Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

"Imaginarios de profesionales de la salud sobre la sexualidad en personas con discapacidad motora, de la ciudad de Mar del Plata y Necochea"

"Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 553/2009".

Apellido y nombre de las alumnas:

Mónaco, Lucia. **D.N.I. 34.779.004** **Matrícula n° 9232/10**

Osinalde, María Belén. **D.N.I. 34.623.973** **Matrícula n° 9245/10**

Cátedra o seminario de radicación: Proyecto de investigación "Normalidad, normatividad y Salud Mental"

Supervisora: Dra. Barrio, Catalina Nora

Co-supervisora: Lic. Morgavi, Valeria

Fecha de presentación:

Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

“Imaginarios de profesionales de la salud sobre la sexualidad en personas con discapacidad motora, de la ciudad de Mar del Plata y Necochea.”

Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 553/2009.

Apellido y Nombre de las alumnas:

Mónaco, Lucia D.N.I. 34779004 Mat. 9232/10.

Osinalde, María Belén D.N.I. 34623973 Mat. 9245/10.

Cátedra o seminario de radicación: Proyecto de investigación “Normalidad, normatividad y Salud Mental”

Supervisora: Dra. Barrio, Catalina Nora

Co-supervisora: Lic. Morgavi, Valeria

Fecha de presentación: 10/04/2023

Imaginarios de profesionales de la salud sobre la sexualidad en personas con discapacidad motora, de la ciudad de Mar del Plata y Necochea.

Resumen

En el presente trabajo nos proponemos dilucidar los imaginarios de los profesionales de la salud de las ciudades de Mar del Plata y Necochea, respecto a la relación existente entre discapacidad motora y sexualidad. Para esto realizaremos un estudio exploratorio de tipo heurístico-hermenéutico aplicando entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud.

Para definir discapacidad motora tomaremos los criterios que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), donde se propone que la discapacidad estaría causada por la interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales.

Entendiendo la sexualidad desde una perspectiva psicoanalítica y retomando los desarrollos de Foucault, consideramos necesario realizar una investigación sobre los imaginarios de los profesionales ya que, tras estos subyacen discursos de saber y ejercicios de poder que forman y moldean las subjetividades a través del desarrollo de sus prácticas.

Palabras claves: imaginarios, profesionales, salud, discapacidad motora, sexualidad.

Motivos y antecedentes

Teniendo en cuenta las nuevas concepciones y desarrollos acerca de la discapacidad (CIF, 2001; Ley 26.378, 2008; Toro et. al., 2020), así como el debate que se está generando en torno al establecimiento de la nueva Ley de Discapacidad, consideramos que resulta fundamental realizar un rastreo de las concepciones e imaginarios respecto a la relación entre sexualidad y discapacidad motora que tienen los profesionales de la salud. Estas nuevas concepciones y desarrollos posibilitan y son posibilitadas por un cambio en el paradigma acerca de la salud, por lo cual presenciamos un momento de transición.

Tomaremos la noción de imaginarios profesionales que describe Tajer, D. (2020) en su libro "Niñez, adolescencia y género":

El concepto de "imaginarios profesionales" refiere a los universos de sentido de un grupo profesional en particular. Alude a las naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias, certezas teóricas y/o técnicas que configuran los valores, sensibilidades, criterios éticos y estéticos, pautas conductuales y actitudinales de su hacer y pensar cotidiano del oficio en un determinado momento histórico-cultural. Lxs profesionales involucradxs suelen no tener registro conciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales; en general, creen que están operando solo desde sus conocimientos científicos. (p.11)

En torno a la noción de discapacidad, actualmente no existe una definición normativa de aquello que se considera discapacidad, ya que se encuentra en proceso la creación y sanción de una Nueva Ley de Discapacidad, superadora de la sancionada en 1981, la cual entendía a la persona con discapacidad como un sujeto de cuidado y no como un sujeto de derechos, ya que surgió desde un paradigma médico, asistencialista y proteccionista. Esta Ley n° 22.431, en su artículo 2° afirma que:

A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Mientras la Nueva Ley de Discapacidad continúa en debate para su sanción, se encuentra en vigencia la Ley n° 26.378, la cual sanciona la adhesión de la Argentina a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la cual establece que:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La Nueva Ley, se posicionará desde un paradigma social, que entiende a la persona en el reconocimiento de sus derechos humanos, civiles, políticos y de libertades fundamentales, al mismo tiempo que considera al entorno, tanto físico como social, en su potencial discapacitante.

El término “discapacidad” es un fenómeno multidimensional, que hace referencia al resultado de la interacción de la persona con su entorno físico y social. La interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales, es la que produce la discapacidad.

Al momento del tratamiento con personas con discapacidad es fundamental incluir, más allá de la concepción médica y social, la experiencia individual, subjetiva. Desde una perspectiva psicológica entendemos que es esencial que todos los profesionales de la salud, independientemente de su formación y/o ámbito, deben tener conocimiento y considerar en su tratamiento los atravesamientos subjetivos para poder realizar un abordaje integral del sujeto. En este sentido el modelo enactivo-ecológico propone la recuperación y revalorización de la experiencia de la primera persona, fundamental para poder pensar un abordaje que implique las necesidades y demandas propias de ese sujeto en tratamiento. Debe tenerse en cuenta la relación de ese sujeto particular con su medio. Es el sujeto mismo quien evalúa sus posibilidades y ejerce habilidades adaptativas respecto de sí y del medio, explora una nueva normatividad a través del dinamismo con su entorno. De lo que se trata es de una experiencia de sí mismo, de “no poder respecto a…”, y no de una deficiencia ligada a la anormalidad.

Para definir discapacidad motora tomaremos los criterios que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto tanto individual como social, donde la discapacidad estaría causada por la interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales. De acuerdo con la CIF, la discapacidad motora quedaría circunscrita en el ámbito de la deficiencia, como una alteración de las funciones o estructuras corporales, ya sean los órganos o los miembros de cada persona. En el ámbito de la limitación en la actividad, como una dificultad a la hora de realizar actividades. Y, por último, en el ámbito de restricción en la participación, como limitaciones debido a las dificultades que presenta una persona con discapacidad motora para desenvolverse en situaciones vitales.

Entonces, al referirnos a personas con discapacidad motora, pensamos en una persona que padece una falta de capacidad como consecuencia de una deficiencia física, debido a una alteración en el aparato motor; que presenta limitaciones a la hora de realizar actividades, debido al déficit de movilidad o comunicación; y que posee restricciones en la participación para desenvolverse en situaciones vitales.

En cuanto a la sexualidad nos posicionamos desde una perspectiva psicoanalítica, freudiana, que va más allá de la sexualidad como mecanismo de reproducción biológico y del vínculo erótico, tomando los aspectos psíquicos, como son la fantasía y el deseo, y atributos sociales y culturales –vínculos intersubjetivos– del orden de la cultura.

En palabras de Salazar (2017):

La noción psicoanalítica de la sexualidad humana es más abarcadora que la de la sexología. Aquella comprende las características que son investigadas por esta, pero va más allá al incluir las propiedades psíquicas de la vida sexual que la sexología omite considerar por sus propias premisas epistemológicas.

De esta consideración freudiana de la sexualidad como entrecruzamiento entre la biología, el psiquismo y la cultura, es que entendemos que la sexualidad humana es psicosexualidad, es decir que la sexualidad es impensable por fuera de las representaciones sociales y culturales que históricamente han acompañado su estudio, investigación y ejercicio.

Posicionándonos desde esta perspectiva de la sexualidad como ejercicio e influida por factores culturales, sociales y políticos, entendemos que aun en los casos en los que exista una deficiencia orgánica o motora que altere las formas normativizadas de ejercerla, esta sigue presente en el individuo buscando su satisfacción y debe ser tenida en cuenta en los tratamientos que se brinden al sujeto.

Dentro de los tratamientos médicos en general y en personas con discapacidad en particular, podemos ver cómo son aplicados y ejercidos los discursos de saber que instituyen formas y normas de entender y de tratar los cuerpos. Estos discursos de verdad legitiman formas de ejercer la sexualidad, por lo que quienes presenten alteraciones o disfunciones quedarían por fuera de su ejercicio.

Consideramos fundamental analizar los enunciados que subyacen en las prácticas de los profesionales que están a cargo de los tratamientos de las personas con discapacidad. En particular lo referente al ejercicio de su sexualidad y el abordaje que realizan los profesionales de la salud, legitimando dichos enunciados. Estos se ponen en juego a través de lo que Foucault (1974-1975) denomina como microfísica del poder. Poder que es ejercido de manera inconsciente por los profesionales en sus prácticas, atravesadas por su formación, así como por los discursos institucionales y políticos.

En esta investigación pretendemos visibilizar cuáles son los discursos de saber y verdad que sostienen y reafirman los imaginarios y las prácticas de los profesionales que trabajan con personas con discapacidad, en relación al abordaje de su sexualidad, entendida esta como una práctica que va más allá del ejercicio de la genitalidad. Para esto realizaremos una investigación de tipo exploratoria y de carácter cualitativa, a través de entrevistas a profesionales de la salud que trabajen con personas con discapacidad motora.

Objetivos generales

- Indagar los imaginarios que tienen los profesionales de la salud acerca de la sexualidad en la discapacidad.

- Establecer si, dependiendo de su formación, los profesionales de la salud tienen diferentes concepciones y formas de abordaje terapéutico acerca de la sexualidad.

Objetivos específicos

- Indagar la formación o conocimiento que los profesionales de la salud tienen acerca de la sexualidad.

- Rastrear el sentido de la sexualidad que se le atribuye a un sujeto en relación a su discapacidad.

- Establecer las concepciones sobre sexualidad que tienen los profesionales dependiendo de su formación.

- Investigar si los profesionales de la salud tienen conocimiento sobre la sexualidad y su relación con la discapacidad.

- Examinar si en la práctica profesional de la salud hay un abordaje interdisciplinario de la sexualidad.

- Establecer si al momento de abordar la sexualidad, surge por demanda espontánea del consultante o por protocolo de tratamiento.

	MESES							
Actividades	**1°**	**2°**	**3°**	**4°**	**5°**	**6°**	**7°**	**8°**
Diseño del proyecto	**X**	**X**						
Presentación del proyecto		**X**						
Búsqueda, revisión y análisis de bibliografía	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**			
Desarrollo del marco teórico y diseño del instrumento de evaluación			**X**	**X**	**X**			
Administración de encuestas					**X**	**X**		
Análisis de los datos obtenidos						**X**	**X**	
Elaboración de informe final y conclusiones							**X**	**X**

Referencias bibliográficas

- Foucault, M. (1974-1975). Los anormales. Buenos Aires. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Ley 22.431 Sistema de protección integral de los discapacitados https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/actualizacion
- Ley 26.378 https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto
- Organización Mundial de la Salud (2001). CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Salazar, J. (2017). "El desarrollo de la teoría sexual en el psicoanálisis freudiano y postfreudiano". En Wiener, A. M., Salazar J., Puig M. et al. La sexualidad. Ciudad de México: Centro Eleia.
- Tajer, Debora (2020): Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de orientación y salud. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- Toro, Juan; Kiverstein, Julian; Rietveld, Erik (2020). The ecological-enactive model of disability: Why disability does not entail pathological embodiment. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01162/full

Bibliografía:

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
- Decreto 95/2018 Ley de ministerios https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-95-2018-306532/actualizacion
- Foucault, M. (1973-1974). El poder psiquiátrico. Buenos Aires. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976) Historia de la sexualidad, volumen I. Buenos Aires. Ed. Siglo veintiuno editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En Obras completas, tomos IV y V. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

- Freud, S. (1908) “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”. En Obras completas, tomo IX. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

- Freud, S. (1915). “Pulsiones y destinos de pulsión”. En Obras completas, tomo XIV, Buenos Aires. Ed. Amorrortu

- Freud, S. (1920). “Tres ensayos de teoría sexual”. En Obras Completas, tomo VII. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

- Ley N. 24.314 Sistema de protección integral de los discapacitados https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24314-713/texto

- Martin Sanchez, Sandra (2016). Investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en familiares de personas con discapacidad motora. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20834/TFM-G596.pdf?sequence=1

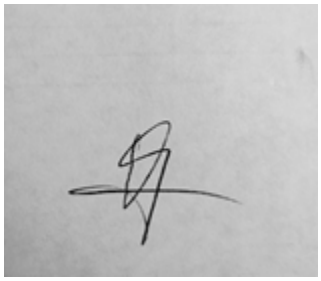
- Resolución 1661/2022 https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/271873/20220916

Firma de la Supervisora:



Barrio, Catalina Nora

Firma de la Co-supervisora:



Morgavi, Valeria

Firma de las estudiantes:



Osinalde, María Belén



Mónaco, Lucia

Fecha: 10/04/2023

Criterios para la corrección y evaluación del Plan de Trabajo de Investigación (TIF)

Valore los siguientes aspectos para definir su aprobación o necesidad de revisión del Plan de Trabajo.

