



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

La sexualidad en personas con discapacidad desde un enfoque de derechos

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Milici, Constanza

Legajo: M-6038/1

DNI: 41947969

Docente responsable: Zubkow, Viviana

2025

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| Consideraciones preliminares..... | 4 |
| La discapacidad desde un enfoque de derechos..... | 5 |
| Sexualidad: “La sexualidad de la historia” | 8 |
| Sexualidad: “La historia de la sexualidad” | 10 |
| Representaciones sociales sobre la sexualidad de las personas con discapacidad..... | 11 |
| CONSIDERACIONES FINALES..... | 14 |
| REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS..... | 16 |

RESUMEN

El Presente ensayo delimita como tema la relación entre las políticas públicas y la sexualidad de las personas con discapacidad. Se indaga cómo las políticas públicas construyen la sexualidad de las personas con discapacidad. Para ello, parte de situar la tensión presente entre dos modelos a la hora de pensar el concepto de discapacidad, el Médico Hegemónico y el Modelo Social. Siendo este último afín a un paradigma de derechos y un pensamiento complejo, se posiciona desde el mismo para realizar una lectura acerca de la sexualidad en la historia y de la historia de la sexualidad, con los aportes teóricos de Freud y Foucault respectivamente. Ambos autores, contribuyen a la desbiologización de la sexualidad, alejándola del sexo y aproximándola tanto a lo discursivo como al poder. Posteriormente, abarca el impacto de las representaciones sociales en la salud mental de las personas con discapacidad para, concluir reflexionando, que además de un marco legal inclusivo y de reconocimiento de derechos, la deconstrucción de estereotipos es necesaria para que las personas con discapacidad puedan vivir de manera digna su sexualidad.

Palabras clave: discapacidad - dispositivo de poder - políticas públicas - sexualidad

INTRODUCCIÓN

El escrito fundamenta la relevancia de abordar la sexualidad de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos y un paradigma afín a un pensamiento complejo. En esta línea se sitúa el Modelo Social de la discapacidad, el cual concibe a la discapacidad como una interacción entre la persona y las diversas barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Desde el mencionado modelo, se aboga por el reconocimiento y respeto de todos los derechos de las personas con discapacidad, entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos, tema central del presente ensayo y sobre el cual se enfatiza debido a que la sexualidad de las personas con discapacidad presenta una larga historia de invisibilización, desconocimiento y formas tanto de hacer como de pensar sustentadas más en mitos y prejuicios que en criterios de salud.

Salud y sexualidad son dos conceptos indisociables entre sí dentro de un enfoque basado en la complejidad el cual apunta a despegar los mismos de lo biológico para introducir al análisis otras dimensiones como las psíquicas, sociales y gubernamentales.

Para abordar la sexualidad de las personas con discapacidad es necesario superar el innatismo biológico heredado de modelos médicos hegemónicos y normativos. La sexualidad es más que el sexo, excede la genitalidad y tiene poco que ver con el representar la intimidad de una persona.

La sexualidad humana no puede separarse ni de lo discursivo ni del poder. Las teorizaciones de Freud permiten dilucidar que la sexualidad impregna a todos los sujetos desde épocas tempranas, siendo el concepto de pulsión, un concepto pivote del deslinde de lo anímico respecto a lo corporal. Esto permite afirmar que las personas con discapacidad son sujetos sexuados, atravesados por la pulsión, efectuando así una caída del mito que los suponía como seres asexuados.

Mito que, junto a otras representaciones sociales simplificadas como ciertos estereotipos y prejuicios, proliferan en el imaginario social generando impactos negativos en la salud mental de las personas con discapacidad, al negar un aspecto constitutivo de la subjetividad como lo es la sexualidad.

El objetivo del escrito y punto nodal a destacar es que estas representaciones sociales simplificadas exceden el mundo de las ideas, no constituyen solamente un marco desde el cual observar e interpretar la realidad, sino que también se traducen en acciones concretas discriminatorias respecto a las personas con discapacidad. Actuando así como factores limitantes al ejercicio de una sexualidad plena y generando fuertes repercusiones en el ámbito de la salud mental.

Asimismo, la sexualidad humana está intrínsecamente ligada al poder. Foucault teoriza al poder como algo positivo y productivo el cual crea discursos y saberes que atraviesan y configuran los cuerpos. En este sentido, presenta a la sexualidad como un dispositivo de poder que ejerce una normalización sobre los cuerpos, produciendo así subjetividades que responden a un proyecto político determinado. Por lo tanto, la sexualidad es una cuestión gubernamental, no algo íntimo de la persona.

En este sentido, la premisa del trabajo sostiene que las decisiones gubernamentales tomadas en un marco de legitimidad, es decir, las políticas públicas, crean la sexualidad de las personas con discapacidad debido a que condicionan el modo en que habitan su sexualidad, su cuerpo y sus proyectos de vida.

Si bien las políticas públicas actuales abogan por garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, las representaciones sociales simplificadas, actúan como obstáculos posicionando a la discapacidad no como un atributo de la persona sino como una interacción entre esta y su entorno, el cual puede ser promotor o un obstáculo en el proceso complejo que la salud mental representa.

DESARROLLO

Consideraciones preliminares

La convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (2006), establece a la discapacidad como una interacción entre la persona y las diversas barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Se retoma dicha definición al inicio del presente ensayo para establecer que, a lo largo del mismo, se hace uso del término “personas con discapacidad” conforme a los marcos teóricos y legales actuales. Asociados a un Modelo Social de la discapacidad y evitando cualquier tipo de denominación discriminatoria.

“En este sentido, todos somos personas con o sin discapacidad” (Instituto Colima, 2018, p.4). Desalentando así, el uso de calificativos como persona discapacitada, personas con capacidades diferentes, incapacitado, minusválido, entre otros términos que reducen a la discapacidad a un atributo de la persona y no como una interacción entre la persona y las barreras del medio en el que se encuentra inserta.

Dichos términos se encuentran citados en el ensayo únicamente en contexto. Es decir, al referirse a modelos teóricos y legales precedentes, que denotan en su armado teórico y conceptual dicha terminología.

La discapacidad desde un enfoque de derechos

En la actualidad, pensar la discapacidad asociada a una serie de derechos que los sujetos gozan es algo habitual. Sin embargo, esta asociación entre discapacidad y derechos es bastante reciente en términos temporales y es producto de la conjunción de una serie de procesos sociales, políticos e históricos que se desarrollaron y se siguen desarrollando dentro del campo de la salud.

Por lo tanto, si nos situamos dentro del campo de la salud, la concepción que tengamos de la salud en general va a repercutir sobre la concepción misma de la discapacidad.

Para comenzar, el presente ensayo aborda a la discapacidad desde el Modelo Médico Hegemónico, una posición más ortodoxa la cual se corresponde a una concepción determinada de la salud. Luego este modelo se contrasta con un modelo más actual, el Modelo Social de la Discapacidad, el cual se apoya en un concepto de salud diverso y más afín a un enfoque de derechos.

Si bien los modelos en cuestión surgieron en contextos sociohistóricos diversos, y las leyes tanto nacionales como internacionales avalan al segundo modelo, no debemos caer en un pensamiento dicotómico en donde un paradigma sucede al otro. Más adelante, se verá que el modelo Médico Hegemónico sigue subsistiendo en los mitos y prejuicios que se erigen alrededor de las personas con discapacidad.

El modelo Médico Hegemónico concibe a la discapacidad desde La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980.

Se fundamenta desde un enfoque biomédico y plantea “una linealidad entre la enfermedad o problema de salud como causante de la deficiencia” (p.3). Es decir, la alteración en una función y/o estructura corporal que provoca la discapacidad, entendida como disminución en la capacidad de realizar una actividad, y finalmente como resultado una minusvalía al presentar una desventaja social como consecuencia. (Cuevas, 2006)

La definición de la CIDDM vislumbra un modelo de discapacidad pensado estrictamente desde lo orgánico y como algo individual del sujeto. En este sentido, emplea el término "persona discapacitada" para referirse a la discapacidad como atributo o calificativo de la misma. Por ende, si una persona se ve impedida de realizar una actividad esencial como ir al baño, la responsabilidad recaería sobre ella al tener un impedimento biológico dejando de lado otras variables como la existencia de baños aptos, rampas, y otras cuestiones necesarias para realizar un análisis no reduccionista.

En Argentina, La Ley N°22.431 "Sistema de protección integral de los discapacitados" sancionada en 1981 es la aplicación a nivel local de los lineamientos de la CIDDM. Considera "discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral". (Art. 2, p.1)

En consecuencia, la Ley busca establecer un sistema de protección integral de las personas con discapacidad, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca. (Art 1, 1981)

Términos como desventaja y neutralizar, evidencian que desde este marco teórico la discapacidad es vista como algo negativo que debe ser corregido o adaptado a ciertos patrones que la sociedad considera como normales. Sin embargo, cabe formular los siguientes interrogantes: ¿qué es lo normal?, ¿qué es lo patológico?, ¿qué conceptos utilizamos para delimitar lo normal de lo anormal?

Estos interrogantes cobran vigencia dentro del campo de la salud, y específicamente dentro del campo de la salud mental, desde viejas épocas hasta la actualidad. Muchos autores intentaron brindar respuesta a los mismos desde distintos marcos disciplinarios arribando a las más variadas conclusiones.

Dichas conclusiones son provisionarias. Esto se debe a que el saber es un producto de época sujeto a múltiples mecanismos de poder en donde se juegan diversos intereses. Por ende, lo normal y lo patológico varía según la época y la sociedad las cuales generan modos de pensar y hacer acerca de la discapacidad característicos.

Es en esta línea, que Foucault (2007) teoriza acerca de cómo ciertas nociones se instalan en la sociedad como verdades absolutas y casi incuestionables. Focaliza su análisis en la relación que existe entre el poder y el saber. Se pregunta, qué es el saber; cómo se articula con el poder, qué relación hay para instalar "una verdad".

Partiendo de su concepción acerca de que el saber es lo que un grupo de personas comparte y decide que eso es verdad, mediante esa verdad, el poder disciplinario controla y domina la voluntad y el pensamiento. Surge, entonces, un proceso que Foucault (2007) llama normalización, debido a que es ese poder el que define qué es verdadero y falso, correcto e incorrecto, normal o anormal.

En este sentido, la Ley argentina N°22.431 "Sistema de protección integral de los discapacitados" sancionada en 1981 produce una normalización sobre los cuerpos y delimita a la discapacidad cercana a lo patológico, como una condición de desventaja acerca de aquellos cuerpos que no presentan ninguna discapacidad. La misma, se encuentra construida a partir de los modos de pensar acerca de la discapacidad en dicha época, es decir, como un atributo de la persona, como algo individual y biológico.

Sin embargo, esta Ley sancionada años atrás en una época y sociedad distinta a la de la coyuntura actual, se encuentra vigente hasta el día de la fecha. Su espíritu no refleja las concepciones contemporáneas respecto a la discapacidad la cual es pensada desde un enfoque complejo y un paradigma de derechos.

Esta situación verifica un desfase entre lo legal y las concepciones, ideas, marcos teóricos y movimientos sociales actuales.

Sin embargo, la vigente Ley atraviesa un proceso de reforma con el objetivo de crear una Nueva Ley de Discapacidad que promueva los derechos humanos, la igualdad y la inclusión de las personas con discapacidad.

Esta nueva Ley es pensada desde un enfoque complejo y Modelo Social de la discapacidad que busca dejar atrás el enfoque Médico Hegemónico.

Desde la Agencia Nacional de Discapacidad Argentina (2022), se justifica la importancia de efectuar un pasaje desde el “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas” hasta la Nueva Ley de Discapacidad. Desde una normativa que da cuenta de una concepción de la discapacidad de anclaje eminentemente médico, proteccionista, asistencialista, que entiende a la persona con discapacidad sólo como sujeto de cuidado, hasta una nueva normativa que conciba a las personas con discapacidad en tanto sujetos de derechos.

Dentro de la amplia gama de derechos que las personas con discapacidad gozan en Argentina, se incluyen los Derechos Sexuales y Reproductivos, los cuales atañen a la sexualidad, tema central del presente ensayo. Sin embargo, estos derechos representan un punto de llegada que sigue consolidándose en la actualidad y que tuvieron su punto de inicio años atrás en el ámbito internacional post Segunda Guerra Mundial.

En este sentido, una conquista significativa para pensar a la salud en materia de derechos hoy en día es La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) la cual establece que los derechos humanos son universales, indisociables e interdependientes. En primer lugar, todos los derechos humanos son universales ya que son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, género, origen étnico, religión, idioma u otro factor. En segundo lugar, son indisociables, debido a que no es posible priorizar un derecho sobre otro, todos poseen el mismo valor ante la ley. Por último, son interdependientes por el motivo a que están interconectados entre sí, delimitando la estricta dependencia de un derecho a otro derecho.

Esto significa que el derecho a vivir libremente la sexualidad implica el reconocimiento de ésta como parte de la constitución del sujeto. En consecuencia, la construcción de la subjetividad está directamente relacionada a otros derechos fundamentales y universales como el derecho a la vida, a la salud integral, a la calidad de vida, a la libertad y al placer.

Sumado a ello, la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud de Alma Ata (1978), establece a la salud como un derecho humano fundamental que requiere la intervención del Estado y muchos sectores como el político, económico y social para lograr llevar a cabo el famoso lema “Salud para todos en el año 2000”. De esta forma, las políticas públicas quedan aún más ligadas a la promoción de la salud y, el gozar de una sexualidad plena, es indisociable a la salud. Siendo la sexualidad más que el sexo y más que lo biológico.

Cabe aclarar que, en la década de los '70, época en donde tuvo lugar la Conferencia de Alma Ata, la práctica médica se apropiaba de la salud pública. Sin embargo, paulatinamente sucedió una apertura del campo de la salud hacia otras disciplinas, entre ellas la Psicología y el Psicoanálisis, gracias al movimiento denominado Salud Colectiva.

La Salud Colectiva, produce una desbiologización del campo conceptual de la medicina preventiva del momento, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes en diferentes profesiones al interior del área salud en la medida de incluir una práctica multifacética donde se encuentra incluida la práctica política. (Liborio, 2013)

Tanto en América Latina como en nuestro país, los esfuerzos de pensar a la salud como un derecho fueron redoblados por la corriente Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana. Tal como propone Canela (2021), sus propuestas han dado explicación sobre las relaciones de poder y cómo el sistema produce y reproduce las desigualdades en la calidad de vida de los ciudadanos.

La Salud Colectiva se corre del paradigma Médico Hegemónico positivista el cual considera a la salud como ausencia de enfermedad determinada estrictamente por cuestiones de orden biológicos e individuales. “Apuesta a pensar a la salud como un proceso complejo y habilita a hablar del proceso salud-enfermedad-cuidado en tanto manifestación histórica-social producto de una compleja estructura en donde los fenómenos sociales determinan a los procesos biopsíquicos”. (Canela, 2021, p.72)

Al concebir a la salud como campo de lucha, de fuerzas orientadas a optimizar la calidad de vida de las personas, su imperativo ético no es la equidad en salud, tal como propone el lema de la Declaración de Alma Ata (1978) “salud para todos en el año 2000”, sino

“la construcción de un mundo sin discriminación, ni de clase, ni de etnia, ni de género” (Canela, 2021, p.80)

Estas teorizaciones son cercanas a pensar a la discapacidad desde un Modelo Social. El mismo fundamenta que la discapacidad excede el ámbito de lo personal. Las limitaciones que, con el modelo Médico Hegemónico normalmente se le atribuían al sujeto, ahora se trasladan al contexto, a los factores ambientales o sociales. Por lo tanto, “la posibilidad de desarrollo, de una vida autónoma y de la participación social de la persona, depende de las condiciones socio-económicas en las que vive y de los ajustes razonables realizados para tal fin”. (Cattaneo, 2017, p1)

Sin embargo, más allá de la preminencia de este nuevo Modelo Social de la discapacidad, subsisten aún hoy preconceptos y estigmas derivados de modelos médicos y normativos los cuales sostienen una larga historia de discriminación, aislamiento e invisibilización de las personas con discapacidad.

Por ende, no debemos pensar que, respecto a la discapacidad, el Modelo Social destrona al Modelo Médico Hegemónico. Se verifica que este último sigue subsistiendo en los mitos, prejuicios y estereotipos que se erigen alrededor de las personas con discapacidad.

Muchos de esos sentidos despectivos establecidos tienen vigencia en la actualidad y se traducen en situaciones concretas de desventaja y vulneración de derechos de los sujetos. Según Cattaneo (2017):

Algunas expresiones habituales que sostienen estos modelos son: las personas con discapacidad son “asexuadas”, son “infantiles” (desde una mirada paternalista de los y las niños y niñas), son “angelitos”, son “dependientes”, “enfermas”, “improductivas”, “santas/malvadas”, “no pueden/no van a poder”. Estas miradas están atravesadas por perspectivas incapacitantes, paternalistas, sobreprotectoras, de sustitución de la voluntad, medicalizadoras y patologizantes (p.1).

Tales estigmas influyen en la salud mental de las personas con discapacidad, y si bien, se constituyen como obstáculo sobre todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad, fundamentalmente repercuten sobre un aspecto indisociable de la salud mental; la sexualidad.

La sexualidad de las personas con discapacidad tiene una larga historia de invisibilización, desconocimiento y formas de hacer y de pensar sustentadas en prejuicios más que en criterios de salud.

La salud sexual y la salud reproductiva “refieren a las prácticas que se llevan a cabo para vivir una sexualidad plena con los cuidados, ajustes y adaptaciones que sean necesarios para cada persona, en cada situación de la vida”. (Cattaneo, 2017, p.1)

La visibilización y el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad constituyen un primer paso para mitigar los efectos subjetivos de la discriminación y la histórica negación de estos derechos universales. Esta situación se basa en las representaciones sociales erradas de la no sexualidad de las personas con discapacidad, así como en la presunción de incapacidad de las mismas para decidir sobre sus cuerpos, su salud y su vida sexual y reproductiva.

Con el objetivo de desmitificar el imaginario social que se erige alrededor de las personas con discapacidad al considerarlas como “asexuadas”, servirse de las teorizaciones de Freud es valioso ya que apuntan a dilucidar que la sexualidad impregna a todos los sujetos desde épocas muy tempranas.

Sexualidad: “La sexualidad de la historia”

Para abordar la sexualidad de personas con discapacidad es necesario adoptar un enfoque basado en la complejidad que permita superar el innatismo biológico. La sexualidad, implica múltiples dimensiones que van desde lo histórico social hasta lo psíquico y subjetivo.

Este enfoque no reduccionista conlleva desprenderse de la concepción puramente biológica de la sexualidad la cual estaría ligada con exclusividad a la genitalidad, a la antinomia masculino y femenino, a la par que se la emparenta con lo íntimo de una persona.

Las teorizaciones tanto de Freud como de Foucault contribuyen profundamente a despegar a la sexualidad de lo biológico. Sin embargo, conviene hacer una distinción entre ambos autores ya que “el psicoanálisis no se refiere a la historia de la sexualidad, como escribe Foucault, sino en todo caso, se referirá a la sexualidad de la historia”. (Zubkow, 2017, p.108).

Comenzando por la sexualidad de la historia, en 1905 Freud escribió “Tres ensayos para una teoría sexual”, texto revolucionario no solo para el psicoanálisis sino para la época ya que al presentar al niño como perverso polimorfo efectúa una caída del mito que los suponía como pequeños angelitos y como tales asexuados, sin maldad, ni odio, ni violencia. (Zubkow, 2017)

Allí, Freud (1976) argumenta que “forma parte de la opinión popular acerca de la pulsión sexual la afirmación de que ella falta en la infancia y solo despierta en el período de la vida llamado pubertad” (...) este no es un error cualquiera ya que “tiene graves consecuencias, pues es el principal culpable de nuestra presente ignorancia acerca de las bases de la vida sexual” (p.153)

Con esta afirmación capital, el padre del psicoanálisis declara que la sexualidad tiene sus inicios en épocas más tempranas de lo que se creía popularmente hasta el momento. Las prácticas sexuales tempranas en niños como la erección, masturbación y demás manifestaciones que son consideradas por muchos como actos horribles, en realidad, son parte del desarrollo sexual del niño.

Freud (1976) concibe tres etapas del desarrollo psicosexual del niño, las cuales son etapas lógicas y no cronológicas. En primer lugar, la etapa oral, seguida por la etapa anal y en último lugar la etapa genital/fálica. El rasgo en común de estas etapas es que la pulsión no está dirigida a otra persona, se satisface en el propio cuerpo, es decir, es autoerótica.

El quehacer sexual se apunala primero en una de las funciones claves para la conservación de la vida; el chupeteo, y sólo más tarde se independiza de ella. El chupeteo es el mamar con fruición, es un contacto de succión con la boca, con los labios o zona erógena. “Las zonas erógenas son sectores de la piel o mucosa cuya estimulación provoca una sensación placentera la cual el niño va a buscar repetir”. (p.166)

Hay ciertas zonas erógenas predestinadas como muestra el chupeteo, pero este mismo ejemplo permite considerar que cualquier otro sector de piel o de mucosa puede prestarse al servicio de una zona erógena. Este mamar con fruición que se repite rítmicamente, no tiene como fin la nutrición, sino que su meta es la obtención de la satisfacción. Es decir, el niño no se sirve de un objeto ajeno para mamar, sino que se sirve de una parte de su propio cuerpo.

En las próximas fases del desarrollo psicosexual del niño, va a suceder algo similar. La pulsión autoerótica se apunala en dos funciones claves para la conservación de la vida como lo son la expulsión de las heces y la micción, para luego independizarse de ellas y virar hacia la obtención de satisfacción a expensas de ciertas partes, zonas y mucosas del propio cuerpo del niño.

En la fase anal, la pulsión se apunala a la función excretora la cual estimula la zona del recto y la satisfacción será proporcionada por el interjuego entre la retención y expulsión de las heces. En cambio, en la fase genital, la pulsión se apunala a la función vinculada a la micción la cual produce la estimulación necesaria para la activación del glande y el clítoris, proporcionando así el placer. (Freud, 1976)

La activación de estas zonas representa el comienzo de la posterior vida sexual normal, sin embargo, previo al estallido de la sexualidad en la pubertad asistimos a un periodo

de latencia en donde el avance del desarrollo sexual queda suspendido. Durante este periodo de latencia total o meramente parcial “se edificarían los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostan su curso a la manera de unos diques (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral)”. (Freud, 1976, p.161)

Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan a la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva. El punto de llegada del desarrollo lo constituye la vida sexual del adulto llamada normal. En ella la consecución del placer se ha puesto en servicio de la función de reproducción, y las pulsiones parciales bajo el primado de una única zona erógena. De esta forma, se constituye una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno.

Lo dicho anteriormente nos permite arribar a una de las definiciones más difundidas de la pulsión, desarrollada por Freud (1976) en el mismo escrito, es decir, en Tres Ensayos de Teoría Sexual:

Es la agencia representante *{Repräsentanz}* psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir; ello a diferencia del «estímulo», que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, pulsión es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal. La hipótesis más simple y obvia acerca de la naturaleza de las pulsiones sería ésta: en sí no poseen cualidad alguna, sino que han de considerarse sólo como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica. Lo que distingue a las pulsiones unas de otras y las dota de propiedades específicas es su relación con sus fuentes somáticas y con sus metas. La fuente de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano, y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo de órgano. (p.153)

Con lo dicho, afirma que la pulsión sexual no se corresponde a ningún objeto adecuado a fin de la satisfacción total, por lo cual dicho objeto es contingente. De esta forma, es posible aseverar que “no hay objeto adecuado ni sexualidad adecuada a fines” (Zubkow, 2017, p.109).

Diez años después, en 1915, Freud publica Pulsiones y destinos de la Pulsión, en donde se refiere a la pulsión como un concepto oscuro, pero del cual no podemos prescindir en psicoanálisis.

Describe cuatro elementos de la pulsión: esfuerzo, meta, objeto y fuente. Por esfuerzo (*Drang*), se remite a la exigencia de trabajo constante que la pulsión implica para lo psíquico, a diferencia del estímulo que opera de un solo golpe. Respecto a la meta (*Ziel*) afirma que siempre es la satisfacción, y si bien esta meta última es invariante, los caminos que llevan a ella son de lo más diverso. El objeto de la pulsión (*Objekt*), es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta, es lo más variable de la pulsión, no hay objeto predeterminado y puede ser tanto un objeto ajeno como una parte del propio cuerpo. Por último, la fuente (*Quelle*), es aquel proceso somático interior a un órgano o parte del cuerpo cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión.

Servirse de dicho escrito permite profundizar acerca de la ausencia de un objeto predeterminado para la satisfacción de la pulsión. Afirmar la contingencia del objeto, produce efectos a la hora de concebir la sexualidad del sujeto, alejándose de lo biológico y aproximándose a lo discursivo.

La sexualidad humana no puede separarse de lo discursivo. No se trata de la discursividad de lo que se dice, se ha dicho o podría haber sido dicho respecto de la sexualidad, sino de la discursividad que se funda por intermedio de la pulsión. Producida siempre entre el significante y el instinto, o entre lo psíquico y el soma. (Zubkow, 2017)

Desde otra perspectiva, pero afirmando al igual el desencuentro de la sexualidad con lo biológico, podemos afirmar también, que la sexualidad humana no puede separarse del poder. Lo que implica adentrarse en la historia de la sexualidad tal como lo propone Foucault.

Sexualidad: “La historia de la sexualidad”

En 1976, Foucault publica el primer volumen de sus cuatro escritos producto de sus investigaciones acerca de la historia de la sexualidad. Allí, explora las relaciones entre el poder y saber entorno al sexo.

Nos invita a “deshacernos de una representación jurídica y negativa del poder” (Foucault, 2002, p.87). En lugar de ver el poder únicamente como algo represivo y negativo, lo describe como algo productivo y positivo.

Es decir, el poder crea discursos y saberes que atraviesan y configuran los cuerpos en función a un proyecto político determinado. Las políticas públicas en tanto conjunto de acciones y decisiones que se toman acerca de una problemática en un ámbito de autoridad y legitimidad, son necesarias para que un proyecto político sea exitoso y así lograr materializar sus objetivos e intereses. (Ballerini, 2020)

Continuando con la mencionada productividad y positividad del poder, Foucault (2007) afirma que “el poder le prescribe al sexo un orden” (p.81). Sin embargo, en este punto cabe interrogar: ¿por qué el poder se interesa por el sexo? En este sentido, afirma que, a partir del siglo XVIII, una de las grandes novedades en las técnicas de poder fue la aparición de la población como problema económico y político.

En el corazón de este problema económico y político de la población se encuentra el sexo y la preocupación por analizar la tasa de natalidad y mortalidad, la edad en que las personas contraen matrimonio, los nacimientos anuales, entre otros.

Es el comienzo de una forma de poder que se centra en la gestión de la vida y las poblaciones, denominada biopoder. A diferencia del poder soberano tradicional, que se ejercía sobre el hombre en tanto ser viviente de forma individualizada principalmente a través de la amenaza de muerte (“hacer morir, dejar vivir”); la biopolítica se enfoca en la promoción y regulación de la vida (“hacer vivir, dejar morir”) e interviene sobre los cuerpos de manera indirecta, es decir, opera sobre el medio, tiene por objeto a la población en tanto especie viviente en su masividad. (Foucault, 2007)

De allí que entre los siglos XVII Y XVIII, de la mano de la anatomopolítica, se desarrollen toda una serie de instituciones disciplinarias que toman a su cargo la vida de los sujetos, individualizándolos, fijando rutinas en su memoria corporal como la escuela, la fábrica, la prisión, entre otras. A la par, y esta vez de la mano de la biopolítica, surgen también toda una serie de regulaciones sobre el medio en que habita la población en tanto objeto del biopoder. Estas dos fuerzas, la biopolítica y la anatomopolítica, se conjugan para ejercer un control total sobre los cuerpos y poblaciones. (Saidel, 2013)

Conforme al espíritu del capitalismo, el biopoder busca acrecentar fuerzas y riquezas. Ya no es la posesión de un gran territorio lo que signa el poder del soberano, sino el crecimiento de la población y su producción. En este marco, si el primero funciona prohibiendo, la nueva mecánica del poder lo hace incitando las fuerzas que busca desplegar. Según Saidel (2013), es el paso del Estado territorial al de la población y las problemáticas que ella conlleva, entre ellas, la sexualidad.

El dispositivo de sexualidad es una manifestación concreta de la biopolítica. Foucault (2002), define al dispositivo como una red heterogénea de discursos, instituciones, leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales. En el caso de la sexualidad, el dispositivo se compone de todos los mecanismos que han sido desarrollados para hablar, pensar y regular la sexualidad.

De esta forma, se corrobora que la sexualidad excede a lo biológico y poco tiene que ver con la concepción popular de estar emparentada con lo más íntimo de una persona. La sexualidad es un dispositivo en donde se conjugan distintas variables y, es considerada también, en el seno de un proyecto político para producir cuerpos y subjetividades afines a sus objetivos e intereses.

Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología del poder centrada en la vida y en el sexo. De esta forma, discursos de saber-poder como el jurídico, la medicina, la psicología y la pedagogía establecieron un límite entre lo normal y lo patológico

respecto a las conductas sexuales esperadas de la población con la finalidad de ejercer un proceso de regulación global sobre la vida.

Foucault (2002) afirma que, por primera vez en la historia, “la vida y sus mecanismos se reflejan en la política” (p.135). Otra consecuencia del desarrollo del biopoder es “la creciente importancia adquirida por el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley” (p.136). No quiere decir que la ley se desdibuje ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer, sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos.

Es decir, mediante la ley se regula la sexualidad de la población, pero se regula en términos de normalidad. Estableciendo un ideal en donde todo lo que no se adecue al mismo es considerado como anormal/patológico, categorías sustentadas durante años por el Modelo Médico Hegemónico, y hoy puestas en cuestión.

En la actualidad se ponderan movimientos que incitan a la creación de marcos legales respecto a la diversidad sexual, discapacidad y demás cuestiones ya que los derechos que se encuentran por fuera de la ley suelen ser vulnerados. No obstante, la existencia de una ley no es garantía alguna, no asegura que dichos derechos no se sigan vulnerando tal como sucede en el caso de las personas con discapacidad.

Además, es importante remarcar que la inexistencia de leyes o la falta de iniciativa es también una política pública. Ballerini (2020), al definir a las políticas públicas en tanto decisiones y acciones dentro de un marco de legitimidad, realiza la aclaración que tanto la inacción como la indecisión es una política pública. De esta forma, las decisiones no tomadas, la parálisis frente la acción y el silencio son recursos utilizados en el seno de una política pública para abogar por intereses determinados.

Tomando lo dicho por Foucault, en su escrito Historia de la Sexualidad (2007) respecto de la productividad del poder, podemos aseverar que, las políticas públicas construyen la sexualidad de las personas con discapacidad. De esta forma, ejercen influencia en su salud mental debido a que condicionan el modo en que habitan su sexualidad, su cuerpo y en sus proyectos de vida.

Representaciones sociales sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

La sexualidad es constitutiva de todos los sujetos y está presente en todas las etapas de la vida, aún desde épocas muy tempranas, tal como se ha visto en una de las secciones anteriores con los desarrollos teóricos de Freud. Con los aportes de Foucault, queda en evidencia que la sexualidad en tanto dispositivo de poder es también una cuestión gubernamental.

En este sentido, los movimientos internacionales la posicionan como una cuestión de derechos humanos. Afín a un pensamiento complejo, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad se define como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2000)

Esta concepción compleja de la sexualidad vale para todas las personas, con o sin discapacidad. Las políticas públicas actuales respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad abogan por su autonomía y la toma de decisiones basadas en información. Justifican el derecho a vivir su sexualidad de forma digna y placentera. También, a decidir

sobre su propio cuerpo y sobre su sexualidad, y en este sentido, cuándo, cómo y con quién mantener relaciones sexuales, incluso a formar una familia y a casarse. (Monjaime, 2015)

Si bien esta serie de dimensiones implicadas en los derechos sexuales y reproductivos intentan construir una sexualidad digna en las personas con discapacidad y así influir de forma positiva en su salud mental, ya que la sexualidad es indisociable a la misma; es posible observar cómo en la práctica ciertas representaciones sociales afines a un modelo normativo y Médico Hegemónico obstaculizan dicha finalidad.

El concepto de representación social es trabajado por Denise Jodelet desde la psicología social y la antropología. El texto de Denise Jodelet «La representación social. Fenómenos, concepto y teoría», está publicado en el libro editado por Serge Moscovici: *Psicología social II Psicología social y problemas sociales* de 1986. Para la autora, representar es sustituir a, estar en lugar de. En este sentido, la representación es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, imagen, etc. Por esta razón, la representación está emparentada con el signo y con el símbolo (Jodelet, 1986)

Serge Moscovici (1979), brinda una definición complementaria del concepto en cuestión. Por representación social, entiende una forma de conocimiento compartido por un grupo social que constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social tanto material como ideal. Las representaciones sociales incluyen nociones como estereotipos, mitos y prejuicios, que son formas de conocimiento compartido y simplificado sobre grupos sociales.

Los estereotipos, mitos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad generan conductas discriminatorias concretas que acarrearán consecuencias desfavorables para sus vidas.

La representación social la cual tiene que ver con la conformación de una imagen asexual, infantil y dependiente de las personas con discapacidad es uno de los principales factores que inciden en la vulneración de sus derechos, en particular de los sexuales y reproductivos. Estas representaciones generan prácticas sociales discriminatorias, voluntarias o no, que afectan directamente a las personas.

El punto nodal a destacar es que las representaciones sociales discriminatorias exceden el mundo de las ideas, no constituyen solamente un marco para observar e interpretar la realidad, sino que también se traducen en acciones concretas discriminatorias respecto a las personas con discapacidad.

Ante la creencia de que una persona con discapacidad carece de sexualidad, no se le propondrá una cita, no se le entregarán preservativos como parte de una campaña de prevención, ni se le enseñará educación sexual, así como tampoco se pensará en hacer accesible un hotel alojamiento, entre otras cuestiones que hacen a la inclusión respecto de esta temática. (Monjaime, 2015)

Estos ejemplos y muchos más, verifican la concepción contemporánea acerca de la discapacidad como una interacción entre la persona y el medio en la cual se encuentra inserta. El entorno tanto físico como social, genera impactos significativos en la salud de las personas con discapacidad. Ya sea actuando como promotores de la misma o, al contrario, funcionando como barreras u obstáculos.

Centrando el análisis en el aspecto concerniente a la sexualidad, no es indiferente un entorno social que conciba, desde el mito y el prejuicio, a la persona con discapacidad como asexual, a un entorno que aloje la sexualidad del sujeto. Si se piensa a la persona con discapacidad como un ser sexuado, invadido por la pulsión, es más probable que surjan interrogantes en el seno de su entorno significativo acerca de la manera en que la persona pueda gozar de una sexualidad plena y facilitarle las herramientas para su ejercicio.

Para el ejercicio de una sexualidad plena, es central que la persona con discapacidad pueda tomar decisiones basadas en información segura. De esta forma, se evita la exposición a situaciones de riesgo como, por ejemplo, la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual debido a la falta de información acerca de los métodos de cuidado, la falta de libertad en la elección de la pareja sexual debido a pensamientos heteropatriarcales, entre otros.

La sexualidad en tanto aspecto constitutivo del sujeto demanda un análisis complejo. Continuando con el ejemplo anterior, una enfermedad de transmisión sexual no solo afecta a las defensas del cuerpo, sino que también genera un impacto significativo en la salud mental de la misma. En este sentido, las dimensiones físicas y psíquicas, no representan dos compartimentos separados. Lejos de un pensamiento dicotómico y dualista, más afín a un pensamiento complejo, cabe retomar lo dicho por Alicia Stolkiner (2012) acerca de que el éxito de la salud mental reside en su desaparición para incorporarse en las prácticas de salud-enfermedad-cuidados en donde las dimensiones sociales y subjetivas hayan sido restituidas.

Por ello, además de un marco legal e institucional inclusivo y de reconocimiento de derechos, la deconstrucción de estereotipos es necesaria para que las personas con discapacidad puedan vivir de manera digna su sexualidad, simplificando su ejercicio y evitando que sea necesario realizar un esfuerzo extra para vivirla en plenitud.

CONSIDERACIONES FINALES

Sexualidad y discapacidad son dos ejes temáticos abarcados por posiciones tanto teóricas como políticas muy dispares. Dependiendo la óptica desde la cual se sitúe para realizar sus respectivos análisis, se llegará a conclusiones diversas. Ambas temáticas, comenzaron siendo objeto de un gran silenciamiento y con el devenir de los años adquirieron una mayor apertura en distintos discursos que oscilan, por un lado, entre posiciones más ortodoxas y biologicistas y, por otro lado, en posiciones más cercanas a un pensamiento complejo y a un enfoque de derechos.

A lo largo del escrito se fundamenta la relevancia de abordar la sexualidad de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos y un paradigma afín a un pensamiento complejo. Desde esta perspectiva, frente a las numerosas representaciones sociales simplificadas que circulan respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad, es necesario afirmar de forma contundente que las personas con discapacidad son seres sexuados.

Como se ha visto con los aportes teórico de Freud, la sexualidad que se funda por intermedio de la pulsión, abarca mucho más que el sexo y lo biológico. Es constitutiva del aparato psíquico, está intrínsecamente ligada a la asunción del género en lo discursivo, a los proyectos de vida de una persona como así también a la forma en la que habitan su cuerpo.

La sexualidad impregna todos los aspectos de la vida de las personas y los trasciende debido a que demanda la intervención de políticas públicas para su ejercicio pleno. Esto implica que no es posible concebirla estrictamente dentro del orden de lo individual. Servirse de los desarrollos de Foucault ha permitido vislumbrar que la sexualidad en tanto dispositivo de poder es también una cuestión gubernamental, conllevando así la existencia de marcos legales y políticas públicas para su respectiva regulación.

En consonancia con la premisa del presente ensayo, estos marcos y políticas construyen la sexualidad de las personas con discapacidad mediante el ejercicio de una normalización sobre los cuerpos. Es decir, mediante la ley se regula la sexualidad de la población, pero se regula en términos de normalidad. Estableciendo un ideal en donde todo lo que no se adecue al mismo es considerado como anormal/patológico, categorías sustentadas durante años por el Modelo Médico Hegemónico, y hoy puestas en cuestión por el Modelo Social de la discapacidad.

Si bien la existencia de leyes, políticas públicas junto con los marcos teóricos y legales actuales, constituyen una gran conquista en materia de derechos, es relevante destacar que, la existencia de los mismos no asegura su protección integral.

La concepción invalidante sustentada por el Modelo Médico Hegemónico favoreció a la proliferación de estereotipos, mitos y prejuicios en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad. Los mismos, se instauraron profundamente en el imaginario social repercutiendo de manera tajante en su sexualidad, difundiendo una falsa concepción acerca de su presunta asexualidad.

Estas representaciones sociales erradas y simplificadas acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad, en la práctica, se traducen a situaciones concretas de vulneración de derechos y a efectos desfavorables en la salud mental de las mismas. Impidiendo así el goce de una sexualidad plena y demandando un esfuerzo extra para vivenciarla en su totalidad.

Por ende, se verifica a la discapacidad como una interacción entre la persona y su medio, es decir, cuando dicho medio se encuentra plagado de estereotipos y prejuicios, actúa como obstáculo para el ejercicio de la sexualidad.

Por el contrario, cuando el medio aloja la sexualidad de la persona con discapacidad actúa en pro de su salud mental, la cual está intrínsecamente ligada a la sexualidad, al ser constitutiva del sujeto.

En la actualidad, asistimos a un proceso que paulatinamente procura deconstruir preconceptos y ponderar los derechos de las personas con discapacidad a través de la creación de nuevos modelos teóricos, como lo es el Modelo Social de la discapacidad. Si bien

aún resta un largo camino por recorrer y conquistar, desde este modelo, el ejercicio de una sexualidad plena es condición necesaria para la producción de salud.

La salud, lejos de ser un acabado biológico, es un proceso complejo que incluye lo psíquico, social, subjetivo y gubernamental. Todos estos eslabones, constituyen una articulación necesaria para habilitar formas de hacer y pensar respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad que permitan su inclusión en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional de Discapacidad (2022). Nueva Ley de Discapacidad. Argentina.
- Ballerini, A (2020). ¿Es la Salud un Derecho? Políticas Públicas en tiempos de neoliberalismo. *Revista De Psicología*, 19(1). Rosario
- J, Canela (2021). Aportes a la Medicina Social y Salud comunitaria Latinoamericana a un nuevo sistema de Salud. MT. Bs As.
- Cattaneo (2017). Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (2001). Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España:
<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Treaty Series, 2515, 3.
- Cuevas, P (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* versión On line ISSN 0717-9227
- Freud, S (1976). Tres Ensayos de Teoría sexual. Amorrortu. Bs As.
- Freud, S (1976). Pulsiones y destinos de Pulsión. Amorrortu. Bs As.
- Foucault, M (2007). Historia de la sexualidad, I: La voluntad de saber. Siglo XXI.
- Instituto Colima (2018). Protocolo para la inclusión de personas con discapacidad. Recuperado de: <https://ieecolima.org.mx/PRESENTACIONESEMANA%20DE%20CAPACITACION/PROTOCOLO%20PARA%20LA%20INCLUSION%20DE%20LAS%20PERSONAS%20CON%20DISCAPACIDAD%20.pdf>
- Liborio, M (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. *Rev. Méd. Rosario* 79: 136-141
- Ley N°22.431 (1981) "Sistema de protección integral de los discapacitados". Buenos Aires.
- Monjaime, M (2015). Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).
- Moscovici, S (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Editorial Huemul. Argentina
- Moscovici, S. (1986) - Psicología Social, II Pensamiento y Vida Social. *Psicología Social y Problemas Sociales*. Paidós. Barcelona
- Organización Mundial de la Salud (2000). Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Stolkiner, A y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Polemos*. Bs As.