

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

**Discapacidad y sexualidad en el Uruguay actual:
problematización en torno a la figura del Asistente Sexual**

Victoria Cirullo
Tutora: María Noel Míguez

2017

Agradecimientos...

A todos quienes que me acompañaron de diferentes maneras en el transcurso de este camino de formación en Trabajo Social, y en el proceso de construcción de la presente monografía.

Especialmente a mis padres, por la confianza, el amor, y el apoyo incondicional.

A mi tutora por la motivación y dedicación.

Índice

<i>Introducción</i>	pág. 3
<i>Capítulo I: Conceptualización de los constructos Discapacidad y Sexualidad. Análisis de la relación Discapacidad-Sexualidad permeada por la Ideología de la Normalidad</i>	pág. 8
<i>Capítulo II: La relación Discapacidad-Sexualidad desde la Sociología de los Cuerpos y las Emociones</i>	pág. 24
<i>Capítulo III: Discapacidad asexuada y Sexualidad suprimida. Normativa y debates internacional(es) y nacional(es) en torno a la Discapacidad y a la Sexualidad. Problematicación respecto a la figura del Asistente Sexual</i>	pág. 37
<i>Reflexiones finales</i>	pág. 48
<i>Bibliografía</i>	pág. 52

Introducción

El presente documento constituye la Monografía final de Grado, enmarcada en el Plan de Estudios 2009, requerida para culminar la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UdelaR).

El tema elegido para la presente Monografía refiere al análisis de insumos teóricos respecto a la *Discapacidad* y la *Sexualidad* en el Uruguay actual, y a partir de ello problematizar en torno a la figura del *Asistente Sexual*. Por lo tanto, la población objetivo para llevar a cabo la presente investigación serán las personas con deficiencia motriz, *en situación de discapacidad* con dependencia severa.

Dicha elección responde especialmente al interés personal de la estudiante debido a las prácticas pre-profesionales realizadas, enmarcadas en el Proyecto Integral “Cuidado Humano, Derechos e Inclusión Social” dentro del Área Discapacidad. Dichas prácticas constaron de dos años consecutivos en diferentes centros. El primer año de práctica pre-profesional se desarrolló en una Escuela Especial de “Discapacidad Intelectual” y el segundo año, se concretizó en un Centro de Rehabilitación de “Discapacidad Motriz”. Es a partir de estas experiencias que resulta sumamente motivador continuar explorando, conociendo, y problematizando críticamente en torno a la delimitación de la discapacidad como objeto de investigación e intervención.

Asimismo, el interés por estudiar la temática se debe a la escasa bibliografía con la que cuenta Uruguay en relación a la sexualidad de las *personas en situación de discapacidad*, y en especial respecto a la figura del *Asistente Sexual*, suponiendo que esto último se debe a la no existencia de esta profesión en el país. Por lo tanto, esta investigación pretenderá contribuir a un primer acercamiento a la temática por parte de la estudiante, con la intención de formar parte del inicio de los debates y análisis académicos que ésta amerite, y por ende, con el interés de comenzar a generar conocimiento respecto a la misma en el país. Cabe destacar que posteriormente se tiene la intención de trascender el estudio de la temática hacia otros ámbitos de exploración académica en relación con el medio social, cultural y político. A su vez, se considera fundamental que desde Trabajo Social se prosiga incursionando en dicha temática, ya que “La ignorancia y algunas actitudes sociales hacia la discapacidad (basadas en tabúes

milenarios) construyen y sostienen la mayoría de las barreras y limitaciones (...).” (Meresman, 2013, p.28)

Por ende, teniendo el propósito de analizar la temática como una de las primeras experiencias exploratorias, la realización de este trabajo se llevará a cabo mediante una revisión bibliográfica de la temática elegida, a través de un diseño metodológico de corte exploratorio, el cual se utiliza “(...) cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Se caracterizan por ser más flexibles y amplios en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos” (Batthyány et al., 2011, p.33). Además se utilizarán entrevistas en profundidad en torno a la temática, las cuales fueron realizadas en conjunto con el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la FCS, en los países en los que la Asistencia Sexual se encuentra instalada como profesión. Asimismo, se expondrá información obtenida mediante documentos teóricos y páginas online recomendadas a la estudiante por parte de Asistentes Sexuales e investigadores de otros países como España, Suiza, Francia y Holanda quienes se encuentran activa y estrechamente vinculados a la temática.

Para abordar la temática se utilizará una perspectiva teórica-metodológica basada en la matriz de pensamiento histórico-crítica, sustentada en la razón dialéctica. En este sentido, se considera pertinente tomar los aportes de Karel Kosik (1967) quien plantea que la razón dialéctica refiere al “(...) pensamiento crítico que quiere comprender la “cosa misma” y se pregunta sistemáticamente cómo es posible llegar a la comprensión de la realidad” (p.12). En dicho cuestionamiento por acercarse a la realidad, la razón dialéctica, se sustenta en la idea de procesualidad, planteando que no alcanza con explicar un fenómeno, sino que es necesario comprenderlo teniendo en cuenta su historicidad. Comprender la “cosa” significa conocer su estructura, lo que se logra mediante la destrucción de la pseudoconcreción, lo cual significa que es posible acceder a la verdad, pero ello no sucede de forma repentina, sino que la misma se desarrolla y se construye, a través de un método dialéctico crítico, que permite la transformación de la realidad, por medio de la apropiación humana del mundo (Kosik, 1967).

De este modo, Kosik sostiene que para lograr conocer la realidad y acceder a la verdad, deben realizarse “rodeos” debido a que “(...) las cosas no se presentan al hombre directamente como son y el hombre no posee la facultad de penetrar de un modo directo e inmediato en la esencia de ellas (...)” (1967, p.15). De esta forma, ya que en un primer momento la realidad se presenta como “aparente”, “inmediata”, “caótica”, será a través de dichos “rodeos”, que el hombre podrá trascenderla y comprenderla superando “el mundo de la apariencia”, y la pseudoconcreción, para poder acercarse así al “mundo real”, a la esencia, a la totalidad.

En este sentido, los planteos de Kosik resultan sumamente pertinentes para abordar la temática de la presente monografía, ya que la misma podrá ser comprendida a través de los “rodeos” necesarios que permitan superar las apariencias iniciales, y mediante los cuales se estará dando lugar a un proceso de transformación dialéctica y de objetivación, que posibilitarán conocer la esencia de la realidad que se pretende abordar. Los “rodeos” que se realizarán con el propósito de acercarse a la realidad serán especialmente los constructos *Discapacidad y Sexualidad*, los cuales se analizarán y articularán a través de los insumos teóricos pertinentes. Asimismo, posteriormente, a se los vinculará teóricamente con el análisis de la *Asistencia Sexual*, con el objetivo de dar sustento al presente trabajo y posibilitar trascender las apariencias que se presentan como inmediatas, superándolas para alcanzar su esencia.

De este modo, resulta pertinente destacar que la bibliografía elegida por la estudiante para analizar la temática pretende dar cuenta de la perspectiva desde la cual se posiciona para comprender la realidad abordada. Esto responde a que es sumamente relevante plasmar la visión desde la cual se interpretan los fenómenos sociales, para poder llevar a cabo un análisis lógico y coherente de los constructos abordados, y para poder también, diferenciarse de perspectivas diferentes y/o opuestas. Por lo tanto, es oportuno plantear aquí una primera y breve concepción de los constructos claves, los cuales serán abordados en profundidad en las siguientes secciones.

En este sentido, para comprender la discapacidad, la estudiante considera relevante acercarse a la perspectiva del “modelo social”, la cual sostiene que la *discapacidad* es una construcción social, por lo que se opone concepción medicalizada de la misma, sino que la entiende como una categoría que se funda “(...) en las

relaciones sociales de producción y en las demarcaciones que la idea de normalidad en estas sociedades modernas establece. Es la sociedad la que discapacita a aquellos sujetos que tienen alguna deficiencia.” (Angelino, 2009, p.6) Por lo tanto, desde este modelo interesa cuestionar y problematizar cómo la discapacidad se encuentra permeada por relaciones de poder y por una ideología de la normalidad, hegemónica y dominante, que instauro en la sociedad parámetros rígidos que definen, y sobretodo distinguen, lo “normal” de lo “anormal” configurando según sus criterios, cuerpos “discapacitados”.

En relación a la *sexualidad*, se considera a la misma como “(...) la forma en que cada persona se construye, vive y expresa como ser sexual (...)” (Weeks, 1998: 56). Es una construcción histórica, en la que influyen los cambios a nivel estructural y la cual se encuentra permeada por lo subjetivo y lo adquirido socialmente por cada persona.

En relación a la *Asistencia Sexual*, se considerarán los planteos de Soledad Arnau (2017), una de las referentes de la temática a nivel internacional, quien sostiene que la misma refiere a un “proceso de empoderamiento”, de “abrir un abanico de posibilidades” para que las personas en situación de discapacidad, puedan vivenciar y experimentar su propio cuerpo y el vínculo con los otros desde el deseo y el placer.

Por otro lado, cabe destacar, que el presente documento se plantea como objetivo general: *Analizar insumos teóricos en torno a la relación discapacidad-sexualidad en el Uruguay actual.*

Respecto a los objetivos específicos se propone: a) *Exponer componentes teóricos desde la Sociología de los Cuerpos y las Emociones que arrojen luz a la relación discapacidad-sexualidad;* b) *Estudiar los marcos normativos a nivel internacional y nacional en relación a la discapacidad y a la sexualidad;* c) *Conocer la implicancia de la figura del Asistente Sexual y su posible concreción en Uruguay.* El presente documento tendrá una lógica de exposición que plasmará los contenidos en tres capítulos, los cuales se ordenarán desde los conceptos más abstractos hacia los más concretos, en concordancia con los aportes del autor anteriormente mencionado, quien sostiene que es posible comprender y explicar lo concreto a través de lo abstracto. De

este modo, se llevará a cabo un movimiento en espiral, de ascenso de lo abstracto a lo concreto, es decir, del fenómeno a la esencia (Kosik; 1967).

Por lo tanto, en el primer capítulo: “*Conceptualización de los constructos Discapacidad y Sexualidad. Análisis de la relación Discapacidad-Sexualidad permeada por la Ideología de la Normalidad.*”, se planteará un análisis teórico general en relación a la temática en cuestión, esbozando la elección teórica e ideológica que se realiza para la comprensión de la misma. En el segundo capítulo: “*La relación Discapacidad-Sexualidad desde la Sociología de los Cuerpos y las Emociones.*”, se abordarán ambas mediaciones especialmente a la luz de los aportes de Adrián Scribano, referente teórico de dicha Sociología, la cual tendrá una importante relevancia en el desarrollo de este capítulo. El tercer capítulo: “*Discapacidad asexuada, sexualidad suprimida.*”, plasmará los marcos normativos existentes a nivel nacional e internacional respecto a la temática, una problematización en torno a la relación Discapacidad–Sexualidad en la actualidad, y un análisis crítico respecto a la figura del Asistente Sexual, a través de insumos como lo son las entrevistas realizadas y la información recabada desde los países en los que dicha profesión se desarrolla.

Por último, se expondrán las reflexiones finales que intentarán brindar consideraciones teóricas y personales respecto a lo desarrollado a lo largo del documento, y darán un cierre a la presente monografía.

Capítulo I: Conceptualización de los constructos Discapacidad y Sexualidad. Análisis de la relación Discapacidad-Sexualidad permeada por la Ideología de la Normalidad

Para comenzar el presente capítulo, se considera relevante esbozar que durante el desarrollo del mismo, los “rodeos” analíticos realizados pretenden dar cuenta de la bibliografía considerada pertinente para estudiar la temática, la cual estará en consonancia con la posición teórica a la que la estudiante adhiere para comprender la realidad en cuestión, tal como se mencionó en la introducción.

Resulta oportuno destacar que existen diferentes corrientes de pensamiento para poder analizar y comprender los constructos discapacidad y sexualidad, por lo que a lo largo del presente trabajo se irán dilucidando los aportes teóricos considerados relevantes para problematizar dicha temática. Asimismo, es pertinente tener en cuenta que los constructos teóricos son interpretados de diferentes formas en el transcurso de la historia, por lo que se constituyen como construcciones sociales que responden a un determinado contexto social, económico, político y cultural, específico del momento histórico en el que se estudien. Por ello, es fundamental contextualizarlos para comprender cuándo y cómo surgen.

Para dar inicio al análisis concreto de la temática en cuestión, resulta pertinente comenzar realizando rodeos en torno a las concepciones de discapacidad y sexualidad, de forma que posibiliten un primer acercamiento a la realidad que se pretende abordar. En este sentido, empezando por el análisis de la discapacidad, cabe destacar que su concepción ha tenido modificaciones en su devenir histórico que son importantes resaltar. Transformaciones que han llevado a que en la actualidad sea posible diferenciar claramente dos “modelos” o perspectivas de concebirla. Por un lado, el “modelo médico”, y por otro, en su oposición, el “modelo social”.

Resulta relevante destacar, que la estudiante comparte y adhiere a los postulados del “modelo social” para comprender y analizar la temática, en la medida que concuerda con sus planteos respecto a que entiende la discapacidad como una construcción social, es decir, como una producción social inscrita en las relaciones de poder y dominación; por lo que se propone des-biologizar la noción de discapacidad, y por ende, desviar cualquier mirada biologicista que se centre en el cuerpo de las personas, para dirigir las hacia la sociedad, en donde se producen y reproducen situaciones de desigualdad y

exclusión que “discapacitan” a aquellas personas que poseen un déficit. A su vez, es importante destacar que este modelo plantea una forma particular para “nombrar” a las personas con algún tipo de deficiencia como: *personas en situación de discapacidad*, destacando por un lado, la importancia de nombrar y hacer alusión, en primer lugar, con la palabra *persona*, a la existencia de un *sujeto de derecho*, de un *ser social*, por encima de las “características específicas” de su cuerpo; y por otro lado, resaltar el carácter situacional de dicha discapacidad, ya que la misma, entendida desde el “modelo social”, es producto de las situaciones concretas en las que desde la sociedad se ubique a ese sujeto. Es por ello que posteriormente se continuará analizando este modelo para poder problematizar esas formas hegemónicas y naturalizadas de definir, etiquetar, y excluir a los sujetos.