Estudiante/s:

Docente Evaluador/a:

Aspectos a evaluar	Comentarios del evaluador, cambios sugeridos, etc.
1. Fundamentos teóricos, justificación ¿Está adecuadamente fundamentado el tema de estudio?, ¿Se definen de forma clara y comprensible los constructos y variables que se proponen?, ¿Incluye una revisión suficiente de los antecedentes en el tema?	Faltan incorporar estudios específicos sobre el tema a estudiar.
2. Bibliografía ¿Está actualizada y es pertinente para la temática elegida, es decir refleja el estado del arte en el tema?	Mismo comentario que en el ítem anterior
3. Objetivos ¿Se exponen claramente los objetivos?, ¿Se corresponden los objetivos con la metodología propuestos?, etc.	Faltan clarificar el objetivo general y los específicos.
4. Metodología Se valorará que sea coherente con los objetivos, las hipótesis si correspondiese. También que los procedimientos se justifiquen en función de los resultados esperados para el tipo de estudio.	Falta la metodología. Seguir los apartados de los anteproyectos de tesis.

- Si se trata de un trabajo teórico, evalúe la consistencia general de la propuesta, el desarrollo fundamentado, la calidad de las fuentes, etc.	
- Si es una propuesta empírica, evalúe los apartados: *-Participantes* ¿Se describe el procedimiento y las características de la muestra?. ¿Es adecuada la muestra para el estudio propuesto? *Variable, instrumentos o técnicas.* ¿Se definen y describen adecuadamente las categorías y/o variables del estudio y los instrumentos y técnicas de recolección de datos? *Diseño, procedimiento y análisis de datos* ¿Se describe el diseño y el/los procedimiento/s necesarios para la realización del estudio? ¿Son los análisis apropiados para los objetivos, diseño y los datos?, etc.	Falta todo esto
6. Aspectos éticos ¿Se respetan y cumplen las recomendaciones y normas éticas para la investigación científica, y para el trabajo intelectual respectivamente? (ej. plagio, utilización de fuentes no declaradas, conflicto de intereses), ¿Se describen procedimientos de consentimiento informado?, etc.	Falta explicitarlo
7. Redacción y Estilo ¿Se adecua la redacción a un estilo académico?, ¿Es la redacción clara y coherente?, ¿Se respetan las normas APA en la elaboración de citas, referencias bibliográficas, tablas, figuras, etc.?	Adecuar al estilo APA

9. Síntesis y comentarios adicionales Incluya aquí su valoración global del Plan y cualquier otro comentario que considere puede complementar la evaluación.	

Apreciación: Aprobado

Modificar

Rechazar

Fecha: 14-06-23



ÍNDICE GENERAL

1-INTRODUCCIÓN 2
2- ESTADO DEL ARTE 3
3- MARCO TEÓRICO 5
3.1- Sexualidad 5
3.2- Imaginarios de los profesionales de la salud 11
3.3 Discapacidad motora 15
4- METODOLOGÍA 17
4.1 - Objetivos 17
4.2- Participantes 18
4.3 Categorías, instrumentos y técnicas 18
4.4 Diseño, procedimiento y análisis de datos 19
5- ANÁLISIS DE DATOS 20
5.1. Categorías de análisis 20
5. 1.1 Formación 20
5.1.2 Concepciones profesionales sobre la sexualidad y la sexualidad en discapacidad motora 21
5.1.3 Tensiones entre formación y práctica 22
5.1.4 Modos de intervención e interdisciplina 23
5.1.5 Obstáculos en la práctica 24
5.1.6 Modalidades de escucha de la demanda. 25
6- DISCUSIÓN 26
6.1 Imaginarios profesionales sobre la sexualidad en la discapacidad motora y su incidencia en el abordaje terapéutico 26
6.2 Herramientas conceptuales y enfoques teóricos en el abordaje de la sexualidad 27
6.3 Interdisciplina: entre el discurso y la práctica profesional 28
6.4 Demanda, protocolo y escucha clínica 28
6.5 Síntesis integradora 28
7- CONCLUSIONES 29
8- AUTOEVALUACIÓN 31
Referencias Bibliográficas: 33
Bibliografía: 36

“Imaginarios de profesionales de la salud sobre la sexualidad en personas con discapacidad motora, de la ciudad de Mar del Plata y Necochea”

Apellido y Nombre de las alumnas:

Mónaco, Lucia D.N.I. 34.779.004 Mat. 9232/10.

Osinalde, María Belén D.N.I. 34.623.973 Mat. 9245/10.

Supervisora: Dra. Barrio, Catalina Nora

Co-supervisora: Lic. Morgavi, Valeria

1-INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone explorar los imaginarios de los profesionales de la salud que trabajan con personas con discapacidad motora en relación a la sexualidad de estas. Se considerarán parte de la muestra a profesionales de la ciudad de Necochea y Mar del Plata. Hablar de imaginarios profesionales hace referencia al universo de sentido, a las naturalizaciones de un colectivo profesional particular, los cuales operan sin haber un registro consciente (Tajer, 2018). Para pensar la noción de sexualidad, se tomará como marco teórico de referencia a la perspectiva psicoanalítica, más específicamente los desarrollos freudianos sobre la sexualidad.

En cuanto a la noción de discapacidad se utilizarán las definiciones brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) donde se propone que la discapacidad estaría causada por la interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales. La normativa vigente en Argentina que se pronuncia sobre la discapacidad motriz tiene su fundamentación en dichas definiciones.

Luego, se desarrollarán los planteamientos foucaultianos sobre los discursos de saber y de poder (Foucault, 1977) para pensar qué implicancia tiene la noción de sexualidad del profesional en su práctica y cómo esto impacta en el tratamiento de las personas con discapacidad motora. Para la lectura de los resultados se tendrá en cuenta la incidencia de dichos discursos de saber y poder (Foucault, 1977) que subyacen a cada formación, con especial énfasis en la práctica profesional del psicólogo. También se considerarán las "prácticas de si", los modos de acceso a la verdad y la estructura del acceso al conocimiento (Foucault, 2002). Esto implica que se partirá de interrogantes que permitan comprender una temática poco explorada para sentar las bases de investigaciones futuras.

Se considera de relevancia poder pensar los hallazgos de la presente investigación en articulación con la normativa vigente, específicamente la "Ley de Educación Sexual Integral" (ESI) N° 26.150. Esta ley proporciona una concepción integral sobre la sexualidad, entendiéndola como un más allá de la genitalidad y permite pensar a los sujetos desde una perspectiva de derecho. "Esta concepción integral entiende que es necesario educar en sexualidad en todas las etapas de la vida educativa y por eso incorpora la ESI desde el nivel inicial hasta el superior." (Cahn et al. 2023).

Para llevar a cabo esta investigación se diagramó un estudio exploratorio que, mediante el método heurístico-hermenéutico y a través de entrevistas estructuradas a profesionales de la salud, permitió indagar los imaginarios de los profesionales en relación a la sexualidad en pacientes con discapacidad motora. Ésto habilita, a través de la hermenéutica filosófica, un análisis de los textos elegidos como marco para este estudio, así como también de las experiencias de los profesionales a través de las respuestas que brindaron en las entrevistas estructuradas.

Para desarrollar la presente investigación exploratoria se partió de interrogantes tales como: ¿Qué es la sexualidad para los profesionales de la salud? ¿Qué concepción tienen acerca de la sexualidad en las personas con discapacidad motora? ¿Se tiene en cuenta, a la hora de iniciar un tratamiento, el abordaje sobre la sexualidad?

Para explorar estos interrogantes, se confeccionó un instrumento ad hoc en donde, en un primer momento, se realiza un rastreo para establecer cuáles son los conocimientos que tienen los profesionales de la salud sobre la sexualidad en las personas con discapacidad, y en segundo momento, recabar la información para saber si abordan o no aspectos concernientes a la sexualidad en sus prácticas profesionales.

2- ESTADO DEL ARTE

El inicio de la búsqueda bibliográfica permitió identificar la existencia de investigaciones sobre sexualidad, discapacidad motora e imaginarios de los profesionales. Las investigaciones encontradas abordaban algunas variables, pero ninguna abarcaba a todas ellas.

Una de las investigaciones, tuvo como objetivo conocer las representaciones sociales de los profesionales de una institución que trabaja con personas con discapacidad en relación a la sexualidad de sus concurrentes (Cvitani, L. 2023). El estudio concluye que dichas representaciones se organizan principalmente en torno a la discapacidad, la infantilización y la dependencia, así como también alrededor de la sexualidad concebida como el tabú o negada mediante la puesta en duda de su existencia.

Otro estudio analiza las formas de abordaje de la sexualidad desde la perspectiva de los profesionales de la salud, en un hospital de rehabilitación neuromotora del conurbano bonaerense (Cicchini A., 2021). Aquí, se retoman estadísticas de investigaciones previas (Mercado N., 2013) que indican que el 68% de las personas con discapacidad física experimentan vivencias insatisfactorias en lo que a su sexualidad respecta, las cuales están atravesadas por dimensiones sociales, biológicas y psicológicas. Este estudio llega a la conclusión de que la principal dificultad que presentan los profesionales, es que no toman en cuenta la sexualidad como una ocupación significativa. Es por esto que es escaso o nulo su accionar en esta área. También se hace mención a que aunque son momentos de cambios paradigmáticos en la práctica de los profesionales, subsisten todavía viejos paradigmas biologicistas que acarrean prejuicios sobre la edad, la condición de salud y limitan el abordaje de la sexualidad, no teniendo en cuenta lo que la persona desea o necesita, restringiendo los accionares como profesionales según un juicio de valor (Cicchini A., 2021).

Se encontraron varias investigaciones que estudian la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva. Una de estas investigaciones, perteneciente a una universidad de Colombia, trata sobre imaginarios acerca de la sexualidad de personas con discapacidad cognitiva y psicosocial y su relación

con la violencia sexual (Guerrero N., et al 2021). En este trabajo, los autores concluyeron que existen una serie de imaginarios respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad, los cuales favorecen la infantilización y la limitación de sus libertades y autonomía. Estos imaginarios exponen a las personas con discapacidad a diversas formas de violencia sexual, lo cual, al mismo tiempo, impide la garantia de sus derechos sexuales y reproductivos.

En otra investigación colombiana (Galeano Ospina A., et al 2017) los autores realizaron un análisis de las representaciones sociales sobre la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva, en la cual entrevistaron a profesionales, personas con discapacidad, a sus familiares y a personas que no tienen un vínculo con personas con discapacidad. En su trabajo exponen que las representaciones que existen acerca de la sexualidad en la discapacidad se formaron con imaginarios que hacen que se vuelva un tabú, relacionado con conceptos como infantilización, sobreprotección, falta de educación sexual, entre otras cosas.

Así también, en lo que respecta a estudios realizados en la ciudad de Mar del Plata, se halló uno circunscripto al área de Terapia Ocupacional. Allí se abordan los imaginarios sociales sobre sexualidad en instituciones para personas con discapacidad intelectual. En la investigación, las autoras realizan un recorrido de varios siglos en la historia de la sexualidad para establecer cómo se van construyendo los imaginarios sociales y cómo estos determinan las intervenciones cotidianas de los terapistas ocupacionales en el marco institucional. Las conclusiones en esta tesis establecen que los imaginarios provocan borramiento de la subjetividad, obstaculizando el acceso a la experiencia vivida de la primera persona padeciente. Así, se ha moldeado a las personas con discapacidad en el marco de prácticas instituidas que obstaculizan la manifestación de deseos y necesidades. Con todo, confirman la existencia de un mito que existe alrededor de las personas con discapacidad, que es considerarlos como asexuados, con lo cual las actividades a las que deben enfocarse son del orden de lo intelectual y lo productivo (Bianchi, P; Ibargurengoitia, B; Iocco, M, 2011).

En otra tesis de terapia ocupacional, la autora, menciona los mitos que giran en torno a las personas con discapacidad y su sexualidad. Estas personas tienen como común denominador el hecho de negar su sexualidad, albergando la creencia de que sólo está reservada para las personas “sanas” física y psicológicamente. Algunos de los mitos son: nombrar a las personas con discapacidad como ángeles, ver al “discapacitado asexuado”, la hipersexuación, afirmaciones de que no necesitan privacidad, falsas creencias que no son atractivos sexualmente y la creencia de que no pueden acceder a la maternidad/paternidad. La problemática de la sexualidad se enfrenta con tabúes, dificultades institucionales, sociales, y prejuicios que están fuertemente instalados, aún en ámbitos donde se es repensada como derecho (Lopez, E. 2022).

En el año 2021 una investigación española aborda cuáles son las concepciones de partida, los imaginarios y las prácticas profesionales de atención a la discapacidad en Bolivia. Establecen cómo estos imaginarios se materializan y cómo conviven el modelo médico con el social, así como también cómo conviven el enfoque asistencialista con el de promoción de la discapacidad (García Domingo M., et al, 2021). Otra tesis realizada por una autora chilena, sobre la construcción de imaginarios sobre los cuerpos y la sexualidad en mujeres con discapacidad (Feuvre Orrego M., 2018), analiza las vivencias en torno al cuerpo y a la sexualidad y las posiciones de sujeto que estos significados estructuran: sujeto de cuidado, sujeto de derecho, sujeto de deseo. Da cuenta de un imaginario social que establece discriminacion y exclusión para quienes lo viven. Existen una serie de ideas asociadas a una sexualidad hegemónica y heteronormativa, que ponen a quienes no están bajo estos parámetros en un lugar de exclusión y de invisibilización que se retroalimentan recíprocamente.

3- MARCO TEÓRICO

Como resultado del rastreo realizado, se evidencia que sexualidad y discapacidad son temáticas que empiezan a visibilizarse y a ponerse en discusión en estudios contemporáneos. A raíz de las investigaciones encontradas se consideró pertinente explorar cuáles son los discursos y concepciones que influyen en las prácticas de los profesionales de la salud, en lo que respecta a la sexualidad en personas con discapacidad motora.

En el siguiente apartado desarrollaremos los conceptos teóricos que enmarcan esta investigación: sexualidad, imaginarios de los profesionales de la salud y discapacidad motora, para luego ponerlos en discusión con los resultados obtenidos.

3.1- Sexualidad

En este trabajo se retoma la noción de sexualidad propuesta por el psicoanálisis, más específicamente la concepción freudiana de la sexualidad. Esta elección se debe a que es Freud quien establece una ruptura con las concepciones vigentes hasta ese momento, planteando que existe una sexualidad desde la infancia, y que esta no surge en la pubertad. Al mismo tiempo es él quien cuestiona los preceptos morales de la época que tenían influencia sobre la sexualidad, así como sobre las prácticas sexuales. (Freud, 1906-1908).

En un primer momento del desarrollo de su teoría sexual, Freud va a decir que la sexualidad infantil es algo latente, sólo capaz de ser sacada a la luz debido a la intervención de un adulto. Al comienzo de su tratamiento a mujeres, Freud teoriza que sus padecimientos tenían causa en una sexualidad infantil que había sido despertada por la influencia de un adulto. Es así que postula la teoría de la seducción (Freud, 1893) como explicación a las afecciones neuróticas de los adultos. Más tarde, cuando Freud (1897) da cuenta de que sus pacientes manifiestan las mismas experiencias traumáticas, comienza a dudar de su

teorización sobre la etiología traumática de las neurosis. En la carta escrita a su amigo Fliess en 1897, Freud expone los motivos de su descreimiento, y posterior abandono, de la teoría de la seducción como explicativo de la etiología traumática de la neurosis en sus pacientes histéricas.

Luego de este descreimiento de las experiencias de sus pacientes, Freud da un papel primordial a las fantasías como posibilitadoras de un posterior establecimiento de la neurosis (Freud, 1978). Estas fantasías ocupan un papel central en la etiología de las neurosis, así como en el desarrollo de la sexualidad infantil. A partir de este cambio Freud publica, en 1905, sus Tres Ensayos de Teoría Sexual, publicación que genera una ruptura en las concepciones de la época respecto a la sexualidad en general y a la sexualidad infantil en particular.

En palabras de Freud:

> Forma parte de la opinión popular acerca de la pulsión sexual la afirmación de que ella falta en la infancia sólo despierta en el periodo de la vida llamado pubertad. No es este un error cualquiera: tiene graves consecuencias, pues es el principal culpable de nuestra presente ignorancia acerca de las bases de la vida sexual. Un estudio a fondo de las manifestaciones sexuales de la infancia nos revelaría probablemente los rasgos esenciales de la pulsión sexual, dejaría traslucir su desarrollo y mostraría que está compuesta por diversas fuentes. (1992, p. 157)

Es en ésta obra donde Freud va a brindar las características que posee la sexualidad infantil, así como su desarrollo y las posibles influencias y/o consecuencias de ésta en la vida adulta. Establece que la sexualidad infantil se desarrolla, principalmente, en tres etapas que denomina pregenitales (1992). En un primer momento, el niño atraviesa la etapa oral en la que "la actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se han diferenciado opuestos dentro de ella. El objeto de una actividad es también el de la otra; la meta sexual consiste en la incorporación del objeto [...]". Una segunda fase atravesada por el niño es la sadico anal

> aquí ya se han desplegado la división en opuestos, que atraviesa la vida sexual; empero, no se los puede llamar todavía masculino y femenino, sino que es preciso decir activo y pasivo. La actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo, y como órgano de meta sexual pasiva se constituye ante todo la mucosa erógena del intestino[...] (Freud, 1992 p. 180)

En tercer lugar, se encuentra la etapa fálica

> Ya en la niñez se consuma una elección de objeto como la que hemos supuesto característica de la fase de desarrollo de la pubertad. El conjunto de los afanes sexuales se dirige a una persona única, y en ella quieren alcanzar su meta. He ahí, pues, el

> máximo acercamiento posible en la infancia a la conformación definitiva que la vida sexual presentará después de la pubertad. La diferencia respecto de esta última reside solo en el hecho de que la unificación de las pulsiones parciales y su subordinación al primado de los genitales no son establecidas en la infancia, o lo son de manera muy incompleta. (Freud, 1992 p. 181)

Más tarde, en 1923, Freud escribe La Organización Genital Infantil donde, al respecto de la etapa fálica, agrega

> Hoy ya no me declararía satisfecho con la tesis de que el primado de los genitales no se consuma en la primera infancia, o lo hace sólo de manera muy incompleta. La aproximación de la vida sexual infantil a la del adulto llega mucho más allá, y no se circunscribe a la emergencia de una elección de objeto. Si bien no se alcanza una verdadera unificación de las pulsiones parciales bajo el primado de los genitales, en el apogeo del proceso de desarrollo de la sexualidad infantil el interés por los genitales y el quehacer genital cobran una significatividad dominante, que poco le va en zaga a la de la edad madura. El carácter principal de esta «organización genital infantil» es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel un genital, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo. (Freud, 1993 p. 146)

Para desarrollar su teoría de la sexualidad, y en especial de la sexualidad infantil, va a establecer que ésta, en el principio, es perversa polimorfa:

> En la base de las perversiones hay en todos los casos algo innato, pero algo que es innato en todos los hombres, por más que su intensidad fluctúe y pueda con el tiempo ser realzada por influencias vitales. Se trata de unas raíces innatas de la pulsión sexual, dadas en la constitución misma. (Freud, 1992 p. 156)

Lo perverso polimorfo se asocia al placer que pueden brindar otros órganos, tal como sucede en las etapas pregenitales, placer que también es considerado por él como sexual (Freud 1994). En las anteriores etapas pregenitales, la sexualidad es autoerótica. Esto remite al placer en el propio cuerpo, junto con las pulsiones parciales. Para que la sexualidad sea considerada normal (Freud, 1992), ésta debe estar subordinada al dominio de lo genital y puesta al servicio de la reproducción. Esto constituye el punto de llegada (Freud, 1992) del desarrollo sexual en donde la consecución del placer se ha puesto al servicio de la reproducción, y al mismo tiempo las pulsiones parciales se encuentran bajo el primado de una única zona erógena. Esto confluye en una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno (Freud, 1992).

A partir de Tres Ensayos de Teoría Sexual, Freud comienza a establecer lo que él llama una psicosexualidad (Freud, 1992) es decir, establece la influencia e importancia que ejerce la sexualidad, específicamente la sexualidad infantil, en la constitución psíquica. Es por esto que la sexualidad y su desarrollo, que se gesta no sólo en la pubertad y adultez, sino también en la niñez, contribuyen al desarrollo de la personalidad del sujeto. Las relaciones con los otros condicionan este desarrollo, el que a su vez influirá en la constitución del ser.

Estas teorizaciones y postulados que comenzaron a visualizarse en el mencionado texto, fueron ampliándose con el correr de su obra y el transitar de su experiencia clínica. Tanto es así que se hicieron agregados a dicho texto, así como también escribió en otros tantos respecto de la sexualidad. Tal es el caso de su conferencia 21ª, donde expone:

> [...]otros declaran idénticos "sexual" y "perteneciente a la reproducción" -o, si quieren decirlo más brevemente, "genital"-, mientras que nosotros debemos admitir algo "sexual" que no es "genital" ni tiene nada que ver con la reproducción. Esta es solo una semejanza formal, pero que tiene una base más profunda. (Freud 1994, pp. 292-293)

Luego de escribir Tres Ensayos de Teoría Sexual y de comenzar su desarrollo sobre la sexualidad infantil, Freud escribe "La moral sexual cultural", obra donde realiza una crítica a la sexualidad imperante en su época, así como a las restricciones que impone la cultura a la expresión de las pulsiones sexuales. En este texto Freud va a decir al respecto de la sexualidad: "Más amplias perspectivas se abren cuando consideramos el hecho de que la pulsión sexual del ser humano no está en su origen al servicio de la reproducción, sino que tiene por meta determinadas variedades de la ganancia de placer." (Freud, 1993, p. 154). Con esto Freud continúa su teoría de que en la infancia existen pulsiones sexuales que tienen como meta la ganancia de placer. Las metas y características de la sexualidad infantil no se condicen, según Freud, con las expectativas y/o prioridades que la cultura y la sociedad demarcan. Uno de los trabajos de la cultura es sofocar las pulsiones (Freud, 1993), para que ella misma pueda continuar su existencia y su expansión, es así que la sexualidad infantil queda por fuera de lo normativo.

Freud, tanto en "Tres Ensayos de Teoría Sexual" (1992) como en "La Moral Sexual Cultural" (1993), deja sentado la existencia de una sexualidad presente en todos los cuerpos y en cada una de las etapas de la vida, que no siempre se condice con las expectativas de la sociedad. Retomando estos aportes teóricos, es Foucault (1977), quien en "Historia de la sexualidad" (1977), introduce reflexiones que dan lugar a cuestionar la tensión entre lo instituido socialmente y la resistencia social como transformadora de experiencias sedimentadas o prácticas circundantes. En su texto de 1977 postula la influencia normativa que realiza la sociedad y los mecanismos productivos sobre la sexualidad para intentar poner a ésta al servicio de la producción. Al mismo tiempo todo lo que de la sexualidad queda por fuera de lo normativo, y por lo tanto que no sirve a la (re)producción, queda fijado por el discurso como anormal,

como perverso. Es decir, parafraseando a Foucault (1977 pp.48-49), que se delimita y normativiza un tipo de sujeto mediante discursos y dispositivos disciplinarios que sea funcional para el desarrollo de una determinada sociedad.

Respecto de esto, Foucault en "Historia de la sexualidad" (1977) se hace las siguientes preguntas:

> Pues, ¿acaso la puesta en discurso del sexo no está dirigida a la tarea de expulsar de la realidad las formas de sexualidad no sometidas a la economía estricta de la reproducción: decir no a las actividades infecundas, proscribir los placeres vecinos, reducir o excluir las prácticas que no tienen la generación como fin? A través de tantos discursos se multiplicaron las condenas judiciales por pequeñas perversiones; se anexó la irregularidad sexual a la enfermedad mental; se definió una norma de desarrollo de la sexualidad desde la infancia hasta la vejez y se caracterizó con cuidado todos los posibles desvíos; se organizaron controles pedagógicos y curas médicas […].
>
> Toda esa atención charlatana con la que hacernos ruido en torno de la sexualidad desde hace dos o tres siglos, ¿no está dirigida a una preocupación elemental: asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales, en síntesis: montar una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora? (Foucault,1977 pp. 48-49)

El autor sostiene que lo que se considera una perversión está determinado por el orden discursivo y epocal, y que, al mismo tiempo, responde a un poder que se ejerce sobre cuerpos, placeres, prácticas, etc. que lo fijan, lo sostienen y lo reproducen. El dispositivo de la sexualidad no es ajeno a la influencia del poder, es un producto de él. Son saberes que circulan, de los que "se habla" y "se dice", en el marco de prácticas discursivas vigentes. En "Historia de la Sexualidad" (1977) establece que a partir del siglo XVIII de lo que se trató fue de establecer una verdad regulada acerca del sexo. No se trató ya de prohibirlo, de velarlo, sino de crear y poner a funcionar todo un aparato para producir sobre él discursos verdaderos. El rol en la formación del discurso sobre la sexualidad lo tuvo la escucha clínica, a través de su teorización sobre el padecimiento, pero también por medio de imperativos de medicalización, reglas de interpretación y postulados de causalidades, así como variados postulados que se obtenían de diversas ramas como la biología, la pedagogía y el psicoanálisis. Todo este conjunto discursivo permitió que la sexualidad se defina

> [...] "por naturaleza" como: un dominio penetrable por procesos patológicos, y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización; un campo de significaciones que descifrar; un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos; un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que desemboscar y, a la vez, escuchar. (Foucault, 1977 p. 86)

Foucault plantea que para poder hacer una historia de la sexualidad es necesario hacer una historia de los discursos. Lo que se dice sobre la sexualidad no está determinado por un sistema de representaciones, ni constituyen sus caracteres fundamentales, hay que ahondar en la economía que fundamenta esos discursos, en sus tecnologías intrínsecas, en las necesidades de su funcionamiento en un tiempo y espacio determinado, en los efectos de poder que se buscan conseguir y las tácticas que ponen en acción para dicho fin.

Dentro de los discursos de poder y saber que delimitan las facultades, derechos y posibilidades de acción, están las leyes. Leyes que inciden no sólo en quienes recaen, sino en la sociedad misma y en todos sus dispositivos e instituciones.

Estos autores han planteado conceptos y posicionamientos que se imponen como disruptivos en sus respectivos contextos históricos. Los mismos han sido alojados en nuestra sociedad con el correr de los años dando lugar a cambios de paradigmas en relación a la noción de genitalidad, sexualidad, su constitución y el ejercicio de aquellas. Reflejo de ello se puede identificar en las leyes vigentes a nivel nacional, como por ejemplo la Ley de Educación Sexual Integral N° 26.150, donde se retoma y legitima una concepción de sexualidad, no necesariamente asociada a la genitalidad y/o reproducción. Entendiendo a ésta en un sentido más amplio e integral, e identificando, en las prácticas a ella asociadas y en la educación, un derecho de los seres humanos desde la más temprana infancia.

La Ley ESI (2006), establece en su artículo 1°:

> Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

Cahn et al. (2023) en su libro "Educación Sexual Integral. Guía básica para trabajar en la escuela y la familia" describen el espíritu de la ley, los ejes sobre los que se basa y la concepción de sexualidad y salud en la que se fundamenta, entre otras cosas. En este sentido sostienen:

> Desde la ESI nos proponemos trabajar a partir de un concepto amplio de salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como un estado que no solo implica la ausencia de enfermedad, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir en favor y/o en detrimento de la salud. (p. 57)

En cuanto a la concepción de sexualidad los autores antes mencionados afirman que:

> Todos estos derechos se fundamentan en una concepción integral de la sexualidad que va más allá de la mera genitalidad y es la base conceptual de los lineamientos curriculares y de los contenidos propuestos en los materiales didácticos de la ESI. Este enfoque basado en pensar a las personas como sujetos de derecho busca fomentar la participación activa de los estudiantes y sus familias en un clima de diálogo permanente que garantice la búsqueda de consenso y el respeto por las creencias propias y ajenas, sin eludir el abordaje de las tensiones que puedan presentarse. (p. 54)

3.2- Imaginarios de los profesionales de la salud

Para pensar las prácticas de los profesionales de la salud desde un encuadre teórico se optó por tomar la noción de imaginarios profesionales (Tajer, 2018), la cual permite hacer una lectura de las respuestas obtenidas en la presente investigación. Para definir este concepto será necesario retomar los aportes de Cornelius Castoriadis quien delimita el constructo como "imaginarios sociales" (Castoriadis, C., 2013). Los imaginarios sociales conforman "matrices de significación" que operan en lo implícito posibilitando modos de ser, pensar, sentir y hacer socialmente establecidos. Son a la vez "principio de existencia, principio de pensamiento, principio de valor, principio de acción" (Castoriadis, 2013). Su función es triple: en primer lugar, estructuran las representaciones del mundo para cada sociedad, sin las que no puede haber individuo social. En segundo lugar, designan las finalidades de la acción, lo que debe y no debe hacerse. En tercer lugar, instituyen los tipos de afecto característicos de una sociedad (Castoriadis, 1997).

> [...]cada sociedad define y elabora una imagen del mundo natural, del universo en el que vive, intentando cada vez hacer de ella un conjunto significante, en el cual deben ciertamente encontrar su lugar los objetos y los seres naturales que importan para la vida de la colectividad, pero también esta misma colectividad, y finalmente cierto «orden del mundo». Esta imagen, esta visión más o menos estructurada del conjunto de la experiencia humana disponible, utiliza cada vez las nervaduras racionales de lo dado, pero las dispone según, y las subordina a, significaciones que, como tales, no se desprenden de lo racional (ni, por lo demás, de un irracional positivo), sino de lo imaginario. (Castoriadis, C., 2013, p. 240)

La noción de imaginario establecida por Castoriadis, C. (2013), y, específicamente de imaginario social, es definida como una categoría que aporta significaciones que dotan de sentido a la realidad, permiten interpretar a la sociedad y actuar de acuerdo y en consecuencia de un proceso de construcción de realidad. Por lo que se puede inferir que la realidad es un constructo imaginario que se encuentra socialmente legitimado. A través del análisis de este constructo es factible contextualizar la operación de los imaginarios sociales.

Los imaginarios sociales como operadores, están insertos en el entramado social, por lo que son dinámicos y pueden variar de acuerdo a las circunstancias políticas y/o culturales de la sociedad en la que operan. Estos imaginarios son asumidos por los sujetos como dados, por lo que orientan, determinan y condicionan el funcionamiento de la sociedad. Funcionamiento que puede transformarse, reproducirse o conservarse (Castoriadis, 2013). Las significaciones imaginarias definen la identidad de la sociedad en su hacer, es decir, que mientras la sociedad establece su articulación, sus relaciones con el mundo y con los objetos que contiene, sus necesidades y sus deseos, en ese «hacer» es que el imaginario aporta los significantes-significados que constituyen a la sociedad (Castoriadis, 2013).

En palabras de Castoriadis:

> Las significaciones imaginarias sociales son, además, creaciones libres e inmotivadas, ex nihilo; no obstante, coherentes y completas: "crean un mundo propio para la sociedad considerada, son en realidad ese mundo: conforman la psique de los individuos. Crean así una representación del mundo, incluida la sociedad misma y su lugar en ese mundo" (Castoriadis, 1997, p.9)

Castoriadis (2013), en su libro "La Institución Imaginaria de la Sociedad" para aproximarse a la descripción del funcionamiento del imaginario, propone una metáfora, la del magma. Esto indica la manera constante de fluir de los imaginarios, pero al mismo tiempo su posibilidad de solidificarse. Esta lógica de los magmas (Castoriadis, 2013) nos habla de la dificultad que posee el estudio de los imaginarios, por lo cual se hace necesario delimitarlos conceptual e instrumentalmente, esta demarcación posibilita su abordaje y estudio.

Débora Tajer (2018) retoma el concepto de imaginarios sociales de Castoriadis y lo delimita al fluir de estos imaginarios en los profesionales en particular. Es así que establece la noción de imaginarios profesionales. En un artículo publicado en 2018, titulado "Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", sostiene que "se entiende por imaginarios profesionales a aquellas creencias, percepciones y prácticas que se configuran en un campo de actividad profesional específico" (Tajer et. al. 2018, p. 106). En la citada investigación, la autora refiere que los imaginarios sociales amplios, a los cuales refiere Castoriadis, encuentran diversas formas de incidir, articular y crear imaginarios específicos de campos profesionales. Impactando estos en el rol y la toma de decisiones, por lo que se puede decir que afectan de manera indirecta en el ámbito de la salud, en las decisiones diagnósticas, terapéuticas, y en las políticas implementadas (Tajer et al. 2018).

Años más tarde en su libro "Niñez, adolescencia y género" (2020) Tajer amplía la definición de imaginarios profesionales:

> El concepto de "imaginarios profesionales" refiere a los universos de sentido de un grupo profesional en particular. Alude a las naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias, certezas teóricas y/o técnicas que configuran los valores, sensibilidades, criterios éticos y estéticos, pautas conductuales y actitudinales de su hacer y pensar cotidiano del oficio en un determinado momento histórico-cultural. Lxs profesionales involucradxs suelen no tener registro consciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales; en general, creen que están operando solo desde sus conocimientos científicos. (p.11)

Es por esto que se infiere que los integrantes de los equipos de salud suelen no tener un registro consiente, creyendo que sólo operan desde sus conocimientos científicos, cuando en realidad sus actos e intervenciones también están supeditados a la influencia de los imaginarios. Estos imaginarios profesionales incluyen aquellas creencias, percepciones y prácticas que se configuran en un campo de actividad profesional específico. Los imaginarios sociales, en tanto universo de significaciones que articulan la sociedad, sus necesidades y que, como esquema organizador, crea las condiciones de representabilidad del grupo (Castoriadis, 1997), encuentran formas de incidir, articular y crear imaginarios específicos de campos profesionales, con impacto en el rol, la toma de decisiones, entre otros. Por lo tanto, se puede decir que los imaginarios profesionales explorados dan forma a las prácticas concretas en el ámbito de la salud e impactan en decisiones diagnósticas terapéuticas (Tajer, 2018).

En el desarrollo del apartado sobre sexualidad se hizo mención a que Freud en "Tres Ensayos de Teoría Sexual" (1905) postula que de lo que se trata es de una psicosexualidad, delimitando la importancia que ejerce la sexualidad en el desarrollo psíquico. Sexualidad que se (con)forma en todas las etapas de la vida y en contacto con otros, mediado por los imaginarios. El constructo de "imaginarios profesionales" (Tajer, 2018) nos permite indagar las relaciones de los profesionales de la salud con las personas con discapacidad en lo concerniente a su sexualidad.

Estos imaginarios están insertos en estructuras sociales y por lo tanto de poder, que los establecen, delimitan y que al mismo tiempo generan su ruptura, insatisfacción y/o modificación. Estas estructuras de poder funcionan, según Foucault (1977), en todas las áreas de la sociedad, de manera microfísica, se hacen carne en los discursos y en las prácticas, no solo de profesionales, sino de toda institución presente en una sociedad: la familia, el trabajo, la educación, la pedagogía, etc.

En "Historia de la sexualidad" Foucault (1977) realiza un desarrollo de cómo fue concebida a través de los siglos la sexualidad humana. Utiliza este desarrollo para teorizar acerca de cómo funciona tanto el poder como los discursos de saber y las prácticas y tecnologías que se sirven de ellos.

Recurriendo a la sexualidad como ejemplo va a establecer 4 reglas o prescripciones de prudencia que muestran cómo el poder se ejerce desde múltiples aristas, que influye en los discursos generando

violencias y obturaciones, tanto en lo que se conoce o da a conocer como en lo que se considera lícito o no ejercer con el cuerpo de cada uno. La primera regla es la de inmanencia, donde establece que si la sexualidad se constituyó en un dominio por conocer, esto ocurrió debido a relaciones de poder que la instituyeron como objeto, lo cual fue posibilitado por técnicas de saber y procedimientos discursivos que fueron capaces de captarla y delimitarla. En una segunda regla que denomina "reglas de las variaciones continuas" (Foucault, 1977, p.120) sostiene que las relaciones de poder y saber no constituyen formas establecidas de repartición, sino que son "matrices de transformaciones" (Foucault, 1977, p.120). Es decir, que no siempre el poder y el saber son ejercidos por tal o cual persona o institución, ni que los discursos del saber son de una vez y para siempre, sino que son epocales, generan y detectan transformaciones, que no son azarosas, sino que siguen intereses que el poder establece. La regla del doble condicionamiento es la tercera propuesta por el autor, en la cual plantea que ningún foco local de poder-saber, ningún esquema de transformación puede funcionar por sí solo, sin estar inscripto en una serie de encadenamientos sucesivos que establezcan una estrategia de conjunto. Y a la inversa, el poder y los discursos de saber no podrían lograr efectos si no se apoyan en relaciones precisas que le sirvan de anclaje y soporte. Un ejemplo del doble condicionamiento es el dispositivo familiar. La familia no es una representación exacta, cual imitación de una sociedad, ni el padre es el representante del Estado, pero sí funcionan como lugar de anclaje de ciertas normas, de determinadas formas de operar que responden, de manera inconsciente, a estrategias de poder impuestas para el control, así como a discursos de saber que proporcionan tecnologías para la vida, que suelen ser reproducidas sin dejar lugar al cuestionamiento, generando costumbres. En cuarto lugar, se encuentra la regla de la polivalencia táctica de los discursos, en donde deja establecido que estos transportan y producen poder, que más allá de cual sea la ideología o la moral que está en su base y los fundamenta, hay que interrogar qué efectos de poder y saber aseguran y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización en un momento o en otro. El discurso puede ser instrumento y efecto de poder y al mismo tiempo obstáculo, resistencia y punto de partida para una estrategia opuesta.

Estas cuatro reglas se pueden ver ejemplificadas en el capítulo "La implantación perversa" del libro antes citado, donde Foucault, M. (1977) establece que a partir de los siglos XVIII y XIX se produjo una explosión discursiva que produjo modificaciones. Entre estas modificaciones se buscó incluir en los discursos del saber a toda la disparidad de sexualidades y de ejercicios de la misma. La mecánica del poder tuvo que cambiar, ya no persigue, como ocurrió en siglos anteriores, a esa disparidad, a lo extraño, a lo considerado perverso, no pretende suprimirla, sino darle una realidad analítica, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, le da un orden. Los discursos empiezan a entrelazarse y a funcionar bajo la estrategia del poder, a través de la medicina, la psicología, la psiquiatría, la pedagogía y el control familiar se busca extraer confesiones y observaciones que posibiliten la clasificación deseada.

Orozco en su texto “Desnaturalización de la inclusión social de la discapacidad” (2018), retoma el concepto de enunciado desde una perspectiva foucaultiana, estableciendo que los enunciados no se reducen a frases u oraciones, sino que constituyen unidades del discurso cuya existencia depende de determinadas condiciones históricas, sociales e institucionales. Un enunciado es aquello que puede ser dicho y reconocido como válido en un momento y contexto específico. En este sentido, se inscriben en formaciones discursivas que regulan qué puede decirse, quién puede decirlo y con qué efectos de verdad dentro de un campo de saber determinado.

Desde esta perspectiva, los discursos sobre el cuerpo se inscriben en formaciones discursivas atravesadas por relaciones de saber/poder que regulan lo decible y lo pensable en torno a sus atributos y funcionamientos. Los enunciados producidos desde saberes institucionalizados, como la medicina, la psicología, la psiquiatría o la pedagogía, no solo adquieren estatuto de verdad, sino que ejercen efectos de poder al establecer criterios de normalidad y anormalidad. De este modo, el saber experto se constituye como un dispositivo que legitima prácticas de clasificación, regulación e intervención sobre los cuerpos (Orozco, 2018).

En el marco de los desarrollos foucaultianos, se establece que ciertos discursos médicos y jurídicos se constituyeron históricamente como tecnologías que permitieron la caracterización y clasificación de supuestas anomalías corporales y psíquicas. A partir de estas formaciones discursivas se organizó una grilla de inteligibilidad que delimitó causas, tipos y grados de anormalidad, produciendo categorías como las de anormalidad y discapacidad y habilitando la nominación de determinados cuerpos como normales o anormales (Orozco, 2018).

Dentro de estos discursos y enunciados médicos y jurídicos que producen categorías se encuentran la Clasificación Internacional del Funcionamiento, en adelante CIF, (2001) y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). En palabras de Orozco (2018):

> “[...] desde estos lugares de enunciación, se dictan las pautas para definir si un cuerpo es o no anormal o si un sujeto está o no incluido, y se definen los estándares con los cuales las personas deben medir sus cuerpos para saber si necesitan ser corregidos o intervenidos para dignificarse como lo ordena la norma.” (p.83)

3.3 Discapacidad motora

Para definir discapacidad motora tomaremos los criterios que la Organización Mundial de la Salud (2001) publicó a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto tanto individual como social, donde la discapacidad estaría causada por la interacción de las características de la salud de la persona y de

los factores contextuales. De acuerdo con la CIF (2001), la discapacidad motora quedaría circunscrita en el ámbito de la deficiencia, como una alteración de las funciones o estructuras corporales, ya sean de los órganos o los miembros de la persona. En el ámbito de la limitación en la actividad, como dificultad a la hora de realizar actividades. Y, por último, en el ámbito de restricción en la participación, como limitaciones debido a las dificultades que presenta una persona con discapacidad motora para desenvolverse en situaciones vitales.

Entonces, según la CIF (2001) se define a una persona con discapacidad motora como alguien que padece una falta de capacidad como consecuencia de una deficiencia física debido a una alteración en el aparato motor; que presenta limitaciones a la hora de realizar actividades, debido al déficit de movilidad o comunicación; y que posee restricciones en la participación para desenvolverse en situaciones vitales.

En cuanto a las normativas que rigen a nivel nacional, se encuentra vigente en nuestro país la Ley N° 26.378 (2008), la cual indica la adhesión de la Argentina a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), y mediante la Ley N° 27.044 (2014), se deja establecido que dicha convención tiene jerarquía constitucional.

La nombrada Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) establece en su artículo 1°, que: "*Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."*

Al momento de la realización del presente trabajo, se encuentra a la espera de ser sancionada una Nueva Ley de Discapacidad que supere la dictaminada en 1981 denominada "Sistema de protección integral de los discapacitados". Ésta última entendía a la persona con discapacidad como sujeto de cuidado y no como sujeto de derechos, ya que surgió desde un paradigma médico, asistencialista y proteccionista. Así, la Ley n° 22.431 (1981), en su artículo 2° afirma que:

> A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

La Nueva Ley, propone un cambio hacia un paradigma social, que entiende a la persona en el reconocimiento de sus derechos humanos, civiles, políticos y de libertades fundamentales, al mismo tiempo que considera al entorno, tanto físico como social, en su potencial discapacitante.

Desde este modelo el término “discapacidad” es un fenómeno multidimensional, que hace referencia al resultado de la interacción de la persona con su entorno físico y social. La interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales, es la que produce la discapacidad.

Quienes ejercen la psicología reconocen la existencia de imaginarios que circulan, influyen y condicionan las prácticas. Imaginarios que operan en el plano de lo discursivo, que se modifican con la época según variables regulativas legales. Estas regulaciones establecen y materializan lo que es considerado una discapacidad, en función a criterios normativos. En esta dirección la discapacidad por definición, no deja de ser un constructo simbólico que regula prácticas y lógicas productivas. Es menester del psicólogo/a problematizar esos imaginarios, tanto los propios como los que circulan en la sociedad. La problematización y concientización sobre la influencia de los imaginarios, en las prácticas profesionales, colabora a brindar un abordaje inclusivo, transversal y ético. Dicha problematización y concientización también abarca a la sexualidad, y cómo ésta influye en la constitución subjetiva, en personas con o sin discapacidad motora.

4- METODOLOGÍA

4.1 - Objetivos

Objetivo general

- Indagar los imaginarios que tienen los profesionales de la salud sobre la sexualidad en la discapacidad motora y su incidencia en los criterios que orientan el abordaje terapéutico.

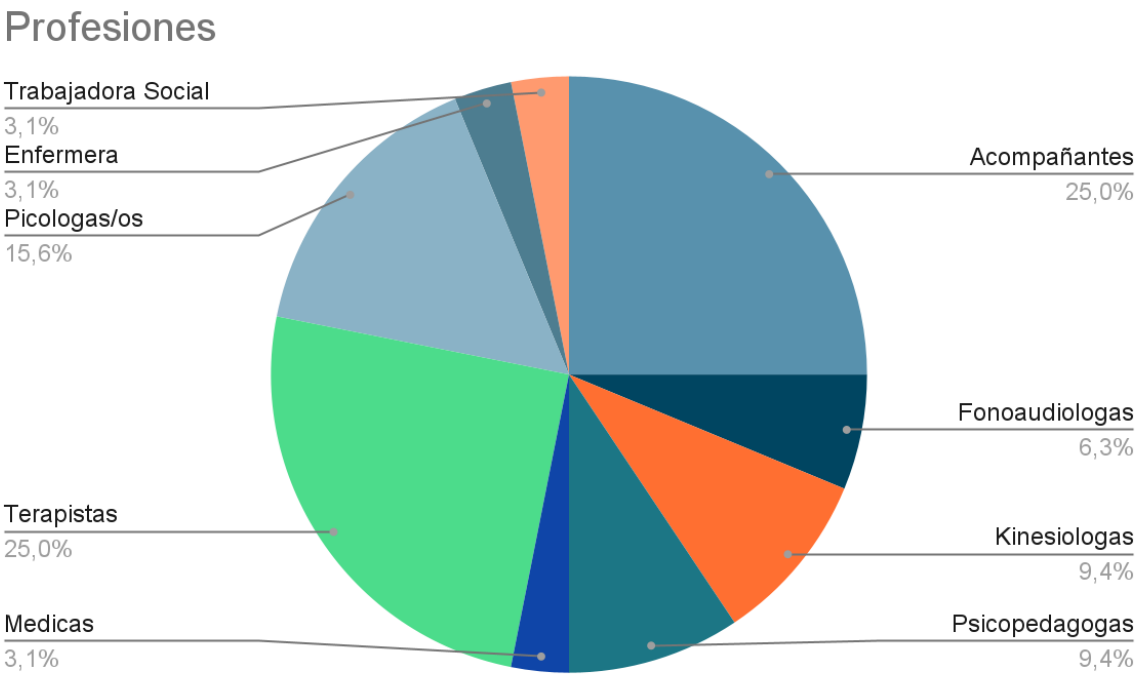
Objetivos específicos

- Explorar las herramientas conceptuales con las que los profesionales trabajan terapéuticamente la sexualidad en la discapacidad motora.
- Identificar los abordajes teóricos sobre la sexualidad que inciden en el tratamiento de las personas con discapacidad motora.
- Analizar si en la práctica profesional se evidencia una perspectiva interdisciplinaria sobre la sexualidad.
- Describir si el abordaje de la sexualidad en el tratamiento terapéutico surge por demanda espontánea del consultante o por protocolo institucional/profesional.

4.2- Participantes

El cuestionario se aplicó a profesionales de la salud de las ciudades de Necochea y Mar del Plata que trabajan con discapacidad motora. La muestra quedó conformada por 32 profesionales de entre 29 y 66 años, entre ellos un 81,3% mujeres, 12,5% varones y 6,2% no especificaron género. El 68,8% de dichos profesionales realizan sus actividades en la ciudad de Mar del Plata, y el 31,2% en Necochea. Dentro de la muestra obtuvimos respuestas de 8 Acompañantes Terapéuticos, 2 Fonoaudiólogas, 3 Kinesiólogas, 3 Psicopedagogas, 1 Médica, 8 Terapistas Ocupacionales, 5 Psicólogas/os, 1 Enfermera y 1 Trabajadora Social.

El tamaño de la muestra estuvo definido por saturación metodológica, siguiendo a Sampieri (2014) "se le denomina saturación de categorías, que significa que los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos análisis confirman lo que hemos fundamentado" (p.435). Esto quiere decir que, completado el número de 32 entrevistas, se obtuvo conocimiento y entendimiento sobre lo planteado, y dejaron de aparecer datos o información novedosa.



4.3 Categorías, instrumentos y técnicas

En el marco de este estudio exploratorio se procura indagar los imaginarios de los profesionales de la salud sobre la relación entre discapacidad motora y sexualidad. Se busca, asimismo, identificar cómo dichos imaginarios inciden en los criterios y decisiones que orientan el abordaje terapéutico.

Para indagar acerca de dichos imaginarios, así como para identificar su incidencia, se utilizó un cuestionario a través de la aplicación google forms, el cual contiene preguntas con opción de respuesta múltiple y otras donde cada profesional podía desarrollar sus respuestas. Se trata de un instrumento confeccionado ad hoc ya que no se encontraron otras investigaciones que versen sobre esta temática y permitan recabar información acorde a nuestros objetivos.

Al comienzo de dicho cuestionario se brinda el consentimiento informado, en el cual se detalla que la participación es voluntaria y anónima, que los datos aportados están protegidos según la Ley n° 25326 (2000) de protección de datos personales, que la tarea no implica riesgo, pero aun así puede suspender su realización en cualquier momento y que puede solicitar información sobre los resultados globales al finalizar el estudio. El consentimiento informado resulta una herramienta indispensable en el abordaje ético del trabajo de investigación, contemplando el derecho del participante a elegir voluntariamente si desea participar o no, como así también, si desea retirarse durante el proceso.

4.4 Diseño, procedimiento y análisis de datos

La elección de llevar a cabo un estudio exploratorio se debe a que, luego de realizar el rastreo bibliográfico correspondiente, se encontró que no existen investigaciones que aborden los imaginarios de los profesionales de la salud acerca de la sexualidad en personas con discapacidad motora.

El presente estudio exploratorio permitió indagar los imaginarios que existen en los profesionales de la salud sobre sexualidad y discapacidad motora. Este tipo de estudios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco investigado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (Sampieri et al., 2014, p.91)

La lectura de las respuestas obtenidas estará enmarcada en el uso de las estrategias propias de la heurística, las cuales delimitan la toma de decisiones, la recolección de datos y la interpretación de resultados, así como también la reflexión sobre el proceso investigativo todo.

Para el análisis de los datos obtenidos utilizaremos un enfoque mixto (Sampieri, 2014), el cual incluye tanto análisis cualitativo como cuantitativo. La elección de este método se debe a que la combinación de ambos análisis resulta superadora, utilizando las fortalezas de ambas, combinándolas para poder así minimizar sus potenciales debilidades. Este tipo de enfoque permite acercarnos a realidades intersubjetivas, ya que posibilita una perspectiva amplia y profunda del tema a investigar, una indagación dinámica, variedad en los datos obtenidos, mayor teorización, así como también mayor solidez y rigor y una mejor exploración y explotación de datos (Sampieri, 2014). Este tipo de análisis mixto posibilita, en este trabajo de investigación, el acercamiento a la cantidad y variedad de respuestas

que brindan los profesionales de una u otra ciudad, de una profesión u otra, o de quienes trabajan en ámbitos públicos o privados. Así como también permite la distinción de las respuestas de profesionales que trabajen con niños, niñas o adolescentes, de aquellos que trabajen con adultos o adultos mayores. Al mismo tiempo, este tipo de análisis permite poner en discusión las respuestas obtenidas dentro del instrumento aplicado en la presente investigación, como con el marco teórico. Esta integración y discusión de datos cualitativos y cuantitativos permite indagar en profundidad para lograr mayor entendimiento del fenómeno o problemática bajo estudio.

5- ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Categorías de análisis

La construcción de las categorías a continuación mencionadas se desprenden de las recurrencias halladas en el material empírico, en diálogo con los aportes teóricos enunciados en el marco teórico de la presente investigación.

5. 1.1 Formación

Refiere al conjunto de instancias formativas, formales o informales, a través de las cuáles los profesionales adquieren, o no, conocimientos sobre sexualidad y sobre sexualidad en personas con discapacidad. Sea en su formación de base o de manera posterior.

- Formación en sexualidad: 18 profesionales recibieron formación en su carrera de grado, mientras que 14 no la obtuvieron. Los datos relevados muestran que el 87,5% de los acompañantes terapéuticos recibieron formación en sexualidad en su carrera de base, destacándose por encima del resto de los profesionales de la muestra. Por otra parte, el 100% (n=2) de las profesionales de Fonoaudiología manifestaron no haber recibido formación. Del total de la muestra de psicólogos (n=5), sólo 3 profesionales respondieron haber recibido formación en su carrera.
- Formación en sexualidad en personas con discapacidad: 11 profesionales recibieron formación en su carrera de base, mientras que 14 se formaron de manera posterior; 11 tomando cursos y 3 de manera autodidacta. El 75% de los Terapistas Ocupacionales recibieron formación en su carrera, constituyendo el grupo con mayor formación de la muestra, mientras que ningún Psicólogo la recibió. En contraste, en kinesiología, trabajo social y en el caso del 60% de los psicólogos, la capacitación en esta temática se adquiere principalmente a través de formaciones posteriores a la carrera de base, dado que dichos contenidos no formaron parte del trayecto formativo en sus carreras.

5.1.2 Concepciones profesionales sobre la sexualidad y la sexualidad en discapacidad motora

Permite relevar los modos en que los profesionales definen, interpretan y significan la sexualidad, así como las particularidades o no, que atribuyen a su expresión en personas con discapacidad motora.

- Concepción de sexualidad: 28 profesionales tienen una concepción amplia de la sexualidad, definiéndola de las siguientes maneras: "la sexualidad en forma amplia contempla las formas de relación emocional, cultural y de contacto. Abarca tanto las identidades de género, los roles de género, el placer y la intimidad" (Acompañante Terapéutico, 35 años) "(...) es un encuentro con el otro que conlleva aspectos físicos y emocionales(...) El error más frecuente en gran parte de la sociedad es seguir equiparando el concepto de Sexualidad a genitalidad" (Psicólogo, 50 años). "Parte de nuestra identidad, modo de relacionarse o vincularse, que tiene que ver con aspectos fisiológicos y emocionales también" (Psicopedagoga, 29 años)

  > 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. (Lic. en Terapia Ocupacional. Sexóloga educativa. 32 años)

  En contraposición se encontró que 4 profesionales poseen una concepción de la sexualidad ligada a la genitalidad. Entre estos últimos se encuentran una TO, una enfermera, una kinesióloga, y una fonoaudióloga. "(...)es una de las funciones biológicas que debería generar siempre placer, y no displacer, que va de la mano de la madurez(...)" (Enfermera 46 años) "La búsqueda de placer a partir de una relación sexual, de conexión con otros o con uno mismo" (Kinesióloga, 37 años) "Un ejercicio en la vida de las personas" (Fonoaudióloga, 60 años) "una necesidad" (Terapista Ocupacional, 34 años). Estas 4 profesionales coinciden en que ninguna obtuvo formación en sexualidad en su carrera de base.

- Concepción de sexualidad en discapacidad: 28,12% (n=9) de los profesionales tienen una concepción de la sexualidad en la discapacidad motora restringida a la genitalidad. En relación con esta concepción se encontró que las respuestas de los profesionales, entre las cuales se encuentran terapistas ocupacionales, médica, kinesiólogas, una acompañante terapéutica y una fonoaudióloga, hacen referencia a sus prácticas con personas con discapacidad. Ejemplo de esto

son: “Que la vida sexual es igual y necesaria para la mayoría de la población por lo cual es importante el acompañamiento y la adaptación del espacio físico o de la posición (...) para tener una vida sexual activa” (Terapista Ocupacional, 38 años), “Que tienen el mismo deseo que todos de ser seres sexuales activos” (Terapista Ocupacional, 44 años), “Es importante abordarla y generar herramientas que el paciente pueda implementar en su día a día” (Kinesióloga, 37 años), “Que se puede llevar a cabo igual desde otros métodos” (Acompañante terapéutica, 32 años), “Un área más que abordar…tanto como su aspecto cardiológico, urológico, neurológico, etc.” (Medica, 47 años).

En contraposición, el 71,88% de los profesionales manifestó que poseen una concepción amplia de la sexualidad en la discapacidad motora. Ejemplo de esto son las respuestas como: “Que la sexualidad en discapacidad no difiere de las personas que no presentan condición especial, que hay que entenderla en sentido amplio, mucho más que la genitalidad y es un derecho” (Acompañante Terapéutico, 51 años), “Que es un aspecto más dentro de la diversidad de sexualidades, solo que las normas capacitistas, coitocentristas, invisibilizaron otras formas de vivir la sexualidad” (Terapista Ocupacional, 32 años), “La sexualidad es un encuentro con el otro donde se dan situaciones físicas y emocionales que no discriminan si hubiera o no discapacidad” (Psicólogo, 50 años).

En relación con ambas concepciones, se observó que 5 profesionales poseen una concepción amplia de la sexualidad y cuando se pregunta sobre la sexualidad en discapacidad motora manifiestan una concepción ligada a lo genital. A diferencia de otros 4 profesionales que tienen perspectivas restringidas a la genitalidad tanto en lo que respecta a la sexualidad como a la sexualidad en personas con discapacidad motora.

5.1.3 Tensiones entre formación y práctica

Analiza las contradicciones existentes entre la formación profesional y las concepciones sobre sexualidad en personas con discapacidad, así como entre dicha formación y las prácticas de abordaje terapéutico implementadas por los profesionales.

- Tensión entre concepción de sexualidad en discapacidad motora y formación profesional: se encontró que el 12,5% de los profesionales que tienen una perspectiva restringida de la sexualidad en la discapacidad motora tuvieron formación en sexualidad y discapacidad. Ejemplos de perspectiva restringida de la sexualidad en la discapacidad motora son: “que la vida sexual es igual y necesaria para la mayoría de la población por lo cual es importante el acompañamiento y la adaptación del espacio físico (...) para tener una vida sexual activa” (Terapista Ocupacional, 38 años), “es importante abordarlo y generar herramientas que el paciente pueda implementar en su día a día” (Kinesióloga, 37 años).

- Tensión entre concepción de sexualidad en discapacidad y abordaje de la sexualidad en el tratamiento de personas con discapacidad motora: el 18,75% de los profesionales manifestó tener una concepción amplia de la sexualidad, pero al momento de abordar alguna particularidad referida a la sexualidad, derivan al profesional que consideran idóneo para esa demanda. Entre los profesionales que manifiestan esta contradicción, encontramos 3 terapistas ocupacionales, una acompañante, una psicóloga y una fonoaudióloga. Al momento de preguntar sobre el criterio que define la toma de decisión sobre si abordar o no aspectos concernientes a la sexualidad, encontramos respuestas tales como: "lo derivaría al área de psicología ya que no me siento con el conocimiento ni las herramientas para poder disipar dudas" (Terapista Ocupacional, 43 años), "es área de otro profesional" (Fonoaudióloga, 41 años).

5.1.4 Modos de intervención e interdisciplina

Refiere a los modos en que los profesionales intervienen, o deciden no hacerlo, en relación con la sexualidad en personas con discapacidad motora, así como las formas de articulación interdisciplinaria, o no, que se ponen en juego en dicho abordaje.

- Interdisciplina: 100% de la muestra contestó que trabaja de manera interdisciplinaria. Si bien el total de los entrevistados refieren trabajar de forma interdisciplinar, el análisis de los modos de intervención evidencia una lógica pluridisciplinaria de abordaje. Dentro de esta lógica cada disciplina interviene de manera paralela, sin una construcción conjunta del abordaje de la sexualidad.

- Procedimiento de intervención ante la consulta por la sexualidad:
    - ❖ Abordaje (59,4% se abordan igual que otros aspectos del tratamiento): toman dicha decisión, mayoritariamente, por dos motivos. En primer lugar, dan respuesta ya que consideran que la sexualidad es un aspecto más a trabajar, entendiendo a la misma como parte integral de la salud del paciente. En segundo lugar, porque consideran que dar respuesta a estos interrogantes forma parte de sus incumbencias.
    - ❖ Derivación (12,5% deriva a otro profesional): expresaron que su criterio para derivar era no considerar la intervención como pertinente a su rol o formación
    - ❖ Asesoría (12,5% pide asesoría a otro profesional): se debe buscar una forma didáctica, adecuada y/o suficiente según las necesidades de quien consulta. Ejemplos de estas respuestas: "El conocimiento previo del adulto, el lenguaje o la didáctica a la hora de explicarlo, diferentes estrategias/opiniones" (Psicopedagoga, 36 años), "Para darle al acompañado mejores respuestas" (Acompañante terapéutico, 32 años).

- ❖ Evaluación previa (15,6%) evalúa la posibilidad de dar respuesta a la consulta, en caso de no poder dar una respuesta satisfactoria, se busca trabajar de forma interdisciplinaria o derivar a un profesional que se crea idóneo. Ejemplo de estas respuestas son: "Depende siempre del tipo de consulta y respetando el rol profesional se deriva además de orientar" (Psicopedagoga, 38 años), "Es abordada, si no es posible evacuar dudas se recurre a otro profesional" (Acompañante Terapéutico, 34 años).

5.1.5 Obstáculos en la práctica

Refiere a los factores que, según los profesionales, dificultan o limitan el abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad motora.

- Obstáculos ligados a la falta de formación específica: refiere a la ausencia o insuficiencia de instancias formativas sobre sexualidad en discapacidad motora, tanto en carreras de base como en estudios posteriores, identificado por los profesionales como obstáculo central para el abordaje del tema. El 12,5% de los profesionales (N=4) respondió que la falta de formación es un obstáculo para el abordaje terapéutico de la sexualidad en personas con discapacidad motora. Ejemplo de esto es la siguiente respuesta: "[...]En los profesionales de la salud: aquellos que no están formados suelen no responder a las consultas de los pacientes sobre la sexualidad o se lo toman mal" (Terapista ocupacional, 33 años). Otras respuestas que denotan falta de formación refieren a aquellos profesionales que trabajan con niños y manifiestan no abordar la sexualidad por ser una población que no es sexualmente activa. Estos profesionales, al momento de preguntar por la inclusión en el tratamiento de aspectos concernientes a la sexualidad, dan respuestas del tipo "no trabajo con esa población" (Kinesióloga, 37 años) o "no trabajo con estudiantes y/o pacientes que la ejerzan" (Fonoaudióloga, 60 años).

- Obstáculos subjetivos del profesional: incluye creencias, imaginarios, límites e incomodidades personales que los profesionales reconocen, explícita o implícitamente, en relación con la sexualidad y la discapacidad motora. Estos obstáculos inciden en la evitación o la delegación del abordaje terapéutico. El 12,5% de los profesionales (N=4) en sus respuestas dan cuenta de dichas limitaciones e imaginarios que obstaculizan su práctica. "[...]suelen no responder a las consultas de los pacientes sobre la sexualidad o se lo toman mal. También suelen establecer las prioridades del tratamiento dejando en último lugar a la sexualidad" (Terapista ocupacional, 33 años) "[...]en caso de plantearse muches profesionales esquivan la intervención" (Terapista ocupacional, 32 años).

- Obstáculos subjetivos del consultante: refiere a las dificultades que los profesionales atribuyen a las personas con discapacidad para expresar, reconocer o demandar el abordaje de su sexualidad. Quienes manifiestan que existen obstáculos por parte de quien consulta conforman el 34,4% de los profesionales (N=11) y brindaron respuestas como las siguientes: “prejuicios, creencias sobre no ser atractivo” (enfermera, 46 años), “[...]hay barreras corporales y emocionales en cuanto a la forma que se percibe cada persona” (Psicólogo, 50 años).

- Obstáculos subjetivos del entorno familiar: incluye las resistencias, imaginarios y temores del entorno familiar que operan como límite al abordaje de la sexualidad, mediante prácticas de sobreprotección, control, negación o infantilización de las personas con discapacidad. El 9,4% de los profesionales (N=3) expresó que, al momento de abordar cuestiones relativas a la sexualidad en pacientes con discapacidad, la familia puede obstaculizar dicho abordaje. “[...] En los familiares: en ocasiones no habilitan a que su pariente consulte, lo ven como algo malo. O no dan espacio a que existan momentos de intimidad” (Terapista ocupacional, 33 años) “[...] entorno familiar muchas veces represivo de la expresión natural de la misma” (Psicóloga, 49 años).

- Obstáculos socioculturales y sociales: refiere a normas e imaginarios que atraviesan a la sociedad toda que dificultan el abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad motora. Se obtuvieron 6 respuestas de profesionales, conformando el 18,8% de la muestra, que hacen alusión a la obstaculización que proviene del entorno social en el desarrollo de la sexualidad en personas con discapacidad. “la imposibilidad que su sexualidad sea vista por el resto de las personas como algo normal e inherente a todo ser humano” (Terapista ocupacional, 44 años), “[...]la sociedad, o mejor dicho un grupo dentro de la sociedad, piensa que la persona no puede tener relaciones sexuales por su discapacidad” (Acompañante terapéutico, 34 años).

5.1.6 Modalidades de escucha de la demanda.

Refiere a los distintos modos en que los profesionales de la salud interpretan y abordan aquello que el consultante expresa en relación con su sexualidad y/o con su malestar, diferenciando entre una escucha centrada exclusivamente en el motivo manifiesto de consulta y una escucha que atiende a la demanda en sentido amplio, tal como es conceptualizada desde el psicoanálisis. Esta categoría permite analizar tanto las prácticas de escucha de los profesionales de la salud en general como, de manera específica, el posicionamiento del psicólogo frente a la demanda.

- Escucha centrada en el motivo manifiesto de consulta: refiere a una modalidad de escucha en la que el profesional atiende al contenido explícito del discurso del consultante, respondiendo a lo que es formulado de manera directa, sin indagar en los sentidos latentes o en aquello que no es dicho. Entre los profesionales que respondieron solo atender al motivo manifiesto de consulta, encontramos 7 acompañantes terapéuticos, 4 terapistas ocupacionales, 2 fonoaudiólogas, 2 kinesiólogas, 1 psicopedagoga, 1 médica y 1 trabajadora social, conformando el 56,25% de la muestra. Ejemplo de este tipo de escucha son las siguientes respuestas de profesionales: "en caso de que la persona consulte, se intenta abordarlo. Se brindan sugerencias de acuerdo con la consulta" (Terapista ocupacional, 33 años), "Si se refiere a que en mi práctica lo abordo, no. No me ha surgido al momento situación que deba trabajar en mi espacio terapéutico. Si ese fuera el caso lo derivaría a un profesional idóneo" (Fonoaudióloga, 41 años).

- Escucha de la demanda en sentido psicoanalítico: alude a una modalidad de escucha que considera la demanda como una construcción que excede lo enunciado. Esta modalidad se encuentra asociada al rol del psicólogo, aunque no se encuentra limitada exclusivamente a él. La totalidad de los psicólogos que conforman la muestra (N=5) expresaron que realizan una escucha que va más allá del motivo de consulta y que responde a una escucha de la demanda. Además de los psicólogos, se encontró 4 terapistas ocupacionales, 2 psicopedagogas, 1 enfermera, 1 kinesióloga y 1 acompañante terapéutica, conformando así el 43,75% del total de la muestra de profesionales. El siguiente textual da ejemplo de esta escucha: "[...]Las personas que trabajan en Educación Especial pueden ver que muchas veces los chicos se miran, se sonríen o buscan expresar sus emociones y la guía de sus docentes les permite hablar de lo que cada uno de ellos entiende por sexualidad" (Psicólogo, 50 años). Esta escucha también se ve reflejada al momento de leer la respuesta de una enfermera a la pregunta de cómo aborda la sexualidad en sus tratamientos, con "escucha activa" manifestó.

6- DISCUSIÓN

6.1 Imaginarios profesionales sobre la sexualidad en la discapacidad motora y su incidencia en el abordaje terapéutico

En relación con el objetivo general de indagar los imaginarios que poseen los profesionales de la salud acerca de la sexualidad en la discapacidad motora y su incidencia en los criterios que orientan el abordaje terapéutico, los resultados del presente estudio evidencian la presencia de significaciones imaginarias que inciden de manera directa en las modalidades de intervención clínica.

Siguiendo a Castoriadis (2013), los imaginarios sociales constituyen tramas de sentido que organizan la experiencia y orientan las prácticas, más allá de la conciencia reflexiva de los sujetos. En este sentido, las categorías emergentes dan cuenta de que los profesionales, aun cuando sostienen discursos que reconocen la sexualidad como una dimensión constitutiva de la subjetividad, tienden a restringir su abordaje cuando ésta se articula con la discapacidad motora. Esta restricción se manifiesta en la priorización de aspectos funcionales, genitales o reproductivos, en detrimento de dimensiones vinculares, afectivas y simbólicas de la sexualidad.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Freud (1992) conceptualiza la sexualidad como una dimensión amplia y constitutiva de la subjetividad, presente a lo largo de toda la vida y no reducible a la función genital. Esta concepción permite comprender la sexualidad más allá de los aspectos biológicos o reproductivos, incorporando dimensiones vinculares, afectivas y simbólicas. La distancia observada entre este marco teórico y las prácticas profesionales da cuenta de la persistencia de imaginarios que continúan operando como organizadores de las intervenciones terapéuticas, delimitando aquello que se considera legítimo, o no, abordar en la clínica. En este sentido, dichas representaciones no sólo restringen el reconocimiento de la sexualidad en las personas con discapacidad, sino que también inciden en la priorización de ciertos aspectos considerados funcionales en detrimento de otros ligados al deseo, la autonomía y la subjetividad.

6.2 Herramientas conceptuales y enfoques teóricos en el abordaje de la sexualidad

En relación con el objetivo específico de explorar las herramientas conceptuales con las que los profesionales trabajan terapéuticamente la sexualidad en la discapacidad motora, los datos muestran una heterogeneidad de recursos teóricos y técnicos, así como la coexistencia de enfoques diversos y, en ocasiones, contradictorios.

Por un lado, algunos profesionales refieren utilizar herramientas que se inscriben en una concepción integral de la sexualidad, en consonancia con los lineamientos de la Educación Sexual Integral y con desarrollos teóricos que conciben la sexualidad como una dimensión atravesada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, estas herramientas aparecen frecuentemente subordinadas a un enfoque médico-rehabilitador, centrado en la funcionalidad corporal y la adaptación postural.

Desde una lectura foucaultiana, esta prevalencia puede comprenderse como un efecto de los discursos de saber-poder que han históricamente medicalizado la sexualidad, produciendo cuerpos normados y prácticas legitimadas (Foucault, 1977). En este marco, las herramientas conceptuales disponibles no sólo responden a elecciones individuales, sino que se encuentran condicionadas por los regímenes de verdad que circulan en los campos de la salud y la discapacidad.

6.3 Interdisciplina: entre el discurso y la práctica profesional

Respecto del objetivo de analizar si en la práctica profesional se evidencia una perspectiva interdisciplinaria sobre la sexualidad, los resultados indican una brecha significativa entre el discurso declarativo y las prácticas efectivas. Si bien la mayoría de los profesionales reconoce la importancia de un abordaje interdisciplinario, en la práctica predominan modalidades de trabajo fragmentadas o meramente derivativas.

Esta modalidad se aproxima más a un funcionamiento pluridisciplinario que a una verdadera interdisciplina, en tanto no se observa una construcción conjunta del problema ni una articulación sostenida entre saberes. Tal como señala Tajer (2018), los imaginarios profesionales tienden a delimitar incumbencias rígidas, que refuerzan compartimentos estancos y obstaculizan la construcción de abordajes integrales.

Desde esta perspectiva, la sexualidad queda frecuentemente delegada al campo psicológico o excluida del tratamiento, lo que contribuye a su invisibilización como dimensión constitutiva de la subjetividad de las personas con discapacidad motora.

6.4 Demanda, protocolo y escucha clínica

En relación con el objetivo de describir si el abordaje de la sexualidad surge por demanda espontánea del consultante o por protocolo institucional o profesional, los resultados evidencian que la sexualidad rara vez es introducida por iniciativa del profesional, y suele aparecer únicamente cuando es explicitada por el consultante o cuando un protocolo lo habilita.

Este hallazgo resulta relevante si se considera la noción psicoanalítica de demanda, que excede el motivo manifiesto de consulta y se construye en el entramado transferencial (Freud, 1986). Una escucha centrada exclusivamente en la demanda explícita puede contribuir a la invisibilización de aspectos de la sexualidad que, por su carácter socialmente silenciado, no emergen espontáneamente.

Desde este punto de vista, la ausencia de protocolos específicos no debería operar como un obstáculo para el abordaje de la sexualidad, sino como una invitación a revisar la posición del profesional y su disponibilidad para alojar la singularidad de cada sujeto.

6.5 Síntesis integradora

A modo de síntesis, los resultados permiten afirmar que los imaginarios profesionales sobre la sexualidad en la discapacidad motora inciden de manera significativa en los criterios que orientan el abordaje terapéutico. A pesar de la existencia de marcos teóricos y normativos que promueven una concepción integral de la sexualidad, en las prácticas cotidianas persisten lógicas que reproducen enfoques medicalizantes, normalizadores y restrictivos. Dichas prácticas tienden a reducir la sexualidad

a aspectos funcionales, dejando en un segundo plano dimensiones centrales como el deseo, la autonomía, los vínculos y la construcción subjetiva, lo que impacta directamente en las posibilidades de reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales de las personas con discapacidad motora.

Esta tensión entre teoría, discurso y práctica pone de relieve la necesidad de revisar críticamente los procesos de formación profesional, así como los supuestos implícitos que orientan las intervenciones clínicas. En este sentido, se vuelve fundamental promover espacios de reflexión que permitan interrogar los imaginarios que sostienen determinadas prácticas, habilitando lecturas más complejas de la sexualidad en la discapacidad motora. Si bien la muestra con la que se trabajó no es lo suficientemente amplia para realizar una generalización a todos los profesionales de la salud, si habilita líneas de investigación posibles para profundizar y diseñar políticas educativas y formaciones específicas que redireccionen el enfoque hacia la comprensión de la subjetividad. Esto permitirá contribuir a la construcción de abordajes terapéuticos más integrales y respetuosos de los derechos de las personas con discapacidad motora.

7- CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo indagar los imaginarios que poseen los profesionales de la salud sobre la sexualidad en la discapacidad motora y su incidencia en los criterios que orientan el abordaje terapéutico. A partir del análisis de los datos empíricos y su articulación con el marco teórico, fue posible identificar tensiones significativas entre los discursos profesionales, las prácticas clínicas y los paradigmas contemporáneos que orientan el campo de la discapacidad y la sexualidad.

Los resultados permiten afirmar que, si bien se registra un desplazamiento discursivo hacia una concepción amplia de la sexualidad, persisten imaginarios y prácticas que tienden a restringir su abordaje, especialmente cuando se trata de personas con discapacidad motora. Esta restricción se manifiesta en la centralidad otorgada a lo genital, lo funcional o lo reproductivo, así como en la derivación sistemática del abordaje de la sexualidad a determinados profesionales, lo que contribuye a su fragmentación e invisibilización dentro del tratamiento integral.

En este sentido, el análisis realizado pone en evidencia la distancia existente entre los marcos normativos y teóricos vigentes —que promueven un enfoque de derechos y una concepción integral de la sexualidad— y las prácticas efectivas en el ámbito de la salud. La sanción de leyes como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N.º 26.378), la Ley de Salud Mental (Ley N.º 26.657) y la Ley de Educación Sexual Integral (Ley N.º 26.150), junto con el desarrollo de un nuevo paradigma de la discapacidad, han implicado un corrimiento del modelo médico-rehabilitador hacia un enfoque social y de derechos. Sin embargo, los datos muestran que dicho

corrimiento no se encuentra plenamente incorporado en los criterios que orientan las intervenciones terapéuticas cotidianas.

La ESI, en particular, propone una noción de sexualidad que la concibe como una dimensión constitutiva de la subjetividad, atravesada por aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y políticos. No obstante, esta perspectiva aparece escasamente articulada en las prácticas de los profesionales de la salud que trabajan con personas con discapacidad motora, lo que da cuenta de una deuda pendiente en términos de formación y de revisión crítica de los propios posicionamientos profesionales.

Desde una lectura foucaultiana, esta brecha puede comprenderse a partir de la noción de discurso de saber-poder, en tanto los saberes hegemónicos sobre la sexualidad y la discapacidad producen modos legítimos de ser sujeto y delimitan las formas posibles de vivir, o no vivir, la sexualidad (Foucault, 1976). En este marco, las personas con discapacidad han sido históricamente construidas como sujetos asexuados, dependientes o incapaces, lo que continúa operando, de manera explícita o implícita, en los imaginarios profesionales y en las prácticas clínicas.

Asimismo, el análisis de las modalidades de escucha de la demanda permitió identificar que una parte significativa de los profesionales se centra exclusivamente en el motivo manifiesto de consulta, lo que limita la posibilidad de alojar aspectos de la sexualidad que no emergen de forma explícita. En contraposición, aquellas prácticas que incorporan una escucha de la demanda en sentido amplio habilitan un abordaje más integral, en consonancia con una concepción de la sexualidad como dimensión subjetiva y relacional.

En síntesis, los hallazgos de esta investigación ponen de relieve la necesidad de profundizar los procesos de formación profesional en sexualidad y discapacidad, así como de promover espacios de reflexión interdisciplinaria que permitan interrogar los imaginarios y discursos que orientan las prácticas. Avanzar hacia un abordaje verdaderamente integral de la sexualidad en la discapacidad motora implica no sólo la incorporación de nuevos saberes, sino también una revisión crítica de las lógicas de poder que han configurado históricamente los modos de intervenir, de escuchar y de concebir a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y de deseo.

A nuestro entender, creemos que desde el ámbito de la psicología es posible colaborar a reducir estas diferencias entre profesiones a la hora de realizar sus abordajes terapéuticos, así como también se puede incluir un abordaje sobre la sexualidad que atienda los diversos modos de experienciar. Consideramos que, a través del ejercicio e influencia de los discursos de saber y poder que se reflejan en prácticas concretas, es menester atender la incumbencia de la psicología en un trabajo cooperativo y contributivo respecto al cuestionamiento de marcos teóricos establecidos. De este modo, aportar criterios situados

desde la psicología, contribuye a una mejora en los abordajes terapéuticos; como así, un cotejo interdisciplinar que permeabilice el acceso a otro modo de comprender la sexualidad.

Es menester de quienes ejercen y ejerceremos esta profesión contribuir con la (de)construcción de prejuicios e imaginarios que fomenten el ejercicio de profesiones aisladas, que recortan y dividen las esferas del ser en la práctica, como si no conformaran un todo que se influye y confluye.

Es por esto que consideramos fundamental el trabajo de concientización para que otras profesiones en su accionar consideren la importancia de la influencia de la sexualidad en toda persona, y sobre todo poner de manifiesto que ésta sigue ejerciendo su influencia en personas con discapacidad. Sin perder de vista las incumbencias propias de cada profesión, es necesario visualizar que la sexualidad atraviesa todos los aspectos de la vida.

8- AUTOEVALUACIÓN

Lo que motivó a la elección de esta temática fue nuestra experiencia laboral, ya que trabajando como acompañantes terapéuticas pudimos dar cuenta de que no se brindaban espacios para hablar de la relación entre sexualidad y discapacidad en las reuniones de equipo. También pudimos dar cuenta que al momento que la persona con discapacidad motora manifestaba algún comportamiento, conducta o demanda que aluda a su sexualidad esto era evadido por el equipo tratante.

Por otra parte, cuando realizamos el rastreo de antecedentes sobre el tema elegido nos encontramos con estudios e investigaciones que abordaban o bien la sexualidad, o bien la sexualidad y discapacidad pero ninguno de ellos incluía la relación entre los imaginarios de los profesionales de salud acerca de la relación entre sexualidad y discapacidad motora. Esto hizo necesario que al momento de decidir aplicar un instrumento tuviéramos que crearlo en base a nuestros objetivos. Esto se debió a que no encontramos ninguno que fuera posible adaptar o aplicar que incluya todas las variables consideradas en esta investigación.

Para la aplicación de dicho instrumento optamos por realizar un cuestionario a través de la plataforma Google forms ya que permitió llegar a profesionales tanto de la ciudad de Necochea como Mar del Plata, con una herramienta que es de uso frecuente y accesible en todo dispositivo. Al mismo tiempo posibilita que la persona pueda responder cuando dispone del tiempo sin necesidad de acordar un encuentro con las investigadoras. Como contraparte de la utilidad de esta metodología, se presentan algunas limitaciones como, por ejemplo: no tenemos posibilidad de re pregunta así como tampoco de pedir aclaraciones a alguna respuesta. Este instrumento, a su vez, no permite relevar si existe alguna dificultad o inquietud vinculadas a la comprensión de las preguntas formuladas, lo que implica la pérdida de un dato clínico para el análisis de los resultados.

A partir del momento en que elegimos la temática y durante el tiempo transcurrido durante el proceso de investigación, pudimos observar que han surgido nuevas investigaciones relacionadas a este tema. Este proceso nos llevó más de dos años, por lo que los resultados obtenidos en esta tesis podrían ser abordados y ampliados a partir de nuevos desarrollos bibliográficos sobre la temática. También durante el tiempo que nos llevó este proceso se debatieron nuevos proyectos de ley, los cuales decidimos no incluir en el recorte que constituyó nuestro marco teórico.

Referencias Bibliográficas:

- Bianchi, P., Ibargurengoitia, B. Iocco, M. (2011). *Aportes para una aproximación al imaginario social sobre sexualidad en instituciones para personas con discapacidad intelectual desde la perspectiva de la terapia ocupacional.* Tesis de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. http://200.0.183.227:8080/bitstream/handle/123456789/719/TG636_Bianchi_Ibargurengoitia_Iocco_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cahn, L., Lucas, M., Cortelletti, F., Valeriano C. (2020). *Educación Sexual Integral. Guia básica para trabajar en la escuela y en la familia*. Siglo XXI editores.
- Castoriadis, C. (2013). *El Imaginario social instituyente.* Tusquets.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Eudeba
- Cicchini, A. (2021) *Reflexiones sobre la sexualidad luego de una discapacidad física adquirida: experiencia de caso.* XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Cvitanic, L. (2023) *Las representaciones sociales de los profesionales de la Fundación Brisas del Campo sobre la sexualidad en la discapacidad, en la Ciudad de Salta en el año 2023.* Tesis de grado. Universidad Católica de Salta. https://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/doc_num_data.php?explnum_id=3569
- Dulcey Ruiz, E y Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología, Volumen 34,* 17-27. https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf
- Feuvre Orrego, M. (2018). *Construcción de imaginarios sociales sobre el cuerpo y la sexualidad de mujeres con diversidad funcional/ discapacidad desde sus relatos.* [Tesis Magister en Estudios de Género y Cultura Mención Humanidades]. Chile. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152194/Construccion-de-imaginarios-sociales-sobre-el-cuerpo-y-la-sexualidad-de-mujeres.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Freud, S (1978). *Correspondencia con Wilhelm Fliess.* En Obras Completas (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1986a). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Obras Completas (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1986b). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III).* En Obras Completas (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Tres ensayos de teoría sexual.* En Obras Completas (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S (1993a). *La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna.* En Obras Completas (Vol. IX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1993b). *La organización genital infantil.* En Obras Completas (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. 1- La voluntad de saber.* Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Galeano Ospina A., Ramírez Huertas A., Villalobos Alarcón A., Molina A., Tovar D., Moreno Olaya D., Zuluaga Alzate E., Jiménez Torres G., Vargas Barrios K., Torres Tolosa M., Bejarano Olaya N., Pinzón Álvarez R., Cifuentes S., González Aguilera S. (2017). *Análisis de representaciones sociales sobre la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva en la ciudad de Bogotá.* Programa Psicología Universidad Minuto de Dios. Bogotá. Colombia. /https://gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/03/representaciones-sociales-sobre-la-sexualidad-en-personas-con-discapacidad-cognitiva-bogota-1.pdf
- García-Domingo M., Fuentes V., Martín-Cano M., De-la-Fuente Y., (2021). *Concepción de partida y prácticas profesionales de atención a la discapacidad en Bolivia*. Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo. Volumen 10, número 1 (2021), pp. 58-81. Editada por la Cátedra de Cooperación para el Desarrollo de la Universidad de Zaragoza y por la Red Española de Estudios de Desarrollo (REEDES). Zaragoza. https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/2389/1/501-5011-1-PB.pdf
- Guerrero N., Murad R., Forero L., Rivillas J., Jaramillo M. (2021).*Imaginarios acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una exploración de su relación con la violencia sexual en Colombia.* La Manzana de la Discordia. Vol 16, No. 1. Universidad del Valle. Colombia.
- Haldemann G. y Muraro V. (2006). *Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica*. En Memorias de las XIII Jornadas de Investigacion y Segundo Encuentro de Investigadores. En Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas", Tomo II. Buenos Aires.
- Ley 22.431 (1981). Sistema de protección integral de los discapacitados. 20 de marzo de 1981
- Ley 25.326 (2000). De protección de los datos personales. 2 de noviembre del 2000.
- Ley 25.673 (2002). Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos.
- Ley 26.378 (2008). Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. 9 de junio del 2008.
- Ley 27.044 (2014). Otórgase jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.22 de diciembre del 2014.

- Lopez, E. (2022) *Proyecto de integración de la perspectiva de educación sexual integral en diversidad funcional/discapacidad en el centro de dia CERE (Centro educativo recreativo Elortondo)*. [Trabajo de Integración Final, Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario] https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/9e1b0cf3-8669-4ee1-9710-f5d14331d29b/content
- Mercado, N. (2013) *Factores condicionantes de la vivencia de la sexualidad en personas con discapacidad física de la ciudad de Juliaca: 2013*. Revista de Investigación Carrera Profesional Obstetricia. Vol 1, No 2 (2014) . Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2001). CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, Anderson Henao (2018) *Desnaturalización de la inclusión social de la discapacidad. Desujeciones desde una lectura foucaultiana.* Ediciones Universidad Central, Bogotá, D. C., Colombia.
- Portal oficial del Estado Argentino (2008) https://www.argentina.gob.ar/andis/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-ley-26378
- Sampieri, R., Collado, C., Baptista Lucio, M. (2014) *Metodología de la investigación. Sexta edición.* Mexico. Mc Graw Hill Education.
- Tajer D., Reid G., Gaba M., Cuadra M., Solís M. y Fernández Romeral J. (2018). *Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* Papeles de trabajo, número 22, 104-125. https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/article/view/748
- Tajer, Debora (2020): *Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de orientación y salud.* Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- Thompson, Frydman, Lombardi (2009). *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*. En Singular, particular, singular. JVE. Buenos Aires.

Bibliografía:

- Arráez, M., Calles, J., Moreno de Tovar, L. (2006). *La Hermenéutica: una actividad interpretativa.* Scientific Electronic Library Online, Volumen 7. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152006000200012
- Beuchot, M. (1999). *Heurística y Hermenéutica.* México. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad.* Barcelona. Tusquets Editores.
- Dirección general de cultura y educación. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (16 de octubre, 2023) *¿De qué hablamos cuando hablamos de género?* https://continuemosestudiando.abc.gob.ar/contenido/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-genero/
- Freud, S. (1979). *La interpretación de los sueños*. En Obras Completas (Vol. IV-V). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1986). *Recordar, repetir, reelaborar*. En Obras Completas (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (sexta edición)*. México. Ed McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Salazar, J. (2017). *El desarrollo de la teoría sexual en el psicoanálisis freudiano y postfreudiano*. En Wiener, A. M., Salazar J., Puig M. et al. La sexualidad. Ciudad de México: Centro Eleia.
- Santos. A. (2021). *Tres ensayos para una teoría sexual* [Freud, S., 1905]. Aperturas Psicoanalíticas (66), Artículo e12. http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001146
- Ventura Puente Sani, Pedro Oropesa Roblejo, Tatiana Marañón Cardonne, Vanessa María Puente Hernández, José Carlos Puente Hernández. (2021). *La hermenéutica y la heurística como métodos científicos en la educación médica.* X Jornada Científica de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguín.