

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

**Discapacidad, sexualidad y cuerpo, desnaturalizando
conceptos:
reflexiones sobre la implicancia de los mismos en la
construcción de la sexualidad de las personas con
discapacidad**

Estefani Oxley Guazzoni

Tutora: Ana Laura García Maciel

2014

Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1: Discapacidad, desnaturalizando el concepto.....	9
1.1 ¿Qué se entiende por discapacidad?.....	9
1.2 ¿Qué es lo “normal”? ¿Quién determina lo que es “normal”?.....	11
1.3 Ideología de la normalidad.....	15
Capítulo 2: Sexualidad y cuerpo. Dos conceptos mirados desde una perspectiva construccionista.....	20
2.1 Sexualidad, enfoque esencialista vs enfoque construccionista.....	20
2.2 La sexualidad, una invención histórica y social.....	23
2.3 Cuerpo como categoría, durante el tiempo y en las distintas disciplinas.....	25
2.4 Efectos y estrategias de poder en la construcción de los cuerpos.....	27
2.5 Posibilidades y límites de la sexualidad y los cuerpos de las personas con discapacidad.....	30
Capítulo 3: Normalidad, Sexualidad y Cuerpo en el contexto Uruguayo.....	33
3.1 El pasaje de una sexualidad “bárbara” a una “civilizada”.....	33
3.2 Los médicos como locutores en la puesta en discurso de la sexualidad.....	35
3.3 La psiquiatría del novecientos y su participación en la construcción de la	

“normalidad”	40
3.4 Cuerpo y sexualidad, contruidos en el Uruguay a partir de la transferencia de los valores médicos hacia la sociedad de la época	43
Capítulo 4: Sexualidad de las personas con discapacidad, no se habla, no se ve..	47
Reflexiones finales	55
Bibliografía	59
Anexo	68

Introducción

El presente documento constituye la monografía de grado requerida curricularmente para dar por finalizada la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema de investigación elegido es la construcción de la sexualidad en las personas con discapacidad.

Este ensayo teórico intentará exponer y reflexionar sobre los diversos factores que interactúan en dicha construcción y que dificultan la comprensión de la sexualidad de las personas con discapacidad. Evocando aquellos conceptos que se han construido desde una mirada normalizadora. Es decir, durante la monografía trabajaremos teniendo presente que la discapacidad, sexualidad y la noción de cuerpo son construcciones que se realizan en relación a condiciones sociales, históricas, culturales, morales, donde entran en juego estrategias de poder definidas por un orden dominante. Así como también, haremos alusión a la necesaria referencia –que deriva en limitación, discriminación y exclusión- a los pares opuestos, en la construcción de los conceptos normativos.

Desde la perspectiva teórica metodológica se utilizó el pensamiento histórico dialéctico, intentando captar la realidad en su totalidad y movimiento.

Esta propuesta metodológica establece que los fenómenos sociales se encuentran ocultos por las manifestaciones inmediatas del mundo de la vida cotidiana. Mediante la misma se busca trascender el mundo de la *“pseudoconcreción”*, es decir, la intuición o la imagen ideologizada de la realidad, la cual se presenta de manera estática e inmutable; para poder alcanzar la *“esencia”* del fenómeno (Kosik, 1996).

Es así que para conocer la realidad se realizan *“aproximaciones sucesivas”* a los hechos, yendo desde lo concreto a lo abstracto y nuevamente a lo concreto, dotado esta vez de nuevos significados (De Martino, 1996). Se parte desde lo concreto, lo fenoménico -que no es lo verdadero- para traspasarlo mediante la incorporación de categorías teóricas -mediaciones y determinaciones- que narren y expliquen la realidad en conexión con los fenómenos estructurales que comprenden a la sociedad. El pasaje de lo fenoménico a la totalidad concreta opera en entender a la realidad como la totalidad de las múltiples

determinaciones y relaciones en oposición a la representación caótica del todo. (Kosik, 1996). *“De la representación viva, caótica e inmediata del todo, el pensamiento llega al concepto, a la determinación conceptual abstracta, mediante cuya formación se opera el retorno al punto de partida, pero ya no al todo vivo e incomprendido de la percepción inmediata, sino al concepto del todo ricamente articulado y comprendido”* (Kosik, 1996:48).

Por otra parte, analizamos diversa bibliografía, fuentes documentales y páginas web relacionadas a la temática. A su vez, se efectuaron tres entrevistas a informantes calificados, las mismas pretendieron conocer las opiniones, valoraciones y percepciones de los entrevistados acerca de la temática, constituyéndose en fuentes de información que respaldaron y habilitaron reflexiones personales. Es oportuno señalar que la elección de los entrevistados se basó en la trayectoria profesional de los mismos en relación a la temática de la discapacidad y la sexualidad. Destacándose la acumulación y producción de conocimientos de los mismos, a través de la participación en organizaciones sociales, no gubernamentales e instituciones públicas que trabajan con la temática. Así como también, la participación, de una de las entrevistadas, en el proyecto “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas”, implementado por la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo con el apoyo de ONU Mujeres. Por otra parte, consideramos relevante entrevistar a profesionales que actualmente se encuentran trabajando desde ámbitos públicos, en la órbita de programas y unidades que se proponen “atender” la discapacidad, como, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) a través del Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) y la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia departamental de Montevideo.

La elección de la temática se sustenta en varios aspectos, en primer lugar, la discapacidad en relación con la sexualidad se presenta como una temática compleja y de escaso abordaje desde las ciencias sociales en general y desde el trabajo social en particular, pero a la vez, representa un posible ámbito de práctica profesional. En segundo lugar, tanto la discapacidad como la sexualidad constituyen campos donde el discurso médico se posicionó como saber profesional hegemónico y por lo tanto esta monografía de grado pretende convertirse en un material de trabajo y reflexión desde otros saberes y miradas. En tercer lugar, dicha elección responde a una proximidad e interés personal en relación a un hermano con discapacidad intelectual. Durante el proceso de elección del tema de investigación nos encontramos interrogando y cuestionando la sexualidad de esta persona. A partir de esto surgieron otras preguntas, ¿deberíamos cuestionar y teorizar sobre la

sexualidad de otra persona, cuando nadie cuestiona nuestra sexualidad?, ¿desde qué lugar nos posicionamos para hacerlo?, ¿cómo personas pertenecientes al colectivo “normal”?, ¿qué miedos y prejuicios están naturalizados en ese proceso? Por esa razón, nos pareció interesante transitar por una búsqueda bibliográfica y un proceso de monografía que me permitiera reflexionar sobre algo que nos interesa y hace a nuestra vida cotidiana.

Es importante mencionar en este momento, que este trabajo implica el primer acercamiento teórico a la temática de la discapacidad durante el transcurso de la licenciatura. Esta monografía de grado se constituye como un producto derivado de una búsqueda particular de autores, documentos y bibliografía, con el asesoramiento y la guía de la tutora.

El documento se organiza en cinco capítulos. El primero de ellos, intenta desandar el camino histórico que hizo posible la aparición de los conceptos “normal” y “anormal”. Revelando que los mismos, utilizados para ordenar y convertir en predecibles a los sujetos así como establecer líneas divisorias al interior de la estructura social, no fueron utilizados para pensar las relaciones sociales sino hasta la Modernidad. Con dicho cometido, se retoman los planteos de Foucault (2006, 1990), quien sostiene que el grupo denominado “anormales” se formó a partir de la conjunción de tres personajes, los monstruos humanos, el individuo a corregir y los onanistas. De esa manera, surge un nuevo grupo cohesionado, de personas que existieron siempre, pero que a partir de la época moderna conformaron parte de una nueva categoría, “los anormales”, que los coloca como objetos de problematización y en posición de dependencia frente al término normativo de la diáda.

Por otra parte, durante el desarrollo del primer capítulo, estableceremos que la ideología de la normalidad a la vez que elabora discursivamente la “normalidad”, esconde sus rasgos históricos, sociales e ideológicos, permitiendo que la misma se instale como un aspecto natural y evidente. Además, señalaremos por que la naturalización de la discapacidad, el ocultamiento de su origen asociado a la idea de “normalidad”, al igual que su asociación a un problema individual, son productos de la ideología de la normalidad.

En el segundo capítulo, teniendo presente que la sexualidad ha sido desde siempre objeto de debates, regulaciones y valoraciones, se describen las características principales de ambos enfoques teóricos utilizados para abordar conceptualmente dicha categoría, las visiones esencialistas y las construccionistas o históricas. Luego se establecen las razones por las cuales en el marco de esta monografía de grado elegimos posicionarnos desde el enfoque construccionista, entendiendo que el mismo “(...) *pretende básicamente*

argumentar que solamente es posible comprender las actitudes y prácticas sociales en relación al cuerpo y la sexualidad en su contexto histórico específico (...) (López Gómez, 2005:24-25). Es decir, desde esta perspectiva o visión, el cuerpo y sus deseos, placeres, prácticas, relaciones y fantasías son aspectos que se fundan y se expresan de manera diferenciada según las condiciones sociales, históricas y culturales particulares en las que se construyen.

También en el segundo capítulo, hemos decidido desarrollar la categoría cuerpo, haciendo un recorrido de la misma en el tiempo y en las distintas disciplinas, destacando la contribución de la antropología y la historia en la conformación de dicha categoría como objeto de estudio en la teoría social. Para finalizar, teniendo presente que la construcción del cuerpo nunca se realiza de manera ingenua, resumiremos las estrategias y los efectos de poder que participan en dicha construcción. Estableciendo que el ejercicio del poder sobre los cuerpos se da en el siglo XVII y XVIII desde un ámbito disciplinar, mientras que en el siglo XIX y XX se produce la apertura al control médico. En cambio, la construcción del cuerpo en el siglo XXI, se produce bajo la influencia del mass media, donde la imagen corporal se vuelve pieza principal de comercialización y consumo. *“El cuerpo en la sociedad posmoderna podría definirse como un cuerpo diseñado para consumir y mostrar placer y deseo. Un cuerpo relacionado al culto de la apariencia, donde se exaltan la delgadez, la juventud, la fama como indicadores de belleza”* (Herrera, 2011: 21).

En el capítulo tres, retomando los aportes de Barran (1990, 1992,1995), estableceremos como la sociedad o cultura “bárbara” y luego la “civilizada”, construyeron en el Uruguay, de manera diferenciada, de acuerdo a los valores de la época, la sexualidad, la “normalidad” y el cuerpo. Intentaremos evidenciar los procesos de retroalimentación entre la esfera del saber médico y la esfera de la moral burguesa, que se produjeron en nuestro país desde 1900 hasta 1940 aproximadamente, denominados por Barran (1995) como *“moralización de la medicina”* y *“medicalización de la moral”*. Veremos como para dicho período histórico, los médicos, proclamaron en sus discursos una moral sexual puritana semejante a la predicada por la ética cristiana tradicional, siendo los niños y adolescentes la principal preocupación, por entender que encarnaban las máximas transgresiones al orden establecido. También haremos referencia a la construcción diferenciada del cuerpo masculino y femenino, evidenciando como las esferas de la sexualidad y la enfermedad mental fueron aquellas donde el saber médico científico dejó penetrar la moral del orden dominante con mayor facilidad. Mencionaremos aquí que nos pareció importante profundizar sobre la construcción del cuerpo, la sexualidad y la “normalidad” en la sociedad Uruguaya, aunque fuera

únicamente para el período histórico del novecientos, porque abordar el cuerpo como construcción implica que su significado y prácticas, sean aspectos que se expresan de manera particular según las condiciones sociales, históricas y culturales.

Por otra parte, en el capítulo cuatro, nos proponemos analizar lo trabajado hasta el momento. En el mismo introduciremos y reflexionaremos sobre los aspectos y conceptos abordados durante los anteriores capítulos, incluyendo la información obtenida de las entrevistas realizadas en el marco de esta monografía de grado.

Finalmente, el trabajo culmina con algunas reflexiones que pretenden rescatar los aspectos más subjetivos del proceso de aprendizaje. Dando cuenta de que el mismo no es definitivo, sino un proceso abierto, que habilita posteriores líneas de análisis e investigación.

Capítulo 1

Discapacidad, desnaturalizando el concepto.

1.1 ¿Qué se entiende por discapacidad?

A la hora de tratar de establecer ¿qué se entiende por discapacidad?, es importante tener presente la concepción teórica desde donde se aborda la temática, ya que esto determina que las producciones escritas, los discursos y las acciones se configuren de manera diferenciada. En relación a las perspectivas teóricas de abordaje de la discapacidad, pueden claramente identificarse dos, la médica y la social.

La perspectiva médica, según Vallejos (2011), supone que la discapacidad está dada en el cuerpo y que la misma es visible y calificable desde un saber médico que podrá someter al sujeto a la rehabilitación. Esta mirada de la discapacidad, despoja al cuerpo de su historicidad, sus características sociales y culturales, otorgándole a la discapacidad el status de problema personal e individual, negando cualquier referencia a la estructura social.

Dentro de esta perspectiva es posible identificar el discurso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se configura como plataforma de muchas de las construcciones teóricas entorno a la discapacidad. La OMS entiende por discapacidad, según lo establece en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (2001)¹, *“El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica [Esta interacción puede ser vista como un proceso o como un resultado dependiendo del usuario] entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales (...) [que] incluyen tanto factores personales como factores ambientales (...) Los factores ambientales interactúan con todos los componentes*

¹ En palabras de la OMS, esta producción constituye una revisión y una superación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980. Según esta organización, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) busca integrar ambos modelos de discapacidad, *“(...) la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social”*. (OMS, 2001:22).

Por su parte, Vallejos (2011) establece que si bien la CIF critica al modelo médico, no logra posicionarse en el modelo social.

del funcionamiento y la discapacidad. El “constructo” básico de los Factores Ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal” (OMS, 2001:9). De esa manera, la discapacidad es entendida como el resultado de la relación entre el individuo con un determinado “estado de salud”, los factores ambientales y personales. La misma implica, por lo tanto, una disminución de la capacidad de desenvolverse autónomamente, es decir, según la perspectiva médica, ese “estado de salud”, es el que limita la posibilidad de las personas con discapacidad de realizar actividades y participar en la vida cotidiana.

Por otra parte, *“El modelo social de la discapacidad es la antítesis del modelo médico, y propugna que ésta es una forma de opresión social a quienes tienen un déficit, un impedimento, construyendo entornos físicos y sociales que castigan a quienes se desvían del estándar de normalidad”.* (Vallejos, 2011:6). La teoría de esta perspectiva, en gran parte deriva de la reflexión y análisis de las experiencias de las mismas personas con discapacidad, quienes consideran que la discapacidad es consecuencia de la organización social y no producto de una patología física.

Durante la presente monografía abordaremos la discapacidad entendida *“(…) como una producción social inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado. Hablamos de déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” (...)”* (Rosato y Angelino, 2009:51)². Es decir, la discapacidad no tiene que ver con las características biológicas de los cuerpos sino con una ordenanza social y cultural donde muchas cosas se construyen como diferentes. Produciéndose una operación de separación, donde se ubica al “otro” dentro de las diferencias no aceptables.

² Es importante establecer que la definición de discapacidad trabajada en esta monografía sigue el planteo de los autores del libro “Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit” (2009), quienes integran el equipo de investigación interdisciplinario de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Entre Ríos. Los mismos en búsqueda de trascender el discurso médico y pedagógico dominante en el abordaje de la temática, se apoyan en los autores representantes de la corriente de los Disability Studies, quienes ubican sus producciones dentro del modelo social.

Pensar la discapacidad de esa forma sería pensar entonces en lo que una sociedad determinada establece como “normal” y “anormal” en un momento establecido.

1.2 ¿Qué es lo “normal”? ¿Quién determina lo que es “normal”?

Lo importante en este apartado será establecer, no sólo, qué es lo “normal” y quien lo determina, sino comprender que procesos de naturalización hicieron posible la aparición de dichos conceptos. Para ello intentaremos desandar el camino, desnaturalizar el proceso considerando la dimensión histórica del mismo.

En su devenir histórico, las distintas sociedades han establecido diferencias entre lo “normal” y lo “anormal”, sin embargo, podemos decir, como lo establece Foucault (1990, 2006, 2002), que estos conceptos no son utilizados para pensar la naturaleza ni las relaciones sociales sino hasta la Modernidad³.

Estos conceptos buscan ordenar y convertir en predecibles y dóciles a los sujetos así como establecer líneas divisorias al interior de la estructura social, quedando por fuera de esas líneas aquellos individuos que estén más allá de los límites permitidos de la “normalidad”. La “normalidad” se vuelve la pauta con la cual se mide y evalúa a los individuos de una sociedad, operación que no sólo es unidireccional sino que es funcional y necesaria para una ideología dominante, la ideología de la normalidad –abordaremos más adelante este aspecto-.