No obstante, resulta pertinente, en primer lugar, comenzar analizando y problematizando acerca del “modelo médico”. Dicho modelo surge en la modernidad, enmarcado en el sistema de producción capitalista, donde se comienza a establecer, desde un poder hegemónico, lo que es considerado como lo “sano” y lo “enfermo”, lo “normal” y lo “anormal”, lo “bueno” y lo “malo”. Es entonces que aparecen determinadas clasificaciones y demarcaciones mediante conceptos binarios y contrapuestos, a partir de los cuales se despliegan distintas dualidades como las diferenciaciones entre “nosotros” y los “otros”, las cuales denotan un “ser” y un “no ser”, un “estar” y un “no estar” “dentro de” o “fuera de”. Se trata de demarcaciones sociales que distinguen a ese “*nosotros*” como “sanos”, “normales” y “buenos”, en contraposición a ese “*otros*” como “enfermos”, “anormales” y “malos”. Estas dualidades son producidas desde un poder hegemónico a partir del cual algunos, los “*otros*”, comienzan a vivenciar en su cotidianidad determinados procesos como lo son las situaciones de exclusión y de vulnerabilidad social, por parte del “*nosotros*”. Es entonces que en el marco de este momento histórico, a finales del siglo XIX, surge la noción de “anormales”, sobre la cual Michel Foucault (1996) sostiene que “(...) constituye un fenómeno que está íntimamente relacionado con todo un conjunto de instituciones de control, con toda una serie de mecanismos de vigilancia y distribución del orden” (p.83). De este modo, los sujetos considerados “anormales” comienzan a ser controlados y vigilados desde un saber superior, generalmente vinculado al ámbito de la

medicina, como una de las ciencias que se propone normalizar y homogeneizar a los individuos. En este sentido, la configuración de la noción de anormalidad, produce el surgimiento de

(...) una identidad recortada sobre el fondo de una teoría general de la degeneración –que discurre entre la anomalía, la enfermedad y la teratología- entre la que se constituyó en una justificación científica, moral y social a las técnicas de clasificación, identificación e intervención correctiva y punitiva sobre los anormales. (Vallejos, 2009, p.49)

Siguiendo esta línea, en relación al surgimiento de la figura del anormal, al control que comienza a ejercerse sobre la misma, y a las concepciones que plantea el modelo médico, pueden formularse algunas preguntas iniciales, tales como: ¿Respecto a qué parámetros se define a los sujetos como “normales” o “anormales”? ¿Cuáles son los dispositivos que producen y reproducen las clasificaciones y etiquetas que se les adjudican? En este sentido, como respuesta general a estas preguntas, es posible afirmar a partir de los aportes de Almeida (2009), que la división entre “*nosotros*” y los “*otros*” se constituye debido a la distancia entre la normalidad y anormalidad. De este modo, el “*nosotros*” pasa a ser la “medida” que establece cuán diferente es ese “*otro*”, y destaca esa “falta” que tiene el “*otro*” para ser como “*nosotros*”. En palabras de la autora: “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” (Almeida, 2009, p.22). Esto refiere a centrar la mirada únicamente en el déficit de ese otro y no en las relaciones sociales que producen que éstos se encuentren dentro de la categoría anormalidad.

Por consiguiente, cabe destacar, que en la constitución del “modelo médico”, se distinguen cronológicamente diferentes momentos que plantean modificaciones en las definiciones de discapacidad y deficiencia. En este sentido, es oportuno distinguir ambos conceptos, ya que en ocasiones se utilizan indistintamente, pero tanto en sus contenidos como en la práctica, presentan diferencias importantes de conocer. Además, si se pretende entender la discapacidad desde la perspectiva del “modelo social”, es

oportuno tener en cuenta que estar en situación de una u otra puede ser no sólo transitorio, sino no darse siquiera en paralelo. (Míguez, 2012)

Asimismo, este modelo ha sido especialmente conceptualizado y difundido a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por lo tanto, las palabras claves de sus producciones teóricas están sumamente relacionadas a lo biológico y fisiológico de las personas. Esto es claramente visible en las definiciones planteadas por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades, y Minusvalías (CIDDDM), en 1980, ya que por un lado, sostiene que discapacidad sería, “(...) toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (OMS-CIDDDM, 1980: 3); y, por otro lado, entiende por deficiencia, “(...) toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. (OMS-CIDDDM, 1980: 3) De este modo, se observa que para la OMS, tanto la “discapacidad” como la “deficiencia” de una persona se centran únicamente en lo corporal de ésta, obviando la posible existencia de cualquier factor externo en el proceso de una situación de discapacidad o deficiencia. A su vez, se visualiza que desde este modelo se considera que entre deficiencia y discapacidad existe una relación lineal, es decir, una relación de “causa y efecto”, en donde se entiende que la deficiencia produce la discapacidad y que no existe una sin la otra, por lo que en contraposición con ello, como se mencionó anteriormente, una persona puede tener una “deficiencia individual” sin encontrarse en situación de discapacidad.

Por lo tanto, de acuerdo al planteo de la OMS, respecto a que la “discapacidad” tiene únicamente un origen físico, se deduce, según sus supuestos, que ésta constituiría un “problema” individual, debido al cual la persona debería buscar “soluciones” únicamente en el ámbito de la salud, mediante determinados procesos directamente relacionados con la rehabilitación. A través de esta última, se busca que la persona concurra a un centro de salud, con el diagnóstico de su situación que “registra” su “deficiencia”, para poder así “corregirla” y “re-habilitarse”. En este sentido, se intenta que la persona vuelva a situarse dentro de lo “normal” o a estar lo más cercano a ello. Tal como plantea Almeida (2009): “Aparece la necesidad de que esos otros que se alejan de la normalidad intenten –por medios propios, con la ayuda de otras personas o a

través de las políticas estatales- normalizarse y así, llegar hasta lo “esencialmente humano” (p.23). De esta forma, las prácticas médicas aparecen como dispositivos específicos de normalización; es decir, intervienen con el objetivo de rehabilitar a las personas en situación de discapacidad para ubicarlas dentro de los parámetros de la “normalidad”. Es por ello que desde este modelo se otorga una gran importancia a la rehabilitación de las personas, que responde a la comprensión biologicista de la discapacidad, y se sustenta en las formas hegemónicas de poder que buscan promover una única manera de ser, estar y actuar en el mundo, que se materializan a través de prácticas como la rehabilitación, las relacionadas a la pedagogía, y en las políticas estatales específicas para los “discapacitados”. (Almeida, 2009) De esta forma, la discapacidad es concebida como un asunto para ser abordado desde la medicina y se presume que es vivida como padecimiento por parte de los sujetos que la “tienen”.

Sin embargo, esta intención de normalizar a los sujetos en situación de discapacidad a través de la rehabilitación y mediante políticas específicas, “(...) refuerza la necesidad de nombrar a aquellos otros, de clasificarlos y destinarles derechos específicos.”, a la vez que pretende afiliarlos a “(...) circuitos diferenciados para aquellos sujetos diferentes como promesa de inclusión social, que esconde el imperativo de la normalización.” (Almeida, 2009, p.24) A partir de esto, se busca generar espacios de atención y cuidados diferentes y “especiales”, sustentados en la idea de que las personas en situación de discapacidad “merecen” y “necesitan” de estos. Se plantea, entonces, la necesidad de una intervención acorde a la situación de esa persona que “requiere” un “tratamiento especial”, considerando que su situación de “discapacidad” es de carácter natural y debe ser “atendida”, lo cual tiene como consecuencia que la voluntad del sujeto no tenga validez, y éste pase a ser beneficiario instantáneo de un tratamiento diferencial. De este modo, esta situación se presenta como una forma de “exclusión incluyente” que ubica a las personas en situación de discapacidad en espacios institucionales diferentes al resto. (Kipen y Vallejos, 2009)

Continuando con el devenir histórico de la OMS, es posible destacar que en 2001, la CIDDM pasa a denominarse Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), planteando pequeños cambios en la conceptualización de ambos constructos. De esta manera, sostiene que la discapacidad

refiere a “(...) un término genérico que incluye déficits, 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); y la deficiencia pasa a considerarse como “(...) la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido” (CIF – OMS/OPS, 2001, p.207) Esta nueva forma de definir la discapacidad por parte de la CIF, se propone relacionar la condición individual y de salud, con los factores contextuales y las condiciones ambientales, como constituyentes de la discapacidad. Esto se debe a que el propósito de la CIF fue realizar una integración de las diversas dimensiones del funcionamiento de las personas, para lo cual se propuso adoptar un enfoque “*biopsicosocial*” (CIF – OMS/OPS, 2001) Como es posible observar, estas pequeñas modificaciones no son sustanciales, ya que aunque se consideren otros elementos importantes como los factores ambientales, como productores de la discapacidad, se continúa sosteniendo que ésta es un asunto personal, en tanto es producto de una deficiencia. Por lo tanto, se mantiene presente la concepción de la discapacidad dentro de la relación salud-enfermedad, donde la mirada persiste sobre el sujeto. Por ello, es relevante destacar que aunque esta visión de la discapacidad se planteó como superadora de la anterior, “(...) desde sus orígenes estas clasificaciones responden al paradigma profesional hegemónico, y en particular, por ser generadas en el ámbito de la Salud, desde el modelo médico hegemónico” (Angelino, 2009, p.2).

Tal como se ha intentado plasmar, el “modelo médico” se rige por parámetros de “normalidad” para sustentar su definición de discapacidad, ya que entiende que ésta se produce cuando la persona tiene “limitaciones” o “restricciones” en sus actividades y en la participación, explicitando que se trata de un “problema” individual y de salud. Por lo tanto, resulta pertinente continuar problematizando el concepto de discapacidad enmarcado en el par dialéctico normal-anormal. Asimismo, cabe destacar, que dentro de la sociedad capitalista en general y del modelo médico hegemónico en particular, la producción de la discapacidad es concebida a su vez, como un problema económico,

“(…) en tanto que la economía como actuación del mercado de trabajo y de su organización social juega un papel clave en la producción de la categoría “discapacidad” y en la respuesta de la sociedad a las personas discapacitadas” (Rosato y Angelino, 2009, p.23). Esto sitúa a la persona como una “carga” económica para la sociedad, asignándole únicamente a ella la responsabilidad de su situación. Es posible observar cómo desde este modelo se culpabiliza a la persona por su situación, en cualquiera de todas sus facetas, y se reproduce constantemente la visión de la discapacidad como un asunto de carácter individual, por lo que se visualiza cómo el sujeto es siempre reducido a su déficit, pasándose por alto sus potencialidades para desempeñarse en cualquier ámbito de la vida.

De acuerdo a esto, es posible afirmar que el par anormal-normal constituye una oposición jerárquica, a partir de la cual, la normalidad se establece como la negación de la anormalidad. (Angelino, 2009) Es decir, estas formas antagónicas de situar, medir, y diferenciar a los sujetos, producen cierta dominación y subordinación mediante las cuales se ubica a lo anormal como inferior respecto a lo normal. Es entonces que estos pares contrapuestos, que identifican y etiquetan ciertos grupos de personas, respondiendo a la lógica de la “ideología de la normalidad”, tienden a clasificar a los sujetos en función de su fisiología, su situación, y su posición en la sociedad, resaltando que,

(…) la anormalidad es el otro de la norma, el desvío es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad es el otro de la salud. Aparentemente ambas caras dependen una de la otra pero la dependencia nunca es simétrica, la segunda depende de la primera para su aislamiento forzoso, el primero depende del segundo para su autoafirmación. (Angelino, 2009, p.90)

Resulta evidente, entonces, que esta constitución del par normal – anormal se inscribe en el desarrollo de la forma disciplinaria del poder. De un poder que se ejerce a través de un conjunto de dispositivos que registran un determinado tipo de sujetos y a la vez, dan forma a la sociedad. En este sentido, se establecen nociones construidas socialmente, las cuales han sido a la vez “(…) constituyentes de lo social, instalando

una serie de demarcaciones y marcas en los sujetos que instalan una dualidad normal/anormal en la que el segundo término debe ser controlado, corregido o castigado (...)” (Foucault, 1996, p.13). Estas construcciones se encuentran arraigadas y naturalizadas en la sociedad de forma tal que “(...) se inscriben en cuerpos y mentes a través de un largo proceso colectivo de socialización de lo biológico o si se quiere de biologización de lo social” (Angelino, 2009, p.90).

En contraposición a los planteos de este modelo, se encuentra el “modelo social”, mencionado anteriormente, el cual surge como respuesta a la visión medicalizada de la discapacidad que propone el modelo precedente. De esta manera, la “mirada” no se encuentra centrada en el sujeto, por lo que la discapacidad no se define en relación a lo biológico, ni como asunto de la medicina, sino que se considera que es la sociedad la cual impone “barreras” a las personas en situación de discapacidad para poder desarrollarse en todos los ámbitos de su vida, y poder gozar de todas sus oportunidades y derechos. Por lo tanto, esta perspectiva de concebir la “discapacidad” no coloca el énfasis en la “deficiencia individual”, sino que entiende que la discapacidad es producto de las formas en que la sociedad se relaciona con los individuos “con” deficiencias.

En este sentido, cabe destacar que en América Latina se han conformado grupos de investigación en diversas universidades para analizar y comprender desde dicho modelo la producción social de la discapacidad, para lo cual se proponen una comprensión de la misma que implica situar el análisis en las relaciones sociales de producción en las que se encuentran inmersos los sujetos, y cuestionar la concepción natural y medicalizada que se les adjudica desde el modelo médico hegemónico. Es así que desde tal modelo se tiene como propósito desnaturalizar la discapacidad y el déficit, es decir, cuestionar su origen biológico y su carácter natural, rechazando la noción de normalidad única. (Angelino, 2009) Es entonces que se pretende discutir el supuesto de que la discapacidad está “dada” en el cuerpo, para poder pensar a los sujetos desde una perspectiva amplificada, que no los reduzca a la simplificación y denominación de “cuerpos deficientes”.

Por lo tanto, su principal crítica al “modelo médico”, radica en cuestionar que las restricciones sociales que se imponen a los sujetos sean directamente consecuencia de “(...) ese cuerpo fallado, de esa máquina imperfecta (...)”, por lo que sostiene que son “(...) producto de la normalidad bio-médica, que naturalizada, opera como criterio de demarcación social. En este modelo, las causas de la discapacidad no son biológicas sino sociales” (Vallejos, 2002, p.5). Por lo tanto, una consideración clave en este modelo es entender “(...) al discapacitado como alguien que está sometido a la acción de un tercero y por eso discapacitado por alguien, por algo, por una sociedad, por un modo de producción, por un modo de traducción” (Angelino y Rosato, 2009, p. 4). A partir de esto, se manifiesta la implicancia que desatan las formas de poder que se ejercen desde la sociedad, por parte del “*nosotros*”, generando una dominación jerárquica hacia los sujetos en situación de discapacidad, lo cual conlleva a que,

(...) el discapacitado es discapacitado porque hay un algo externo que lo discapacita. Ese algo se inscribe en el orden de las relaciones sociales en el marco de un modelo económico, social, político y cultural opresivo y desigual. Este modo de producción discapacita a aquellos que portan un déficit. (Angelino, 2009, p.4)

De este modo, este modelo sostiene que la producción de la discapacidad se desarrolla en las relaciones sociales de producción, las cuales inmersas en la sociedad capitalista, buscan reproducir e imponer una visión “trágica” de la discapacidad. (Rosato y Angelino, 2009) Se producen así situaciones de asimetría y desigualdad, enmarcadas en un sistema de clasificación de personas que promueve la existencia de una normalidad única, y determina formas específicas de “ser y estar” en la sociedad, las cuales deberán transversalizar rigurosamente la vida de los sujetos considerados “capaces” de realizarlas, dejando por fuera a aquellos que no “cumplan” con los criterios “funcionales” y estéticos que ésta exija. Como plantean Rosato y Angelino (2009): “Todo aquello que no sigue esa norma es señalado, separado, castigado, expulsado a “territorios de exclusión”” (p.24). De esto se desprende que es esa normalidad exigida la que opera como legitimadora de los procesos de exclusión, los cuales producen situaciones de discapacidad, a través de ciertos mecanismos de poder

históricamente contruidos y naturalizados. Existen determinados mecanismos de exclusión que generan que la discapacidad se constituya en una forma de opresión social en donde la configuración de la organización social es la responsable de “discapacitar” a las personas a partir de sus deficiencias. (Rosato y Angelino, 2009) En este sentido, los mecanismos de exclusión remiten a entender que la discapacidad refiere a una carencia de la persona, a eso que le “falta” o a eso que no posee, para estar incluido en la normalidad.

Sin embargo, si se consideran los aportes del “modelo social” de comprender la discapacidad, el cual la circunscribe dentro las relaciones sociales y opresivas de dominación, no tiene sentido juzgarla “(...) en función de cuánto se acerca o se aleja de la normalidad, sino comprenderla dentro de su propio devenir, dentro de su propia totalidad (...) con sus propias características que no son mejores ni peores que las demás, sino son solo diferentes (...)” (García; 2005: 30). Por lo tanto, este modelo permite cuestionar los tradicionales argumentos que la definen como un problema personal o una desviación social, ya que como plantea Angelino (2009), se trata de “(...) un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” (...)” (p.9). Por lo tanto, resulta oportuno poder superar las perspectivas clásicas y unilineales que encierran a los sujetos dentro de determinadas clasificaciones, permeadas por la ideología de la normalidad, que los colocan en situaciones de desigualdad, los excluye y los aprisionan, ya que “(...) bajo la apariencia de la constitución de un sujeto libre, la ideología produce sujetos-sujetados” (Angelino, 2009, p.80). No obstante, analizar diferentes perspectivas teóricas en torno a la discapacidad posibilita, por un lado, dar cuenta de la dimensión política e histórica de la misma, y por otro, visualizar que ésta es una producción social que se sostiene en relaciones de asimetría y desigualdad. (Angelino, 2009)

Seguidamente, resulta oportuno plasmar cómo se concibe la sexualidad, para posteriormente dar lugar a un análisis teórico respecto a su relación con la discapacidad, y en relación a cómo se constituye en otra de las construcciones sociales permeada por la ideología de la normalidad. De este modo, se tomará la conceptualización de Frank (2004) quien la define como:

(...) una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. (p.104)

A partir de esta concepción, es posible comprender que la sexualidad es parte constitutiva de la vida de todos los seres humanos, que contribuye al bienestar general de cada uno, por lo que vivirla implica, tanto tener garantizada dicha necesidad vital básica, como ejercer el derecho a ésta. Asimismo, desde esta perspectiva de concebir la sexualidad, y con la cual la estudiante concuerda, se considera que ésta no sólo implica las relaciones coitales, sino que abarca aspectos más amplios, que refieren al desarrollo de la vida de las personas. En este sentido, se considera relevante no reducir la sexualidad geográficamente a la genitalidad, ni relacionarla concretamente en sus funciones a la procreación, ligada al matrimonio, a la orientación del deseo, a la heterosexualidad, o concebirla desde el punto de vista del sexo al hombre. Por el contrario, se pretende que a través de una visión científica y profesional, se reconozca a los sujetos como globalmente sexuados, con diversas posibilidades de vivir la sexualidad, estando o no casados, siendo o no heterosexuales, siendo hombres o mujeres. (López Sánchez, 2002)

De acuerdo a esto, es importante no confundir sexualidad con sexo, en la medida que este último refiere sólo a las condiciones biológicas de existencia, más precisamente a los órganos reproductores masculinos y femeninos. Como expresa Halperín (2000):

El sexo no tiene historia. Es un hecho natural, fundado en el funcionamiento del cuerpo, y como tal queda por fuera de la historia y de la cultura. La sexualidad, por el contrario, no se refiere propiamente a algún aspecto o atributo de los cuerpos. A diferencia del sexo, la sexualidad es una producción cultural: representa la apropiación del cuerpo humano y de sus capacidades fisiológicas por un discurso ideológico. La

sexualidad no es un hecho somático, sino un efecto cultural. (p.

21)

Por lo tanto, como se anticipó, al igual que el constructo discapacidad, la sexualidad también se encuentra permeada por parámetros de normalidad, lo cual genera diferentes formas de concebirla, imponiendo determinadas “pautas esperadas” en cuanto a su desarrollo en la vida de las personas. A su vez, desde un discurso político, social y hegemónico, también directamente vinculado al ámbito de la salud, se establecen cuales son las prácticas “normales o anormales”, “buenas o malas”, de vivenciarla. En este sentido, resulta oportuno plasmar que la sexualidad es el resultado de

(...) distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar, contra quienes se resisten. La sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas. (Weeks; 1998, p.30)

De este modo, puede deducirse que la sexualidad es construida socialmente, en la medida que las emociones, deseos y relaciones se desarrollan y moldean en la sociedad (Weeks, 1998), estando esta última transversalizada por los fenómenos históricos, políticos, culturales, y económicos. Es por ello que cabe preguntarse, por un lado, ¿cómo ha sido el devenir histórico de la sexualidad para encontrarse actualmente sujeta al ámbito de la salud y reducida a la genitalidad? Y, ¿cómo y por qué se han invisibilizado las diversas posibilidades de vivirla?

Por lo tanto, se considera pertinente problematizar respecto a las formas en que ese poder que define las prácticas de las personas ha llevado a la existencia de determinados mitos y tabúes en torno a ésta que inhabilitan su abordaje integral. Para este fin, es relevante acudir a los aportes de Michel Foucault (1977), quien sostiene que el inicio de la burguesía, a comienzos del siglo XVII, significó el principio de una época en donde la sexualidad comenzó a ser reprimida, relegada al ámbito privado, y a su vez, dentro del hogar, al matrimonio. Al respecto expresa, “(...) la sexualidad es

cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora” (Foucault, 1977, p. 9).

Asimismo, Foucault plantea el desarrollo de un “poder – saber” en torno a la sexualidad, acompañado y reforzado por un proceso de cientifización de la misma. Dicho proceso ha estado relacionado y vigorizado por el campo de la medicina y la psiquiatría, disciplinas que han ejercido un fuerte poder respecto a la sexualidad, desde del siglo XVIII hasta la actualidad. (Foucault, 1977) Es posible afirmar que a partir de dicho siglo comienza a desarrollarse una disciplina sexual general, a través de la vigilancia, control y represión del cuerpo, generando el enfrentamiento de las nociones de “cuerpo-placer” con “cuerpo-productivo”, las cuales posibilitaron la concreción de un escenario en donde se instauraron determinadas prácticas que han buscado suprimir y reprimir a la sexualidad.

Además, Foucault (1996) sostiene que este proceso produjo que se colocara “(...) a la sexualidad, o al menos al uso sexual del propio cuerpo, en el origen de una serie de trastornos físicos que pueden hacer sentir sus efectos en todo el organismo y durante todas las etapas de la vida” (p.88). Por ello, es posible afirmar que se comenzó a transitar por un proceso de control de la sexualidad que ha conllevado a la persecución del cuerpo y a que la misma se configure en uno de los mayores objetos de preocupación y de análisis, lo cual se ha logrado con mayor fuerza debido a que el Estado comienza a hacerse cargo de la salud, estableciendo la conformación de una “nueva moral del cuerpo” (Foucault, 1992). Esta concepción introducida acerca de la sexualidad trajo consigo la fuerte presencia de la medicina en la cotidianidad de las personas, con el fin de controlarlas y vigilarlas, no sólo con objetivos explícitamente médicos sino con la intención de instalar prescripciones morales y normalizadoras. En este contexto, la figura del médico adquiere un importante rol dentro de las familias, como experto y consejero en temas relacionados a la sexualidad y la moral. Por lo tanto, el cuerpo se establece como una realidad bio-política y la sexualidad pasa a constituirse en un espacio privilegiado para las estrategias del poder. (Vallejos, 2009)

En este sentido, Foucault (1996) sostiene que: “Desde comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales, se relacionan con la intervención médica (...)” (p.107). Debido a esto, es que la medicina

ostenta un poder decisivo y autoritario con fines normalizadores que se despliegan existan o no enfermedades o demandas de los sujetos, por lo que es posible visualizar que las prácticas médicas han invadido la vida de las personas, actuando sobre los aspectos que considera necesario controlar y vigilar.

Contextualizar y entender el desarrollo de la sexualidad enmarcado en este proceso de construcción permeado por relaciones de poder, disciplinamiento y control del cuerpo, posibilita comprender los mitos y tabúes producidos en relación a la sexualidad; es decir, permite dar cuenta de la marcada presencia de la ideología de la normalidad en torno a las reducidas prácticas y concepciones interpretadas como “aceptables” o “correctas” respecto a ésta. Por ello, resulta relevante tener en cuenta esa “normalidad” que mediante la separación de “*nosotros*” y los “*otros*”, señala lo propio y lo impropio. A partir de dicha norma se establecen determinados criterios de funcionalidad y utilidad, que imponen un “deber ser” sin tener en cuenta la singularidad del “ser”, considerando que “lo normal” es parte de la mayoría y se asemeja a lo eficiente, “lo correcto”.

Respecto a esto, es posible sostener que la repercusión de esta ideología en la construcción de significados y prácticas, se produce con mayor fuerza cuando se trata de la relación discapacidad-sexualidad. Debido a que la ideología atraviesa a los sujetos constituyendo y condicionando sus representaciones y experiencias, es posible afirmar que ésta funciona como opresora en la vida de las personas en situación de discapacidad, especialmente, en la relación de estos con los “*otros*”, y por lo tanto, en las formas en que vivencian su sexualidad. Podría afirmarse que uno de los efectos de dicha ideología es “(...) la “sujeción” de las “víctimas” de la discapacidad a las mistificaciones de la ideología de la normalidad que los aprisionan y definen” (Angelino, 2009, p. 86), en tanto una de las mistificaciones producidas en la sociedad refiere a la errónea suposición instalada en el tejido social respecto a la condición de asexualidad de las personas en situación de discapacidad.

De este modo, resulta pertinente tomar los aportes de Thomas Shakespeare (1998) quien sostiene que las producciones en torno a la sexualidad y la discapacidad se encuentran controladas por profesionales dentro de los medios sanitarios, psicológicos y sexológicos, lo cual ha conllevado a que predomine una visión trágica sobre éstas, definiendo a las personas en situación de discapacidad “(...) por la idea de déficit, y la

sexualidad, o no es un problema, porque no es un tema, o es un tema, porque se considera que constituye un problema” (p.205). Asimismo, plantea que “(...) los estereotipos acerca de la discapacidad suelen centrarse en la asexualidad, en la carencia de posibilidades o potencia sexuales. A los discapacitados se les infantiliza, especialmente a aquellos a los que se considera “dependiente”” (Shakespeare, 1998, p.213). Los estereotipos se constituyen en la sociedad como formas que discapacitan a las personas y las definen, exclusivamente por un déficit, como seres sin posibilidades y deseos sexuales. De esta forma, se generan situaciones de desigualdad, en donde unos (los normales) están incluidos y otros (los anormales) están excluidos. Es decir, en esa división “*nosotros*” – “*otros*”, los “*otros*” aparecen como cuerpos sin sujetos y sin sexualidad. (Skliar, 2002) Por estas razones, se concuerda con Shakespeare (1998) en que: “Es fundamental no adoptar análisis esencialistas, en los que los problemas sexuales de las personas discapacitadas se consideran una consecuencia inevitable de su insuficiencia, o donde la atención se centra únicamente en la incapacidad física (...)”, ya que “(...) los problemas más importantes son los que derivan del prejuicio y discriminación, y no del déficit individual” (p.212).

Es en este sentido que a lo largo del presente capítulo se ha buscado demostrar cómo la ideología de la normalidad interpela la existencia de los sujetos, y los clasifica en dos grupos extremos y opuestos: los “normales” y los “anormales”. De acuerdo a lo planteado hasta el momento, es posible concluir que la figura del anormal, emergida dentro de la sociedad disciplinaria, ha posibilitado la noción de sujetos normales contribuyendo a su naturalización, por lo que se ha instalado como estrategia homogeneizadora en la sociedad. Es la figura del normal la que avala que el “*otro*” sea construido como un “otro diferente”, en contraposición al “*nosotros*”, negando su reconocimiento como sujeto semejante, y de esta forma, imposibilitando que se lo reconozca como sujeto real de derechos.

Por ello, es importante ser consciente de la existencia de la ideología de la normalidad en todas las situaciones que vivencian las personas como miembros de una sociedad, para poder cuestionar y problematizar las formas en que se producen sus efectos perversos cuando generan situaciones de exclusión y desigualdad. En este sentido, respecto a la temática en cuestión, se considera sumamente oportuno interpretar

a la sexualidad como constitutiva de la vida de cualquier persona, y como un derecho fundamental de todos, se encuentren o no en situación de discapacidad, y para esto, es necesario poder deconstruir las formas opresivas de entender la sexualidad y discapacidad.

Capítulo II: La relación Discapacidad-Sexualidad desde la Sociología de los Cuerpos y las Emociones

En el presente capítulo se continuará con la deconstrucción y la interpelación de los constructos discapacidad y sexualidad con el objetivo de acercarse cada vez más a la esencia de los mismos. De este modo, luego del análisis en abstracto realizado en el capítulo anterior, aquí se abordará la temática intentando lograr una aproximación gradual hacia las formas más concretas en que ésta se manifiesta socialmente. De acuerdo a esto, es que resulta sumamente oportuno desarrollar el análisis a la luz de los aportes teóricos de la Sociología de los Cuerpos y las Emociones, a partir de la cual se problematizará la mirada desde el “*nosotros*” hacia ese “*otro*” que por su situación “visible” se lo reconoce e identifica como diferente a uno mismo, desde lo que “le falta” en términos de corporalidad. De esta forma, como se ha expresado anteriormente, desde una visión médica hegemónica, se nombra y describe a los “*otros*” como seres distintos, construyéndolos socialmente como cuerpos “anormales”, “excluidos”, “asexuados”, “apartados”.

En este sentido, dicha Sociología de los Cuerpos y las Emociones permite problematizar y cuestionar las miradas y conjeturas que se despliegan desde la sociedad hacia las personas en situación de discapacidad, las que son generalmente catalogadas como “discapacitadas”, formando parte de una “alteridad deficiente”, y que por tal motivo -el ser concebidas como diferentes desde una connotación negativa-, vivencian en su propio cuerpo situaciones de exclusión, inferioridad y desigualdad social. Además, las personas en situación de discapacidad se encuentran con la “carga” cotidiana de determinadas etiquetas adjudicadas desde una “alteridad normal” y hegemónica, que se expresan configurando caminos difíciles a recorrer y obstáculos impuestos a sortear, siendo de esta manera condicionadas negativamente en muchos ámbitos de sus vidas, como por ejemplo, en relación a la sexualidad.

De este modo, dicha sociología se constituye en un insumo fundamental para comprender la noción de aquellos cuerpos “anormales”, excluidos por los cuerpos “normales”. Entonces, resulta oportuno esbozar la noción de cuerpo desde estos planteos teóricos, específicamente desde los aportes de Adrián Scribano (2007), uno de

los referentes más reconocidos de tal teoría, quien sostiene que el cuerpo es “(...) el locus de la conflictividad y el orden. Es el lugar y topos de la conflictividad por donde pasan (buena parte de) las lógicas de los antagonismos contemporáneos (...)” (p.3). A partir de esta concepción, se aprecia que no se pretende definir al cuerpo en términos biológicos, sino por el contrario, se lo comprende como el lugar donde se expresan los diversos procesos sociales. Por lo tanto, se percibe que es en el cuerpo donde se materializan las diferentes situaciones de desigualdad y exclusión que se despliegan desde la sociedad, específicamente desde el “*nosotros*”, para definir y situar a los “*otros*”. En este sentido, los aportes de la Sociología de los Cuerpos y las Emociones también resultan de gran importancia ya que constituyen un intento por explicar algunas de las formas actuales de dominación. (Scribano, 2007)

Siguiendo la misma línea, Scribano describe tres prácticas que experimentan los sujetos desde la lógica corporal, planteando que la primera de ellas refiere a la “exposición del cuerpo” en relación a la presentación social de “cómo me veo” y “cómo me ven”; la segunda, se trata de cómo los cuerpos se inscriben y posicionan en las condiciones materiales de existencias en las que se encuentran; y, la tercera, alude a la relación con los “*otros*”, a través de la dialéctica entre lo que el autor entiende como cuerpo individuo, subjetivo y social. (Scribano, 2007) Es mediante estas prácticas que resulta necesario ahondar para comprender de manera abarcativa la concepción de cuerpo que propone esta sociología y para poder así adquirir insumos que posibiliten comprender el “ser y estar” de los individuos en la sociedad actual. Por lo tanto, en palabras de Scribano, la división dialéctica de la noción de cuerpo alude a:

Un cuerpo individuo que hace referencia a la lógica filogenética, a la articulación entre lo orgánico y el medio ambiente; un cuerpo subjetivo que se configura por la autorreflexión, en el sentido del “yo” como un centro de gravedad por el que se tejen y pasan múltiples subjetividades y, finalmente, un cuerpo social que es (en principio) lo social hecho cuerpo (...). (Scribano, 2007, p.4)

Respecto a esta definición, es posible visualizar que es a partir de la conjunción de cuerpo individuo y de cuerpo social que se construye el cuerpo subjetivo, es decir, a partir de la existencia individual articulada con la relación con los “*otros*”, se conforma

el “yo” permeado por las propias subjetividades. De esta forma, el cuerpo humano es producto y productor de una historia individual que lo caracteriza y lo constituye como único y diferente a los demás, y es a su vez, portador de una historia social determinada por los procesos de socialización que ha vivido con los “*otros*”.

No obstante, pensar la noción de cuerpo enmarcada en la actualidad, supone entender que es a partir del surgimiento de la Modernidad que “(...) las marcas de anormalidad están siendo buscadas, (...) en cada cuerpo para que a cada cuerpo, después, se le atribuya un lugar en los intrincados casilleros de las clasificaciones de los desvíos, de las patologías, de las deficiencias, de las cualidades, de las virtudes, de los vicios” (Veiga-Neto, 2001, p.167). De este modo, es posible percibir en la constitución del cuerpo moderno, una separación y expropiación de éste respecto al hombre, al ser, en la cual es a dicho cuerpo al que se comienza a vigilar, medir, comparar y juzgar. En cuanto a esto, resulta relevante traer a colación los aportes de Foucault, quien insistió en que los “regímenes de verdad” de la biopolítica no pueden separarse del poder, y que por ello “(...) actúan como factores de segregación y jerarquización social (...) y garantizan relaciones de dominación y efectos de hegemonía.” (Petchesky, 2015, p.233). En relación a ello, con respecto a la singularidad del presente análisis, cabe señalar que la vigilancia hacia los sujetos se encuentra especialmente dirigida hacia aquellos “cuerpos deficientes” que según el discurso de la “normalidad” deben ser “controlados”, y si es posible, “rehabilitados” u “orientados” hacia los caminos y los espacios que los conduzcan a una mayor cercanía a los “cuerpos normales”.

Así es que tal escenario moldeado por la sociedad capitalista actual ha generado dos procesos simultáneos, causales y normalizadores, necesarios para su propia producción y reproducción: la constitución de una disciplina social que amolda a los cuerpos y los vuelve funcionales, y la expropiación corporal, entendida como una de las formas de “(...) extracción de la plusvalía energética de cuerpos dispuestos en geometrías y gramáticas de las acciones para-los-otros en situaciones de dominación” (Scribano, 2007, p.5). De esta manera, se comprende a estos procesos en correlación, dado que al desplegarse determinadas acciones disciplinarias buscando tornar “normales” y productivos a aquellos cuerpos considerados como “deficientes”, pasan estos a ubicarse en situaciones de dominación, generándoles una pérdida de energías, en términos de Scribano.

De tal modo, puede suponerse que las “marcas corporales” constituyen inscripciones sociales que ha establecido el mencionado proceso de dominación en el que se encuentra sumergida la sociedad actual. Es esa marca corporal “detectada” en cada individuo, la cual se expresa de tal forma que “(...) posiciona, condiciona y utiliza las proximidades y distancias de figuras espaciales para poner en un lado a unos y a otros” (Scribano, 2007, p.18). Por lo tanto, desde esta concepción disciplinaria, normalizadora y homogeneizante hacia los sujetos, se construyen en la sociedad determinados espacios para unos, y diferentes espacios para otros, de forma que efectivamente se separen, distancien y distingan a cada uno de los cuerpos. Por lo tanto, se ubican, por un lado, los “cuerpos normales” y, por el otro, los “cuerpos anormales”. Por ende, esta división y fragmentación de unos y otros, responde a las estrategias que adopta la sociedad para establecer la disponibilidad social de los individuos, la cual se encuentra directamente relacionada con la estructuración del poder (Scribano, 2012) y las lógicas binarias que ha instaurado la modernidad. Asimismo, respecto a las formas en que se ejerce jerárquicamente el poder en relación a la organización espacial de los cuerpos, son relevantes los planteos de Cevallos y Serra (2006), quienes sostienen que al momento de hablar sobre el disciplinamiento de los sujetos, la distribución espacial se vuelve fundamental debido a que: “Ella implica la separación, alineamiento, subdivisión y vigilancia de los cuerpos. (...) Los cuerpos se separan, se aíslan, ocupan el espacio que les corresponde, y, de esa forma, se permite una estricta vigilancia sobre ellos” (p.5). En relación a ello, es concebible que la disciplina, en tanto tecnología del poder, atraviesa a los cuerpos controlándolos, clasificándolos y asignándoles un lugar específico en la sociedad.

Retomando los aportes de Scribano, cabe destacar que en el marco de dichas formas sociales de dominación, se han instaurado “dispositivos de regulación de las sensaciones” y “mecanismos de soportabilidad social”, los cuales tienen como pretensión naturalizar la mencionada expropiación corporal como producto de la dominación existente. Se trata de formas de “aceptación social” que históricamente se han producido y reproducido, permeando constantemente las prácticas sociales de los cuerpos en sociedad. Particularmente, el capitalismo ha transformado y redefinido a tales fenómenos constituyéndose tanto en depredador de energía, especialmente corporal, como también en aparato de represión internacional. (Scribano, 2007) Tales

procesos de “aceptación social”, refieren a las acciones disciplinarias y de control impuestas sobre los cuerpos, las cuales responden a un poder hegemónico dominante que se impone en nombre de una ideología de la normalidad, la que como se mencionó en el capítulo anterior, establece tajantemente “lo esperado” y “lo correcto”, como único “deber ser” posible, tanto en relación al cuerpo desde su estética, como a las diversas maneras de “ser y estar” de esos cuerpos en sociedad, clasificándolos por la forma en que estos actúan.

En consecuencia, las formas sociales de dominación en la actualidad, rechazan y apartan a aquel sujeto, en tanto cuerpo individuo, cuerpo subjetivo y cuerpo social, que no se encuentre dentro de las predefinidas situaciones esperadas y correctas. Es posible afirmar que dicha dominación es inherente al capitalismo, y se produce y reproduce, materializando determinadas diferenciaciones simbólicas que han dado origen a ciertos grupos de personas (Kipen y Vallejos, 2009), en este contexto, a las personas en situación de discapacidad. Es decir, éstas se han constituido en “víctimas” de la desigualdad y exclusión generadas por las lógicas capitalistas, al producir situaciones antagónicas en donde se sitúan, por un lado, a los “normales” como productores y reproductores de acciones socialmente valoradas, y por el otro, en su oposición, a los “anormales”, como ejemplares de acciones no esperadas o consideradas incorrectas.

En este escenario, resulta conveniente tener en cuenta que los “mecanismos de soportabilidad social” y los “dispositivos de regulación de las sensaciones”, funcionan como garantía de la producción y la regulación de las expectativas de los sujetos, contribuyendo a evitar posibles situaciones de conflictividad social propias del capitalismo actual. Por lo tanto, los “mecanismos de soportabilidad social” se estructuran alrededor de prácticas “hechas cuerpo” que tienen como propósito sortear los conflictos sociales. Por otra parte, los “dispositivos de regulación de las sensaciones” refieren a los procesos de selección, clasificación y elaboración de las percepciones que son socialmente establecidas y distribuidas, de forma que la propia regulación puede entenderse como la relación entre sentidos, percepciones y sentimientos que estructuran las específicas maneras de “apreciarse-en-el-mundo” que poseen los sujetos. (Scribano, 2007)

De esta manera, pueden visualizarse las diferentes conexiones entre “cuerpo-sensaciones”, configurándose las formas de “sentirse-en-cuerpo”, las cuales son

producto de las condiciones sociales y materiales de existencia que han caracterizado la reproducción social de los sujetos. Cabe mencionar, a modo de ejemplo, que las personas en situación de discapacidad han experimentado formas de “sentirse-en-cuerpo” catalogadas desde el “*nosotros*” en términos de inferioridad y anormalidad. Se comprende que estas maneras de pensar al “*otro*” se encuentran en correlato con los fundamentos constantemente reproducidos por la ideología de la normalidad, y a su vez, aluden a que: “El avance progresivo (...) de los dispositivos de regulación de las sensaciones son uno de los caminos de apropiación de las energías corporales, y las conexiones cuerpo-sensaciones, unos de los pilares de la dominación” (Scribano, 2007, p.4). De esta forma, parece ser que se pretende transmitir a los sujetos la creencia de que hay una sola forma de sentir, que cada uno tiene y tendrá un solo tipo de emociones y que, por lo tanto, no va a poder sentir de otro modo.

Asimismo, como sostiene el citado autor, los “mecanismos de soportabilidad social” operan en la cotidianidad “casi-desapercibidamente”, interpelando el sentido común, y los procesos de construcción de las sensaciones que se encuentran vinculados a lo más “íntimo” y “único” de cada persona en tanto ser social. (Scribano, 2009) Además, a saber, en la estructura de los “mecanismos de soportabilidad social” y los “dispositivos de regulación de las sensaciones” se genera un soporte y un juego entre sensaciones, emociones y percepciones, que implican que los sujetos “(...) conocen el mundo a través de sus cuerpos. Por esta vía, un conjunto de impresiones impactan en las formas de “intercambio” con el con-texto socio-ambiental” (Scribano, 2007, p.4). De este modo, los sujetos se construyen a sí mismos en relación a su contacto con los otros y con el espacio en el cual desarrollan sus vidas. En este sentido, las “formas de sentir” de los sujetos se encuentran atravesadas por las maneras establecidas hegemónicamente como apropiadas para “ser y estar” dentro de una sociedad. En consonancia Scribano plantea,

Las “prácticas del sentir” estructuran percepciones que construyen mediaciones sociales de las “formas adecuadas” de oler, mirar, tocar, gustar y oír. Las maneras socialmente válidas y aptas de sentir se cruzan con las lógicas de los sentimientos que constituyen unas formas de sensibilidad social particular donde se anidan las visiones, di-visiones y no-visiones del mundo

naturalizadas y por ende aceptadas y aceptables. (Scribano, 2007, p.7)

No obstante es necesario saber y comprender que tales “formas adecuadas” relacionadas al sentir y al hacer, no son estrictamente incorporadas por la totalidad de los sujetos, sino que son interiorizadas especialmente por aquellos que las establecen socialmente: “los normales”. Por tales razones, como se ha intentado plasmar a lo largo del documento, se señalan opresivamente a aquellas maneras que se encuentran identificadas como socialmente “no-válidas” para expresarse y desenvolverse en la sociedad, constituyendo así formas de sensibilidad social permeadas por lo que el autor denomina “dolor social”, las cuales son experimentadas por la otredad, es decir, por el resto de los sujetos que no conforman la normalidad hegemónica: “los anormales”.

De acuerdo a lo planteado, es factible recalcar que históricamente desde la sociedad se han promovido determinadas estrategias que han conducido a la regulación y dominación de la alteridad y, por ende, no han sido contempladas ni valoradas las múltiples y diversas posibilidades de “ser y estar” en el mundo. Tal como expresa Scribano (2009): “La actual fase de constitución de las formas sociales de dominación se caracteriza por la apropiación, depredación y reciclaje de las energías corporales y sociales” (p.142). Es posible vincular estas formas sociales de dominación con el día a día de las personas en situación de discapacidad, ya que las mismas se encuentran presentes en sus vidas, en las cuales se genera una reiterada apropiación, depredación y reciclaje de energías, provocando momentos caracterizados por situaciones de “dolor social”.

En este sentido, resulta sumamente oportuno continuar con los planteos de Scribano para comprender esta concepción, dado que la misma se vuelve crucial a la hora de comprender las ideas principales de la Sociología de los Cuerpos y las Emociones. Por tanto, el “dolor social” “(...) es entendido como el sufrimiento que se percibe; como el resquebrajamiento o quiebre de la articulación entre cuerpo subjetivo, cuerpo social y cuerpo individuo frente a la lógica de la constitución de la subjetividad” (Scribano, 2007, p.6). Es decir, el dolor se manifiesta en la medida en que son reprimidas y no aceptadas las formas en que los sujetos se desenvuelven en su cotidianidad. Este “dolor social” es una forma de demostrar las distancias entre lo que

implica el “cuerpo individuo” y el “cuerpo social”, dado que influye en la propia subjetividad, en la autorreflexión de las personas, o sea, en la conformación del “cuerpo subjetivo”. Por lo tanto, se presenta un sufrimiento que constituye una sensibilidad relacionada al desanclaje del “cuerpo social”, “cuerpo individuo” y “cuerpo subjetivo”. Ejemplificando, cabe suponer que el dolor es el resultado de las distancias entre las necesidades y los medios con los que cuentan los sujetos para satisfacerlas, entre las acciones socialmente válidas y las oportunidades disponibles, y/o entre lo que se tiene y lo que es posible acceder. (Scribano, 2007) De esta manera, se visualiza que la presencia del “dolor social” responde a que por parte de la sociedad, no se contemplan las posibilidades y oportunidades sociales, económicas y culturales de las personas a la hora de determinar el “éxito social” o no de estos, sino que, por el contrario, se establecen “exigencias” y “metas a cumplir” homogéneas sin tener en cuenta la singularidad de cada persona.

Resulta oportuno plantear que el “dolor social” se manifiesta especialmente a través de tres procesos: la lógica de la configuración social de la identidad, de la compasión y de la des-afección. (Scribano, 2007) Respecto a la primera de éstas, se entiende que el sujeto, al construir su identidad en base a la vivencia de momentos permeados por la no-aceptación tanto de sí mismo como de sus acciones, y debido a las limitadas oportunidades de transformación, experimenta situaciones de “dolor social” cotidianas. Respecto al segundo proceso, la compasión, Scribano (2007) expresa que, “(...) se produce un desplazamiento; el otro es el que me constituye; desde la configuración nace la compasión que genera una vida heterónoma con minúsculos espacios de autonomía” (p.6). En este sentido, el “dolor social” se produce por la preocupación por el otro, por ese otro que se ubica en una situación inferior y de vulnerabilidad respecto a la propia, desplazándose así la preocupación por la propia subjetividad hacia la del otro. Esta forma de padecer el dolor puede generar el sentimiento de “sentir (se) menos” ya que se vincula a situaciones de subordinación respecto a otros. Estas situaciones conllevan a que: “El estar para otro sin capacidad autónoma de acción facilita la captación, por parte de ese otro, de las tonalidades de la acción” (Scribano, 2007, p.5). Es decir, se produce una captación que refiere a la dominación de unos sobre otros. Esto puede relacionarse a la dominación social que se ejerce desde las instituciones sobre las personas en situación de discapacidad cuando se

los inferioriza en tanto sujetos pasando por alto sus derechos a decidir sobre sí mismos, sin escuchar sus propias voces en lo que respecta a cualquier ámbito de sus vidas, como por ejemplo, en relación a la sexualidad y sus dimensiones.

Cabe destacar aquí los aportes de Shakespeare (1998), quien sostiene que en muchas ocasiones determinados grupos sociales se enfrentan a supuestos opresores acerca de la sexualidad, provocando que ésta se constituya como “(...) la causa de nuestra opresión más grave; también a menudo es la causa de nuestro más profundo dolor” (p.205). Por ende, la represión que se despliega respecto a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, específicamente desde el ámbito médico, genera en éstos diferentes formas en las que se manifiesta el “dolor social”, ya que son promovidas desde el prejuicio y el estereotipo, y por lo tanto son factibles de ser concebidas como situaciones que no promueven la concepción del sujeto en su integralidad, y que a la vez vulnerabilizan su derecho a ser una persona autónoma.

Por último, el “dolor social” conduce hacia la des-afección, es decir, hacia las constantes sensaciones de malestar que provienen de las condiciones sociales que generan el sufrimiento. Se produce así “(...) un estado de “naturalización” de las fuentes de dolor que aumenta y hace cotidianos los volúmenes y estructura de sufrimientos determinados”. (Scribano, 2007, p.7) La des-afección parece conllevar a una mayor tolerancia al sufrimiento, naturalizando las formas en que éste se genera. Sucede entonces que las personas vivencian ciertas formas de dominación y opresión que provienen desde el exterior como acontecimientos “inevitables” en sus cotidianidades. En términos de Scribano (2007), se trata de un “resquebrajamiento” que se produce asociado al “cómo me veo” y al “cómo me ven”. En esta situación, el autor explica que el sujeto “se ve con-movido, pero no se mueve”, configurando de esta manera, condiciones de inacción que dan cuenta de un cuerpo “impactado” y “resquebrajado”. Estas circunstancias son ejemplos de situaciones que atraviesan las personas en situación de discapacidad cuando son receptoras de mandatos sociales hegemónicos y externos a éstos, los cuales les imponen un “deber ser” “normal y único”, obviando las múltiples formas en que una persona puede llevar a cabo su realidad, especialmente en relación al aspecto al cual alude este trabajo, es decir, a las vivencias de sus sexualidades.

Por lo tanto, debido a que los individuos experimentan su día a día como una realidad inmodificable, la aceptación se vuelve una práctica constante, en la que se instalan “dispositivos de regulación de las sensaciones” a través de los cuales el mundo social es comprendido y narrado desde la propia experiencia de dominación. No obstante, Scribano (2007) manifiesta que: “Cuando los sujetos experimentan la falta como ligadura “normal” y diaria de su vida los cielos prometidos por el mercado se des-hacen ante los ojos aceptadores de un cuerpo secuestrado en su propia materialidad de individuo” (p.12). De acuerdo a ello, el mundo es percibido como estático e intransformable desde las realidades y posibilidades individuales. Además, cabe agregar que en esa cotidianidad caracterizada por la naturalización y la rutina del “dolor social” es posible percibir en los sujetos el sufrimiento reflejado en sus rostros. Scribano (2007) advierte que es posible notar una “rostricidad del dolor” que se percibe en la comunicación e interacción con los otros, y que refiere a la inscripción del sufrimiento que “dibuja” o “desdibuja” a cada rostro. Puede considerarse, entonces, que dichos rostros son el reflejo de cuerpos imposibilitados para un accionar libre y autónomo, en tanto cuerpos enajenados de su propia esencia.

En consonancia con lo mencionado hasta el momento, cabe hacer énfasis en que la propia modernidad ha promovido la construcción de una clara distinción respecto a la concepción de los sujetos desde lógicas binarias, tales como lo son la oposición entre “normales” y “anormales”, de manera que ha generado escenarios de desigualdad y exclusión social para estos últimos. Esto sucede dado que las respuestas que se desencadenan hacia las personas en situación de discapacidad se traducen en acciones de protección, reparación, o asistencia, las cuales generan que se continúe reproduciendo la misma situación, y produciendo a su vez una mayor exclusión. (Rosato y Angelino, 2009) Asimismo, la modernidad ha operado atribuyendo identidades fijas a cada persona. En efecto, se ha construido al “otro deficiente” en relación a una imagen estereotipada, otorgándole una “falsa inclusión” en la sociedad. Puede definirse como falsa en el sentido de que: “La sociedad capitalista excluye para luego incluir a través de sus propias reglas, de manera precaria, y marginal” (De Souza, 1997, apud Zuttió y Sánchez, 2009, p.113). De este modo, se impone una identidad deseable, estableciendo la indeseable, lo cual encuentra su definición en los parámetros de la anteriormente mencionada “ideología de la normalidad”. El papel de la ideología se basa en permear y

formular las experiencias individuales de los sujetos, de modo que cuando se trata de personas en situación de discapacidad ésta provoca la “sujeción de las víctimas” dado que los aprisiona y los define, como por ejemplo, como seres asexuados. (Angelino, 2009)

Considerando lo antedicho, es posible percibir que el sujeto es constituido por el “*otro*”, a partir de la palabra del “*otro*”, y por ende su relación consigo mismo la construye desde afuera de sí mismo. (González, 2008) Ese “*otro*” lo define en tanto ser diferente de sí mismo, debido a que la noción de “ser distinto” y de “lo diverso” nunca se la relaciona con “*uno mismo*”, sino que por el contrario, se la asocia a una caracterización y construcción del “*otro*”. De esta forma, a la diversidad, centrada en los “*otros*”, se la percibe como una peculiaridad lejana al “*nosotros*” y como simple exterioridad. En esta concepción, con “lo diverso” se quiere hacer referencia al “*otro*” expulsado, al “otro maléfico”. (Skliar, 2002) Esta percepción de la diversidad vinculada a la “extrañeza”, es visualizada en las acciones que por parte de los “*otros*” o de las instituciones, generan rechazo, desalojo y despojo, cuando se dirigen hacia aquellos cuerpos que no se ubican dentro de los parámetros estándar que hacen a una corporalidad “normal”. Parece ser entonces que la constitución social del cuerpo “(...) es en alguna medida, punto de partida y de llegada para la exteriorización de una identidad sumergida en nuestro dato material primordial, nuestro cuerpo” (Scribano, 2002, p.50). Por tanto, cabe suponer que el sujeto se encuentra determinado para su propia construcción y en su realidad particular, por la estética de su cuerpo, la cual opera, entre otras dimensiones, definiendo su identidad, lo cual es propio de las lógicas de las sociedades modernas, en las que el capitalismo exige para su reproducción cuerpos funcionales al sistema productivo. En este sentido, el “*otro*”, tal como expresa Skliar (2002): “Es el otro del mal y del propio origen del mal (...) el otro es, en síntesis, aquel espacio que no somos, que no deseamos ser, que nunca fuimos y nunca seremos” (p.96).

Ese “*otro*” construido como diferente, como diverso, como aquel que posee determinada marca inscripta en su cuerpo, en síntesis como ese “*otro*” que no es uno mismo, afirma y refuerza la identidad de su opuesto. Es decir, el “*otro deficiente*” confirma la identidad normal del “*nosotros*”. En términos de Skliar (2002): “El otro sólo es otro en la medida en que pueda ser capaz de mostrarme, (...) quienes somos

nosotros y cuáles ajustes debemos hacer para parecernos, cada vez más, a nosotros mismos” (p.99). Cabe destacar que la identidad de las personas en situación de discapacidad ha estado históricamente sujeta a conjeturas externas que provienen desde un “*nosotros*” normalizado, que repudia lo diferente, pero a la vez, lo toma en cuenta para definirse en su oposición. Dentro de ese “*nosotros*” no resulta sencillo observar identidades fuertemente distintas, sino por el contrario, se trata de un grupo de personas en las que generalmente se visualizan maneras de producirse y reproducirse socialmente homogéneas y universales. En este sentido, es posible sostener que desde el “*nosotros*” se espera que el “*otro*” sea el fundador de sus identidades y que sea también la ausencia que marque sus presencias en la sociedad. (Figari, 2009) El “*otro*” solicitado y pretendido como ausencia por parte del “*nosotros*”, supone la noción de que éstos últimos se autoperciben con cierto poder y jerarquía para actuar sobre los “*otros*” anulándolos e inferiorizándolos.

En contraposición a estas formas de considerar a los “*otros*” que se ubican en cualquier situación diferente a la del “*nosotros*”, ya sea en relación a lo social, a lo cultural, a lo económico, o a lo corporal, se considera relevante promover que el lugar que le otorgamos a esos “*otros*” no se encuentre cargado de prejuicios, para poder evitar así que se los posicione en escenarios de escasa y precaria movilidad social y de oportunidades limitadas, en los cuales, en muchas ocasiones, son situadas las personas en situación de discapacidad. Esto se cree oportuno entendiendo que “(...) la peor de las alienaciones no es ser despojado por el otro, sino estar despojado del otro; es tener que producir al otro en ausencia del otro y, por lo tanto, ser enviado continuamente a uno mismo y a la imagen de uno mismo” (Baudrillard, 2000, p.37). En relación a esto, amerita interpretar que las personas en situación de discapacidad vivencian a diario situaciones en las que son “despojadas del otro” en tanto transitan por diferentes ámbitos en los cuales no son consideradas como sujetos en su integralidad, obstaculizando de este modo que sus derechos sean respetados y garantizados, y que sus propias potencialidades sean valoradas. Tal como se ha mencionado anteriormente, estas situaciones encuentran su respuesta en relación a que en sus “realidades” vividas históricamente tienen un gran peso los prejuicios, los mitos y los tabúes existentes en torno a sus prácticas con los “*otros*”, funcionando como reguladores y opresores de las mismas.

Finalizando, es pertinente realizar una conclusión de lo expuesto resaltando que como cometido hasta aquí este análisis se ha propuesto deconstruir las formas médicas-tradicionales de concebir a las personas en situación de discapacidad y, por tanto, a las estrategias mediante las que éstas llevan a cabo sus vidas y sus experiencias en torno a la sexualidad, derribando las prenociones que operan generando situaciones de desigualdad. De este modo, cabe destacar que a lo largo de esta sección la Sociología de los Cuerpos y las Emociones constituyó una herramienta sumamente relevante para dicha deconstrucción, ya que permitió comprender cómo se configuran los cuerpos, las sensaciones y las emociones dentro de las lógicas de dominación vigentes en la sociedad actual.

Capítulo III: Discapacidad asexual, sexualidad suprimida

En el presente y último capítulo de esta investigación, se pretende continuar con sucesivas aproximaciones teóricas hacia la temática en cuestión que permitan acercarse cada vez más a la realidad pretendida. Por ende, siguiendo con la lógica de Kosik (1967), en esta sección se realizarán los “rodeos” analíticos que permitan trascender las dimensiones en abstracto estudiadas anteriormente para llegar hacia las más concretas, es decir, hacia la esencia de los fenómenos estudiados. Por lo tanto, se analizará, por un lado la situación normativa actual respecto a la discapacidad y a la sexualidad, y por el otro la forma en que ambas categorías se desarrollan y se relacionan entre sí en la actualidad, vinculadas con la *Asistencia Sexual* para personas en situación de discapacidad con dependencia severa.

Como se ha problematizado a lo largo del documento, la sexualidad se encuentra determinada históricamente, y es socialmente construida, por lo tanto, se presenta permeada por diversos prejuicios, mitos y tabúes, los cuales se multiplican cuando se la asocia y se la piensa en relación a personas en situación de discapacidad. Asimismo, cabe destacar que aunque se entienda a la sexualidad como una construcción social, concibiéndola en función del momento histórico, social, y cultural que atraviesa una sociedad, es posible afirmar, que tradicionalmente la sexualidad de las personas en situación de discapacidad ha sido anulada, silenciada e ignorada, lo cual se ha visualizado dentro del propio seno familiar, y se ha reflejado especialmente en las instituciones de salud. De esta manera, es que en estas situaciones la sexualidad se encuentra inmersa dentro de un proceso de medicalización ligado a un discurso médico-hegemónico que conlleva por detrás la lógica de la ideología de la normalidad mencionada en momentos anteriores.

Es así que los mitos existentes son parte de una normalidad biomédica desde la cual se construye cierta percepción de los “*otros*”, siendo estos juzgados, pensados y contruidos como objetos de estudio dentro de un discurso de control. (Skliar, 2001) En síntesis, puede afirmarse que “El lugar en el mundo de los otros deficientes ha sido permanentemente relacionado y confundido con su lugar institucional (...)” (Skliar, 2001, p.2), es decir, se tiende a asociar a las personas en situación de discapacidad como

usuarios únicamente de los servicios que se encuentran dentro del ámbito de la medicina, rodeados de especialistas de la salud, inmersos en procesos de rehabilitación y o medicalización, obviando de esta forma su participación en cualquier otro espacio, y especialmente invisibilizando y suprimiendo la vivencia de sus sexualidades.

De este modo, es factible reconocer que históricamente no se ha otorgado prioridad a las voces, a los sentires y a los pensamientos de las propias personas en situación de discapacidad respecto a la vivencia de la sexualidad, sino que por el contrario, “(...) se ha acostumbrado a legitimar las visiones individuales, médicas y negativas (...)” (Barton, 1998, p.89), de las personas en situación de discapacidad. Por lo tanto, parece ser que las prácticas en torno a la sexualidad y a la discapacidad se encuentran fuertemente controladas por profesionales de los medios sanitarios, produciéndose así que las personas en situación de discapacidad se vean desplazadas como sujetos, y sean fetichizadas como objetos. (Shakespeare, 1998) Por estos motivos, es que tanto sus cuerpos, como sus prácticas sexuales han sido social y tradicionalmente reguladas y vigiladas, lo que se ha visto relacionado, como sostiene Skliar (2001), a que los *otros deficientes*, no son frecuentemente concebidos como productores y actores de narrativas propias.

Normativa y debates internacional(es) y nacional(es) en torno a la Discapacidad y a la Sexualidad. Problematización respecto a la figura del Asistente Sexual

A partir de lo expuesto hasta el momento, es oportuno proseguir realizando “rodeos” analíticos respecto a la normativa vigente en relación a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad. En principio, cabe sostener que la normativa existente es el reflejo de una sociedad que históricamente ha silenciado y reprimido el derecho y los deseos de este grupo de personas, a las cuales, como se mencionó previamente, se las ha considerado socialmente como asexuadas. Asimismo, resulta importante resaltar que las normativas de una sociedad, se expresan materializadas como políticas que se concretan en las acciones o inacciones que los gobiernos eligen llevar a cabo. (Dye, 1975) De esta manera, en lo que respecta al presente debate, cabe destacar que en la actualidad uruguaya no figuran normativas, instituciones, o personas con formación específica para garantizar el derecho al pleno ejercicio de la sexualidad

de las personas en situación de discapacidad, como lo podría ser la Asistencia Sexual, entendida como un recurso significativo y emancipador para ejercer dicho derecho. No obstante, se reconoce que existen numerosas personas en situación de discapacidad que viven plenamente su sexualidad y no necesitan de ningún tipo acompañamiento para ejercerla libremente, pero se destacan otras a las que éste sí les resultaría significativo, y por ello se vuelve oportuna la presente interpelación en torno a la implicancia de la Asistencia Sexual.

No obstante, resulta pertinente plasmar los marcos normativos existentes a nivel internacional y nacional que se relacionan con la “protección” de los derechos de las personas en situación de discapacidad. Dentro del marco internacional se encuentra la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006, la cual marca un cambio en la concepción acerca de la discapacidad, reconociendo que son los prejuicios generados en la sociedad los que producen la situación de discapacidad (Domínguez, Mattioli y Sosa, 2011). Por ello, es posible sostener que la Convención se apropia de la perspectiva del “modelo social” de comprender la discapacidad, ya que no deposita sus argumentos en lo individual y lo biológico, sino que reconoce que las situaciones de vulnerabilización que vivencian las personas en situación de discapacidad se desarrollan en el plano social como consecuencias directas de las condiciones de desigualdad y exclusión en las que se reproducen. En consonancia, Kipen y Vallejos (2009) sostienen que no son las personas en situación de discapacidad las responsables de la exclusión que en muchas ocasiones vivencian, sino que son las barreras construidas por el resto de la sociedad, las que generan los verdaderos impedimentos para la igualdad de condiciones.

Por su parte, a nivel nacional, el marco normativo uruguayo cuenta con la *ley n° 18.651: Protección Integral de las Personas con Discapacidad*, la cual se encuentra en vigor desde febrero de 2010, y a través de la que se produjeron avances importantes con respecto a la ley anterior n° 16.095 del año 1989, generando así un cambio en la concepción de la persona en situación de discapacidad, debido a que en la normativa precedente se la reconocía como aquella que padecía una “enfermedad”, resaltando solamente el aspecto biológico, pero en la actual se la percibe desde una perspectiva de

derechos. En general, es posible reconocer que la presente normativa ha habilitado al surgimiento de programas y acciones inclusivas, favoreciendo de forma creciente la autonomía y participación social de las personas en situación de discapacidad. (Domínguez, et.al., 2011)

Sin embargo, como se anticipó, en lo que respecta al abordaje de la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, el marco jurídico-normativo uruguayo demuestra su “vacío”. Esto es debido a que en las normativas plasmadas no se contempla de forma explícita el derecho al ejercicio pleno de la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, vulnerando al mismo tiempo el derecho a la expresión sexual y al desarrollo de sus potencialidades como actores sexuales, ya que en sus contenidos no expresan ni establecen específicamente las garantías de estos, y por lo tanto, tampoco se hace referencia a las situaciones en las que la persona no puede acceder a su propio cuerpo por sí sola como consecuencia de una dependencia severa. Esto puede entenderse como una manifestación histórica por parte de la sociedad, la cual genera desde las normativas existentes y sobre todo desde las inexistentes a nivel internacional y nacional, que se obvie, invisibilice y excluya la realidad de que las personas en situación de discapacidad deben tener el derecho a vivir plenamente su sexualidad como cualquier otro ciudadano. Cabe aclarar que con la vivencia plena de la sexualidad se busca referir a la misma desde su integralidad, y no sólo relacionándola a la forma en que ha sido promovida tradicionalmente, es decir, en relación a la salud sexual y reproductiva, ya que ello constituye solamente un aspecto de la misma, aunque sea el que mayor visibilidad y aceptación social ha tenido.

De esta manera, dado que la sexualidad de las personas en situación de discapacidad no se encuentra incluida dentro de los marcos normativos, se produce una negación del “reconocimiento jurídico” en términos de Honneth (1997) en el que “(...) todo sujeto humano, sin diferencia alguna, debe valer como un fin en sí mismo, mientras que el respeto social pone de relieve el valor de un individuo (...)” (p.137). En este sentido, sosteniendo que la sexualidad es uno de los aspectos fundamentales del bienestar de las personas, surge la siguiente interrogante: ¿cómo se traduce tal exclusión

de los marcos normativos, en la cotidianidad de las personas en situación de discapacidad?

De acuerdo a ello, cabe mencionar que desde dicha negación y no reconocimiento jurídico, las personas en situación de discapacidad se constituyen como “(...) grupos de personas que luchan por su reconocimiento y que son víctimas de la dominación cultural en un contexto de desigualdades (...)” (Kipen y Vallejos, 2009, p.94). Esto genera que este colectivo construya su identidad tanto desde la propia exclusión, como desde la falta de oportunidades, la inferiorización, y desde la oposición a los “*otros*”, es decir, al resto de las personas que conforman parte de aquellos que vivencian una sexualidad “normal” y que por ende, tienen sus derechos plenamente garantizados. Es así que las oportunidades para las personas en situación de discapacidad tienden a ser limitadas, teniendo como consecuencias que las mismas vivan su cotidianidad como “padecimiento”. La vivencia de la imposibilidad de experimentar distintas situaciones y oportunidades como lo es el acceso a un acompañamiento sexual, terminan transformándose en instancias naturalizadas para las personas en situación de discapacidad.

De esta forma, tal exclusión se manifiesta como un proceso de no reconocer en el “*otro*” derechos que le son propios. Por tanto, se cree relevante abordarla desde una perspectiva de ciudadanía, en la cual se destaque “(...) el reconocimiento de que el otro es un semejante. Por tanto, alguien revestido de derechos y sobre todo con el derecho a ampliar sus derechos” (Nascimento *apud* Baráibar, 1999, p.91). A su vez, es posible notar que en la no consideración del “*otro*” como semejante a uno mismo en términos de derechos, implica que tampoco se tenga en cuenta la noción de la singularidad de cada sujeto, es decir, la comprensión de que cada persona es única, con una trayectoria y forma de vida diferente a la de cualquier otro. Por lo tanto, como consecuencia, las diferentes prácticas sexuales son interpretadas por una sola visión de “(...) lo que es y, de lo que debiera ser, la sexualidad humana, (...) constituyendo una forma única de experimentar el hecho sexual humano y, por tanto, anulando todas aquellas sexualidades que son (...) disidentes o subversivas, respecto de lo dominante” (Arnau, 2017, p.22). Con respecto a ello, es oportuno tener en cuenta las diversas maneras de vivir la sexualidad, la cual es distinta en cada uno de los sujetos. En este sentido, es que resulta

relevante el desarrollo de la figura del Asistente sexual, ya que es una forma de garantizar el reconocimiento público y político hacia todas las personas en situación de discapacidad, logrando estas ejercitar una plena "Ciudadanía Sexual." (Arnau, 2004) De esta manera, reivindicar la Asistencia Sexual como un derecho esencial para las personas en situación de discapacidad, se relaciona directamente con el supuesto de que la misma conlleva hacia la igualdad de oportunidades para todas los sujetos y brinda las posibilidades y herramientas necesarias para que estos vivencien libre y plenamente su sexualidad.

Un punto pertinente a destacar es la posibilidad de considerar a Uruguay como un país en el que sería viable la instalación de un escenario propicio en el cual se alcancen las condiciones necesarias para avanzar jurídica, política y socialmente en la temática de la sexualidad de las personas en situación de discapacidad. Esto es, debido a que a nivel normativo, puede pensarse como admisible la incorporación de nuevos artículos y/o garantías para las leyes existentes, o la posibilidad de elaborar otras, como lo podría ser una específicamente referida a la Asistencia Sexual. En referencia a ello, cabe aludir a lo mencionado por la Sexóloga Clínica uruguaya Magdalena Joubanoba (2017), quien expresa que este país ha sido "líder" en temas vinculados a derechos sexuales y reproductivos, por lo que se cree que el asequible surgimiento de dicha profesión podría constituirse en un camino factible de transitar.

A su vez, es relevante destacar la situación internacional en relación a la Asistencia Sexual. Es posible sostener que en Europa existen cada vez más organizaciones promoviendo de manera activa los derechos sexuales de las personas en situación de discapacidad, aunque ello tampoco se encuentre en consonancia con los marcos legales relacionados a la temática. No obstante, en diferentes países europeos las personas en situación de discapacidad cuentan con la oportunidad de acceder a un acompañamiento sexual a través de la propia figura del Asistente Sexual. Para concretizar con dicho acompañamiento las personas pueden acudir a diferentes asociaciones que se han desarrollado en los últimos años, conformadas por sujetos que son en su mayoría técnicos y especialistas, interesados y sensibilizados en la promoción de la Asistencia Sexual como un derecho esencial en la vida de las personas en situación

de discapacidad, y los cuales se proponen desmitificar las creencias asociadas a la asexualidad de dichas personas.

Resulta significativo presentar de manera general gran parte del contenido que ofrece el contexto Europeo en relación a la Asistencia Sexual. A saber, englobando dichas asociaciones se encuentra la Plataforma de Asistencia Sexual Europea (EPSEAS), dentro de la cual se ubican las establecidas en los diferentes países: ADITI (Bélgica), APPAS (Francia), Sexual Understanding (Francia), Corps Solidaires (Suiza), Sexualité et Handicaps Pluriels (Suiza), Tandem Team Barcelona (España), Love Giver (Italia). De manera general, cabe destacar que desde EPSEAS se busca contribuir al debate público y a las políticas que aborden la temática desde la consideración de que las personas en situación de discapacidad manifiestan “necesidades, deseos y sensaciones sexuales”, y para que sean escuchadas, el objetivo es demostrar que “tienen derecho a experiencias sexuales y a una asistencia adaptada que les permita vivir su sexualidad como quieran” (EPSEAS, 2017).

En lo que respecta a la propia figura de Asistente Sexual, vale destacar que la misma cuenta con una formación determinada en la que se establecen sus especificidades como profesión. Para conocer dicha formación resulta interesante acudir a la información recabada y a los propios discursos de las dos personas entrevistadas, estrechamente vinculadas con la profesión. En este sentido, se conoció¹ que la formación propiamente dicha consta de una capacitación teórica y práctica que se realiza en el correr de un año, dividiéndose en cuatro fines de semana. La entrevistada (1) (Asistente Sexual y Presidenta de Corps Solidaires, en Suiza), expresa: “Nuestra primera formación como “Cuerpos solidarios” la hicimos en 2013. El certificado que se da es de nuestra asociación, se sabe quiénes somos; (...) se sabe de qué se trata nuestra formación, pero no está reconocida públicamente”. A su vez, resalta que la formación es continua, y que a través de ella se aprende colectivamente sobre la temática. Asimismo, la entrevistada (2) (Sexóloga francesa e instructora de la formación de Asistentes Sexuales), agrega que se invierte mucho tiempo para trabajar en conjunto todo lo concerniente a la intimidad, y además cuenta: “(...) *invitamos a personas en situación*

¹ Los fragmentos de las entrevistas que se esbozarán provienen de la investigación realizada en conjunto con el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la FCS, en torno a la discapacidad, sexualidad y Asistencia Sexual, tal como se mencionó en la introducción de la monografía.

de discapacidad para poder discutir con ellos sobre esta temática, las formas de acercamiento y todo eso.” De este modo, se visualiza que por parte de los especialistas se pretende plantear una formación que incluya a las personas hacia las cuales se dirige, teniendo la posibilidad de escuchar sus propias voces haciéndolas partícipes de la conformación de la profesión.

Otro de los puntos que se plantea es el relacionado al financiamiento de la formación, sobre la cual la entrevistada (1) explica que las asociaciones no cuentan con fondos monetarios propios ya que las capacitaciones se brindan de manera gratuita. Por lo tanto, sugiere que: *“Sería interesante que el Estado pudiera al menos financiar las formaciones que damos desde la asociación. Aunque eso no es sencillo, ya que podría querer intervenir en dar sus miradas, poner sus condiciones, y eso no es posible en tanto no se conozca el trabajo en concreto.”* Sin embargo, contrarrestando su sugerencia referida a la intervención estatal en la subvención económica, expresa que desde el Estado: *“(…) podrían querer plantear hacer ellos las formaciones y ahí nos imaginamos a los médicos. Esos son los peores para llevar adelante este tipo de formación.”* Entrevistada (1). Esta forma de resistencia hacia la participación de especialistas vinculados a la medicina, se relaciona a la forma médico-hegemónica tradicionalista desde la cual se ha simplificado la condición biológica y humana a una mera “patología” que genera la desacreditación de los cuerpos y sexualidades “no normativas.” (Arnau, 2013) Asimismo, dicha visión hegemónica se basa en un “modelo cultural genital-reproductor imperante” (Arnau, 2017), en el cual la sexualidad no es abordada desde su integralidad, sino que como ya se ha mencionado, es entendida parcialmente, siendo estrictamente vinculada a la dimensión reproductiva. En este sentido, Arnau (2004) sostiene que resulta *“(…) mucho más propio hablar de “sexualidad-es” en la medida en que es tan plural y diversa como lo son las personas”* (p.7). Además, es preciso señalar que desde la propia Asistencia Sexual, principalmente se tiene el interés de que las personas en situación de discapacidad *“(…) se reconcilien con sus cuerpos. Eso es lo primero. Luego, si es necesario, vendrá el sexo más “tradicional”* (Entrevistada (1)).

Paralelamente, cabe destacar otras cuestiones en torno a la respectiva profesión. A saber, la entrevistada (1) sostiene que la Asistencia Sexual que se promueve busca

abarcar todas las elecciones sexuales, por lo que: *“Hay hombres asistentes sexuales, mujeres asistentes sexuales, lesbianas, gays, trans. Intentamos dar respuesta a todas las orientaciones sexuales.”* Sin embargo, se revela que otras de las formas en que la sexualidad se expresa en su versión más tradicionalista, a través de la Asistencia Sexual, es en relación a la población que la solicita, lo cual se visualiza en lo siguiente: *“La mayoría que demanda el servicio son hombres. Ese es un gran problema. No tenemos casi demanda femenina, en tanto la sexualidad femenina no es reconocida como una necesidad”* (Entrevistada (1)). En relación a ello, es oportuno el planteo de Butler (2004) al expresar que la sexualidad se encuentra transversalizada por el género, *“(…) es a través del cuerpo que el género y la sexualidad se exponen a otros, que se implican en los procesos sociales, que son inscriptos por las normas culturales y aprehendidos en sus significados sociales”* (p.39). Ello da lugar a observar que lo que socialmente sucede y lo que desde una perspectiva tradicional se espera es que los “deseos sexuales” sean generalmente “reclamados” y por ende satisfechos por los hombres, denotando de esta forma una perspectiva arcaica en la que la sexualidad de las mujeres está invisibilizada y éstas se encuentran ubicadas del otro lado de la situación: brindando el servicio. En consonancia, la entrevistada (1) agrega: *“Nos ha sorprendido la muy alta demanda de personas de mucha edad. (...) entre 80 y 90 años. (...) Para las mujeres viejas lo hacen sencillo: les dan calmantes; pero para los hombres dicen de las instituciones que hay que encontrarles una solución.”* Se vuelve a observar aquí, una concepción represiva y asexuada hacia las mujeres, la cual las inferioriza en relación a los hombres, reflejando la existencia de roles de género estereotipados históricamente, que determinan que la sexualidad femenina debe ser medicalizada y silenciada.

Por otro lado, respecto a la financiación que las personas en situación de discapacidad deben subvencionar para acceder a la Asistencia Sexual, la entrevistada (1) plantea: *“Tenemos la esperanza que el Estado pague una subvención, pero no el total del trabajo. Sería un error brindar ese servicio gratuitamente para el beneficiario, ya que lo que es gratuito, lo que no cuesta nada, no vale nada en la cabeza de las personas. (...) Si el beneficiario no paga nada, ¿cómo va a poder decir, por ejemplo, que no está de acuerdo con la prestación? Por eso, si participa en el pago está en igualdad con el asistente. Así, no hay manera de que uno ejerza poder sobre el otro. (...)”*

Si se desresponsabiliza a la persona en situación de discapacidad, se corre el riesgo de tratarla desde la caridad.” Desde esta forma de concebir la Asistencia Sexual, como un “servicio” posible al que la persona en situación de discapacidad puede recurrir, se pretende generar una relación “de igual a igual” entre usuario-asistente, en la cual dicho usuario sea considerado como sujeto de derechos, en tanto puede elegir hacer uso del mismo, y tener a la vez, la responsabilidad de solventar parte del gasto que éste implique, evitando así caer en el asistencialismo con el que generalmente se caracterizan los servicios, programas y/o políticas hacia la población en cuestión.

Otro punto a destacar es que la Asistencia Sexual aparece social y normativamente vinculada al Trabajo Sexual, dado que no se encuentra regulada de manera legal como tal. En este sentido, a través de los discursos de las entrevistadas es posible saber: *“(…) la Asistencia Sexual en Suiza está asimilada a la prostitución, la cual es legal. Hay una excepción en el cantón de Ginebra (las leyes son cantonales, no nacionales), donde la asistencia sexual no es considerada dentro de la prostitución, pero tampoco tiene un status real.”* (Entrevistada (1))

Asimismo, respecto a la ley francesa menciona que la Asistencia es igualmente vinculada al Trabajo Sexual, con la particularidad de que se pena a la persona usuaria de la misma. Además, comenta que en Holanda la Asistencia también comparte las características del Trabajo Sexual aunque es financiada por el Estado, en efecto sostiene: *“La persona en situación de discapacidad demanda al Estado un asistente sexual y éste le otorga el beneficio. Pero no hay un proyecto, no hay seguimiento, hasta donde sé no hay formación. Para nosotros Holanda no es un modelo a seguir.”* (Entrevistada (1)). Cabe destacar, sin establecer comparaciones jerárquicas entre ambas profesiones, que es posible diferenciar la Asistencia Sexual del Trabajo Sexual, dado que parten de principios disímiles. A modo de ejemplificar, es oportuno recurrir a lo mencionado por la entrevistada (1) quien plantea que para la capacitación de la Asistencia Sexual se generan *“(…) espacios de formación que hace que se consoliden grupos que luego serán el sostén para cada uno de nosotros. (...) nos acompañamos, nos quitamos dudas, etc. Eso hace de nuestra propuesta de asistencia sexual algo diferente a lo que sería la prostitución.”* A su vez, la entrevistada (2) señala, por un lado: *“En la prostitución, se hace el dinero según lo que se haga. En la asistencia*

sexual se forma para cuestiones específicas.” y por el otro menciona que en la Asistencia Sexual “(...) la sesión es de una hora mínimo y cualquiera sea la prestación es siempre el mismo precio”, estableciendo ambos aspectos diferencias notorias entre ambas profesiones.

Al respecto de lo expresado sobre la Asistencia Sexual como profesión, es posible visualizar que ésta aún no se encuentra establecida con fundamentos y principios universales en los diferentes países, lo que da cuenta de la compleja situación política y social por la que debe continuar transitando para lograr asentarse con mayor estabilidad y legitimidad. Para contribuir con ello resulta necesario poder cuestionar las formas en las que se ha reflexionado en torno a la construcción de las políticas sexuales, como forma de contribuir a reformularlas o acrecentarlas, fomentando y reconociendo “(...) el derecho humano a una vida independiente en materia de sexualidad (...)” (Arnau, 2004, p.32), lo cual se constituye en una de las prioridades que deben desarrollarse en materia de políticas públicas en la actualidad.

Finalizando con el análisis de la presente monografía resta concluir recalando que cada persona vivencia su propia sexualidad, por lo cual se considera relevante que las diferentes sexualidades puedan vivirse en condiciones de igualdad, teniendo la misma valoración social, cultural, política, ética y jurídica. En este sentido, cabe insistir en la necesidad de que se continúen cuestionando y deconstruyendo aquellos discursos hegemónicos y represivos que históricamente han sido instalados en la sociedad promoviendo la noción de que existe una única sexualidad, establecida como la “normal”, la “dominante” y la “esperada”, obstaculizando las diversas maneras en que los sujetos pueden manifestarse sexualmente. Es entonces dentro de éstos propósitos donde la Asistencia Sexual cobra trascendencia, entendiendo que la misma se constituye como una de las formas mediante la cual las personas en situación de discapacidad pueden empoderarse personal y sexualmente, y concibiéndola como la expresión de la construcción de una sociedad que reconoce a dichas personas desde sus potencialidades, como sujetos sexuados, portadores de deseos, y capaces de tomar sus propias decisiones respecto a las formas de producir y reproducirse en sus vidas con los “*otros*”.

Reflexiones finales

A modo de conclusión, cabe destacar en principio que la realización de la presente Monografía final de Grado significó un importante desafío para quien escribe, y la concreción de un proceso de aprendizaje, tanto en relación a lo teórico, como a lo metodológico. El análisis desarrollado a lo largo del documento pretendió visibilizar y problematizar una dimensión de la realidad: la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, la cual ha estado históricamente relegada al ámbito privado, siendo reprimida y parcialmente cuestionada desde el plano académico y social, especialmente cuando se la relaciona con la Asistencia Sexual. De este modo, resultó relevante analizar en primera instancia la relación entre Discapacidad y Sexualidad, vinculándola en una segunda instancia con la Asistencia Sexual.

A su vez, se pretendió dar cuenta del posicionamiento teórico de la estudiante para analizar las categorías mencionadas, por ende, a través de la matriz de pensamiento histórico-crítica, se buscó promover la concepción de que es pertinente comprender a los sujetos desde su singularidad, productos de un contexto histórico y social determinado. Además, teniendo en cuenta la metodología utilizada, desde los aportes de Kosik (1967), se realizaron “rodeos” considerados relevantes para poder interpelar la realidad, que inicialmente se presentó como “dada”, y por lo tanto, para desnaturalizar los discursos instalados en la sociedad como universales. Discursos que han tenido como objetivo establecer “mandatos sociales” acerca de lo “políticamente correcto y esperado”, regulando los comportamientos y las prácticas de las personas, e imponiendo definiciones y clasificaciones hacia los sujetos que no se encuentran “ubicados” dentro de los “parámetros normales” que la sociedad capitalista ha fijado. Por ende, fue posible cuestionar lo instalado como “normalidad”, es decir, las concepciones producidas y reproducidas socialmente como “verdades hegemónicas”, con el propósito de poder de-construirlas y re-definirlas analíticamente.

Es entonces que se discutió sobre las concepciones médico-hegemónicas de producir y reproducir nociones estrictamente biologicistas para comprender a los sujetos, las cuales en nombre de un “saber legitimado” y socialmente aceptado establecen la existencia de cuerpos “discapacitados”, “anormales”, “asexuados”. Debido

a ello, resultó interesante para la estudiante acercarse a la perspectiva del “modelo social” para comprender la temática, compartiendo que las personas no sólo se configuran en la sociedad como entidades fisiológicas, sino también como seres sociales que se encuentran fuertemente influidos por las condiciones históricas y materiales en las que se reproducen, por lo que resultó oportuno desviar la mirada de lo corpóreo para poder apreciar la esencia de las mismas. De este modo, tomar esta perspectiva implica concebir a la sexualidad, más allá de lo corporal, reconociendo que ésta “(...) es una de las más humanas expresiones de comunicación y de encuentro con uno/a mismo/a y, con el/la otro/a.” (Arnau, 2017, p.20), y por lo tanto, se consideró oportuno expandir los debates en torno a ella trascendiendo el campo de la medicina.

En síntesis, es posible afirmar que el análisis de la “ideología de la normalidad” tuvo lugar central en este documento, en tanto transversaliza a los sujetos y a sus prácticas, y produce conceptos opuestos que operan fragmentando la sociedad, estableciendo una línea divisoria entre lo considerado “normal”, y “anormal”. Dentro de lo anormal, dicha ideología se ha encargado de ubicar a las personas en situación de discapacidad, en función de aquello que visiblemente “les falta”, por lo cual se entiende que el cuerpo se configura como un espacio de inscripción de imperativos sociales y simbólicos, que lo sitúa en situaciones de inferioridad, desigualdad y exclusión respecto a los que se encuentran en el lado “normal”. Teniendo en cuenta los efectos de la “ideología de la normalidad”, y refutándolos, resultó oportuno considerar que “(...) no hay nada de natural en la discapacidad, que no tiene que ver con el orden biológico de los cuerpos y mentes sino con un orden social y cultural donde muchas cosas se construyen como diferentes (...)” (Rosato y Angelino, 2009, p.29).

Es por ello que fue de gran relevancia analizar la noción de aquellos cuerpos contruidos como “normales”, como de los denominados “anormales”, a partir de la Sociología de los Cuerpos y las Emociones, la cual arrojó diversos insumos, especialmente, respecto a las sensaciones que se producen en la relación con los “*otros*” inmersos en la dominación actual.

Por otra parte, se vio necesario analizar críticamente las maneras en que el Estado “produce discapacidad” y por lo tanto, las políticas a través de las cuales ésta se

reproduce. Respecto a ello, se pudo notar la represión existente en torno a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, dado que no se cuenta con normativas específicas para que estos vivencien plenamente sus sexualidades, siendo una de éstas inexistentes, la relacionada a la Asistencia Sexual. Asimismo, las asociaciones que abordan la temática de dicha profesión lo realizan al margen de los marcos normativos de cada país, estando la figura de Asistente Sexual asociada al trabajo Sexual. En este sentido, se consideró importante problematizar la no existencia de la figura del Asistente Sexual en Uruguay, razón por la que puede concluirse que el derecho al pleno ejercicio de la sexualidad de las personas en situación de discapacidad no está siendo garantizado. Fue de acuerdo a ello el interés por abordar la implicancia de esta profesión, entendiendo que es una de las herramientas para reivindicar los derechos sexuales de tal población, y una forma mediante la cual las personas se “empoderen” accediendo sexualmente a sus propios cuerpos.

De igual manera, se cree que el desarrollo de la figura del Asistente Sexual puede contribuir a derribar los distintos mitos relacionados al plano sexual de las personas en situación de discapacidad. Además, implicaría la materialización de sus sexualidades como un derecho humano (Arnau, 2017). De acuerdo a ello, se considera relevante comenzar a propiciar espacios de investigación, reflexión, y concientización sobre la implicancia de esta profesión en la vida de las personas en situación de discapacidad, buscando dar lugar a la aceptación de las diversas formas de vivenciar la sexualidad.

En esta misma línea, se considera relevante contemplar la diversidad, concebirla como un valor enriquecedor de cualquier persona o situación. De esta forma, se propone aceptar la multiplicidad de personas y prácticas, desde una posición a partir de la cual no se promueva el señalamiento hacia los “*otros*” como diferentes a “*nosotros*”, sino que se conciban como válidas las distintas formas de pensarse y expresarse en el mundo. Por lo tanto, es pertinente establecer con el “*otro*” una relación de sujeto a sujeto, en la cual se reconozca a ese “*otro*” como igual a uno mismo, de forma que se generen relaciones de respeto y horizontalidad.

Por último, cabe mencionar que se considera importante que desde el Trabajo Social se promueva una “mirada crítica” para el abordaje de los fenómenos sociales, que

contemple la historicidad y procesualidad de los mismos, habilitando a prácticas que reconozcan a los sujetos desde su integralidad puesto que cada individuo es único, y se construye, produce y reproduce de acuerdo a sus posibilidades y oportunidades.

Bibliografía:

Libros:

Almeida, Ma, E. (2009). “Alteridad y discapacidad: las disputas por los significados.” En Rosato, A. y M. A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Angelino, M.A. (2009). “La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción”. En Rosato, A. y M. A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

(2009). Ideología e ideología de la normalidad. En Rosato, A. y M.A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Baráibar, X. (1999). Temas viejos en tiempos nuevos: aproximación al debate sobre la exclusión social. Brasil: Universidad Federal Río de Janeiro.

Batthyány, K. & Cabrera, M. (ed.) (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Montevideo: UR-UCUR, CSE.

Baudrillard, J. (2000). *Figuras de la alteridad*. Buenos Aires: Prometeo.

Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós

(2005). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.

Domínguez, M., Mattioli, N., y Sosa, F. (2011). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo. Montevideo: Intendencia de Montevideo.

Dye, T. (1975). *Understanding Public Policy*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.

(1992). *Microfísica del poder*. España: La Piqueta.

(1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.

(2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de

Argentina.

Figari, C. (2009). Las emociones de lo abyecto: repugnancia e indignación. En A, Scribano y C, Figari. (Ed.), *Cuerpo (s), Subjetividad (es) y Conflicto (s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: CICCUS.

Frank, E. (2004). *La sexualidad en las personas discapacitadas*. Uruguay: Ediciones Banda Oriental.

García, A. (2005). *La categoría exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad*. Montevideo: FCS.

González, C. (2008). Identidad y percepción social del cuerpo. En Porzecanski, T. (Comp.). *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta.

Halperín, D. (2000). “¿Hay una historia de la sexualidad?”. En *Historia, géneros e identidades sexuales*. Buenos Aires: Edelp.

Honneth, A. (1997). “*La lucha por el reconocimiento*”. Barcelona: Crítica.

Joubanoba, M. (2017). *Amor y sexo. Historias reales*. Montevideo: Fin de siglo.

Kipen, E; A, Lipschitz. (2009). Demasiado Cuerpo. En Rosato, A.; M. A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Kipen, E; I, Vallejos. (2009). La producción de *discapacidad* en clave de ideología. En Rosato, A. y M. A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.

López Sánchez, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Meresman, S. (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay: La oportunidad de la inclusión*. Montevideo: UNICEF.

Míguez, M, N. (2012). *Discapacidad en lo social. Un enfoque desde las corporalidades*. En Dell'Anno, A. [et.al.], *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER.

(2014). *Discapacidad como construcción social en Francia y Uruguay*.

Petchesky, R. (2015). La sexualidad como arma de la biopolítica: repensando el proyecto de ley contra la homosexualidad de Uganda. En G, Sen y M, Durano. (Ed.), *Refundando los contratos sociales feministas en un mundo feroz*. Montevideo: Claudio Ortiz.

Rosato, A. y M. A, Angelino. (Coords.)(2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Scribano, A (2002). *De Gurúes, profetas e ingenieros*. Ensayos de Sociología y Filosofía. Córdoba: Edit. Copiar.

(2007). "Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones." CEA-UNC – Jorge Sarmiento.

(2009). A modo de epílogo ¿por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones? En A, Scribano y C, Figari. (Ed.), *Cuerpo (s), Subjetividad (es) y Conflicto (s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: CICCUS.

Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. En L, Barton. (Ed.), *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata.

Skliar, C. (2002). *¿Y si el otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Vallejos, I. (2009). La categoría de la normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamientos social. En Rosato, A.; M. A, Angelino. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Veiga-Neto, N. (2001). “Incluir para excluir”, en Larrosa, J. y Skliar, C. (Eds.), *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona: Laertes.

Weeks, J. (1998). *La invención de la sexualidad*. En: Jeffrey Weeks. *Sexualidad*. México: Paidós.

Revistas:

Arnau, S. (2004). *Sexualidad(es) y disCapacidad(es): La igualdad diferente*. Recuperado de: <http://www.cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0098/syd.pdf>

Arnau, S. (2013). *Otro medio, no un fin, para alcanzar el derecho Humano a una vida independiente en materia de Sexualidad*. Recuperado de: <https://www.slideshare.net/solearnau/asistencia-sexual-sept-2013>

Arnau, S. (2017). *El modelo de Asistencia Sexual como derecho humano al auto-erotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de la vida independiente*. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*. Recuperado de: <http://www.intersticios.es/article/view/16468/11202>

Cevallos, M; B, Serra. (2006). “La materialidad del poder: una reflexión en torno al cuerpo”. *Revista “A Parte Rei”*. Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/cevallos47.pdf>

Skliar, C. (2000). “La invención y la exclusión de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad”. En *Propuesta Educativa*, Buenos Aires. Año 10. Nro. 22, pp.34-40.

Scribano, A. (2007b). "*Vete tristeza... Viene con pereza y no me deja pensar!... Hacia una sociología del sentimiento de impotencia*". Recuperado de: <http://www.accioncolectiva.com.ar/sitio/documentos/ascribano2007c.pdf>

(2012). Sociología de los cuerpos y las emociones. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°10. Año 4. Diciembre 2012-marzo de 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 93-113.

Vallejos, I. (2002). El otro anormal. Revista Desde el Fondo: UNER. VII- N° 27.

Fuentes documentales:

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/1856513.HTML>

European Plataform Sexual Assistance. Recuperado de: <http://www.epseas.eu/en/>

Ley N° 18.651. (2010). PROTECCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2049386.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf