educar y cuidar a los hijos se convirtió en una manera de ganar importancia a nivel social. Sin embargo, en los sectores más pobres las mujeres debieron salir a trabajar fuera del hogar por lo que perdían el prestigioso lugar de ser “buenas madres”. Es así que las condiciones de estas mujeres, llevaron a una lucha que a través de varias reivindicaciones lograron obtener el derecho a la licencia por maternidad.

Vemos entonces que:

“Los grandes cambios económicos y sociales, el ingreso de las madres a la esfera pública, y la formulación de ciertas reivindicaciones femeninas, permitió afirmar la dimensión social de la función materna”. (Oberman, 2004:125)

Tomando a Lagarde (2013), en lo que refiere al siglo XX, plantea que los cambios producidos con respecto a la demografía promovieron políticas de natalidad. Por lo que la maternidad comenzó a ser vista como obligación, lo cual llevó a que se generen medidas que condenaron la anticoncepción y el aborto. Agrega que estas transformaciones situaron a las mujeres en una disyuntiva, producto de la construcción de los lugares asignados

tradicionalmente al género femenino y masculino²⁴: ¿cuidar a los otros o lograr su desarrollo personal? Es entonces cuando diferentes movimientos de mujeres comienzan a cuestionar ese modelo instaurado específicamente en lo que tiene que ver con el matrimonio, la igualdad entre mujeres y varones, la sexualidad, el cuidado de los hijos y posteriormente la propia maternidad.

Finalmente, en lo que refiere a la maternidad en el siglo XXI:

“(…) mantiene el orden social heterosexual y legitima la “esencia” femenina que completa a las mujeres. Es una construcción cultural multideterminada que se organiza a través de normas. Éstas se establecen de acuerdo a las necesidades de los grupos sociales y se enmarcan en una época definida de su historia.” (Molina, 2014: 5)

3.2 Maternidad como construcción socio-cultural

De esta manera y partiendo de lo planteado en el punto anterior de la presente monografía, vemos que la historia ha situado a la maternidad de diferentes formas. Esto evidencia que como parte de una cultura no se trata únicamente de un hecho natural o biológico, sino que es un concepto que ha variado a lo largo del tiempo. Sin embargo, la misma siempre ha sido definida en torno a un discurso que naturaliza la función materna. Esta naturalización se funda a través de distintas prácticas socio-culturales vinculadas principalmente a estereotipos de género, a través de los cuales las diversas culturas y sociedades atribuyen formas de ser hombre y de ser mujer generando así lo que se conoce como “roles de género”.

“El género como categoría de análisis, permite conocer complejos procesos sociales para explicar cómo se estructuran y expresan los ámbitos de lo femenino y lo masculino y cuáles son los símbolos y características que los definen y representan como construcciones culturales opuestas y simétricas.” (Quezada, 1996: 21)

²⁴ En el próximo punto del presente capítulo se hará referencia a la categoría de género y a cómo esta influye en la construcción social de la maternidad.

Tubert (1991), plantea que género asigna al sujeto un lugar en la sociedad y que a dicho lugar le corresponde un determinado papel, produciendo el efecto de un orden dado, fijo e inmutable. Plantea también que es el discurso de género el que hace posible la identificación del sujeto con un papel social y no a la inversa. Es decir, el discurso de género preexiste al sujeto, a quien le es asignado un lugar de antemano. De esta manera se evidencia que las diferentes conductas, actividades y funciones de las mujeres y los hombres son culturalmente construidas, más que biológicamente determinadas.

Entre esos roles socialmente asignados, se encuentra en un lugar preponderante, el desempeño de las mujeres como madres. Este imaginario lleva a que en nuestra cultura contemporánea la maternidad sea pensada principalmente desde lo afectivo como innato a la capacidad reproductiva de la mujer. En este sentido Badinter plantea que:

“Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal como instinto, creemos que se trata de un comportamiento arraigado a la naturaleza de la mujer cualquiera sean el tiempo y el espacio que la rodean. Creemos que al convertirse en madre la mujer encuentra en ella misma todas las respuestas a su nueva condición. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que solo espera la oportunidad de ejercerse. Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada.” (Badinter, 1981:12)

Esta figura fuertemente idealizada de la mujer madre, trae a su vez aparejada una serie de calificaciones que reflejan claramente el valor de la maternidad en nuestra sociedad, la buena o mala madre, el amor e instinto maternal, la realización plena de las mujeres a través de su ejercicio, el amor infinito. Esto se traduce en que para la mayoría de las mujeres lo esperable e incluso deseable sea ser madres, como si el concepto mujer y madre no pudieran separarse. Se ha creado un imaginario social tan fuerte en torno a este concepto, que incluso determina y acepta cierto “ideal de madre”, por lo que la mujer se enfrenta de forma permanente a esa exigencia que cuestiona su capacidad como mujer y como madre.

“Los criterios normativos sobre la maternidad hacen recaer la responsabilidad del bienestar del hijo sobre la mujer y dan recetas para el comportamiento maternal.” (Lamas, 2001:14).

Palomar (2007), plantea que a su vez, ese mandato social de buenas madres produce el fenómeno de las malas madres, con lo cual se refiere a aquellas mujeres que no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y que son estigmatizadas y señaladas ya que contradicen la supuesta naturaleza de todas las mujeres, la de desear ser madres y además la de saber hacerlo bien.

Esto demuestra que el valor simbólico de la maternidad para una sociedad, se encuentra ligado a la conceptualización que esa cultura entiende acerca de lo que representa ser hombre o mujer en un momento histórico específico.

A partir de lo antes mencionado, surgen como interrogantes: ¿Qué es lo que sucede cuando la madre es sorda? ¿Afloran los prejuicios y concepciones en torno a la maternidad construidos social y culturalmente? ¿Cómo se sienten y viven la maternidad las mujeres sordas?

CAPITULO 4

Puesta en escena

El presente y último capítulo tiene por finalidad presentar lo recuperado a través del trabajo de campo, tomando en una primera instancia los discursos de los diferentes técnicos de la USS entrevistados y en una segunda instancia los discursos de las madres sordas²⁵; para de esta manera tratar de responder las interrogantes planteadas en el punto anterior, las cuales se relacionan con los objetivos perseguidos por la investigación. Para esto se hará necesario reflexionar sobre lo presentado en los capítulos anteriores, centrándonos en los aportes más relevantes que surgieron en las entrevistas. Por lo tanto lo central en este capítulo aparece a través de la voz de los propios actores.

4.1 La voz de los actores institucionales

Es importante mencionar en primer lugar que se realizaron entrevistas a los siguientes referentes institucionales:

- Mediador sordo
- Intérprete en LSU
- Trabajadora Social
- Psicóloga²⁶

Las preguntas estaban orientadas a recabar información sobre los siguientes temas:

- Concepción sobre discapacidad y sordera
- Discapacidad y Salud sexual y reproductiva
- Discapacidad y maternidad: abordaje des la USS

²⁵ Cabe mencionar que la transcripción de las entrevistas realizadas se presentan en un CD, adjunto a la presente monografía.

²⁶ Cabe agregar que se intentó coordinar entrevista con la ginecóloga de la Policlínica, que si bien no forma parte de la USS, es quien lleva adelante los controles de las madres sordas, lo cual no pudo concretarse por causas particulares de la misma.

Concepción sobre discapacidad y sordera

Con respecto a la concepción sobre discapacidad, podemos ver a través de los discursos de los/as referentes de la USS entrevistados, que aparece como común denominador el reconocimiento de la misma como construcción social:

Reconocer la discapacidad y por tanto la sordera desde esta perspectiva, implica como vimos en el primer capítulo de la presente monografía, apartarla del terreno de la deficiencia y pensarla como un problema socialmente creado y principalmente como la cuestión de la plena integración de las personas a la sociedad. Por tanto, se está reconociendo que el manejo del problema exige de la acción social, por lo que es responsabilidad colectiva de la sociedad en su conjunto hacer las modificaciones necesarias para la plena participación de las personas con discapacidad y por ende de las personas sordas en todas las áreas de la vida social. Sostienen que el problema es de actitudes e ideológico; por lo que requiere un cambio social.

Se evidencia que desde la USS se entiende a la discapacidad no como una construcción del cuerpo, meramente biológico, sino como producto de la construcción social. Manifiestan que se pretende romper con el paradigma médico hegemónico, que plantea a la discapacidad como una anormalidad que debe ser corregida para reparar lo diferente. La discapacidad y por lo tanto la sordera no son abordadas desde la visión trágica a partir de conceptos tales como defecto, enfermedad, minusvalía, no se las define a partir de la deficiencia.

“Se trabaja desde una perspectiva social y comunitaria, enfocándonos en un abordaje que favorece el empoderamiento de la comunidad sorda, pasando de ser objeto de la salud a sujetos de derecho”. (Trabajadora Social USS)

Es importante destacar que todos/as los/as entrevistados/as se refieren a personas sordas y los identifican como miembros de una comunidad. De esta manera se las está reconociendo en primer lugar como sujetos de derecho, pero también como portadores de una lengua, cultura e identidad propias, y es justamente este reconocimiento el que les genera sentido de pertenencia; de lo contrario, se estaría negando esa identidad.

Manifiestan que cuando llega un/una usuario sordo/a a la USS, no se atiende su sordera, sino que se hace un abordaje integral que contempla su situación física, psicológica y social; lo cual marca un punto de inflexión con respecto a la atención de las personas sordas en otras instituciones, en donde generalmente la sordera es el punto de partida y el centro de la intervención.

A partir de la creación de la USS, lo que se busca es generar nuevas estrategias de atención específicas para el trabajo con las/os usuarios sordos reconociendo el contexto social, sus demandas y necesidades, priorizando el derecho a conocer el propio cuerpo, entendiéndolo y apropiándose de él en su propia lengua. Refieren a la Unidad como un lugar en el que las personas sordas que se atienden allí encuentran un espacio en el cual comunicar, manifestar, reivindicar y reclamar sus derechos. En este sentido una de las personas entrevistadas manifiesta que:

“Desde la experiencia observamos que este espacio bi-cultural en salud y con un equipo bilingüe de profesionales ha promovido el empoderamiento de la comunidad sorda en la salud. Los sordos participantes de este proyecto pasaron de ser objetos de la salud a ser sujetos de derecho. Este cambio lleva de la mano a la concientización por parte de esta población del reconocimiento de otros derechos básicos y fundamentales como los derechos sociales, civiles y políticos (...).”(Trabajadora Social)

Discapacidad y salud sexual y reproductiva:

Como vimos en el capítulo dos de la presente investigación, a partir del año 1996 Uruguay inicia el camino de implementación de ciertos programas y servicios en materia de salud sexual y reproductiva que trascienden la salud materno-infantil e incluyen otras necesidades y derechos en la salud de las mujeres. Sin embargo, esto llevó a preguntarnos: ¿Los derechos sexuales y reproductivos son pensados para las mujeres con discapacidad?

Con respecto a este tema, aparecen en los discursos de los/as entrevistados/as algunos puntos centrales:

En primer lugar, plantean que en los últimos años ha habido en Uruguay cambios significativos con respecto a este tema, como lo son, la introducción de la perspectiva

inclusiva e integral a través de por ejemplo el reconocimiento de la diversidad sexual y el derecho al aborto. A lo que agregan que a pesar de dichos cambios, las personas con discapacidad y por tanto las mujeres sordas, no han logrado aún acceder a esos derechos en igualdad de condiciones.

A partir del reconocimiento de la discapacidad como construcción social, plantean que las mujeres sordas a la hora de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos se enfrentan a diferentes barreras sociales, sobre todo hacen referencia a barreras actitudinales. Barreras actitudinales que según sus discursos se generan a partir de: prejuicios, mitos, estereotipos y falta de conocimiento sobre los derechos de las personas con discapacidad, lo cual repercute fuertemente en los criterios de atención de los servicios de salud en general. Esto se aleja notoriamente de lo que se pretende desde la USS.

“Falta lo actitudinal, falta que las personas puedan entender el nuevo paradigma de la discapacidad, que puedan ver a las personas con discapacidad como personas productivas que pueden aportar a la vida social, económica, cultural del país que eso todavía cuesta mucho. (...) si bien hay avances en términos generales falta mucho, hay que trabajar mucho en los derechos de las personas con discapacidad, en general no solo del derecho a la salud sexual y reproductiva.” (Intérprete en LSU)

Reconocen por tanto la salud sexual y reproductiva como un derecho de toda persona, sin importar si tienen o no discapacidad. Agregan sin embargo, que dependiendo el tipo de discapacidad las barreras que pone la sociedad se van a manifestar de diferente manera. Esto por ejemplo en el caso de las mujeres que presentan discapacidad física ya que la misma se hace visible de forma inmediata a los ojos de la sociedad.

Sordera y maternidad: abordaje desde la USS

Con respecto a este tema, las personas entrevistadas reconocen en primer lugar, ciertos prejuicios que influyen fuertemente en la creencia de que discapacidad y maternidad no pueden ser compatibles:

- **La concepción que tiene la sociedad en general acerca de la discapacidad**

Se hace referencia a que la construcción social de la discapacidad lleva a que la misma sea vista como algo negativo, esto vinculado al fuerte peso que ejerce el modelo médico hegemónico, a partir del cual se la define como una deficiencia a la cual hay que corregir para llevarla a los parámetros establecidos y aceptados socialmente. Sostienen que es a partir de lo antes mencionado que se generan ciertos mitos y prejuicios en torno a las personas con discapacidad y específicamente en torno a las mujeres sordas, como por ejemplo el hecho de que sean reconocidas como seres asexuados y se las trate como niñas eternas. También se resaltan que esos prejuicios hacen que generalmente la familia de la persona con discapacidad, de la mujer sorda, las trate de proteger diciendo que el amor, la sexualidad y por tanto la maternidad no pueden ser parte de sus vidas.

- **No educación sexual de las mujeres con discapacidad:**

Se plantea que al pensar a las mujeres con discapacidad como niñas eternas e infantilizadas, no se piensa en su derecho a ejercer en igualdad de condiciones con el resto de las mujeres su vida sexual. Se trabaja desde diferentes ámbitos (familiar, institucional e incluso político), para integrarlas a la educación y a la vida laboral, pero no se las prepara para la sexualidad, la reproducción, la anticoncepción, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros aspectos que hacen a la salud sexual y reproductiva. Con respecto a este tema, también surge en las entrevistas, que las mujeres sordas y las mujeres con discapacidad en general, no acceden en igualdad de condiciones a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto se debe a que no se las piensa como sujetos de derecho, lo cual se traduce en que estos servicios no estén debidamente adaptados para atender a las mujeres en su diversidad.

“El problema es serio porque obviamente la mujer sigue sufriendo, (...) sigue sufriendo discriminación y está relegada en muchos aspectos y eso en las mujeres con discapacidad se ve exacerbado por varias razones. Primero porque la mujer con discapacidad se la infantiliza y muchas veces la propia familia tiende a verla como una niña que no crece, entonces difícilmente le puedan reconocer el derecho a la sexualidad y el proceso madurativo y evolutivo, el acceso a la sexualidad, al encuentro con el otro, a una vida en pareja. Y después es el cuestionamiento, (...) el cuestionamiento de la mujer con discapacidad embarazada, de la mujer con discapacidad cuando decide tener un hijo, el cuestionamiento a veces médico y también de la familia y del entorno, con que si va a poder con eso, si a va a poder permanecer con su hijo y esto puede ser totalmente violento”.
(Intérprete en LSU)

Del análisis de las entrevistas se pudo ver que desde la USS, pese a los prejuicios construidos y sustentados cultural y socialmente en torno a este tema, se promueve la maternidad en la vida de las mujeres sordas:

“(...) en tanto la mujer pueda ser libre de sus actos, tomar decisiones responsables y conocer sus derechos en relación a lo que puede decir que sí, a lo que puede decir que no, a lo que quiere proyectar con la vida, estamos apoyando la trayectoria vital como la de cualquier ciudadano (...) es un discurso de derechos humanos, donde como tantos, el derecho a la maternidad en términos de responsabilidad está consagrado (...)”.
(Trabajadora Social)

Esto evidencia que en lo que respecta a las mujeres sordas que se atienden en la USS, se busca romper con estas premisas, se trabaja desde la educación y el respeto a la diversidad, para que la mujer pueda empoderarse y tomar decisiones libres, responsables y seguras en cualquier ámbito de la vida social.

Se ha evidenciado por parte de los/as referentes de la Unidad grandes inquietudes por parte de las mujeres sordas en lo que refiere a salud sexual y reproductiva. A partir de lo cual se vienen realizando una serie de actividades que buscan atender esta demanda, como por ejemplo: realización de talleres sobre educación sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, embarazo; en coordinación de técnicos, mediador sordo e intérprete. Agregan que la participación en los mismos ha sido muy importante. Esto habla del reconocimiento de los usuarios/as más allá de sus especificidades.

“Las mujeres sordas se acercan a la Unidad, se sienten seguras, no tienen miedo de preguntar. Quieren saber y la presencia de los intérpretes hace que se sientan cómodas. Acá no pasa que el técnico o el médico no las entienda y si el médico no entiende está el mediador y eso hace que se sientan parte de este lugar, les crea sentido de pertenencia, nadie se va a burlar de ellas, se las va respetar siempre y eso no pasa por el hecho de ser sordas (...) se trata de un derecho (...).” (Intérprete en LSU)

Desde la Unidad, se tomó la decisión de que cada técnica aborde una temática específica, esto con el fin de brindar una atención de mayor y mejor calidad. En lo que respecta al tema de la maternidad, si bien todos/as los/as referentes trabajan la temática; es una de las psicólogas quien coordina todo lo referido a la misma, principalmente con otras instituciones.

De esta manera, se comenzó una línea de trabajo con Uruguay Crece Contigo, a través de lo cual se busca que las personas sordas y en este caso las madres sordas, lleguen a los programas que fueron creados para mujeres embarazadas o con hijos/as pequeños/as, más allá de la deficiencia. Actualmente se están derivando a este programa varias situaciones de madres sordas.

Además, se trabaja en coordinación permanente con otras áreas de la salud como son: pediatría, nutricionista, enfermería, médico general, diabetólogo, ginecóloga y odontólogo, entre otras coordinaciones tanto internas como externas.

“Se coordina el acompañamiento, siempre que la mamá quiera; con la ginecóloga de la policlínica o quien siga el control del embarazo (...). Muchas veces también se coordina con las madres una visita a las salas de nacer antes del parto para que conozcan, pero no siempre están interesadas. Los recursos desde la policlínica se brindan pero la realidad es que muchas veces las mujeres sordas no están a fin de utilizarlos”.

Por otro lado, es importante mencionar que el acompañamiento y controles del embarazo se realizan desde la USS, pero todo lo que tiene que ver con el momento del parto se da en otras instituciones. La mayoría de las mujeres sordas embarazadas dan a luz

en el Hospital Pereira Rosell, es por esto que se busca trabajar en conjunto con dicho centro.

Uno de los principales objetivos que persigue este trabajo conjunto, es el de garantizar la presencia de un intérprete en lengua de señas uruguaya de la Unidad, antes, durante y después del parto siempre que el acompañamiento de el embarazo se haya hecho desde la Unidad; ya que en el hospital no cuentan con intérpretes ni mediador sordo; aunque muchas veces esto hace que la USS sea confundida como servicio de intérpretes y esa no es su finalidad. Pese a esto manifiestan que siempre que hay una situación referida a una madre sorda, desde el Pereira Rosell se les comunica, aunque no siempre pueden responder por falta de recursos humanos y económicos.

“Generalmente desde el Banco de Leche Humana, siempre que hay una mamá sorda se comunican con nosotros, pero la decisión es de la mamá”. (Psicóloga USS)

Afirman que actualmente la USS se encuentra transitando una etapa en la cual se están tratando de abordar varias problemáticas que atañen al tema de las mujeres sordas y la maternidad. Problemas que se ven reflejados principalmente en el ámbito institucional, que tiene que ver con que en los centros de salud en general, no se tienen en cuenta los deseos de estas mujeres, por lo cual no se las reconoce como personas sujetos de derecho, autónomas, capaces de decidir libremente sobre distintos aspectos de su vida.

“Se busca hacer más pero a veces la mamá no lo acepta, o a veces tiene que ver con falta de recursos y tiempo, igualmente siempre se trata de estar antes de que la madre se retire del Hospital, para que se vaya con toda la información clara”. (Psicóloga USS)

“(…) no se escucha la voz, lo digo así de forma metafórica, a propósito, como decir no se ven las señas de las madres sordas, la expresión de sus deseos. O sea la violencia institucional a la que son sometidas. Esto significa cuando en los centros de salud se les ligan las trompas sin la autorización adecuad, cuando se les realizan controles sin intérprete. Los abusos que hay sobre las mujeres que desean o no desean ser madres (...) el mayor de los problemas es la violencia institucional que hay desde las instituciones de salud sobre las mujeres sordas (...)”. (Trabajadora Social USS)

Con respecto a este tema reconocen que aún queda mucho por hacer desde la Unidad pero también desde el resto de las instituciones prestadoras de salud.

“(…) cuando comienza a funcionar la Unidad hace cuatro años, se comienzan a generar muchos movimientos y hay muchas conquistas (…) son absolutamente insuficientes, tenemos que ir por más (…) somos un equipo muy chico con muy pocos recursos, mucho de nuestro trabajo es absolutamente militante y exigimos a las instituciones lo que corresponde (…) hablamos de derechos humanos.” (Trabajadora Social USS)

4.2 La maternidad sentida

Cabe destacar que se optó por realizar entrevistas en profundidad a cuatro madres, con el fin de obtener información directa del escenario, situación y realidad vivida en torno a la maternidad por cada una de ellas. Para esto se elaboró una guía de preguntas semiestructuradas con el objetivo de recoger información acerca de los siguientes puntos:

- Educación en salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, etc.)
- Significado de la maternidad (piensan que la han afrontado como cualquier mujer, fortalezas/ debilidades)
- Fortalezas y debilidades de atención médica. Atención en la USS.
- Mirada social / familiar

Cabe agregar que las entrevistas se llevaron a cabo en la USS y la selección de las madres se realizó con el apoyo de la Trabajadora Social de la misma, siguiendo los criterios planteados cuando presentamos la metodología de la presente investigación. Además se contó con el consentimiento de las madres para acceder a las entrevistas, las cuales se realizaron en LSU a través de la presencia de una intérprete conocida de la estudiante. Con el fin de optimizar la información obtenida, las entrevistas fueron registradas en audio y luego se transcribieron.

Del análisis de las entrevistas, podemos plantear los siguientes puntos significativos:

Con respecto a recibir información específica acerca de salud sexual y reproductiva, todas las entrevistadas plantean haber recibido información al respecto, ya sea por parte de algún familiar, centros de estudio o médicos y/o técnicos de la salud. Pese a lo cual afirman que debido a que los medios de comunicación no fueron los adecuados, algunas veces la información recibida fue errónea o no lograron entenderla. Generalmente han consultado dudas luego de haber sido madres.

Los derechos sexuales y reproductivos hacen referencia, como vimos en puntos anteriores, al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables acerca de su sexualidad y vida reproductiva, por lo tanto si se niega la información y no se brinda una comunicación efectiva no se está respetando este derecho en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

Reconocen que desde que funciona la USS, este tipo de inquietudes son tenidas en cuenta ya que les brindan información de manera segura debido a que los propios técnicos manejan LSU, así como también existen el mediador sordo e intérpretes en LSU.

“Sí recibí información, el papá de mis hijos me contaba como cuidarme, antes también mi mamá sobre el sexo, que me cuidara, de las enfermedades, de las pastillas anticonceptivas. Pero nunca tomé las pastillas anticonceptivas porque no entendía como eran (...). El doctor que me contaba era de la Policlínica de Piedras Blancas, no había intérprete pero mi hermano iba conmigo y era el intérprete”. (Persona entrevistada n° 2)

El acceso a la información aparece en sus discursos como una de las principales barreras a las que se enfrentan las madres sordas. Lo cual repercute notoriamente en la vida sexual y reproductiva de estas mujeres.

“En la USS, me explicaron como cuidarme, el condón. El intérprete me dio información y era todo diferente a lo que sabía. También en el liceo cuando estudiaba, me daban información del uso del condón, de las enfermedades, de todo, del embarazo. Mucha información diferente de cómo cuidar, de cómo cuidarme yo y a mis hijos (...). Ahora acá entiendo”. (Persona entrevistada n° 1)

Afirman que la mayoría de los organismos de la salud no cuentan con personal capacitado para atender de forma adecuada a las personas sordas (esto con respecto a sus primeros embarazos, los cuales no fueron atendidos en la USS). Esto se ha traducido en dificultades de comunicación principalmente debido a la falta de intérpretes en dichas instituciones, lo cual dificulta el acceso de las mujeres sordas a consultas y controles ginecológicos, así como también hace que presenten dificultades a la hora de conocer y utilizar recursos en cuanto a la planificación familiar, información sobre sexualidad, reproducción e incluso sobre maternidad, así como también hace que sus opiniones no sean tenidas en cuenta.

“Era feo cuando el médico hablaba sobre mí y se dirigía a mi pareja o acompañante (...)”.
(Persona entrevistada n° 4)

“No me gustó porque en el trabajo de parto y antes también no entendía, no tenía intérprete. No entendía que estaba pasando y qué hacer (...)”. (Persona entrevistada n° 3)

Con respecto al ejercicio de la maternidad afirman que han vivido y viven momentos comunes al del resto de las madres, viven la maternidad sin miedos, incluso manifiestan que no les asusta que sus hijos puedan heredar la sordera. Esto último se debe justamente a la autopercepción que han ido adquiriendo de sí mismas y a que se perciben como una comunidad con una forma diferente de comunicación y no más que esto. Desde el momento de afrontar la maternidad han necesitado y necesitan como el resto de las mujeres contención, apoyo, alguien que les explique, les informe, las oriente. Aseguran que la maternidad implica para cualquier mujer, tenga o no algún tipo de discapacidad; desafíos, transformaciones, dificultades y dudas.

“El embarazo es igual, es lo mismo que en las otras mujeres. Pero la información cambia, porque no te dicen y no entendés”. (Persona entrevista n° 1)

“Nunca tuve miedo, mis tres hijos son oyentes. Estoy acostumbrada porque toda mi familia es oyente, yo soy la única sorda (...)”. (Persona entrevistada n° 1)

Se puede ver que para estas madres la sordera en sí misma no se presenta como una dificultad para desarrollar con total normalidad su vida, una vida como la de cualquier persona. Incluso no la ven como una dificultad a la hora de ejercer la maternidad, ya que por ejemplo sus hijos adquieren fácilmente la lengua de señas. Sí plantean que se torna una dificultad en el encuentro con el entorno, con otro normal, por ejemplo cuando llevan a sus hijos a la escuela y se les torna difícil poder comunicarse con otras madres o con la maestra, cuando van a un quiosco y no las entienden, o en otros ámbitos comunes de la vida cotidiana. Vemos entonces, que el ojo social aparece presente en estos ámbitos, cuestionando a partir de los prejuicios y generando determinados discursos a partir de los cuales se va definiendo qué puede o no hacer una mujer sorda. A su vez, esta concepción desvalorizada de estas mujeres refuerza algunas veces ciertas actitudes y conductas de sobreprotección familiar hacia ellas.

“Lo ven como algo diferente, por la forma de comunicación. Cuando me comunico con mis hijos con lengua de señas veo como las madres y las personas en la escuela me miran y no me entienden. No entienden cómo me comunico, cómo los niños hablan y yo no. (...). Las personas ven que en realidad ellos hablan pero conmigo se comunican en lengua de señas, que es diferente, entonces me ven como diferente porque ven que ellos hablan y a la vez utilizan lengua de señas (...).” (Persona entrevistada nº 1)

“Al principio mi madre no quería que me fuera de casa, no quería que tuviera hijos. Después se acostumbró”. (Persona entrevistada nº 3)

“(...) No pensaba en tener porque a mi madre le daba miedo, me decía que no tuviera novio porque podían ser malos conmigo, ella no quería al principio que me fuera de casa y que quedara embarazada. Después se acostumbró.” (Persona entrevistada nº 1)

Pese a lo mencionado anteriormente, plantean que volverían a ser madres:

“Siempre soñé con ser madre, desde que era niña. Mi familia primero no quería porque tenían miedo de que no pudiera pero yo sabía que iba a poder y pude. Después me apoyaron, porque me entendieron. Me encanta ser madre, siento que hago algo, siempre hay cosas para hacer cuando tenés hijos”. (Persona entrevistada nº 3)

Tal como se planteó en el marco teórico de la presente investigación, se pudo evidenciar a través de las entrevistas, que el entorno, lo que se espera de ellas, van conformando una autopercepción de sí mismas. Con respecto a este punto resalta en la totalidad de los relatos la importancia que juega la familia de origen en su trayectoria vital, ya que cuando existe determinado acompañamiento, apoyo y respeto frente a sus decisiones esto hace que adquieran determinada imagen de sí mismas y le permite tomar decisiones autónomas. El apoyo de su entorno más cercano: amigos, familia, pareja hace que afronten la maternidad con total naturalidad, más allá de sus especificidades.

“Mi familia tenía miedo al principio, después cuando fui creciendo vieron que era normal solo que no escuchaba y ahí entendieron que podía hacer mi vida como a mi me gustaba. Mi madre y mi pareja siempre me apoyaron en los embarazos y me acompañaron cuando me internaron. Yo aprendí mucho de mi mamá. Ahora que los tengo a ellos entiendo el miedo que tenían”. (Persona entrevistada n° 4)

“Ser mamá es muy lindo, siempre quise ser madre. Ahora no me siento sola y no tengo miedo de salir a la calle porque ellos me acompañan y me ayudan cuando no me entienden”. (Persona entrevistada n° 3)

A través de sus relatos se pudo evidenciar, que al igual que el resto de las mujeres, sus historias de vida son heterogéneas, por lo que requieren de una visión no universalista, sino que se trata de analizar y tener en cuenta sus particularidades, reconocerlas en su diversidad. Sus discursos nos demuestran que quieren ser escuchadas, reconocidas y respetadas desde sus diferencias. Tratan de defender el derecho a la maternidad, más allá de todo cuestionamiento.

4.3 Reflexiones Finales

Es importante mencionar que las siguientes reflexiones no tienen carácter de conclusiones. Se busca a partir de las mismas poder dejar una puerta abierta a futuras investigaciones referidas a la temática seleccionada.

A partir de la realización del trabajo de campo, sustentado en las categorías analíticas seleccionadas como marco teórico de la siguiente monografía, surgen como reflexiones en lo que respecta a la maternidad en mujeres sordas usuarias de la USS; los siguientes puntos:

En lo que respecta al ejercicio de la maternidad, si bien a las mujeres en general se les ha atribuido tradicionalmente el rol exclusivo de la maternidad, las mujeres con discapacidad y por lo tanto las mujeres sordas se han visto excluidas en muchas ocasiones de este papel. Esto se sustenta en que la cultura ha creado un imaginario social alrededor de la mujer que ejerce la maternidad: una mujer con características específicas de quien se espera cumpla con este rol de determinada manera. Vemos entonces que al tornarse la maternidad una experiencia sobrecargada de significados sociales, una maternidad sorda rompe con esos parámetros y quiebra la idea de normalidad.

Si bien se evidencian avances que han contribuido a la existencia de mayor cuidado y control de la salud de las personas en todas las etapas de su vida, incluyendo la salud reproductiva; se siguen sosteniendo posturas y discursos que definen el estado deseable para llevar a cabo un embarazo. De esta manera la decisión de la maternidad deja de ser una decisión individual, convirtiéndose en un hecho social, regulado por expectativas sociales acerca de cómo debe ocurrir, las condiciones en que debe darse e incluso quien puede ser idealmente madre. De esta manera cuando hablamos de mujeres sordas comienza un proceso de evaluación a partir del cual se define socialmente si esta mujer cumple las condiciones para ser o no madre. Esto se evidenció en los diferentes relatos de las madres entrevistadas, en donde si bien reconocen que han ejercido este rol con normalidad, plantean que esas dificultades aparecen en el encuentro con el otro, un otro normal. Dificultades derivadas principalmente de los estereotipos que las etiquetan como

inferiores, dependientes y asexuadas, pero también de las condiciones sociales que no consideran sus necesidades particulares y que generalmente limitan su comunicación y acceso a los servicios de salud. El hecho de que la maternidad y la discapacidad sean vistas como incompatibles, se suele ver reflejado en la falta de opciones para acceder a información al respecto y dificulta su acceso a prácticas sexuales y a la reproducción, por lo que muchas veces son cuestionadas cuando se atreven a expresar sus deseos.

Se pudo ver a través de los relatos de las madres entrevistadas que no es su condición física lo que dificulta el ejercicio de la maternidad, sino la falta de oportunidades que la sociedad y su organización les ofrece. En contraposición se observó que el conocimiento de sus derechos, el apoyo de sus parejas, familiares, amigos y técnicos del centro de salud en donde decidan atenderse (en este caso la USS), le brindan la posibilidad de mantenerse seguras en su decisión, desafiando el discurso social que señala su derecho a la maternidad como inaceptable.

Por otro lado, se pudo evidenciar que la USS, funciona como un servicio de salud inclusivo que responde y se adecua a la diversidad y por tanto a las diferencias individuales de las personas sordas. Reconoce como fundamental la percepción de la realidad de las mujeres sordas, lo cual los acerca a comprender cada situación, intentando romper con las prácticas asistencialistas en relación a la discapacidad. Un servicio de salud que comprende a este colectivo como sujetos de derecho, pertenecientes a una comunidad que presenta una cultura propia, con una lengua natural, una lengua generadora de sentido de pertenencia. Se trata por tanto, de un servicio que garantiza a las personas sordas y en este caso a las mujeres sordas el acceso a los servicios y el respeto pleno de sus derechos.

El discurso del personal técnico de la USS con respecto a la maternidad en mujeres sordas, trata de romper con el discurso hegemónico que sustenta la creencia social de que la mujer con discapacidad no tiene autonomía y capacidad para decidir sobre diferentes aspectos de su vida y mucho menos cuidar a otra persona. Técnicos capacitados y LSU.

A pesar de que todo lo anterior constituye un logro importante en tanto que permite destacar la problemática que viven las mujeres y se ocupa de sus necesidades, falta mucho por hacer en cuanto a la formulación de políticas públicas y de programas de atención que abarquen a las mujeres en su diversidad, ya que con frecuencia los proyectos que se ponen

en marcha tanto desde las instancias gubernamentales como desde la sociedad civil dejan fuera a grupos específicos, como es el caso de las mujeres con discapacidad y en este caso las mujeres sordas. Parece que no es importante considerar las características particulares de las mujeres para establecer los criterios de atención a la salud sexual y reproductiva. Esta situación, vinculada a los estereotipos que las señalan como asexuadas, infantilizadas, lleva con frecuencia a las mujeres con discapacidad a enfrentar deficiencias en la calidad de atención y en la cobertura de servicios, lo cual se traduce en una violación a sus derechos. Si bien en los últimos años ha cobrado importancia la necesidad de integrar a este sector de la población a todas las esferas de la vida cotidiana, los proyectos destinados a este fin en nuestro país se han centrado principalmente en establecer programas de atención a su salud y en proporcionar mayores opciones y oportunidades educativas para lograr su integración laboral, dejando de lado el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Se cree que estas premisas: accesibilidad, influencia de los estereotipos sociales, falta de información, falta de políticas que exijan las condiciones que hagan posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones, son claves a la hora de poder mejorar aquellos aspectos que impiden que este colectivo viva su maternidad de forma positiva y plena. Para esto también se hace necesario trabajar para que las personas sordas sean reconocidas por la sociedad en general y por tanto reconocidos sus derechos.

Bibliografía

Angelino, Alfonsina. (2009) *La discapacidad no existe es una invención. De quienes fuimos (somos) en el trabajo y la producción*. Buenos Aires: Noveduc.

Angelino, Alfonsina y Rosato, Ana (2009) *Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Aquín, Nora (2003)

Badinter, Elisabeth (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós/Pomare.

_____ (2010) *La mujer y la madre*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Barton, Len (1998) *Discapacidad y sociedad*. Madrid, España: Morata.

Benvenuto, Andrea (2004) “¿cómo hablar de diferencia en un mundo indiferente?. La sordera de los oyentes cuando hablan de sordos” en *DesEncuentros*, mayo-agosto, (8), pp. 84-97.

_____ (2006) “El sordo y lo inaudito” en *Contextos: Revista de la AFU*, diciembre (4), pp. 89-96.

_____ (2010) *La inclusión a una comunidad de inteligencias. Apuntes para la reflexión a partir del ejemplo de los sordos*. París, Francia.

Blanchet, A. (1989) *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Datos, observación, entrevista, cuestionario*. Madrid, España: Nancea ediciones S.A.

CIF. (2001). “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud”. OMS/OPS/IMSERSO. Madrid, España.

Coloquio Francolatinoamericano de Investigación sobre Discapacidad (2004). Experiencia de la Unidad de Salud Para Personas Sordas en Uruguay. Francia.

Correa Sonia, Petchesky Q. (1995) "Perspectiva Feminista" en Salud, Reconocimiento y Derechos. Coalición Internacional de la Salud de la Mujer. Boston.

Da Cunha, Heber (2012) "Personas con Discapacidad y derechos humanos" en: Hablando de Derechos DESC+A, julio, (14) pp. 15-47.

Dagrón, Jean (2012) *Palabras silenciosas*. Francia: Édition du Crilence.

De Paula Faleiros, Vicente (1992) *Metodología e Ideología del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.

Domínguez, Maria Eugenia, Mattioli, Natalia, Sosa, Fernanada (2011) "Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo. Secretaría para la Gestión Social de la Discapacidad-IM. Uruguay.

Escudero, B. (2010) *El implante coclear y la oralización. Paradojas de la "normalización"*. Monografía de grado. FCS- UdelaR.

Foucault, Michel (2007) *Los Anormales: curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel () *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Argentina: Siglo XIX.

Fraser, N. (2000) "Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento" en *New Left Review*, setiembre, (4). pp. 14- 16.

Kosik, Kosik (1969) *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.

Knibielher, Y. (2000) "Historia de la maternida en Occidente" en C. Palomar, *Maternidad: Historia y Cultura*. Revista La Ventana. Pp 22-67.

Lamas, Marta (2001) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Pueg.

López Gómez, Alejandra, Benia, Wilson, Contera, Myriam, Güida, Carlos (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología- UdelaR. Montevideo, Uruguay: Rosgal S.A.

Míguez, María Noel (1997) *Diferentes culturas en un mismo hogar: Niños sordos con padres sin antecedentes de Discapacidad auditiva*. Monografía de grado. DTS, FCS, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

_____ (2009) *Construcción social de la discapacidad*. Montevideo, Uruguay: Trilce.

Míguez, María Noel y Planel, Anaclara (2012) *Maternidad – Paternidad sorda en un mundo oyente. Subjetividades en Uruguay*. España: Académica Española.

Mitjavila, M. El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo N° 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología, 1998.

Molina Torterolo, Stefanía (2014) *El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres*. Monografía de Grado. Facultad de Psicología, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Moreira, C. (1999) *Salud Reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil*. Conferencia dictada en actividad organizada por MYSU en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. Mujer y Salud en Uruguay.

Oiberman, A. (2004) Historia de las Madres en Occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate* 5, Psicología, Cultura y Sociedad, pp. 115 a 129.

Rosato, Ana y Angelino, Alfonsina (2009) *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Buenos Aires: Noveduc.

Scott, Joan. (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en: Lamas, Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Pueg.

Skliar, Carlos (2003) Seminario: "La Cuestión del Otro y la Preocupación por el Otro". Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos. Secretaría de Capacitación y Post-grado y Proyecto de Extensión de Discapacidad. Brasil.

Stern, F. (2005) "*El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*". Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Taylor. S. J y Bodjan R. (1987). Cap. IV "Entrevista en profundidad". En: "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Barcelona: Paidós.

Travi, Bibiana (2006) *La dimensión Técnico-instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*. Argentina: Espacio.

Tubert. S. (1993) *La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre* en: González de Chávez M. (Editora). "Cuerpo y subjetividad femenina: salud y género". Ed. Siglo XXI.

Vallejos, Indiana (2006) "*La producción social de la discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipos en la formación de Trabajadores Sociales*". IV Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad. Buenos Aires, Argentina.

Vélez Restrepo, O. (2005) Actuación profesional e instrumental de la acción. En: "Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social". (Tonon, G. compiladora). Argentina: Espacio

Vescovi, Enrique (1973) *Introducción al derecho*. Uruguay: Letras.

Fuentes Documentales

CNS Mujeres. (2005) “Uruguay y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro” [online] Ed. CBA. Disponible en: <http://www.chasque.net/frontpage/comision/Publicaciones/librillo%203.pdf> [acceso 27/08/2015].

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999), en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) [online] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> [acceso 14/07/2015].

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) [online] Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html> [acceso 14/07/2015].

Dufau, G., López Gómez, A., Abracinskas, L., Rostagnol, S., Filgueira, N., (2003). “Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional”. Cladem Uruguay - MYSU [online] Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wpcontent/uploads/2015/07/derechos_sexuales_reproductivos.pdf [acceso 24/08/2015]

Lagarde, M. (2013) Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción [online] disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf [acceso 14/07/2015]

Ley N° 16.095 de “Equiparación de Oportunidades para las Personas Discapacitadas” (1989) [online] en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16095&Anchor=> [acceso 14/07/2015]

Ley N° 18.651 “Protección Integral de Personas con Discapacidad” (2010) [online], en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=> [acceso 14/07/2015]

Ley N° 17.378: “Reconócese a todos los efectos a la Lengua de Señas Uruguaya como la lengua natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la República”. 25 de julio de 2001 [online] Disponible en: <http://www.apasu.org.uy/d/ley-17-535> [acceso 14/07/2015]

Ley N° 18.426: Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008) [online] Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/promoviendo-derechos/normativa-sanitaria/normativa-sanitaria-7/> [acceso 25/08/2015]

Ley N° 18.437: Ley General de Educación (2009) [online] Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/AnexoXIV_Ley18437.pdf [acceso 25/08/2015]

Ley 18.335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (2008) [online] Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008> [acceso 25/08/2015]

Lozano Estrivalis, María (2001) *La construcción del imaginario de la maternidad en occidente*. Tesis Doctoral [online] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4171/mle1de2.pdf;jsessionid=DF1B643A6E243AF9BFBAEBF91CFFF3D6.tdx1?sequence=1> [acceso 25/09/2015]

Mattioli, N., Domínguez, M., Sosa, F. (2011) “*Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de las mujeres con discapacidad*”. [online] Disponible en: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuals_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf [acceso 24/08/2015]

MSP. (2010) *Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. [online] Disponible en:

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2010Gu%C3%ADa-Servicios-SSR.pdf> [acceso 05/04/2016]

_____ (2012) *Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad.* [online] Disponible en: <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/guia-sobre-saludsexual-y-reproductiva-en-personas-con-discapacidad.pdf> [acceso 25/08/2015]

_____ (2005) *Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género.* [online] Disponible en: http://www.bps.gub.uy/bps/file/8160/1/programa_nacional_de_salud_de_la_mujer_y_genero.pdf [acceso 02/08/2015]

MYSU. (2014) “Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. 2010 – 2014”. [online] Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wpcontent/uploads/2015/05/observatorio-2010-14-WEB.pdf> [acceso 09/03/2016]

Palomar Vera, Cristina (2007). *Malas Madres: la construcción social de la maternidad* [online] Disponible en: [acceso 25/09/2015]

_____ (2005). “Maternidad: historia y cultura” en: Revista La Ventana, (22), pp. 35-68. [online] Disponible en: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dialnet-Maternidad5202329.pdf> [acceso 25/09/2015]

Peláez, Ana, Martínez, Batriz, Leonhardt, Mercé (2009) *Maternidad y Discapacidad* [online] Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO21028/maternidad_discap.pdf [acceso 25/08/2015]

Torres Dávila, María (2004) *Género y Maternidad: más allá del sentido de la maternidad diferente* [online] Disponible en:

<http://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/11715/G%E9nero%20y%20discapacidad%20m%E1s%20all%E1.pdf?sequence=1> [acceso 25/08/2015]