Retomando lo anteriormente planteado y con la finalidad de romper con la naturalidad que le es atribuida al par dialéctico “normal-anormal”, intentaremos reconstruir la génesis de ambos conceptos. Como lo expresa Ewald (1993) *“saber cómo se efectúa la división entre lo normal y lo anormal constituye todo un problema. Se comprende que ella nunca expresará una ley de Naturaleza; tan sólo puede formular la pura relación del grupo consigo mismo”* (Ewald, 1993: 87).

³ La definición histórica de modernidad refiere a los modos de organización que surgieron en Europa alrededor del siglo XVII como consecuencia de la revolución francesa y americana. Como época significó el auge del pensamiento racional, el materialismo, el individualismo, la civilización urbana, el progreso científico y tecnológico, la secularización y el progreso. Se caracterizó por ser una época que pregonaba la confianza en la razón humana que se proponía como espacio de un proyecto de emancipación.

Vallejos (2009) sostiene que *“la constitución del par normal-anormal se inscribe –de acuerdo a lo planteado por Michel Foucault- en el desarrollo de la forma disciplinaria del poder. En la sociedad disciplinaria, el dominio se sostiene en un entramado de dispositivos y aparatos que producen y registran un determinado tipo de sujetos, a la vez que dan forma al terreno social. En este sentido, esos conceptos no sólo se han constituido socialmente, sino que han sido constituyentes de los 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 por intervenciones específicas (...)”* (Vallejos, 2009:96).

Foucault (2006, 1990) sostiene que el grupo denominado “anormales”, se formó, a partir de la conjunción de tres personajes: los monstruos humanos, el individuo a corregir y los onanistas.

El monstruo humano, representa en su excepcionalidad, una alteración del orden jurídico y biológico, es decir, una doble infracción. Ejemplos de esta categorización fueron los hermafroditas y los siameses quienes representaban un desafío de las leyes naturales y humanas y desencadenaban mecanismos y exigían instituciones judiciales y médicas.

La segunda figura emerge como correlato de las técnicas de disciplinamiento a las que se asiste en el siglo XVIII en el ejército, las escuelas, los talleres y la familia. Los procedimientos de domesticación del cuerpo, el comportamiento y las aptitudes tropiezan con el problema del niño indócil o incorregible, denominación que le es otorgada porque todos esos procedimientos en su intento de corregirlo, fracasan. En relación con esta figura surgen instituciones de encierro dispuestas a corregir, reformar y modificar física y moralmente a esos sujetos. Al decir de Vallejos (2009), este personaje se sitúa en el origen de lo que hoy conocemos como niños “discapacitados y delincuentes”.

El tercer personaje, también surgido a fines del siglo XVIII, es una figura vinculada con las nuevas relaciones entre sexualidad y organización familiar, la nueva posición del niño en el grupo parental y la importancia otorgada al cuerpo y la salud. Aparece como principal preocupación la distinción de los roles sexuales y la constitución de una infancia “normal” a través del ejercicio de poder sobre los cuerpos de los niños. Por esta razón la familia es pensada como unidad potenciadora de salud individual y social capaz de evitar la enfermedad de sus hijos a través de la vigilancia parental reforzada por el saber médico.

“Los pedagogos y los médicos han combatido el onanismo de los niños como una epidemia que se quiere extinguir. En realidad, a lo largo de esa campaña secular que movilizó el mundo adulto en torno al sexo de los niños, se trató de encontrar un punto de apoyo de los placeres tenues, constituirlos en secretos (es decir, obligarlos a esconderse para permitirse descubrirlos), remontar su curso, seguirlos desde los orígenes hasta los efectos, perseguir todo lo que pudiera inducirlos o sólo permitirlos; en todas partes donde existía el riesgo de que se manifestaran se instalaron dispositivos de vigilancia (...) en el espacio familiar se anclaron las tomas de contacto de todo un régimen médico-sexual” (Foucault, 2009:44).

Como lo mencionamos con anterioridad, Foucault establece que la síntesis de las tres figuras da lugar al concepto “anormal”, por su parte, Veiga-Neto, agrega que *“al proceso de génesis del concepto de normalidad contribuyó también otro conjunto de saberes cuyo origen estaba en otro lugar y en un tiempo más lejano. Me refiero a los saberes sobre el loco y su locura”*. (Veiga Neto, 2001:114).

Por otra parte, como lo manifiesta Vallejos (2009), la figura del “anormal” tuvo que ser positivizada, declarada como posiblemente moldeable, para permitir de esa manera la producción de sujetos “normales” y útiles para la producción fabril. Como expone Skliar (2002), ese “otro anormal” fue convencido de que está mal siendo como es y que debe dejar de serlo para transformarse en “normal”. Se asiste de esa manera a un proceso de naturalización de la normalización.

Como mencionábamos anteriormente, la revisión histórica de la forma en que los conceptos “anormal” y “normal” aparecieron, no hace más que derribar la idea de naturalidad otorgada a los mismos y evidenciar la construcción discursiva de la “normalidad”.

A partir de inicios del siglo XIX grupos de personas –que existieron siempre- pasaron a conformar parte de una categoría que los engloba -“los anormales”-, a la vez que los coloca en un nuevo estatus -“los otros”, diferentes de “nosotros”- pasando a ser objetos de problematización.

El autor Veiga-Neto (2001) plantea que la problematización de todos aquellos incluidos en la nueva categoría “los anormales” deriva de la aparición del concepto población, entendida como un nuevo tipo de cuerpo para el que se necesitan nuevos saberes. Los nuevos saberes –médicos y estadísticos- serán los encargados de ocuparse de las relaciones, de las diferencias y similitudes existentes entre los cuerpos que conforman la población. A

partir de ese momento se produce una conjunción entre esos nuevos saberes y la burocracia estatal, en palabras del autor, *“es ese casamiento entre los gestores de Estado y los nuevos especialistas que pone en funcionamiento una nueva forma de hacer política – que Foucault denominó biopolítica- y un nuevo tipo de poder, un poder colectivo sobre la vida –que Foucault denominó biopoder-”* (Veiga-Neto, 2001:114).

La biopolítica, como nueva forma de hacer política, refiere a la manera que la práctica gubernamental estudia los fenómenos -como la salud, higiene, natalidad, morbilidad, entre otros- propios de la población. En palabras de Foucault (2000), *“la biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder (...) la biopolítica abordará en suma, los acontecimientos aleatorios que se producen en una población tomada en su duración”* (Foucault, 2000: 222).

Por otra parte, el biopoder entendido como forma de gobernar la vida, se desarrolló sustentado en dos polos *“las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población”* (Foucault, 2009:132), es decir, la anatomopolítica y la biopolítica. Como lo establece Foucault (2009) *“Ese biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; esto no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. Pero exigió más (...) requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas más difíciles de dominar; si el desarrollo de los grandes aparatos de Estado, como instituciones de poder aseguró el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos de anatomopolítica y biopolítica (...) actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen; operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales, incidiendo en las fuerzas respectivas de unos y otros, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía (...)”* (Foucault, 2009:133).

La medicina se transforma en la ciencia de la “normalidad”, la figura del médico adquiere vital importancia en el control de las enfermedades, en la producción de sujetos sanos, en la organización de la vida cotidiana de las personas instalando mecanismos de administración de la salud. Se asiste a lo que se denomina como proceso de medicalización de la sociedad. El discurso medico adquiere fundamental importancia reafirmando no sólo la noción de “normalidad”, sino que como lo veremos más adelante, también jugará un rol

central en la definición y construcción de la noción de cuerpo, “cuerpo normal” y de sexualidad. Los médicos se convierten además en figuras destacadas en la organización del espacio de las ciudades, procurando de esta manera evitar contagios y epidemias. En manos de estos nuevos protagonistas aparece el concepto de higiene pública y los exámenes como dispositivos de vigilancia y clasificación.

Como Vallejos (2009) lo plantea, los procesos de naturalización que hicieron posible la aparición de la idea de “normalidad” fueron posibles debido a la implementación de tres estrategias, *“la construcción discursiva del concepto normal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad”* (Vallejos, 2009:78).

Anteriormente en este apartado fueron desarrolladas las primeras dos estrategias, la tercera, la moralización de la sociedad, en palabras de la autora, se apoyó en diferentes tácticas. Las mismas fueron, el establecimiento de la importancia de los hábitos de ahorro y de consumo, la aparición de instituciones como el manicomio, la escuela y la prisión que desarrollaron un papel preponderante en el control de los sujetos, así como la construcción de una idea de familia e infancia “normal”. Estas tácticas en su conjunto -que durante el capítulo tres veremos cómo se manifestaron en el Uruguay-, pretendieron producir sujetos útiles, productivos y adaptados a las exigencias de la producción fabril.

Para concluir diremos que, la idea de “normalidad” necesitó de la construcción y de la puesta en palabras del concepto “normal”, necesitó que los médicos asumieran su rol en la producción de sujetos sanos y en la organización de la vida cotidiana, necesitó que la medicina se impusiera como ciencia de la “normalidad” y de una sociedad que recogiera y aplicara todas estas imposiciones.

1.3 Ideología de la normalidad.

Como lo hemos establecido con anterioridad, la discapacidad es una relación y una categoría dentro de un sistema de producción de sujetos, por lo tanto, las construcciones significativas en relación a la discapacidad son producto de procesos de forcejeo y consensos históricos y no de leyes naturales y estáticas.

Igualmente, la “normalidad” como concepto, desde la época moderna hasta nuestros días opera como sinónimo de natural, esto es debido al trabajo ideológico de la ideología de la normalidad, *“Este trabajo ideológico borra las huellas de los procesos históricos concretos*

de producción de normalidad y en consecuencia de producción de la discapacidad como uno de los modos en que este sujeto, situación, cuerpo no se ajusta a la norma.” (Angelino, 2009:135).

Es importante establecer que cuando nos referimos a ideología lo hacemos en los términos de Althusser (1970) quien realiza un estudio del desarrollo del concepto en Marx. Retomando la tesis -en palabras del autor positivista-historicista de este último en conjunto con Engels en la Ideología Alemana- donde plantean que la ideología no tiene historia, Althusser propone lo siguiente, *“Por una parte, puedo sostener que las ideologías tienen una historia propia (aunque esté determinada en última instancia por la lucha de clases); y, por otra, puedo sostener al mismo tiempo que la ideología en general no tiene historia, pero no en un sentido negativo (su historia está fuera de ella), sino en un sentido absolutamente positivo”* (Althusser, 1970:50). Distingue de esta manera, la ideología en general, entendida como aquella que se encuentra *“omnipresente bajo su forma inmutable, en toda la historia”* (Althusser, 1970:50) y las ideologías particulares, que son aquellas que expresan posiciones de clase.

La primera de las tesis del autor refiere a la ideología como aquella que representa la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia, admite que no se corresponde con la realidad pero que igualmente la interpretación de esa representación imaginaria permite encontrar la realidad misma de ese mundo.

La segunda de las tesis planteadas por el autor refiere a la existencia material de la ideología, es decir, ideología no son solo ideas, las ideas se traducen en actos, que a su vez, están insertos en prácticas, *“en un aparato y su práctica, o sus prácticas, existe siempre una ideología. Tal existencia es material”* (Althusser, 1970: 33).

Althusser (1970) establece que la ideología sólo existe por el sujeto y para los sujetos, podríamos decir que la categoría de sujeto es constitutiva de toda ideología. La misma actúa de tal modo que transforma a los individuos en sujetos por medio de la interpelación. Es decir, la ideología interpela al individuo como sujeto libre para que acepte su sujeción y cumpla con los actos de la misma, de esa forma y bajo la apariencia de la constitución de sujetos libres, la ideología produce sujetos-ya sujetos. *“Para Althusser, en el terreno de la ideología la verdad y la falsedad no juegan ningún papel, puesto que su función práctica no es generar verdades, sino “efectos de verdad””* (Angelino, 2009:138).

En la ideología, los hombres expresan la voluntad de relacionarse con el mundo, adquieren normas, prejuicios y formas de comportamiento. La misma les proporciona saberes que representan soluciones preconcebidas de acuerdo a intereses religiosos, políticos o morales.

En este sentido, Althusser (1970), establece que la ideología no tiene una función cognoscitiva sino una función de generación de efectos de verdad, como tal no produce conocimiento, ya que es reproducida en la vida cotidiana como estructura asimilada de forma inconsciente, *“(...) es propio de la ideología imponer (sin parecerlo dado que son “evidencias”) las evidencias como evidencias que no podemos dejar de reconocer ante las cuales tenemos la inevitable y natural reacción de exclamar (en vos alta o en el “silencio de la conciencia”): !Es evidente! !Eso es! !Es muy cierto! En esta reacción se ejerce el efecto de reconocimiento ideológico que es una de las funciones de la ideología como tal (su contrario es la función de desconocimiento)”* (Althusser, 1970:66).

Con otras palabras, la ideología como estructura asimilada de forma inconsciente, permite que la noción de “normalidad” opere como sinónimo de natural, el déficit como sinónimo de una condición corporal o “estado de salud”, mientras que la discapacidad se convierte en un hecho biológico de carácter individual, *“el hecho de que las distintas teorías de la discapacidad como “déficit” (...) operen más allá de la conciencia, naturalizando sus predicados es un rasgo particular del trabajo ideológico de la ideología de la normalidad (...) en tanto producen un efecto de conocimiento”* (Angelino, 2009:139).

La ideología de la normalidad a la vez que elabora discursivamente la “normalidad”, esconde sus rasgos históricos, sociales e ideológicos y por lo tanto permite que la idea de “normalidad” se instale como natural y evidente –efecto de evidencia al que nos referíamos con anterioridad-. Podemos decir entonces que, la naturalización de la discapacidad y el ocultamiento de su origen asociado a la “normalidad” y al proceso de normalización de la sociedad, al igual que la discapacidad asociada a un problema individual, son productos de la ideología de la normalidad.

Kipen y Vallejos (2009) establecen que otro de los efectos ideológicos de la “normalidad” es ocultar que los procesos de separación entre los términos “normal” y “anormal” están atravesados por relaciones de poder.

En concordancia a las relaciones de poder, Michel Foucault (2009) establece que las mismas no se encuentran en posición de exterioridad respecto a los procesos económicos, relaciones de conocimiento o sexuales, las relaciones de poder no pueden ser separadas de ningún otro tipo de relación ya que componen los efectos de las desigualdades que se producen y a la vez son las productoras de esas diferencias. Foucault habla de relaciones de poder no subjetivas e intencionales, ya que establece que no existe poder que se ejerza sin objetivos.

Michel Foucault (1992, 2009) realiza uno de los análisis más amplios sobre la importancia del Poder en la actividad humana. El poder, para este autor, está en todas partes porque proviene de todas partes, no se encuentra limitado en ningún aspecto específico de la estructura social, "(...) *el poder no es una institución, y no es una estructura; no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada*" (Foucault, 2009:89).

Al igual que fue necesario desandar el camino y desnaturalizar los procesos que hicieron posible la aparición de la idea de "normalidad", también será necesario establecer las estrategias que hicieron posible la aparición de la idea de normalización.

En primer lugar, Canguilhem (1972) y Wrigth (2004) identifican el momento denominado la intención normativa. Mientras se descartan valores y a sus poseedores, se seleccionan otros, estimados eficaces para la reproducción del orden establecido, se los positiviza, considerándolos como atributos naturales de los cuerpos. El segundo de los momentos, es la decisión normadora, la misma se produce cuando se instaura la norma y se define todo lo que será considerado deficitario. El discurso sobre el "cuerpo normal" y el "cuerpo deficitario" aparece en este momento ocultando su producción social, mostrándose como producto de una ley natural. El tercero de los momentos establecidos por ambos autores, es el uso normalizador, el mismo refiere a la recurrencia a la norma por parte de los sujetos, a través de su uso en las prácticas cotidianas, la idea de normalización se materializa y se transfiere a los sujetos en forma de deseo de normalización.

Ese deseo de normalización lleva a que las personas con discapacidad se involucren en procesos de rehabilitación y medicalización. Según Kishore (2002) actualmente se puede hablar de un proceso de medicalización de la vida cotidiana y una medicamentación del proceso mismo de medicalización.

La ideología de la normalidad y su efecto de producción de discapacidad generan un grupo que es englobado en una categoría que se presenta como homogénea pero que en la realidad dista mucho de serlo. *“La ideología de la normalidad opera sustentada en la lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo su par por defecto, lo indeseable, lo que no es ni debe ser. El otro de la oposición binaria no existe nunca fuera del primer término sino dentro de él, es su imagen velada, su expresión negativa siendo siempre necesaria la corrección normalizadora”*. (Kipen y Vallejos, 2009:164).

Cuando al iniciar este apartado mencionábamos que se produce una operación de separación, donde se ubica al “otro” dentro de las diferencias no aceptables y se lo construye a partir de su falta o desviación, nos referíamos a que la ideología de la normalidad a la vez que define a esos “otros” construye un “nosotros” igualados a los normales, a los no carentes, a los sin déficit. Es decir, la existencia de esos “otros” diferentes, anómalos, se vuelve necesaria en la construcción de las identidades y los cuerpos considerados “normales”; *“necesitamos de ciertas figuras que significan desorden, caos o fealdad, para la construcción y constatación del orden social, esquemas que en definitiva ejercen control y que son extremadamente eficaces en el ejercicio de unificar y sancionar lo diferente”* (Platero Méndez y Rosón Villena, 2012:130).

Capítulo 2

Sexualidad y cuerpo. Dos conceptos mirados desde una perspectiva construccionista.

Durante el presente capítulo, en primer lugar presentaremos las características principales de ambos enfoques teóricos utilizados para abordar conceptualmente la sexualidad. En segundo lugar, desarrollaremos conceptualmente la sexualidad posicionándonos desde el enfoque construccionista. En tercer lugar, para nuestro análisis en relación a la temática de la discapacidad abordaremos la sexualidad teniendo presente que la idea de “normalidad” establece conductas sexuales admitidas -“normales”- que se encuentran fundadas en la división de los sexos. En cuarto lugar, estableceremos como se desarrolló en el tiempo el cuerpo como categoría teórica en las distintas disciplinas. Para finalizar, intentaremos evidenciar las estrategias y los efectos de poder que participan en la construcción del cuerpo, principalmente preocupados por establecer los actores, procedimientos y el contexto que se involucran en la definición del “cuerpo normal”.

2.1 Sexualidad, enfoque esencialista vs enfoque construccionista.

Primeramente, es obligatorio tener presente al momento de abordar la sexualidad, que la misma ha sido desde siempre objeto de debates, regulaciones y valoraciones morales, médicas y profesionales. Es así que las autoras Amuchástegui y Rodríguez (2005) establecen que lo que entendemos por sexualidad hoy, es en realidad un campo en disputa en el cual participan las visiones esencialistas y las construccionistas o históricas.

La primera de las visiones, considera que la única función de la sexualidad es la reproducción, es decir, la visión esencialista de la sexualidad considera la heterosexualidad procreativa como la expresión directa de tal proceso. El discurso esencialista establece que sentirse y comportarse como hombre o como mujer es algo ‘natural’, basado en la genitalidad. En este caso, la sexualidad define la identidad genérica de la persona; el deseo y la práctica determinan la identidad y expresan la esencia individual nacida de una supuesta disposición biológica.

Siguiendo esta línea se encuentran las posturas o visiones esencialistas culturales, que como lo establecen las autoras Amuchástegui y Rodríguez (2005), instituyen que existe una

sexualidad femenina y masculina -que las personas adoptan de acuerdo a su sexo- que establece los comportamientos, deseos y sentimientos correspondientes y apropiados para su sexo de acuerdo a los patrones culturales de la comunidad en la cual se encuentren. Es decir, se determina una identidad diferenciada según el significado de la diferencia sexual existente en su contexto cultural.

La corriente esencialista no representa a un único sector de la sociedad, diferentes actores participaron en el proceso de conformación de la misma, inclusive con estrategias de resistencia y disputa, lo que determina que no sea una corriente compacta, *“Más bien corresponde a un proceso histórico de construcción de significados, jerarquías, poderes, relaciones, etc., que cristalizó en estos contenidos dominantes que circulan por todo el tejido social, permeando instituciones, símbolos, identidades y normas”* (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:92).

Como Weeks (1985) lo enuncia, la corriente esencialista fue cuestionada a partir de la aparición de estudios realizados por la antropología social, así como a través de diversas producciones escritas de autores influyentes en la temática de la sexualidad -como lo fueron Freud (1905) y Foucault con su obra “Historia de la sexualidad” (2009)-. Las producciones realizadas por el movimiento y las teorías feministas significaron también aportes que ayudaron a cuestionar esta visión de la sexualidad.

Los antropólogos lideraron el esfuerzo por tratar de comprender a cada sociedad específica en sus propios términos, de esa forma se pudo debatir los planteos de la corriente esencialista que manifiestan que el deseo y la práctica de la sexualidad determinan la identidad y expresan la esencia individual nacida de una supuesta disposición biológica.

Por su parte Freud (1905) discutió las versiones esencialistas de la sexualidad al afirmar que el impulso sexual no tiene más objeto que la satisfacción y que nacemos con una bisexualidad originaria.

Como plantea López Gómez (2005) la comprensión compleja de la sexualidad se vio enriquecida con los aportes del movimiento y las teorías feministas que tuvieron lugar en la década del 60'. Sin duda, este aporte significó un punto de inflexión en el pensamiento científico hegemónico, la visión esencialista, debido a que se introdujeron nuevas categorías al debate como el concepto de género y su articulación con la sexualidad, forzando a las sociedades a pensar en la sexualidad no sólo como una expresión del placer, sino también

como una relación de poder. *“La visibilidad política que estos movimientos han logrado surge de la convicción de que en la propia cama, en el propio deseo, en la propia identidad, estamos marcados y labrados por un sistema social y una estructura sociocultural de la que la desigualdad forma parte”* (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:95).

En relación al segundo de los enfoques o visiones, el construccionista, las producciones escritas de los autores Foucault (2009) Laqueur (1990) y Weeks (1985), como mencionamos anteriormente, significaron contribuciones mayores a la hora de establecer la sexualidad como una invención histórica y social.

Comenzaremos por Foucault (2009), quien propone la sexualidad como un dispositivo de poder. Según este autor, las sociedades modernas pudieron regular los sujetos mediante dos estrategias, por un lado, la vigilancia de los cuerpos individuales mediante el control que cada uno hace de su propio placer y prácticas, y por otro, la regulación de las poblaciones a través de la lucha por el control de la natalidad. *“Desde esa idea, se requiere que los sujetos sean conscientes y construyan permanentemente una identidad sexual y se vigilen a sí mismos para que a su vez participen en un cierto diseño poblacional que conviene a los estados”*. (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:96).

Foucault (2009) establece que los discursos sobre sexualidad aumentaron a partir del siglo XVIII, asistiendo a lo que el autor denominó como una incitación política, económica y técnica para hablar y escribir sobre sexo. Resalta que nunca antes se había promovido tanto el discurso sobre lo sexual como en los últimos siglos, esto permitió el nacimiento de saberes especializados que colaboraron en el diseño de dispositivos de vigilancia, es decir, se incitó el discurso, para saber y entonces, poder regular y clasificar. *“En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias”* (Foucault, 2009: 99). En ese sentido, dice Foucault (2009), que la sexualidad se inventó para la administración de la vida. Esto fue posible, en un primer momento gracias a la imposición de los fundamentos religiosos y morales desarrollados mediante mecanismos de confesión -pastoral cristiana-católica-, luego, gracias al desarrollo de la ciencia, es decir, la sustitución de la confesión por la consulta sexológica o médica. *“La scientia sexualis, desarrollada a partir del siglo XIX, conserva paradójicamente como núcleo el rito singular de la confesión obligatoria y exhaustiva, que en el Occidente cristiano fue la primera técnica para producir la verdad del sexo. Este rito, a partir del siglo XVI, se desprendió poco a poco del sacramento de la*

penitencia, y por mediación de la conducción de las almas y la dirección de las conciencias —ars artium— emigró hacia la pedagogía, hacia las relaciones entre adultos y niños, hacia las relaciones familiares, hacia la medicina y la psiquiatría. En todo caso, desde hace casi ciento cincuenta años, está montado un dispositivo complejo para producir sobre el sexo discursos verdaderos: un dispositivo que atraviesa ampliamente la historia puesto que conecta la vieja orden de confesar con los métodos de la escucha clínica. Y fue a través de ese dispositivo como, a modo de verdad del sexo y sus placeres, pudo aparecer algo como la “sexualidad”” (Foucault, 2009: 68).

Por su parte el autor Laqueur (1990) realiza una mirada histórica sobre las concepciones médicas en torno al cuerpo de la mujer y el hombre, estableciendo que hasta el siglo XVIII ambas estructuras reproductivas y sexuales no fueron tratadas de maneras diferenciadas. Sino que se consideraba que las mujeres tenían un organismo masculino atrofiado o inferior, porque la mirada del modelo médico sobre la sexualidad era masculina. Recién a partir del siglo XVIII se diferencian lingüísticamente (...) *Las estructuras que se habían considerado comunes a hombre y mujer –esqueleto y sistema nervioso- fueron diferenciadas de forma que se correspondieran al hombre y la mujer culturales (...) Los cuerpos de las mujeres, en su concreción corporal, científicamente accesible, en la misma naturaleza de sus huesos, nervios y, lo que es más importante, órganos reproductores, hubieron de soportar una nueva y pesada carga de significado. En otras palabras, se inventaron los dos sexos como nuevo fundamento para el género.* (Laqueur, 1990: 258-259).

2.2 La sexualidad, una invención histórica y social.

Sin duda, los aportes de Foucault (2009) y Laqueur (1990), se constituyen como significativas contribuciones a la visión o enfoque construccionista. Siguiendo esta línea conceptual, durante la presente monografía nos proponemos conceptualizar la sexualidad como un “(...) *complejo proceso de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetivo y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido*” (López Gómez, 2005:24).

Cuando nos referimos a la sexualidad como construcción social, decimos que la misma comprende *“las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos”* (Weeks, 1998:28).

Tendemos a pensar la sexualidad como un componente natural que se expresa y contiene en nuestro cuerpo, como un recordatorio de nuestra condición biológica, pero como lo plantea Foucault (2009), la sexualidad no debe entenderse como un supuesto natural, sino como el nombre que se le otorga a un concepto histórico.

La sexualidad, es una invención histórica, es decir, el cuerpo y sus deseos, placeres, prácticas, relaciones y fantasías son aspectos que se fundan y se expresan de manera diferenciada según las condiciones sociales, históricas y culturales particulares en las que se construyen. *“Y lejos de ser el elemento más natural en la vida social, el que más se resiste a la modelación cultural, es tal vez uno de los más susceptibles a la organización. De hecho, yo diría incluso que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social. Además, las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra”* (Weeks, 1998:29).

Posicionándonos desde una mirada constructorista, la sexualidad normativa basada en las diferencias existentes entre los aparatos reproductivos femeninos y masculinos, no es más que una posibilidad entre muchas. Y aunque la misma aparece como modelo de lo correcto, no es más que el tipo de sexualidad que fue configurada en occidente durante la modernidad. Unir de esa forma sexualidad y procreación, posibilita que nos encontremos ante una sexualidad normativa caracterizada por ser, procreativa, monógama, naturalizada y heterosexual, donde todo lo que difiere se convierte en blanco de descalificación y prejuicios. La naturalización de la sexualidad normativa proporciona un marco de justificación ideológica para la discriminación sexual de todos aquellos que se aparten de la norma, de los parámetros de la “normalidad”, ya sea personas con discapacidad, homosexuales o transexuales.

Raquel Platero y María Rosón (2012) aluden a la existencia de paralelismos entre las realidades vividas por las personas lesbianas, gays, trans, bisexuales, queer e intersex (LGTBQI) y las personas con discapacidad⁴. Por ejemplo, se refiere a la instauración de

⁴ En el artículo, utilizan el término “diversidad funcional”, el mismo presenta estrecha relación con el “Movimiento de Vida Independiente” en España, que pretende a partir de 2005 emplear este término, que engloba una gran diversidad de personas, para luchar por la dignidad en la diversidad del ser humano.

ciertas expresiones del deseo, la afectividad o del cuerpo mismo, como “naturales” y “normales” en contraposición con las manifestaciones de ambos grupos.

Por otra parte, se refiere a la larga patologización, vigilancia médica y sometimiento a procesos de rehabilitación de los sujetos pertenecientes tanto al colectivo LGBTQI como a las personas con discapacidad, destacándose en relación a los últimos el rol que juega la perspectiva médica. Además, la autora alude al proceso de invisibilización de las normas de la heterosexualidad obligatoria y el cuerpo “normal”, describiendo la manifestación de un proceso de similares características al citado en el primer capítulo de la presente monografía en relación a la ideología de la normalidad y su actuación sobre el concepto de discapacidad. Es decir, los conceptos de sexualidad y cuerpo normativo aparecen como fijos, ahistóricos y universales y se instalan como “normales” sin medir el impacto y el precio que aquellos “otros”, los “anormales” deben pagar. Retomando las similitudes entre ambos colectivos, como la autora lo manifiesta “(...) pensemos que comparar de forma simplista la discapacidad y las personas LGBTQ puede ser erróneo, como afirman tanto McRuer como Samuels, llevando a símiles reduccionistas poco útiles para hacer política o generar empoderamiento. Decir que las personas LGBTQI y con diversidad comparten algunas circunstancias será útil en la medida que nos fijemos en qué normas sociales están evidenciando con sus vidas (como las de tener ciertos cuerpos o sexualidades), mucho más que conformarnos con la idea de que comparten características. Evidenciar que se sigue señalando a algunas personas como abyectos –y que nos recuerda al uso que se ha hecho del «monstruo» como fascinante y erróneo– se encierra una naturalización de las normas sociales dominantes que contribuyen a no cuestionar las estructuras sociales, que permanecen intactas” (Platero Méndez y Rosón Villena, 2012:139).

2.3 Cuerpo como categoría, durante el tiempo y en las distintas disciplinas.

A continuación estableceremos como el cuerpo humano, desde el siglo XIX, constituye en la antropología y la historia una categoría relevante, objeto de diversos estudios. Luego, intentaremos reflejar la forma en que ambas disciplinas colaboraron en otorgarle su legitimidad como objeto de estudio en la teoría social. Posteriormente, haremos un repaso de la categoría dentro de la teoría social, nombrando los principales autores y aportes que se realizaron desde la sociología. Referenciaremos además, los cambios sociales y contextuales que posibilitaron que el cuerpo se colocara en el centro de la escena y se desarrollara, de esa forma, una sociología del cuerpo.

La influencia de la antropología a la hora de legalizar el cuerpo como objeto de la teoría social se basa en los siguientes aspectos, en primer lugar, la misma se ocupó de cuestiones ontológicas, de la dicotomía cultura-naturaleza, estudiando la manera en que el cuerpo como producto de la naturaleza fue mediado por la cultura.

En segundo lugar, la preocupación de la antropología por establecer la forma en que las distintas culturas satisfacían las necesidades y como las técnicas corporales constituían medios para la socialización. De esa forma, la antropología revela como el cuerpo durante las distintas épocas y en las diferentes culturas se configura como un indicador de diferentes aspectos que hacen a la vida en sociedad.

A diferencia de lo que sucedía con la antropología y la historia, según lo enuncia Turner (1989, 1994) la categoría cuerpo, en la teoría social clásica y particularmente en la sociología, en el siglo XIX, era casi inexistente. Esto se debía a la herencia cartesiana que priorizaba la mente, la conciencia y la razón por sobre la pasión y la emoción, así como la centralidad que se le dio desde la sociología a la persona como creadora de signos y significados, evitando explicaciones del mundo social que tenían en cuenta al cuerpo humano. Otra de las razones para la tardía preocupación de la teoría clásica por el cuerpo, fue que el mismo era considerado un fenómeno natural, no social y por lo tanto no constituía un objeto de investigación sociológica válido. Entonces, mientras la antropología si se ocupó de la dualidad cuerpo-naturaleza, la sociología en cambio dedicó ese interés a abordar la historicidad.

Recién con la crítica posmodernista a la razón como emancipación, la sociología motivó su interés por el cuerpo como fuente de oposición a una razón instrumental y como objetivo de colonización de la vida cotidiana. *“(...) la entrada del cuerpo en la teoría sociológica mediante las formas tempranas del funcionalismo (especialmente en las bases de la así llamada analogía orgánica) fue posible una vez traducido el cuerpo a sistema orgánico, es decir, un sistema de energía de mecanismos de entrada y salida. Los sociólogos fueron capaces de señalar las comparaciones obvias entre el equilibrio de sistemas orgánicos y el de sistemas sociales en relación a este medio”* (Turner, 1994:18).

Sin embargo, hace un tiempo ya, la teoría social ha reevaluado la importancia del cuerpo, destacándose las producciones de la teoría social feminista así como los análisis de clase, cultura y consumo entre los que se destacan los elaborados por Bourdieu (1986) y Baudrillard (1974). También resalta el trabajo de Goffman (1971) devolviendo la importancia

del papel del cuerpo en la constitución del individuo social y junto a este los aportes de Merleau- Ponty (1981) en la introducción en el análisis del comportamiento micro social el lenguaje corporal. Por otra parte, los aportes de Foucault (1992, 2007, 2009), también colaboraron con la aparición de numerosas producciones en torno al cuerpo.

Para comprender el desarrollo de la teoría social del cuerpo en el siglo XX y comienzos del siglo XXI se vuelve necesario establecer los cambios sociales que permitieron al cuerpo situarse en ese lugar central. Dentro de los cambios ocurridos, se destaca, las producciones de la teoría feminista y su cuestionamiento al determinismo del cuerpo sexuado así como la puesta en evidencia de la discriminación en términos de género.

Por otra parte, como lo expresa Ana Martínez Barreiro (2004), en simultáneo con crecimiento de la cultura de consumo en el período postguerra, crece el interés consumista y comercial sobre el cuerpo, el mismo se convierte en mercancía, en medio de producción y reproducción y mantenimiento –se persigue una imagen de cuerpo joven, bonito, en forma-. El cuerpo adquiere un lugar de importancia política como consecuencia de los cambios demográficos. El envejecimiento de la población se ha convertido en un fenómeno de interés político y también económico debido a las implicancias directas en el sistema jubilatorio, previsiones médicas y políticas sociales para adultos mayores. La autora también plantea que el auge de la cultura corporal se ve favorecida por la secularización de la sociedad que facilita la mercantilización del cuerpo.

Finalmente, *“la crisis de la modernidad también ha vuelto más central al cuerpo. En este sentido, la ecología y la defensa del medio ambiente han contribuido a un nuevo discurso del cuerpo en relación con la sociedad y la naturaleza (...)”* (Martínez Barreiro, 2004:132).

2.4 Efectos y estrategias de poder en la construcción de los cuerpos.

Como establecimos en la introducción del presente capítulo, intentaremos establecer los efectos y las estrategias de poder presentes en la construcción del cuerpo, asumiendo que la misma no se realiza de manera ingenua.

Es posible apreciar que en muchas de sus producciones, Foucault (1992, 2002, 2007, 2009), le otorga al cuerpo humano un lugar destacado, fundamentalmente se interesó por estudiar los efectos del poder sobre el cuerpo considerando el modo en que las disciplinas emergentes de la modernidad estaban enfocadas en la actuación sobre los cuerpos

individuales y las poblaciones. Así como también se interesó por establecer el origen y desarrollo de las instituciones modernas y la implicancia de las mismas sobre los cuerpos.

El autor en su obra “Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión” (2002), se refiere a los “cuerpos dóciles” como aquellos que pueden ser transformados y perfeccionados en las instituciones mediante regímenes disciplinarios. Foucault (2002) centra su atención en las instituciones militares, médicas, escolares e industriales como instituciones capaces de modelar a los cuerpos y convertir a los sujetos en dóciles y útiles.

A través de sus producciones escritas es posible establecer las diferentes estrategias de poder que se emplean sobre el cuerpo así como los diferentes ámbitos desde donde se ejerce el control, *“desde el siglo XVIII hasta principios del siglo XIX se creía que la inversión en el cuerpo por parte del poder tenía que ser fuerte, laboriosa, meticulosa y constante, de ahí los regímenes disciplinarios formidables que uno encuentra en las escuelas, los hospitales y los cuarteles (...) Sin embargo, desde mediados del siglo XIX hasta el XX, Foucault se da cuenta de que este poder tan pesado no es tan indispensable como parecía, que las sociedades industriales pueden contentarse con un poder sobre el cuerpo mucho más relajado. Se descubre entonces que los controles sobre los cuerpos pueden atenuarse y adoptar otras formas. Nos encontramos, así, ante un nuevo tipo de dominación que no se adecua a las formas de legitimidad acuñadas por Max Weber (tradicional, carismática y legal-racional), sino que se fundamenta sobre todo en una legitimidad de carácter técnico-científico o legitimidad en relación con el poder médico y la medicalización”* (Martínez Barreiro, 2004:133).

Es así que durante el siglo XX la medicina adquiere un papel fundamental en la construcción del cuerpo. El proceso de medicalización⁵, que tiene en los médicos y el sistema de salud sus principales reproductores, ayuda a consolidar las categorías “cuerpo anormal” y “cuerpo normal”.

Con la aparición de los saberes médicos y la anatomía, saberes hegemónicos que concentran y dirigen las respuestas sanitarias, el cuerpo como *“elemento disociable del hombre”* (Le Breton, 1995:153) se convierte en objeto de estudio, susceptible de ser

⁵ Según lo establece Kishore (2002), la medicalización es la forma en que la medicina se ha expandido en los últimos años, abarcando una multiplicidad de situaciones o problemas, que antes no eran considerados médicos.

medido, descrito, registrado y contrapuesto. Mediante este proceso se da lugar a la prescripción, es decir, ese cuerpo que es registrado como “normal”, sirve como parámetro ante la búsqueda de volver “normales” a los otros cuerpos, aquellos “discapacitados”.

En relación a lo anterior, podemos decir entonces, que el saber médico ayudó a consolidar dichas categorías, pero debemos tener presente que el cuerpo “normal” es una construcción que al igual que los pares “normal-anormal” y la idea de “normalidad” se da en el marco de la modernidad, época que se caracterizó por crear mecanismos de regulación y construcción de sujetos. *“Para concebir un cuerpo como deficitario se lo debe oponer a la noción de un cuerpo normal. Y ya sabemos que la normalidad y su ideología normalizadora son una construcción, en un tiempo y en un espacio determinado, fruto de ciertas relaciones de desigualdad que permite a un grupo instalar ciertos criterios para delimitar que es y que no es (...)”* (Kipen y Lipschitz, 2009:118).

Logramos indicar entonces que el sentido moderno de los términos “anormales” y “cuerpos anormales” que heredamos, se crearon a través de desplazamientos y exclusiones. *“La modernidad inventó y se sirvió de una lógica binaria a partir de la cuál denominó de distintos modos al componente negativo de la relación cultural: marginal, indigente, loco, deficiente, drogadicto, homosexual, extranjero, etcétera. Esas opciones binarias sugieren siempre el privilegio del primer término y el otro, secundario en su dependencia jerárquica, no existe fuera del primero sino dentro de él, como imagen velada, como su inversión negativa”* (Duschatzky y Skliar, 2001:191).

Resumiendo lo planteado hasta el momento, podemos decir que el ejercicio del poder sobre los cuerpos se da en el siglo XVII y XVIII desde un ámbito disciplinar, mientras que en el siglo XIX y XX se produce la apertura al control médico. Ahora bien, podríamos preguntarnos ¿qué estrategias de poder y control se despliegan sobre los cuerpos en el siglo XXI?, ¿qué significa en nuestros tiempos el cuerpo?

La construcción del cuerpo en el siglo XXI, que como establecimos, jamás podría realizarse de forma aislada a la sociedad y la cultura, responde a las características de la sociedad posmoderna, es decir, a la exigencia del consumo, la globalización y el avance tecnológico. Esto determina que el cuerpo actualmente se configure como una mercancía, un objeto, mutable e híbrido, *“El cuerpo en la sociedad posmoderna podría definirse como un cuerpo diseñado para consumir y mostrar placer y deseo. Un cuerpo relacionado al culto de la*

apariencia, donde se exaltan la delgadez, la juventud, la fama como indicadores de belleza” (Herrera, 2011: 21).

Cabe destacar que la globalización no sólo habilita una interconexión informativa a escala mundial, sino que en ella los medios de comunicación se han convertido en una de las principales fuentes de poder. Los medios masivos de comunicación -“mass media”- se configuran como agentes de construcción del cuerpo y la subjetividad mediante la propuesta de patrones corporales e imágenes modélicas del cuerpo masculino y femenino. La sociedad mediática propone además los procedimientos -bajo la creencia de que los cuerpos son modificables- que habilitan la aproximación de los cuerpos en general a los cuerpos modélicos. Es la imagen corporal la que se ha vuelto pieza principal en la comercialización y el consumo y por eso actualmente sometemos nuestros cuerpos a gimnasios, dietas, cirugías estéticas, tratamientos y productos cosméticos, automedicaciones o cualquier producto o servicio que sea ofertado y que nos asegure la obtención del “cuerpo ideal”. Este cuidado excesivo del cuerpo da cuenta de la idea de “*neo-narcisismo*” propuesto por Lipovetsky (1987). Este narcisismo se constituye como una preocupación puramente personal independiente de todo lo que surge alrededor del sujeto, “*(...) el cuerpo psicológico ha substituido al cuerpo objetivo y la concientización del cuerpo por sí mismo se ha convertido en una finalidad en sí para el narcisismo (...)*” (Lipovetsky, 1987: 62).

2.5 Posibilidades y límites de los la sexualidad y los cuerpos de las personas con discapacidad.

En el marco de este trabajo monográfico, sexualidad no es entendida como genitalidad y sexo exclusivamente, porque consideramos que de esa manera estaríamos desplazando la sexualidad placentera del cuerpo en su totalidad, que incluye los sentidos, las fantasías, los sentimientos, el deseo y las diferentes partes del mismo. Por esa razón decimos que la sexualidad normativa centrada en el coito naturaliza una forma de sexualidad limitada y excluyente, no sólo de las personas que difieren en los parámetros de “normalidad” sino de la sexualidad entendida como experiencia del cuerpo en su totalidad.

Así como manifestamos con anterioridad que sexualidad no es exclusivamente genitalidad y sexo, tampoco pretendemos desconocer que sexualidad incluye estos dos aspectos. Muchas veces, las actitudes y conductas de las personas “normales” relativas a la práctica sexual de las personas con discapacidad suelen estar cargadas de prejuicios, tabúes y

estigmas que se configuran en restricciones en el desenvolvimiento personal y sexual de las mismas.

Las barreras de la libre expresión sexual de las personas con discapacidad, no son las sillas de ruedas ni tampoco el hecho de no poder ver o hablar, sino, la forma en que la sociedad concibe lo que discapacidad y sexualidad son.

El sexólogo José Ramón Landarroitajauregi en el libro “Discapacidad y vida sexual, la erótica del encuentro” (2003) menciona una experiencia profesional de intercambio con una persona en silla de ruedas para ilustrar que la forma de encarar la vida sexual -ya sea desde las posibilidades o desde los límites- no están definidas por la discapacidad. *“Decía aquel chico: “yo tengo la silla (de ruedas) en el culo; no en la cabeza” (...) Desde entonces me quedó meridianamente claro que no es lo mismo tener la silla de ruedas en el culo, que en la cabeza (...) ¿dónde llevar el sexo? Porque también el sexo, como la silla, puede llevarse en varios sitios; y no es lo mismo”* (Landarroitajauregi, 2003: 51).

Cuando nos referimos a la sexualidad de las personas con discapacidad, se hace necesario no desconocer los límites, pero tampoco volverlos limitantes de la sexualidad. Es importante que las oportunidades sean otorgadas para que los límites sean descubiertos, para que las posibilidades de su cuerpo y su sexualidad sean descubiertas, permitiendo de esa forma, que se definan por lo que son y no por lo que la ideología de la normalidad nos hizo creer que les “falta”.

La discapacidad no constituye un factor que imposibilite las prácticas eróticas y afectivas, la sexualidad y el placer son siempre experiencias subjetivas, como lo plantea Levin (2003) la persona con discapacidad siempre es algo diferente que la discapacidad en sí y en esa diferencia se juega su sexualidad siempre que la discapacidad no se constituya en el “féretro” de su identidad sexual.

Sintetizando lo trabajado en este segundo capítulo, es posible afirmar, que al referirnos a las categorías cuerpo y sexualidad, estamos aludiendo a dos categorías construidas en relación a estrategias de poder definidas por un orden dominante y condiciones sociales, históricas y culturales. Constatando la construcción normativa de ambas categorías en occidente, durante la modernidad. Es decir, por un lado, la sexualidad normativa basada en las diferencias existentes entre los aparatos reproductivos femeninos y masculinos, caracterizada por ser procreativa, monógama, naturalizada y heterosexual. Por otro lado, la

idea de cuerpo “anormal” surgida de la confrontación realizada por los saberes médicos y la anatomía, en relación a un “cuerpo normal”.

Decimos entonces que la importancia de pensar ambas categorías como construcciones, radica en tener la posibilidad de transitar el camino de la deconstrucción, es decir, comprender los procesos que están por detrás, la procedencia y el contenido de los discursos relativos al cuerpo y la sexualidad. Comprender las relaciones de poder que interactúan en los discursos, las prácticas y comportamientos que se promueven y se desalientan en relación a la sexualidad y el cuerpo, así como las desigualdades que se refuerzan. Pensar en estos aspectos nos habilita a cuestionar la validez real que los conceptos tienen para cuestionar y moralizar, el cuerpo y las prácticas relativas a la sexualidad de las personas con discapacidad.

Capítulo 3

Normalidad, Sexualidad y Cuerpo en el contexto Uruguayo.

3.1 El pasaje de una sexualidad “bárbara” a una “civilizada”.

Durante el presente capítulo, a través de los aportes de Barran (1990, 1992,1995), analizaremos como en el Uruguay, desde 1800 hasta 1950 aproximadamente, las figuras de autoridad como maestros, padres, curas y policías, pero sobre todo la clase médica produjeron efectos en la subjetividad de las personas, en lo que a sexualidad, “normalidad” y cuerpo se refiere.

Ese período de tiempo, según lo establecido por el autor, puede claramente dividirse en dos, el transcurrido desde 1800 a 1860 donde aparece la denominada sociedad o cultura “bárbara” y el período que abarca desde 1860 a 1920, el Uruguay “civilizado”⁶. Esta división, la realiza de acuerdo a la manera diferenciada que la sociedad Uruguaya, percibió el placer y el dolor, manifestó las emociones, prohibió comportamientos, promovió hábitos o la manera en que decidió hablar o callar sobre ciertas temáticas.

Durante el primer período, la época “bárbara”, es posible apreciar una cierta libertad en el uso del cuerpo y la expresión de la sexualidad, sobre todo en relación a las clases populares. Esta época se caracterizó por exceder los límites del buen gusto que la sociedad civilizada proclamaría más adelante, en relación al juego, la violencia sobre el cuerpo y el uso del placer. Por ejemplo, el derecho penal aplicado en Uruguay hasta 1860, se apoyaba en penas corporales que incluían castigos físicos como azotes, mutilaciones, trabajos en obras públicas e incluso la muerte. La violencia física y la dureza corporal que se ejercía sobre la figura del “vago”, “reo” o “delincuente” era en reiteradas ocasiones expuesta ante la sociedad como forma de espectáculo ejemplarizador. El autor expresa que la violencia física que el Estado legalmente ejercía sobre el pueblo así como la violencia que ejercían las

⁶ Durante la introducción del libro “Historia de la sensibilidad en el Uruguay, Tomo I: La cultura Bárbara (1800-1860)”, Barran (1992) explica las razones para la utilización de los términos “bárbara” y “civilizada” a la hora de referirse a la sensibilidad que se suceden en el Uruguay del siglo XIX, “Ellos revelan, con el espléndido prejuicio cultural y de clase que fueron aplicados por los sectores dirigentes, cómo la cultura se halló indisolublemente ligado a lo social. Y, además, dan al texto un color de época que en esta clase de historia consideramos esencial” (Barran, 1992:13).

figuras de autoridad como los padres, maestros y curas sobre los niños y jóvenes, la conversión del suplicio y la muerte en espectáculos, eran claros ejemplos de la sensibilidad “bárbara” que reinó en el Uruguay hasta 1860.

Durante esos tiempos, la sociedad promovió un uso desenvuelto, desenfadado y placentero del cuerpo, “(...) *la sociedad admitía la libertad gestual, la risa, la carcajada, el habla fuerte ambientada en los grandes espacios, los movimientos naturales de afirmación del vigor físico y la identidad sexual del hombre y la mujer*” (Barran, 1992:100).

Aparece el carnaval como espacio de juego, combate y trasgresión, donde los símbolos de la autoridad eran tratados irrespetuosamente, las mujeres asumían un protagonismo que carecían fuera de esa celebración, se excedían los límites con la comida y la bebida y el pueblo se liberaba sexualmente. “*Así como se admitían los olores fuertes del cuerpo sucio, se exponía sin rubor la pasión, el llanto, la risa y la violencia*” (Barran, 1992:218). “*La reflexión sobre lo sexual del Uruguay “bárbaro” estaba más cerca de las fuentes, de las pulsiones aún no doblegadas por “el malestar de la cultura” de que habla Freud. Confirmaba, en todo caso, un orden cercano a la licencia de “las clases inferiores” y mostraba una sociedad en que las elites no habían pensado mucho el tema por su cuenta*” (Barran, 1992:167).

El pasaje de la sociedad “bárbara” a la “civilizada” no se dio de igual manera en los diferentes grupos sociales. Los protagonistas de la transición fueron figuras que durante la época bárbara se mostraron opuestos a los excesos de la misma, sobre todo en lo que refería a la desmedida violencia. Es así que, ministros, legisladores, miembros del clero, algunos presidentes y la mayoría de los periodistas, se propusieron derrotar esa época que se constituía, según ellos, en la traba principal al “progreso”.

La violencia física y el juego fueron los primeros elementos que se propuso combatir la nueva sensibilidad “civilizada”, se prohibieron el uso de la violencia por parte de los maestros y se disminuyeron los castigos hacia los “delincuentes”, “locos” y “mendigos”.

Frente al castigo físico se impuso la represión del alma que utilizó la culpa y el sometimiento como herramientas ante los cuerpos de los niños, jóvenes y sectores populares, la sensibilidad “civilizada”, imputó “(...) *al desparpajo del cuerpo, su encorsetamiento; a la sexualidad “licenciosa”, la puritana; al predominio de lo lúdico, la obsesión del trabajo y su diferenciación absoluta del juego; a las desvergüenzas del yo, la construcción del castillo*

erizado de murallas y fosos de la intimidad; y, coronando los cambios y sutilmente vinculado a todos ellos, a la muerte exhibida y cercana, despojada de su majestuosidad y Poder, la muerte alejada, negada y terrible” (Barran, 1992:234).

3.2 Los médicos como locutores en la puesta en discurso de la sexualidad.

A continuación, analizaremos todos estos aspectos brevemente descriptos con anterioridad, propios de la llamada sociedad “civilizada”, haciendo especial referencia a la puesta en discurso de la sexualidad mediante alegatos de alta eficacia política y simbólica concordantes con los regímenes propuestos por la ideología de la clase dominante.

Primeramente, describiremos los procesos de retroalimentación entre la esfera del saber médico y la esfera de la moral burguesa que se dio en el Uruguay desde 1900 a 1940 denominados por Barran (1995) como *“moralización de la medicina”* y *“medicalización de la moral”*. El primero relata la voluntad de otorgarle fundamentación biológica a la moral burguesa, es decir, la utilización por parte del orden establecido del saber médico científico. Se aprecia así, una construcción del cuerpo masculino y femenino de acuerdo al sistema patriarcal⁷ -modelo dominante de la época- y una preocupación médica y psiquiátrica por las esferas de la sexualidad y la *“normalidad mental o psicológica”* (Barran, 1995:16).

El segundo de los procesos, señala la contracara, el procedimiento inverso, es decir, como a partir del saber médico se intentó establecer normas éticas, sociales, políticas y culturales. Se enuncia como la medicina preventiva fundada en las normas del higienismo y la preservación de la salud se vuelve la fuente de valores que el saber médico de la época promovió como nueva ética para la nueva sociedad uruguaya.

El control de la sexualidad fue una de las preocupaciones de la moral burguesa que el saber médico recogió con mayor dedicación. La sociedad uruguaya del siglo XIX y principios del XX traspolaba su obsesión por la energía y su conservación a todos los ámbitos, cada sistema, económico, industrial o doméstico funcionaba en relación a una energía bien

⁷ El modelo de familia patriarcal, nuclear o también denominado tradicional, asocia la esfera productiva entendida como ámbito público donde se expresa la obtención, transformación e intercambio de bienes al hombre y la esfera reproductiva entendida como ámbito privado que se expresa en un conjunto de desempeños dedicados a garantizar la vida cotidiana y la reproducción del grupo, a la mujer.

administrada. Es así que el burgués consideraba crucial el hábito del ahorro y la inversión de su capital, elementos que identificaba con el bienestar y lo correcto. En consonancia, desde el saber médico, se ostentaba el control del deseo sexual para mantener el equilibrio de energías en el cuerpo, elemento que a su vez identificaba con la salud. *“Los médicos concibieron el cuerpo sano como un sistema basado en la “economía”, el “balance” y el “orden” de sus energías, términos que se repiten en las historias clínicas y los estudios sobre enfermedades publicadas en la segunda mitad del siglo XIX y el Novecientos”* (Barran, 1995:24).

El cuerpo pensado como “economía” requería al igual que la sexualidad, normas precisas y controles que aseguraran la salud de la población, sin embargo, las reflexiones sobre el equilibrio entre “reservas” y “gastos” de energía sexual así como los controles fueron mayores sobre los adolescentes y jóvenes de la época.

El Uruguay del novecientos no escapa al fenómeno de la puesta en discurso de la sexualidad, una de las características propias de la cultura occidental. Como establecíamos en el capítulo anterior, Foucault (2009) pone en evidencia la promoción de los discursos sobre sexualidad, sobre todo desde un saber especializado, que en la cultura occidental sucede a partir del siglo XVIII, como una forma de ejercicio de poder y dominación en un ámbito aún inexplorado para el análisis y la comprensión.

En 1900, los discursos de la clase alta y media del Uruguay sobre sexualidad se reservaban para ámbitos como el confesionario o el consultorio médico, mientras que a partir de 1930 se produce una secularización del discurso educativo sobre la sexualidad y el tema invade las clases de biología de los liceos y la prensa. *“La sociedad confía, ahora, más en el médico que en el sacerdote como elemento eficaz para convencer, sobre todo a los jóvenes, de la necesidad de controlar el deseo. Y tiene razón, pues en una sociedad secularizada se oyen mejor las voces que prometen la salud que las que aleccionan sobre la salvación del alma”* (Barran, 1995:35).

El discurso médico se erigió sobre la necesidad del conocimiento y control de la sexualidad, aparecieron manuales y guías europeas –introducidas principalmente por la población inmigrantes- que establecían consejos y describían el placer y los órganos sexuales desde una terminología científica que le otorgaba a la temática una objetividad y lejanía respecto de la “barbarie” popular.

Los médicos uruguayos dieron los primeros pasos de la puesta pública en palabras de la sexualidad a fines del siglo XIX, comenzando con temáticas como la higiene personal para pasar luego a la defensa antivenérea. El autor, destaca la rapidez con que el Uruguay del novecientos coloca la temática en el discurso público, dado que, ya en el año 1916 se produce el Primer Congreso Médico Nacional y aparece allí lo que los sifilógrafos⁸ de la época establecieron como “educación sexual”. Es a partir de ese momento, que los médicos *“entendieron y vivieron la prédica a favor de la educación sexual como una cruzada contra la “hipocresía” y el “oscurantismo” del ambiente”* (Barran, 1995:39).

En el año 1930, el discurso médico sobre la sexualidad se volvió el discurso público admitido y empleado por la sociedad en la conversación corriente.

Algunos de los conceptos que se manejaron desde el discurso médico, fueron, la importancia del matrimonio, presentado como el estado biológico ideal y considerado por la burguesía de la época como el estado moral ideal, así como la importancia de la fidelidad de los esposos entre sí. Ambas concepciones intentaron des-animalizar las conductas sexuales así como humanizar el deseo y el placer. El matrimonio y la fidelidad, *“(…) eran también piezas claves del equilibrio de energías del cuerpo sano ya que solo ellas garantizaban esa sexualidad moderada que satisfacía tanto al placer –midiéndolo, eso sí-, como el ahorro de las fuerzas para las otras tareas de la vida que la sociedad demandaba”* (Barran, 1995:32-33).

Matrimonio y familia aseguraban la perpetuación de la especie, por esa razón, el placer vinculado a la reproducción fue legitimado desde el saber médico. Sin embargo, esto no evitó que el sexo de la pareja no fuera igualmente controlado, *“(…) para la cópula ideal no bastaba estar sano, fuerte, sobrio, descansado, sin preocupaciones; debían incluirse (...) la brevedad, la vestimenta, el recato en el gesto, la posición justa, el silencio y, naturalmente, la soledad de la pareja. Solo así el acto se moralizaría (...)”* (Barran, 1995:51).

La puesta en discurso de la sexualidad que se dio en la sociedad Uruguaya a finales del siglo XIX y principios del XX, fue posible gracias a la aparición de la educación sexual. A la vez que la educación sexual fue llevada al plano de lo discursivo por la necesidad de la clase médica de poner la sexualidad dentro del discurso público. *“El positivismo iluminista*

⁸ Médicos que se especializaron en el estudio de las enfermedades sifilíticas. En Uruguay, durante la época los recursos económicos y propagandísticos del Instituto Profiláctico de la Sífilis fueron claves para la legitimación del discurso médico como discurso público.

que denominaba a los médicos uruguayos del Novecientos los llevo a proponer a la educación sexual como panacea domesticadora del deseo juvenil. Los hechos sociales reales a que debía enfrentarse esa educación eran dos: la masturbación en ambos sexos y la temprana iniciación del adolescente varón con la prostituta” (Barran, 1995:70).

Por otra parte, como mencionábamos antes, los controles fueron mayores sobre púberes y adolescentes, esto se debió a que ambas franjas etarias fueron consideradas por los médicos de la época como una enfermedad. La sociedad, por su parte, no estuvo muy alejada de ese punto de vista.

La masturbación se transformó en la preocupación principal de las figuras de autoridad, la sociedad en general vivió este fenómeno con miedo y ansiedad porque representaba, según establecían los mismos, la principal pérdida inútil de energía en ambos grupos. En relación a esta práctica se erigieron un conjunto de consecuencias desastrosas como “desarrollo retardado”, “impotencia”, “vejez adquirida”, “tuberculosis”, entre otros. Es decir, la masturbación, no sólo fue considerada la causa de la debilidad adolescente sino también la madre de todas las enfermedades.

Para la religión católica la masturbación era la prueba de un enfrentamiento a Dios, mientras que para la burguesía de la época era la prueba de que los lazos sociales basados en la sexualidad eran más débiles de lo que se creía, *“La masturbación y la frecuentación de la prostituta eran las dos formas negadoras de la secuencia sexualidad-procreación-familia, la única admisible –medica y moralmente- para aquella época”* (Barran, 1995:66).

La solución médica para este fenómeno, que tuvo mayor cantidad de adeptos, fue la recomendación de la práctica de gimnasia y deporte, es decir, la transferencia de las energías sexuales hacia un plano de agotamiento muscular. Algunos médicos sin embargo, se animaron a proponer soluciones medicamentosas, mientras que otros más arrojados, llevaron las soluciones al plano de las intervenciones quirúrgicas.

En relación a esto es importante recordar que, durante el desarrollo del primer capítulo de la presente monografía nos referimos a lo que Foucault (2009) denominó como control de la sexualidad infantil -la persecución del onanismo-. Según lo establece el autor, en el combate realizado por pedagogos y médicos del onanismo de niños y adolescentes, era posible apreciar la construcción de una modalidad de montar alrededor del niño líneas de penetración indefinidas.

Todas las recomendaciones disciplinarias, instauración de hábitos y prohibiciones, que el saber médico instituyó en sus discursos en relación a la sexualidad de los niños y adolescentes, persiguieron el objetivo de convertirlos en hombres metódicos, sanos y trabajadores, que eran aquellos que la sociedad de la época exigía. Entonces, crear hábitos de obediencia durante la niñez y la adolescencia puede constituirse en una forma de asegurar que las mismas dinámicas sean eficaces cuando se pretenda que los hombres adultos acaten las órdenes de la sociedad y el orden establecido.

En resumen, los médicos de la época proclamaron en sus discursos una moral sexual puritana semejante a la predicada por la ética cristiana tradicional, siendo los niños y adolescentes la principal preocupación, por entender que encarnaban las máximas transgresiones al orden establecido y representaban el deseo sin freno y la pasión sin orden.

Por otra parte, también se vio reflejada en la construcción del cuerpo masculino y femenino realizada en Uruguay a finales de siglo XIX y principios del siglo XX, la utilización del saber médico por parte del orden establecido.

Podemos decir que, los médicos, casi en su totalidad hombres, representaron la mujer como la madre, *“la araña devoradora y la esposa candorosa”* (Barran, 1995:82), mientras que crearon en relación a los hombres un imaginario que se correspondía con el padre, el jefe y el dominador. La descripción y construcción diferenciada del cuerpo del hombre y la mujer, no era ingenua -nunca lo es-, sino que escondía una intención política. Es decir, el saber médico de la época procuró crear y modelar imágenes del cuerpo femenino y masculino que respondieran a la sociedad patriarcal burguesa.

En relación a la imagen de mujer que se pretendía construir, se difunde la importancia del amamantamiento en la generación del lazo madre-hijo, esto desestimaba el amamantamiento por parte de nodrizas y restringía de esa manera la independencia de las mujeres para asistir a los eventos sociales de la época. Se refuerza la idea de “mujer procreadora”, “mujer madre”, se valora la vida del niño por encima de la mujer, se condena el aborto, y si bien, la rebelión y la lucha femenina en pro del aborto y la inclinación de la sociedad en pro del control de la natalidad logran que el Código Penal de 1934 despenalice el mismo, la fuerte oposición del saber médico y la Iglesia condujeron a su nueva penalización en la ley de 1938.

En relación a la sexualidad, la medicina y la sociedad del siglo XIX y principios del siglo XX, otorgaron cierta libertad sexual a los hombres que negaron a las mujeres. Como lo manifestamos con anterioridad, la lejanía con la sociedad “bárbara” provocó una restricción general en el ejercicio del placer de manera pública y “desenfrenada” tanto para hombres como mujeres. Igualmente fue la sexualidad femenina la que se vio doblemente jaqueada, por un lado, hombres y médicos pertenecientes a la burguesía patriarcal se aferraron en sostener que el cuidado de la mujer antecedió el placer. Por otro lado, impusieron la idea de un deseo femenino que surgía únicamente como respuesta a un estímulo masculino. Sin embargo, la sexualidad masculina de la época se construyó bajo las creencias de un deseo sexual permanente y una superioridad otorgada por la analogía realizada en relación a los órganos sexuales.

De acuerdo a todo lo anterior, podemos establecer que la construcción del cuerpo femenino y masculino y la sexualidad de ambos están directamente relacionadas con lo normativo, es decir, con lo permitido por la sociedad. Como el autor lo expresa, *“Las concepciones culturales de lo “razonable” y lo sexualmente “normal” tienen puntos de contactos pues se vinculan a lo permitido por una sociedad determinada que siempre llama a los que lo cuestionan poseídos o enfermos, dependiendo la opción por una u otra designación del peso que tenga la “ciencia” en la cultura”* (Barran, 1995:124-125).

3.3 La psiquiatría del novecientos y su participación en la construcción de la “normalidad”.

Como expusimos con anterioridad, las esferas de la sexualidad y la enfermedad mental fueron aquellas donde el saber médico científico dejó penetrar la moral del orden dominante con mayor facilidad -dejando que actuara sobre las concepciones biológicas del hombre, la mujer, los niños y adolescentes en relación a sus deseos, placeres, imágenes y cuerpos-.

Desde comienzos del siglo XX en nuestro país, la psiquiatría asumió la tarea de definir la “normalidad”, convirtiéndose en la encargada de ajustar el comportamiento de los sujetos al comportamiento normativo - “al statu-quo”-. Así fue que la enfermedad mental fue descrita como la gran insubordinación a los valores establecidos y se produjo un aumento de “casos patológicos” debido a la extensión del concepto a comportamientos que antes eran considerados como comportamientos ajustados a la norma. *“La sociedad asignó a los psiquiatras el combate contra la locura y la construcción y definición de la norma (lidad). Ese*

papel, clave en cualquier orden establecido, de alguna manera los convirtió tanto en sus denunciadores como en sus agentes. Los psiquiatras del Novecientos hallaron la causa del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre, pero también inventaron un loco que era la imagen del burgués puritano invertido, es decir, se identificó a las virtudes y conductas burguesas con la norma (lidad)” (Barran, 1995:126).

Los psiquiatras del siglo XX aludieron al alcoholismo, la sífilis, la mala alimentación y el gasto de energía en exceso derivado del acto sexual, como los motivos causantes de las patologías mentales. Insistieron en el origen físico-cerebral de la enfermedad mental, reaccionando contra las nociones del alma y el espíritu, así como con la psiquiatría verbalista y psicologista del siglo XIX.

En cambio, se apoyaron en los procedimientos científicos como la autopsia, los análisis en el laboratorio y la inclusión en el diagnóstico de los antecedentes hereditarios y los síntomas para establecer las pruebas de la existencia de la enfermedad mental. Como la etiología de la enfermedad mental era física, el discurso del loco, para el saber médico, no tenía sentido ni validez, en cambio si lo adquiría la observación de su conducta y su cuerpo, en el manicomio y en el laboratorio respectivamente.

Así fue como el Manicomio como institución se afianzó⁹, el origen físico de la “locura” convirtió los pronósticos de “curación” en improbables, generando la aparición de pacientes crónicos que fueron institucionalizados de por vida. A la vez, se afianzó el papel del psiquiatra como moralista y reformador de la sociedad. Las terapias dirigidas al cuerpo aumentaron y se volvieron más autoritarias. La mujer “histérica” fue objeto de este ejercicio, *“La histérica, como los locos, un ser con voluntad débil y la pasión fuerte y enferma, debía hallar enfrente suyo la voluntad firme y la pasión ortodoxa del médico, el agente de la sociedad, la familia y el marido, y el médico debía devolverla a los tres convertida en madre útil y esposa razonable”* (Barran, 1995:132).

En resumen, la psiquiatría afirmaba que lo sano era lo “normal”, mientras que lo patológico era lo “anormal”. Así fue que, la conducta “normal” se identificó con el predominio de lo intelectual sobre lo emocional, con el control de sí mismo y la patologización de lo espontáneo, la fe en los milagros y la exaltación mística. *“La normalidad de conducta (...) se*

⁹ Muestra clara de este fenómeno fue el aumento en los pacientes del Hospital Vilardebó, que pasó de una población de 0,53% cada 100.000 habitantes en el año 1868 a 3, 15% en el año 1930.

identificó con lo admitido y funcional para aquella sociedad. El enfermo mental, un burgués puritano invertido, no controlaba sus pasiones desgastantes, se abandonaba a ellas (...) desobedecía a la autoridades y convenciones sociales (...)” (Barran, 1995:164).

Por esos tiempos, la sociedad y la ciencia médica comenzaron a protagonizar una transición, que significó en el campo de la psiquiatría la puesta en discusión de ese límite – entre lo “normal” y lo “anormal”- tan claramente enunciado con anterioridad. Así fue que comenzó a afirmarse la existencia de sujetos “fronterizos”, como resultado de la ampliación de los tratamientos a situaciones que antes eran consideradas “formas naturales del sufrimiento”.

Las resistencias al cambio fueron inmediatamente manifestadas por los médicos de familia y las familias burguesas, los primeros, consideraban que la psiquiatría avanzaba sobre un terreno que les pertenecía y los segundos, porque sintieron que se cuestionaban sus virtudes.

Resumiendo, podemos decir que la psiquiatría del novecientos se constituyó como un policía social que vigilaba el cumplimiento de las normas y convenciones sociales, como la gran abanderada de la normalización de las conductas en el Uruguay de la época, fue la encargada de dictar las distancias entre la norma y la desviación.

En el primer capítulo de la monografía, reconstruimos la génesis del par conceptual “normal-anormal” con la finalidad de romper con la naturalidad atribuida al mismo. A través de los planteos de Foucault (2009) establecimos la aparición del término “anormal” en occidente en la modernidad y su utilización para pensar las relaciones sociales. Durante ese mismo capítulo establecimos el rol que la medicina asumió como ciencia de la “normalidad” y la importancia que adquirió la figura del médico en el control de las enfermedades, en la producción de sujetos sanos y en la organización de la vida cotidiana de las personas. Durante el presente capítulo pudimos comprobar cómo la clase médica -en especial los psiquiatras- del Uruguay del novecientos -en concordancia con lo sucedido en occidente en la modernidad- asumieron la tarea de definir la “normalidad”. Fue así que el saber médico de la época igualó lo “normal” con lo sano, con el control del cuerpo y la sexualidad, con lo intelectual, con lo admitido, con lo funcional al orden establecido, es decir, con las virtudes burguesas. A su vez, creó en contraposición la figura del “anormal” y lo igualó con lo patológico, con la locura, con lo emocional, con la entrega a la pasión, con la violación del orden familiar y social, es decir, con la pérdida del autocontrol.

Los conceptos “normal” y “anormal” son construcciones funcionales al orden dominante que buscan ordenar y convertir en predecibles a los sujetos así como establecer líneas divisorias al interior de la estructura social. La “normalidad”, construida desde el saber médico como forma de otorgarle fundamentación biológica a la moral burguesa del Uruguay de la época, se volvió la pauta con la cual se midió y evaluó a los individuos de la sociedad.

3.4 Cuerpo y sexualidad, contruidos en el Uruguay a partir de la transferencia de los valores médicos hacia la sociedad de la época.

A continuación intentaremos ejemplificar el proceso de “*medicalización de la moral*”, es decir, cómo desde el saber médico de la época, que corresponde a lo que Barran (1992) denominó como sociedad “civilizada”, se intentaron establecer normas éticas, sociales, políticas y culturales. Destacando el establecimiento de normas en relación al cuerpo y la sexualidad.

Según lo manifiesta el autor, el cuidado y vigilancia del cuerpo se convirtieron en el centro de las prescripciones médicas, tanto a nivel personal como a nivel de la población. Se pudo apreciar un verdadero “culto a la salud”, la misma fue considerada el bien supremo, sustituyendo de esa manera el cuidado del alma predicado por la moral católica, característica que pone de manifiesto la secularización que la sociedad Uruguaya comenzaba a vivir.

Los médicos positivistas de la época sostuvieron que la moral debía basarse en la biología y la higiene, ya que la misma era entendida como la única estrategia válida para preservar la salud. Es así que aparece una moral fundada en nociones científicas, denominada “moral fisiológica”, la misma identifica la enfermedad con el mal -“el nuevo diablo”- y la salud con el bien -“el nuevo Dios”-, por lo tanto, las virtudes derivaban del organismo sano mientras que los vicios lo hacían del cuerpo enfermo.

La “moral fisiológica” entendió la enfermedad como producto social y no como culpa personal, igualmente, la noción de culpa no desapareció totalmente dentro de la clase médica, sino que se transformó en responsabilidad personal por aquellos comportamientos considerados insanos. Es decir, la noción de comportamiento personal inapropiado para la preservación de la salud, es la característica que adquirió la culpa moderna secularizada.

“La novedad ética consistió, entonces, en pasar gradualmente de indicar como causa de la enfermedad a los antiguos “vicios”, a señalar como causa clave “el comportamiento personal” (...) el Novecientos agregó a las tradicionales irregularidades de las cuales el sujeto debía cuidarse -el peligroso coito fuera del matrimonio y la masturbación, por ejemplo-, otras nuevas, las que precisamente indicaba la ciencia como pecados contra el cuerpo y la larga vida, fallas de la inhibición ante la inmediatez del placer: la sedentariedad excesiva y la alimentación inadecuada, por ejemplo” (Barran, 1995:193).

La nueva concepción de la enfermedad como producto social, condujo a los médicos a pugnar por un nuevo orden social sobre bases biológicas. La aplicación de las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana -“eugenesia”-, dio lugar a principios que se sintetizaron en la preservación de la “calidad de la raza” y por lo tanto, condenaron “lo anormal”, “lo criminal”, “lo marginal” y “lo enfermo”. Según el autor la principal línea de acción del eugenismo Uruguayo fue *“(...) el control de la procreación en procura de que sólo los sanos engendrasen y a los enfermos se les prohibiera casarse o se les esterilizara”* (Barran, 1995:217).

La clase médica entendió que la única manera de concluir con la enfermedad era cambiando la sociedad -estableciendo la vivienda familiar “ideal”, organizando las ciudades, entre otras-, tarea que les fue asignada en exclusiva a los higienistas. El higienismo, nacido como prevención dio paso a la medicina preventiva, la cual se dedicó, no a combatir la enfermedad sino a crear la salud mediante la vacunación, los exámenes preventivos y la modelación del “cuerpo vigoroso”.

En relación a lo anterior, podemos decir que la construcción del cuerpo que se propuso desde el saber médico de la época fue “vigorosa y moral”, hecha de libertades y disciplinas. Se propuso un modelo de cuerpo que fuera el reflejo del alma burguesa. Se valoró ampliamente la práctica de deporte y gimnasia por las consecuencias físicas en los cuerpos -adquisición de fortaleza muscular-, por sus consecuencias disciplinarias -imposición de normas, obediencias y hábitos-, y también porque significaba, como lo vimos anteriormente, la transferencia de las energías sexuales hacia un plano de agotamiento muscular. Se les otorgó a los cuerpos de los niños, adolescentes y mujeres mayores libertades, disminuyendo el afán por encorsetar los cuerpos mediante la vestimenta. Pero también se promovieron los signos de “rectitud corporal”, negando las posiciones “viciosas” y de “abandono”, la debilidad, la agresividad y los movimientos sensuales del cuerpo. Esto

encuentra su explicación en la creencia de la época que el autocontrol y la “rectitud corporal” y expresaban también la moral.

La medicina procuró crear un modelo de cuerpo y de comportamiento que favoreciera la longevidad, como el autor lo establece el novecientos asistió al nacimiento del “hombre medicalizado”.

En búsqueda del cumplimiento de este objetivo, se crearon desde el saber médico nuevos hábitos y rituales, como por ejemplo, el baño semanal, el lavado de manos y dientes diarios, la alimentación vigilada, la sexualidad planificada, la realización de ejercicio físico diariamente, la visita al médico y odontólogo, entre otros. También se promovió la minuciosa escucha y auto-observación del cuerpo, que comenzó en las clases intelectuales y se difundió a nivel general en relación a las enfermedades que provocaron terror en el Uruguay del novecientos, la tuberculosis, el cáncer y la sífilis.

Todo lo anterior convivió con dos preocupaciones novedosas y propias de la época, la “microbiofobia” y la “contagiofobia”, para las cuales también se indicaron rituales desde el saber médico. La higiene y la desinfección fueron las medidas elegidas para combatir los microbios, ambas se convirtieron en virtudes y garantías de la nueva moralidad más sana, y se trasladaron del ámbito médico-quirúrgico al hogar, a los diferentes lugares de la ciudad y a las diferentes partes del cuerpo.

Por otra parte, Barran (1995) expresa que el saber médico adquirió un papel fundamental en la desdramatización de la sexualidad, procurando atemperar su carga emocional y misteriosa mediante la utilización de la razón.

Desde el saber médico se intentó reducir la sexualidad a su expresión natural, identificarla únicamente con lo fisiológico, descartando las complejidades culturales con que la sociedad la vivía y por eso decimos que la mirada de la sexualidad en esa época fue fiel a lo que en el capítulo dos establecimos como enfoque esencialista.

Como manifestamos cuando nos referimos al pasaje de la sociedad “bárbara” a la “civilizada”, se rechazó la terminología popular y se propuso un lenguaje científico que permitió reducirla a lo perceptible, *“Todo lo inquietante y animal de la sexualidad, era transformado por los eufemismos científicos, en razonable y civilizado por descriptible en el lenguaje purificador de la medicina y la moral”* (Barran, 1995:287).

Los “olores del cuerpo”, “la suciedad”, “la sexualidad animal”, fueron rechazadas, en cambio, la “neutralidad olfativa”, la “mesura” y la “limpieza” fueron las nuevas virtudes del hombre medicalizado, “(...) *solo la sexualidad limpia merecía el nombre de civilizada y por ende virtuosa*” (Barran, 1995:307).

Para finalizar, podemos decir que el cuerpo en el Uruguay del novecientos fue escuchado, mirado y leído minuciosamente. Fue construido de acuerdo a los valores morales de la clase dominante, recogidos por el saber médico, pero también en su construcción entraron en juego los valores de la clase médica. Así fue que su forma, aspecto y comportamiento ideal fueron moldeados mediante rituales de prevención y hábitos de desinfección -propios de la medicina higienista de la época- con el objetivo de asegurar la “vida larga”, la gran promesa del saber médico. Como lo establecimos en capítulos anteriores, podemos decir que la manera en que se vive y siente el cuerpo tiene la marca de una época y una sociedad determinada.

Barran (1995) establece que la construcción del cuerpo comienza a cambiar paulatinamente en el Uruguay a partir de 1950. Comienza a proponerse en nuestra sociedad un modelo de cuerpo donde el adelgazamiento constituye una virtud estética y sanitaria y la juventud una añoranza. Esto se debe, como veíamos en el capítulo anterior, a que la construcción del cuerpo en el Uruguay del siglo XXI no se configura de manera ajena a las características de la sociedad posmoderna, es decir, a la exigencia del consumo, la globalización y el avance tecnológico.

Resumiendo el presente capítulo, podríamos establecer que la medicina de la época no sólo moldeó el cuerpo sino que también participó en la invención de los conceptos de salud, “normalidad” y sexualidad, determinando los contenidos, representaciones y expectativas que se imprimían en relación a los mismos.

A través de todo lo establecido, fue posible apreciar cómo se establecieron regulaciones diferenciadas para niños, adolescentes y mujeres en lo que a sexualidad, deseo y placer refiere. Y como la construcción de la sexualidad fue mutando en el Uruguay, pasando de una cierta libertad en el uso del cuerpo y expresión de la misma a una moderación, donde el placer y el deseo se volvieron aspectos a controlar y regular. Y es por eso que decimos que la sexualidad como construcción determina que el deseo, el placer, las prácticas y las relaciones sean aspectos que se construyen y expresan de manera particular y diferenciada según las condiciones sociales, históricas y culturales.

Capítulo 4

Sexualidad de las personas con discapacidad, no se habla, no se ve.

En este apartado, nos proponemos analizar lo trabajado hasta el momento, intentando presentar la información obtenida de las entrevistas realizadas en el marco de esta monografía de grado. Teniendo presente, como establecimos en la introducción, que dichas entrevistas fueron realizadas a informantes calificados con la intención de conocer sus opiniones, valoraciones y percepciones acerca de la temática.

Cuando pensamos en la categoría discapacidad y cuando intervenimos como profesionales, debemos tener presente que la misma es una construcción basada en la idea de “normalidad”. Como Skliar (2000) lo manifiesta, el uso de eufemismos y términos políticamente correctos, no dejan de ocultar que existe un orden natural de los significados que coloca a esos “otros”, las personas con discapacidad, en discursos y prácticas de poder que estamos olvidando deconstruir. Por esa razón, el recorrido teórico en relación a la categoría discapacidad, propuesto para esta monografía de grado, pretendió evidenciar esa construcción basada en la idea de “normalidad”, fomentando una actitud alerta y consciente frente a los procesos sociales que regulan y controlan el modo a través del cual son pensados y creados los cuerpos y la sexualidad de las personas con discapacidad.

En concordancia con lo anterior, decimos que el esfuerzo por testimoniar la construcción normativa del concepto discapacidad y desnaturalizar el proceso que hizo posible la aparición de los conceptos “normal” y “anormal”, responden a la preocupación por la convivencia con dichos aspectos, heredados, difíciles de visualizar y cuestionar. El concepto de “normalidad”, se ha vuelto parte de los que somos y hemos consumido. Como tal, nos atraviesa, a los profesionales, a las familias de las personas con discapacidad, a las personas con discapacidad, condicionado la visión, las expectativas y las actuaciones en relación a dichos sujetos, “(...) *la familia ponía énfasis en su rehabilitación, capacitación y en su “normalización (...)*” (2013, entrevista N°1).

Por otra parte, cuando pensamos en la categoría cuerpo, desde una perspectiva constructorista, el mismo se configura como nexo entre cultura y existencia, tiene historia, por lo tanto, la manera en que se vive, tiene siempre la marca de una época y una sociedad determinada. Así lo pudimos constatar en el tercer capítulo, donde a través de los aportes de Barran (1995), logramos establecer la construcción del cuerpo en el contexto Uruguayo.

Construcción que se realizó de acuerdo a los valores de la clase médica y los valores morales de la clase dominante, recogidos a su vez por el saber médico. Así fue que la apariencia, conducta y figura “ideal” fueron moldeados mediante rituales de prevención y hábitos de desinfección. Y si bien, durante el desarrollo de la categoría cuerpo en el segundo capítulo, ya habíamos establecido las características de dicha construcción en occidente para los siglos XVII, XVIII, XIX, XX y XXI, nos pareció importante profundizar sobre la construcción del cuerpo, la sexualidad y la “normalidad” en la sociedad Uruguaya, aunque fuera únicamente en el período del novecientos. Porque abordar el cuerpo como construcción implica que el contexto social, cultural e histórico particular decreta los contenidos, representaciones y expectativas que se imprimen sobre los cuerpos. Como personas y profesionales formados en esta sociedad, el recorrido por el capítulo tres, nos permite comprender los contenidos y las expectativas que hoy tenemos sobre la sexualidad, la “normalidad”, sobre nuestros cuerpos y sobre los cuerpos de los otros. Y esto habilita la posibilidad de asumir una actitud de alerta cuando esos conceptos se presentan en nuestra vida cotidiana, pero especialmente, como profesionales, cuando pensamos y planificamos las intervenciones.

Como apreciamos durante el desarrollo de los capítulos teóricos, nuestros cuerpos, hoy en día, son pensados como productos de comercialización, mercancías, objetos mutables. Como tales, se espera que sean moldeados a imagen y semejanza de un “cuerpo ideal”, joven, en forma, bello, deseable, que no es más que la construcción que la sociedad posmoderna ha propuesto para nuestra época. La distancia entre los cuerpos “reales” y aquellos “ideales”, se traduce en una presión estética, que lleva a querer modificar el cuerpo de manera de poder cumplir con las expectativas y los contenidos que se vuelcan sobre el mismo. De alguna manera, esa distancia, diferencia u oposición, entre ambos cuerpos, se traduce en estigmatización y discriminación. Estas presiones estéticas, adquieren una mayor dimensión cuando pensamos en los cuerpos de las personas con discapacidad. Porque como vimos con anterioridad, la medicina durante el siglo XX ayuda a consolidar la categoría “cuerpo anormal” -concebida en la época moderna-, mediante el registro y la descripción del cuerpo “normal”, utilizado como parámetro de comparación y transformación para aquellos “cuerpos discapacitados”, “anormales”. Como lo manifestaba una de nuestras entrevistadas, los cuerpos de las personas con discapacidad y en especial los cuerpos de las mujeres con discapacidad, *“El cuerpo ideal es mucho más importante para la mujer que para el hombre”* (Martínez Barreiro, 2004:140), quedan sometidos en una encrucijada. Es decir, a la histórica creación de sus cuerpos bajo los parámetros de la “normalidad”, que los coloca como “cuerpos anormales”, se adhiere la presión por alcanzar los parámetros

estéticos propuestos para nuestra época, *“(…) para las mujeres con discapacidad es muy difícil encajar en los estándares de modelo de cuerpo femenino (…) me acuerdo en un taller, una chiquilina comentaba que ella sin los lentes culo de botella no veía nada, pero igual para ir al baile nos comentaba que se los sacaba aunque se estuviera cayendo o tropezando, porque nadie la iba a sacar a bailar si andaba con esos lentes así (…) la dificultad para sentirse que encajan en cierto modelo de belleza es altísima, es una fragilidad muy fuerte la que viven las mujeres con discapacidad”* (2013, entrevista N°3).

Durante el desarrollo de la monografía reflexionamos sobre la importancia de otorgar espacios y oportunidades para que las personas con discapacidad puedan conocer sus límites y posibilidades en relación a su sexualidad. Por esa razón, consultamos a nuestros entrevistados sobre la existencia de espacios de reflexión acerca de la sexualidad, en las instituciones en las cuales trabajan o en aquellas con las que tienen contacto. Según lo señalado, las posibilidades de las personas con discapacidad de dialogar sobre su sexualidad dependen de la incorporación o no en su agenda de trabajo, que las instituciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales, puedan hacer del tema, *“Algunas de estas mujeres hablaban de los espacios en las Organizaciones no Gubernamentales. Otras manifestaban el hecho de hablar con sus pares, algunas de ellas recibían talleres con técnicos, psicólogos, asistentes sociales, que les permitían hablar y les brindaban información supliendo la carencia de educación sexual que no habían recibido en la infancia. Otras posibilidades de hablar, eran en general con algunos hermanos o hermanas, algunas pocas familias, pero sobre todo el contacto con sus pares. No hubo ni una sola referencia a que esas respuestas las buscaran en el sistema de salud y tampoco hubo referencia a que hubiera algo programático dentro de sus organizaciones que les permitiera o que les dieran los elementos como para hablar del tema, eso no estaba previsto”* (2013, entrevista N°1). Otra de las entrevistadas expresaba, *“Creo que a nivel de las instituciones que conocemos son muy pocas las que tienen un trabajo específico en la sexualidad... generalmente tienen talleres de carpintería manualidades, otras actividades de ese estilo pero por lo general no un espacio para hablar de la sexualidad.”* (2013, entrevista N°3).

A la vez enunciaban, la dificultad de poder incorporar el tema en aquellas instituciones formadas por los padres y las familias de las personas con discapacidad. Resaltando la forma en que sus actitudes y conductas estaban cargadas de restricciones y miedos, *“Entonces, en esas instituciones hay como el esfuerzo de introducir el tema, pero muchas veces esas instituciones también son integradas por padres, entonces se produce una*

tensión entre los padres y los técnicos, los primeros que no quieren y los segundos que empujan para que esto se empiece a problematizar a desnaturalizar, porque está presente (...) basta que tengas 10 minutos de observación en una Institución y vos lo ves, el besito, el abrazo, “esta es mi novia”, “este es mi novio”, está a flor de piel en estos jóvenes con discapacidad que van a las diferentes instituciones y pasan 4 o 5 horas juntos, es natural que ocurra, el tema es que hago con eso, lo tapo y digo no se toquen, no se besen, no esto, no lo otro, o aprovecho para conversarlo, porque tienen derecho a ejercer su sexualidad (...)” (2013, entrevista N°2). También decían lo siguiente, “(...) la mayoría de las instituciones que trabajan en la discapacidad a nivel privado, por ejemplo, sociedad civil, muchas de ellas vienen desde este tinte... religioso, de la caridad (...) la familia circula determinada forma de manejar los temas que después muchas veces se pueden reproducir en las instituciones donde están, entonces quedan entrampadas (...)” (2013, entrevista N°3).

A partir de estos aspectos, en las entrevistas, surgieron otras declaraciones relevantes a incorporar cuando pensamos en las posibilidades que las personas con discapacidad tienen para problematizar su sexualidad.

Por un lado, como lo declararon nuestras entrevistadas, la invisibilización por parte de las personas con discapacidad del derecho a ejercer, preguntar y conocer sobre su sexualidad, “(...) fue de las partes más interesantes de la investigación, porque lo primero que nos dimos cuenta es que cuando convocábamos a las mujeres con discapacidad mayores de 18 años para hablar de su sexualidad y para hablar de sus derechos, ellas no se sentían convocadas, decían que tenían que pedir permiso a sus madres, que no sabían si las iban a dejar, que no les interesaba el tema, que no era un tema que fuera de ellas, que eso no era parte de su vida, y preguntaban si no teníamos talleres de capacitación o de educación, porque de sexualidad no les interesaba. Lo primero que empezamos a darnos cuenta fue que esas mujeres con discapacidad no vivenciaban ese aspecto de su vida, tan importante, como un aspecto propio, como un aspecto a problematizar ni como un aspecto sobre el que deberían informarse y tener actitudes responsables y obligaciones a lo largo de su vida, en sus diferentes aspectos según su ciclo vital” (2013, entrevista N°1). Esta misma entrevistada manifestaba que “(...) no veían a la sexualidad como una expresión placentera, como un desarrollo vital, como una propuesta de elección de parejas, de diversidad sexual, de elección de tener hijos o no, eso no estaba visible, lo único visible como eje de desarrollo de sus vidas estaba en torno a la discapacidad. Entonces, esto cerraba, obturaba, obnubilaba, la expresión sexual” (2013, entrevista N°1). Asimismo declaraban que, “La

sexualidad no está auto demandada, ni posicionada como una cuestión para discutir o pensar para ellos, está muy invisibilizada, silenciada.” (2013, entrevista N°3).

Se vuelve obligatorio señalar aquí, que dichas afirmaciones están enmarcadas en la experiencia de trabajo desarrollada en el marco del proyecto implementado por la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo con el apoyo de ONU Mujeres “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas”¹⁰.

Por otro lado, los espacios y las oportunidades para pensar la sexualidad, también se ven afectadas por el hecho de que muchas veces la misma no se constituye como una demanda prioritaria, quedando en un plano de menor jerarquía frente a otras demandas como el empleo, la vivienda, la accesibilidad y la capacitación. Identificadas por las personas con discapacidad, las familias, las instituciones, la agenda política, las políticas sociales públicas y la sociedad en general, como los aspectos prioritarios a conquistar cuando pensamos en el acceso a los derechos de las personas con discapacidad. Cuando consultamos a nuestros entrevistados sobre el lugar que la sociedad posiciona los derechos sexuales de las personas con discapacidad frente al acceso, el debate y la problematización de otros derechos, todos acordaron en establecer que ocupa un lugar de menor jerarquía y urgencia. En palabras de los mismos, “(...) *las demandas normalmente mas específicas de la discapacidad son capacitación, empleo y vivienda, en general y accesibilidad, esas cuatros son las más centrales... sexualidad casi que no han planteado ninguna demanda, esta demanda la levantamos nosotros, esta situación de carencias de servicios y de atención y todas estas barreras no fue una demanda explicita planteada por las mujeres con discapacidad*” (2013, entrevista N°3). También manifestaban, “(...) *los temas que son más fáciles de tratar socialmente son la accesibilidad, porque la accesibilidad en su contexto universal beneficia a toda la población en general y no solo a la población con discapacidad, entonces en eso tiene un eco mayor, que beneficia a la tercera edad y a otros grupos poblacionales. El empleo es visibilizado, no solo por las personas con discapacidad, sino por las familias y el entorno, como un real evento de inclusión, la persona que trabaja pasa a ser una persona útil, adulta, productiva, integrada, entonces todo eso es lo que cualquier*

¹⁰ Dicho proyecto tuvo lugar en los años 2009-2010, consistió, por un lado, en la elaboración de un estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud para las mujeres con discapacidad, desarrollado entre setiembre de 2010 y abril de 2011. Por otro lado, en la realización de talleres sobre Derechos de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con Discapacidad.

De dicho proyecto se desprendieron varias líneas de trabajo, hoy en día continuadas por PRONADIS y la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad.

familia espera para su hijo con discapacidad y también la persona con discapacidad es como el hito donde se siente integrada, entonces tiene mucho más potencial y visibilidad que la sexualidad (...). Pero bueno la educación sexual, la sexualidad, mismo desde los programas de capacitación, es decir, escuelas, liceos o cursos no formales, difícilmente incorporen la educación sexual como un eje de educación y sin embargo la capacitación laboral es en lo que es tribal un montón de problemas (...) cuando la persona sale de las escuelas (...) que trabaje no es lo mismo que tenga sexualidad” (2013, entrevista N°1). Asimismo indicaban que, “La prioridad es el acceso laboral, muchas de las familias entienden que es a través del trabajo que va a “normalizar” el desarrollo o la conducta de su hijo o hija, por eso la pelea de conseguir el trabajo (...) la mirada que tiene la familia sobre el concepto de inclusión es, o sería, instrumentada a través del trabajo. Como que ahí concentraría tal vez, la transformación o la realización como persona, sería el paso que ese hijo o hija, que ha sido visto como niño durante muchos años, se transformaría, o adquiriría la condición de persona adulta” (2013, entrevista N°2).

De acuerdo a lo manifestado hasta el momento, corresponde cuestionarnos, ¿cómo es posible fomentar espacios de conocimiento y descubrimiento, si la sexualidad de las personas con discapacidad no se constituye como una demanda prioritaria?, ¿cómo influye el hecho de que la discapacidad sea en nuestro país, aún hoy, una temática invisibilizada?, ¿cómo fomentar espacios de reflexión, problematización sobre la sexualidad cuando la misma no es sentida como una demanda propia?, ¿cómo pretendemos que las personas con discapacidad consideren que su sexualidad les pertenece, cuando la misma se configura como una temática velada, silenciada, construida desde un lugar normativo y cargada de prejuicios?

Al mismo tiempo, sucede que cuando las personas con discapacidad logran realizar y manifestar la apropiación de este aspecto tan importante, salen a relucir comportamientos y actitudes que indican que ese reconocimiento no es legitimado. Por ejemplo, las entrevistadas que desarrollaron su experiencia de trabajo en el marco del proyecto “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas”, expresaron que cuando las mujeres, sobre todo aquellas con discapacidad motriz e intelectual, se dirigían a la consulta ginecológica, “(...) la mayoría de las veces no se dirigen a ellas, sino a sus acompañantes, sus familiares, lo que implica que no se está reconociendo a esa mujer con discapacidad como usuaria que consulta por su salud y su sexualidad” (2013, entrevista N°3).

Teniendo presente que durante el desarrollo de la monografía intentamos reflexionar sobre los aspectos que interactúan en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad, corresponde también reflexionar sobre aquellos que la dificultan y limitan. Nos preguntamos entonces, ¿qué mitos y tabúes están presentes cuando pensamos en la temática?, según lo manifestado por uno de nuestros entrevistados son “(...) *el de la asexualidad, la homogeneidad de la población, la infantilización, la sobreprotección, la cosa esta de pienso por ellos que no pueden*” (2013, entrevista N°1). Por otro lado, otro de los consultados decía que “*hay como una creencia de que tienen mucho deseo sexual, hay como un miedo sobre todo en la discapacidad intelectual de no poder controlar su deseo sexual (...)*” (2013, entrevista N°1).

“Lo que está claro es que sea el tipo de discapacidad que sea, este proceso se ve alterado, así como las oportunidades que tienen para poder llegar a una definición sexual, para poder llegar a una opción sexual o practicar su sexualidad, se ve limitado. Se ve limitado, porque la sociedad (...) no brinda las oportunidades adecuadas, porque está llena de prejuicios, de condicionamientos (...)” (2013, entrevista N°2). *“Es como una sociedad que no está muy preparada para manejar las necesidades sexuales de las personas con discapacidad, y como no las trabajan desde niños, cuando llega la etapa de la adolescencia y la juventud solo quieren que pase rápido y reprimir, que se calmen y que vuelvan a ser niños tranquilos otra vez, o niños grandes, sobre todo en el tema de discapacidad intelectual”* (2013, entrevista N°3). Las barreras y los prejuicios a la hora de pensar la sexualidad de las personas con discapacidad están en estrecha relación con la forma en que la sociedad concibe lo que discapacidad y sexualidad son.

Por otra parte, como decíamos durante el desarrollo de los capítulos teóricos, la discapacidad no se constituye como un factor que imposibilite las prácticas eróticas y afectivas, la sexualidad y el placer son siempre experiencias subjetivas. Entonces, si bien existen una multiplicidad de factores comunes que condicionan la manera en que las personas con discapacidad acceden a la temática, también es importante establecer que la misma no es una expresión unánime a la totalidad del colectivo. Existen factores como el contexto familiar, el institucional, el tipo de discapacidad, el género, el acceso a recursos materiales, entre otros, que determinaran una manera individual de vivir la sexualidad, *“Creo que influye mucho si, el tipo de discapacidad, el contexto familiar y yo agregaría también las instituciones donde circulan las personas con discapacidad”* (2013, entrevista N°3).

Para finalizar diremos que a través del recorrido teórico realizado, intentamos reflexionar sobre los aspectos que interactúan en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad, exponiendo las razones por las cuáles no es posible comprenderla desde una mirada normalizadora. Intentamos desmitificar el carácter ingenuo en la construcción de los conceptos discapacidad, sexualidad y cuerpo, introduciendo las estrategias de poder y los contextos sociales, culturales e históricos que permitieron dicha construcción. Así como también pretendimos reflexionar sobre los impactos que los conceptos de “cuerpo normal” y “sexualidad normal” ejercen sobre la percepción de la sexualidad de las personas con discapacidad.

Ahora bien, así como fueron construidos una vez, los conceptos discapacidad, sexualidad y cuerpo puede ser nuevamente erigidos, de forma tal que se involucren las miradas de aquellas personas que han quedado vulnerados en sus derechos bajo la idea de una sexualidad y un cuerpo normativo. Ahí reside la obligación de las personas con discapacidad, de los profesionales, psicólogos, sexólogos, trabajadores sociales, de la sociedad en su conjunto, en rechazar las construcciones normativas y volver a construir los conceptos desde una perspectiva de derechos y equidad.

Reflexiones Finales

Atendiendo aspectos más íntimos de este proceso de monografía de grado, las reflexiones finales parecen ser el “lugar” indicado para dejar establecido que si bien en un comienzo el trabajo pretendió significar un humilde aporte para los posibles futuros lectores, el mismo terminó significando un proceso de aprendizaje personal, y no exclusivamente en lo que a sexualidad y discapacidad se refiere. Si bien este trabajo se propuso como objetivo general reflexionar sobre los aspectos que interactúan en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad, nos permitió distinguir y cuestionar los parámetros y las estéticas a alcanzar cuando se trata de nuestro propio cuerpo y sexualidad. A la vez, fue revelador y aterrador, descubrir que cargábamos con un montón de prejuicios que no habíamos logrado desnaturalizar ni desmitificar. Haciéndose evidente la presencia del concepto de “normalidad” en nuestra vida cotidiana, en lo que a expectativas y actuaciones se refiere.

Además, este trabajo nos permitió concretar un primer acercamiento teórico a la temática de la discapacidad durante el transcurso de la licenciatura. Consideramos esta instancia como una buena oportunidad para comenzar un proceso de aprendizaje, teniendo presente, como lo decíamos en la introducción del documento, que representa un posible ámbito de práctica profesional. Creemos que es una responsabilidad que como trabajadores sociales tenemos en relación a los sujetos, de continuar propiciando procesos de aprendizaje en aquellas áreas en las que nos tocará intervenir, porque durante la licenciatura, hay un múltiple número de temáticas, que debido a preferencias o elecciones, no se logran abordar. Por lo tanto deberá haber un compromiso de nuestra parte de interpelar conocimiento en las relaciones de trabajo con los sujetos, para que se cumpla el verdadero intercambio de saberes.

En consecuencia, este documento, que se constituye como un producto particular derivado de una búsqueda propia de autores, documentos y bibliografía, con el asesoramiento de la tutora, se configura como un marco general del tema, que abre líneas de análisis, investigación, reflexión y habilita posteriores trabajos, siendo un proceso abierto.

Por ejemplo, sería interesante para una futura investigación, profundizar en la temática de la violencia sexual, ya que fue un aspecto que surgió en la totalidad de las entrevistas. Los consultados manifestaron la existencia de cifras internacionales y de referencias en la

bibliografía de abusos del tipo sexual hacia las personas con discapacidad. Además señalaron que la vulnerabilidad aumenta para las mujeres con discapacidad, acrecentándose aún más cuando se trata de mujeres con discapacidad intelectual, constatándose que la mayoría de las situaciones de abuso tienen lugar dentro del círculo familiar o de confianza. En relación a esta cuestión sería oportuno preguntarnos, ¿por qué existe ese grado de vulnerabilidad?, ¿qué factores determinan que las personas con discapacidad estén tan expuestas a este tipo de situaciones?, ¿qué otros tipos de violencia sufren las personas con discapacidad? En lo que concierne a la violencia sufrida por las mujeres, correspondería interrogarnos, ¿si conocen las mujeres con discapacidad sus derechos en relación a su sexualidad?, ¿acceden a la información y los recursos que permiten conocer sus derechos y las posibilidades existentes para mejorar su situación?, ¿están garantizadas las condiciones de acceso a los lugares de denuncia y a los servicios de atención a situaciones de violencia?, ¿qué barreras actitudinales, físicas, de información o de comunicación encuentran las mujeres con discapacidad cuando desean realizar una denuncia referente a una situación de abuso sexual?

En estrecha relación con lo anterior, decimos que, sería interesante en un futuro poder pensar sobre los aspectos que interactúan en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad, introduciendo un corte de género, generacional, o pudiendo pensar en el tipo de discapacidad. Es decir, poder reflexionar sobre ¿qué cosas varían o determinan una construcción diferenciada de la sexualidad para hombres y mujeres con discapacidad?, ¿qué sucede cuando se trata de adolescentes?, ¿si existen diferencias en la construcción de la sexualidad para las personas con discapacidad motriz en relación a aquellas con discapacidad intelectual?

Otra línea de trabajo que podría profundizarse, sería el funcionamiento de los espacios de problematización de la sexualidad, existentes en las instituciones, asociaciones civiles u organizaciones no gubernamentales que trabajan con las personas con discapacidad. Tratar de establecer la metodología utilizada, los objetivos que se persiguen, la población objetivo a la que apuntan, el alcance de esos espacios, bajo que conceptos de sexualidad o discapacidad trabajan. Así como preguntarse qué sucede en aquellas asociaciones, instituciones u organizaciones, donde estos espacios no existen, cuáles son los supuestos o los motivos detrás de esa inexistencia.

Por otra parte, poder indagar ¿dónde está proclamado el derecho a ejercer e informarse sobre sexualidad?, ¿a quién le corresponde educar sobre sexualidad?, ¿a qué se

compromete el Estado en esta temática?, ¿cómo se reivindica un derecho de este tipo?, ¿si la ley N° 18.651 de Protección Integral de los Derechos de las Personas con Discapacidad, incluye los derechos sexuales?, ¿prevé algún mecanismo para garantizar el cumplimiento de los mismos? En relación a la ley N° 18.426 de Defensa del Derecho de Salud Sexual y Reproductiva, mediante la cual el Estado se propone garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, correspondería preguntarnos, ¿qué sucede cuando se trata de personas con discapacidad?, ¿los servicios de salud son accesibles en términos edilicios (cuentan con rampas, pasillos amplios, ascensores, baños)?, ¿son accesibles en términos de infraestructuras (camillas adaptadas, consultorios)?, ¿y en términos de información y comunicación (existen interpretes del lenguaje de señas, cartelerías accesibles, folletos en Braille), ¿están preparados los funcionarios para atender las demandas de las personas con discapacidad?

Vinculado a lo anterior, también podría constituirse como una nueva línea de análisis, los derechos reproductivos de las personas con discapacidad. Poder pensar, por ejemplo, ¿cómo influye la invisibilidad de los derechos sexuales y reproductivos en el deseo de alcanzar la maternidad o la paternidad?, ¿por qué se cuestiona la capacidad de ser madres o padres de las personas con discapacidad?, ¿cómo afecta la dependencia económica o física en la elección de tener hijos?

Revisando algunos aspectos, nos parece importante señalar que en relación a la elección de los entrevistados, teniendo presente que decidimos entrevistar a profesionales que estuvieran trabajando desde ámbitos públicos, en la órbita de programas y unidades que se proponen “atender” la discapacidad, hubiera sido pertinente incorporar a trabajadores del ámbito de la salud. Considerando al Ministerio de Salud Pública y sus trabajadores como actores que tienen una implicancia directa con la temática.

Para finalizar, si nos preguntáramos ¿qué nos aportó este trabajo monográfico para nuestro desempeño como futuros trabajadores sociales?, nos animaríamos a decir que fomenta una actitud cautelosa, alerta y de cuestionamiento frente a los procesos y las construcciones sociales que regulan el modo a través del cual son pensados y creados los cuerpos y la sexualidad de las personas con discapacidad. Nos permitió reconocer la importancia de respetar y validar los deseos del otro en relación a su cuerpo y sexualidad. La importancia de promover espacios donde la temática se hable y así las personas con discapacidad tengan la oportunidad de conocer sus derechos sexuales, decidir sobre los mismos, sobre sus cuerpos y sus prácticas de manera autónoma. Así como también, la importancia de

generar espacios donde se aborden la violencia sexual, ya que como vimos, es una temática en estrecha relación. Es decir, promover el empoderamiento mediante el conocimiento y el acceso a la información.

Bibliografía

- ❖ ALMEIDA, M., ANGELINO, MA., KIPEN, A. Y OTROS. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Revista Política y Sociedad*, Revista de la Universidad Complutense, Facultad de Ciencias políticas y Sociología, 47 (1), 27-44.
- ❖ ALTHUSSER, L. (1970). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- ❖ ALZATI, L. (2006). *¿Fantasía o realidad de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual? Sexualidad: construcción social que involucra a todos*. Tesis de grado no publicada, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, Uruguay.
- ❖ ANGELINO, MA. (2009). Ideología e Ideología de la normalidad. En ROSATO, A. Y ANGELINO, MA. (coord.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el Déficit*. (pp. 133-154). Buenos Aires, Argentina: Noveduc libros.
- ❖ BARTON, L. (1988). *Discapacidad y sociedad*. Madrid, España: Morata - Fundación Paideia.
- ❖ BARRAN, J. (1990). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II: El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo, Uruguay: Ed. de la Banda Oriental.
- ❖ BARRAN, J. (1992). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo I: La cultura Bárbara (1800-1860)* (10ª ed.). Montevideo, Uruguay: Ed. de la Banda Oriental.
- ❖ BARRAN, J. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III: La invención del cuerpo*. Montevideo, Uruguay: Ed. de la Banda Oriental.
- ❖ BAUDRILLARD, J. (1974). *La sociedad de consumo*. Barcelona, España: Plaza & Janés.

- ❖ BLANCHET, A. Y OTROS. (1989). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Ed. Narcea.
- ❖ BOURDIEU, P. (1986). *Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo*. En: VARELA, Julia (eds.). *Materiales de sociología crítica*. Madrid, España: Ed. La Piqueta.
- ❖ CABELLA, W. (2006). *Los cambios recientes de la familia uruguaya: la convergencia hacia la segunda transición demográfica*. En: FASSLER, C (coord.) *Familias en cambio en un mundo en cambio*. Montevideo, Uruguay: Ed. Trilce.
- ❖ CASTELLS, M. (1996). *La era de la información: economía, sociedad y cultura. Volumen II*. Mexico: Ed. siglo XXI.
- ❖ DE MARTINO, M. (1999). *Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos*. En: *Revista de Trabajo Social*, Volumen 13, N° 17. Montevideo, Uruguay. Ed EPPAL.
- ❖ DURKHEIM, E. Y MAUSS, M. (1963). *Primitive Classification*. Londres, Inglaterra: Ed. Routledge and Kegan Paul.
- ❖ DUSCHATZKY, S. Y SKLIAR, C. (2001). *Los nombres de los otros. Narrando a los otros en la cultura y la educación*. En: LARROSA, J; SKLIAR, C. y otros. (Eds.), *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona, España: Ed. Laertes.
- ❖ EWALD, F. (1993). *Foucault, a Norma e o Direito*. Lisboa, Portugal: Ed. Vega.
- ❖ FOUCAULT, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid, España: Ed. La Piqueta.
- ❖ FOUCAULT, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- ❖ FOUCAULT, M. (1992). *Microfísica del poder. Genealogía del Poder N° 1*. Madrid, España: Ed. La Piqueta.

- ❖ FOUCAULT, M. (2000). *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- ❖ FOUCAULT, M. (2002). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno Editores.
- ❖ FOUCAULT, M. (2006). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. (V. M. Salomoni, Ed., & H. Pons, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- ❖ FOUCAULT, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- ❖ FOUCAULT, M. (2009). *Historia de la sexualidad Tomo I, La voluntad del Saber*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno Editores.
- ❖ FOUCAULT, M. (2010). *Historia de la sexualidad Tomo III, La inquietud de sí*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno Editores.
- ❖ FOUCAULT, M. (2011). *Historia de la sexualidad Tomo II, El uso de los placeres*. (2ª ed.). Buenos Aires Argentina: Siglo veintiuno Editores.
- ❖ FOSSATI, G. (1992). *Todos estamos expuestos. Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad*. Montevideo, Uruguay: EPPAL.
- ❖ FREUD, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Mexico: Alianza Editorial.
- ❖ GARCÍA, A. (2005). *Personas con discapacidad. La categoría exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad*. Tesis de grado no publicada, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, Uruguay.
- ❖ GOFFMAN, E. (1971). *Ritual de la interacción*. Buenos Aires, Argentina: Tiempo.
- ❖ GUIDDENS, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid, España: Ed. Cátedra S.A.

- ❖ HERRERA, C. (2011). Figuraciones del cuerpo femenino en el siglo XXI. La imagen femenina como cuerpo descarnalizado en las propuestas graficas de una cultura light. Madrid, España: Editorial Académica Española.

- ❖ KIPEN, E. Y LIPSCHITZ, A. (2009). Demasiado cuerpo. En ROSATO, A. Y ANGELINO, MA. (coord.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el Déficit*. (pp. 117-132). Buenos Aires, Argentina: Noveduc libros.

- ❖ KIPEN, E. Y VALLEJOS, I. (2009). La producción de discapacidad en clave de ideología. En ROSATO, A. Y ANGELINO, MA. (coord.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el Déficit*. (pp. 155-179). Buenos Aires, Argentina: Noveduc libros.

- ❖ KISHORE, J. (2002). *Diccionario de Salud Pública*. Nueva Delhi, India: Century Publications.

- ❖ KOSIK, K. (1996). *Dialéctica de lo concreto*. Madrid, España: Ed. Grijalbo.

- ❖ LAQUEUR, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, España: Ed. Cátedra.

- ❖ LE BRETON, D. (1995). *Antropología del Cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión

- ❖ LEVIN, E. (2003). *Discapacidad: Clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva visión.

- ❖ LIPOVETSKY, G. (2002). *Metamorfosis de la cultura liberal*. Barcelona, España: Ed. Anagrama.

- ❖ LIPOVETSKY, G. (1987). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, España: Ed Anagrama.

- ❖ LÓPEZ GÓMEZ, A. (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en el Uruguay, un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexual y Género. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

- ❖ MANNHEIM, K. (1960). *Ideology and Utopia*. Londres, Inglaterra: Ed. Routledge and Kegan Paul.
- ❖ MARTINEZ BARREIRO, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers, Revista de sociología*, 73, 127-152.
- ❖ MARTINEZ SOLA, S. (coord.) (2003). *Discapacidad y vida sexual. La erótica del encuentro*. España: Ed. COCEMFE-ASTURIAS.
- ❖ MERLEAU-PONTY, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona, España: Ed. Planeta.
- ❖ MIGUEZ, M. (2003). *Construcción social de la discapacidad a través del par dialéctico integración-exclusión*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad de la República, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Montevideo, Uruguay.
- ❖ MIGUEZ, M. (comp.) (2012). *Del dicho al hecho. Políticas sociales y Discapacidad en el Uruguay progresista*. Buenos Aires, Argentina. Estudios sociológicos Editora.
- ❖ NAVARRO, J Y CANAL, R. (1999). *¿Qué podemos hacer? Preguntas y respuestas para familias con un hijo con discapacidad*. Madrid, España: Ed. Junta de castilla y León.
- ❖ PARSON, T. (1934, mayo). Some reflections on the nature and significance of economics. *Quarterly Journal of Economics*, p. 511-545.
- ❖ PEREZ DE LARRA FERRÉ, N. (2001). *Identidad, diferencia y diversidad: mantener viva la pregunta*. En: LARROSA, J. SKLIAR, C. Y OTROS. (Eds.), *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona, España: Laertes.
- ❖ PLATERO MENDEZ, R. Y ROSÓN VILLENA, M. (2012). De “la parada de los monstruos” a los monstruos de lo cotidiano: la diversidad funcional y la sexualidad normativa. *Revista Feminismo/s*, Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante, 19 (1), 127-142.

- ❖ QUESADA, M. (1984). *La entrevista: Obra creativa*. Barcelona, España: Ed. Mitre.

- ❖ ROSATO, A. Y ANGELINO, MA. (coord.). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el Déficit*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc libros.

- ❖ SCRIBANO, A. (2007). *¡Vete tristeza... Viene con pereza y no me deja pensar!... Hacia una sociología del sentimiento de impotencia*. En: LUNA, R. Y SCRIBANO, A. (Comp.). *Contigo aprendí...Estudios sociales de las emociones*. CEA-CONICET- Universidad Nacional de Córdoba–CUSCH- Universidad de Guadalajara. Córdoba, Argentina.

- ❖ SCRIBANO, A. (2007). *La Sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones*. En: SCRIBANO, A. (Comp.) *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. Córdoba, Argentina: CEA-UNC Jorge Sarmiento Editor.

- ❖ SHORN, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo. Concepciones psicológicas*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial SA.

- ❖ SKLIAR, C. (2000). La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad. *Revista Propuesta Educativa*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 22, 34-40.

- ❖ SKLIAR, C. (2002). *Y si el Otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.

- ❖ SUE, S. Y RYAN, J. (1983). *Sex and Love. New Thouhgts on Old Contradictions*. Londres, Inglaterra: The Women's Press.

- ❖ TURNER, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social*. México: Fondo de cultura económica.

- ❖ TURNER, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Reis, Revista española de investigaciones sociológicas*, 68 (94), 11-39.

- ❖ TYLOR, S. Y BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Ed. PAIDÓS.

- ❖ VALLEJOS, I., KIPEN, E., ALMEIDA, Ma. E., SPADILLERO, A., FERNANDEZ, ME., ANGELINO, C., LIPSCHITZ, A., SANCHEZ, C. Y ZUZZIÓ, B. (2005). *La producción social de la discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos*. En: VAIN, P. Y ROSATO, A. (coord.) *La construcción social de la normalidad Alteridades, diferencias y diversidad*. Ensayos y Experiencias N° 57. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

- ❖ VALLEJOS, I. (2005). *Parecerse a Nosotros. Debates acerca de las representaciones sociales de los docentes de educación básica acerca de la discapacidad*. En: VAIN, P. Y ROSATO, A. (coord.) *La construcción social de la normalidad Alteridades, diferencias y diversidad*. Ensayos y Experiencias N° 57. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

- ❖ VALLEJOS, I. (2009). La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En ROSATO, A. Y ANGELINO, M. (coord.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el Déficit*. (pp. 65-116). Buenos Aires, Argentina: Noveduc libros.

- ❖ VALLEJOS, I. (2011, abril). *Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas*. I Reunión Anual de la Comisión Interuniversitaria Discapacidad y Derechos Humanos 2011. Universidad Nacional de Luján, Luján, Buenos Aires, Argentina.

- ❖ VEIGA NETO, A. (2001). *Incluir para Excluir*. En: LARROSA, J. SKLIAR, C. Y OTROS. (Eds.). *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona, España: Laertes.

- ❖ WEBER, M. (1977). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

- ❖ WEBER, M. (1969). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona, España: Península.

- ❖ WEEKS, J. (1985). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid, España: Ed. Talasa.

- ❖ WEEKS, J. (1998). *Sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Ed. PAIDÓS.

Fuentes Documentales

- ❖ CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Ciudad de Guatemala, República de Guatemala. Fecha: 7 de junio de 1999.
- ❖ REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, LEY N 18.651. Protección Integral de Personas con Discapacidad. Ciudad de Montevideo, Uruguay. Fecha: 19 de febrero de 2010.
- ❖ CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América. Fecha: 13 de diciembre de 2006.
- ❖ INVESTIGACIÓN “DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD. ESTUDIO SOBRE LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MONTEVIDEO”. Intendencia de Montevideo. Montevideo, Uruguay, 2011.
- ❖ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF). Naciones Unidas, Ginebra, Suiza.

Artículos consultados en internet

- ❖ AGUILERA PORTALES, R. (2010, enero). *Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault*, *Revista Universitas, Revista de filosofía, Derecho y Política*, No 11. Recuperado el 16 de junio de 2013, de <http://universitas.idhbc.es>.

- ❖ AMUCHÁSTEGUI, A Y RODRIGUEZ, Y (2005). La sexualidad: ¿invención histórica?, *Manual de capacitación para la Red Democracia y Sexualidad*. Recuperado el 13 de abril de 2013, de http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf

- ❖ AVILA FUENMAYOR, F Y AVILA MONTAÑO, C. (2010, mayo). *El concepto de biopolítica en Foucault, A parte rei*, *Revista de Filosofía*, No 69. Recuperado el 20 de junio de 2013, de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/avila69.pdf>