

Artículo Original

Mujeres, discapacidades y sexualidades: una mirada interseccional desde los discursos en salud

Luz Jiménez Ospina ^{a,*} (ella), María Tenorio Medina ^a (ella) y Andrea Aguilar Arias ^a (ella)

^a Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Rehabilitación Humana, Colombia.

RESUMEN

En esta investigación nos propusimos recoger, a partir de los discursos de mujeres con discapacidad usuarias del servicio de salud y profesionales de la salud, cómo se configuran experiencias sobre la atención a la sexualidad de mujeres con discapacidad en los servicios de salud en Cali, Colombia en el año 2023. Se realizó un estudio de tipo narrativo centrado en los relatos recogidos a partir de entrevistas con dos mujeres con discapacidad y con cinco profesionales de distintas áreas de la salud que se desempeñan en el ámbito académico. La información recogida se analizó de acuerdo a las categorías y a las consideraciones teóricas propuestas para el estudio: “discursos”, como mecanismo de creación y reproducción de prácticas, así como “sexualidad”, “cuerpo”, “género” y “discapacidad”, desde posturas feministas y teorías críticas. Los hallazgos revelan que en el ejercicio de les profesionales de la salud nacen, se perpetúan y reproducen discursos hegemónicos, que se convierten en barreras psicosociales, físicas y comunicativas, en violencias no asumidas que inciden sobre los cuerpos e identidades, produciendo factores de múltiple discriminación que limitan y estereotipan el ejercicio de la sexualidad de las mujeres con discapacidad. Esto permitió concluir que desde la fonoaudiología es indispensable acercarse de forma crítica a los discursos circundantes en el sistema de salud, repensar los significantes y significados, en un proceso de reivindicación del concepto de los cuerpos, las discapacidades y las sexualidades, no sólo como categorías sociales sino como realidades tangibles.

Palabras clave:

Mujer y Sexualidad;
Cuerpo; Discapacidad;
Discursos; Sistema De
Salud y Sexualidad

Women, Disabilities and Sexualities: An Intersectional Perspective from Health Discourses

ABSTRACT

This research set out to explore how experiences related to the sexual health care of women with disabilities are shaped in health services in Cali, Colombia, in 2023, based on the discourses of women with disabilities using health services, as well as health professionals. A narrative study was conducted, drawing on interviews with two women with disabilities and five professionals from various health disciplines who work in academia. The data were analysed based on predefined categories and the theoretical framework guiding the study, which includes: “discourses” as mechanisms for the creation and reproduction of practices, as well as concepts of “sexuality”, “the body”, “gender”, and “disability” from feminist and critical theory perspectives. The findings reveal that hegemonic discourses emerge, persist, and are reproduced within the practices of health professionals. These discourses act as psychosocial, physical, and communicative barriers, constituting forms of unacknowledged violence that impact bodies and identities. These dynamics contribute to multiple forms of discrimination, limiting and stereotyping the sexual expression of women with disabilities. We conclude that speech-language therapy must engage critically with the discourses circulating within the health system. It is essential to rethink the meanings and signifiers for a process that reclaims bodies, disabilities, and sexualities not merely as social categories, but as tangible realities.

Keywords:

Women and Sexuality;
Body; Disability;
Discourses; Health System
and Sexuality

Mulheres, deficiências e sexualidades: Um olhar interseccional desde os discursos na saúde

ABSTRACT

Nesta pesquisa foi proposto recolher, a partir dos discursos de mulheres com deficiência, usuárias do serviço de saúde, e profissionais de saúde, como é que são configuradas experiências sobre a atenção à sexualidade de mulheres com deficiência nos serviços de saúde em Cali, Colômbia no ano de 2023. Foi realizado um estudo de tipo narrativo centrado nos relatos recolhidos a partir de entrevistas com dois mulheres com deficiência e com cinco profissionais de diferentes áreas da saúde que atuam no meio acadêmico. A informação recolhida foi analisada de acordo às categorias e às considerações teóricas propostas para o estudo: “discursos”, como mecanismo de criação e reprodução de práticas, “sexualidade”, “corpo”, “gênero” e “deficiência”, desde posicionamentos feministas e teorias críticas. As descobertas revelam que no exercício dos profissionais da saúde nascem, perpetuam-se e são reproduzidos discursos hegemônicos, que se convertem em barreiras psicossociais, físicas e comunicativas, em violências não assumidas que incidem sobre os corpos e identidades, produzindo fatores de múltipla discriminação que limitam e estereotipam o exercício da sexualidade das mulheres com deficiência. Isto permitiu concluir que desde a Fonoaudiologia é indispensável se aproximar de forma crítica aos discursos circundantes no sistema de saúde, repensar os significantes e significados, num processo de reivindicação do conceito dos corpos, as deficiências e as sexualidades, não só como categorias sociais mas como realidades tangíveis.

Palavras-chave:

Mulher e Sexualidade;
Corpo; Deficiência;
Discursos; Sistema de
Saúde e Sexualidade

*Autor/a correspondiente: Luz Jiménez Ospina
Email: luz.angela.jimenez@correounivalle.edu.co

Recibido: 26-06-2024
Aceptado: 01-04-2025
Publicado: 17-07-2025

INTRODUCCIÓN

La interseccionalidad hace alusión a diferentes formas de discriminación que puede experimentar una persona al reunirse en ella varias categorizaciones sociales que generan desigualdad. La clase, el género, la etnia, la discapacidad o la orientación sexual, cuando se entrelazan y se construyen relacionadamente, se convierten en factores de opresión (Platero, 2012; Ferrándiz-Armero, 2016).

Usamos el concepto para señalar la simultaneidad de opresiones, en este caso por al menos dos categorías que atraviesan a una población: ser mujer y tener discapacidad. Esto fundamentalmente porque la violencia ejercida en torno a la sexualidad de dicha población a menudo se conforma por otras dimensiones; evitando establecer una proposición entre la violencia que sufren las mujeres y la violencia que sufren las personas con discapacidad, sino tomando la convergencia entre una pluralidad de identidades al ser una mujer con discapacidad que vive o desea vivir su sexualidad, entendiendo que en sus realidades, además, se encuentran otras identidades de raza, género, orientación sexual, política, economía y otras subjetividades que no alcanzamos a recoger; procurando acercarnos a los discursos a través de las múltiples capas que estructuran sus vivencias, pero también funcionan como formas

de dominación dificultando el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, esta investigación es una aproximación para la comprensión de la interseccionalidad entre género, discapacidad y sexualidad, recogida en los discursos que comparten las mujeres con discapacidad sobre sus realidades de cuerpos sexuales.

Abordamos en primer lugar el género, un concepto que parte de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, especialmente la diferencia de sexo asignada desde el nacimiento por profesionales de salud, a partir de la cual se deriva tradicionalmente un haz de interpretaciones que atribuyen habilidades -intelectuales, espirituales, físicas-, roles sociales y derechos que no son solo distintos entre unos y otras, sino que se catalogan como de primer y segundo orden (Herrera, 2021). Es bajo esta jerarquía que las sociedades han ideado dispositivos complejos de control, diseñados para imponer límites sobre lo que las mujeres pueden ser y hacer, con la finalidad de que se ajusten a los roles tradicionales de hogar, madre, cuidadora y compañera, al mismo tiempo que se espera de ellas productividad, resiliencia y perfección.

El concepto de género se entiende entonces como un producto de la cultura y la educación, que aunque parte de una diferencia biológica, no reside en esta, pues sus nociones están constituidas

de un “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de esa distinción anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000. p.3). A partir de allí es que se organizan y distribuyen puestos y tareas en la sociedad como “masculinos” y “femeninos”, de “forma dicotómica, esencialista y con elementos jerárquicos” (Musto, 2014, p. 359).

Encontramos entonces dos asuntos que se convierten en una construcción y producto sociopolítico: el género y el cuerpo. Formas de poder que se promueven entre parámetros de lo normal como la regla y lo distinto como aquello que es un error, que debe ser corregido, normalizado, dando a entender que lo distinto- las mujeres con discapacidad- no cumplen las funciones o roles dispuestos en el sistema, no produce, no cuida, no es femenina, no es deseable, no es autosuficiente, no reproduce más cuerpos normativos (Foucault, 1999; Ludittas Sexxxuales, 2015; Maldonado, 2023; Manada de Lobxs, 2015).

El género se convierte en ideal regulatorio de construcción de la corporalidad, de modo que el discurso (los sistemas de signos) sobre la masculinidad y la feminidad y las técnicas de normalización de las identidades sexuales se transforman en agente de control y modelización de las formas de vida en las que esos cuerpos se expresan (Manada de Lobxs, 2015). Imaginarios, discursos poderosos, construcciones de cuerpo y género que establecen identidades normativas en las cuales las mujeres con discapacidad incomodan.

Teorías sociológicas y feministas plantean la deconstrucción de esquemas excluyentes y la construcción de identidades diversas, defendiendo que “el sujeto del conocimiento es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón están constituidas por su contexto histórico concreto y son especialmente relevantes para la epistemología” (Guzmán y Pérez. 2007, p. 327). Buscan introducir intereses y objetivos feministas en el discurso, convirtiendo a la mujer en el sujeto para el cual se procura la representación política (Butler, 2007).

Alrededor del concepto de mujer es cómo se organizan y cómo queremos que se organicen las sociedades para dar cabida a la diversidad y así plantear “la feminidad y la masculinidad como hechos indeterminados, mutables, es decir, modificables de acuerdo con la sociedad que queremos construir” (Lagarde, 1994, p.25). La importancia de entender el género y los cuerpos como un constructo social yace en la posibilidad de repensar las prácticas que lo construyen y reproducen (Jones, et al. 2015).

Investigaciones sobre el cuerpo de la mujer con discapacidad revelan que, desde el ámbito biomédico, las corporalidades no normativas se perciben como problemas de salud, perpetuando discursos que legitiman prácticas violentas y excluyentes, invisibilizando y limitando su participación. Las personas excluidas se posicionan hoy de forma desafiante para construir discursos alternativos. Desde el modelo social abordamos el concepto de discapacidad, definido como “fenómeno social, resultado de unos condicionantes sobre la convivencia cotidiana de las personas con discapacidad que conllevan obstáculos, marginalización y exclusión. Es la sociedad discapacitadora, en cuanto a ideas preconcebidas, estigmas, prejuicios” (Ferreira, 2007, p. 10).

Los cuerpos con discapacidad, como parte de los cuerpos al margen de la norma, requieren conceptualizaciones diferentes, no solo para definir qué es la discapacidad o sus implicaciones, sino para considerar asuntos políticos y prácticos que inciden directamente en la vida de quienes la viven. Factores individuales, barreras y facilitadores del contexto son asuntos interseccionales que inciden sobre la autonomía y la participación. Revuelta y Hernández proponen emplear el término discapacidad como opresión al “reconocer y visibilizar la posición de inferioridad de las personas con discapacidad respecto de otros en la sociedad, y también dar cuenta de que esa posición estaba relacionada con ideologías que la justificaban y perpetuaban” (2021, p. 18).

A pesar de que una sexta parte de la población mundial tiene discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), persisten discursos de biopoder que restringen, discriminan, vulneran, excluyen y asexúan a estas personas, convirtiendo al sistema de salud en un sistema que, según Maldonado (2023), “históricamente ha ejercido prácticas violentas hacia la diversidad sexual” como fue planteado en su ponencia, presentada en el Simposio de Investigaciones en Salud en Cali, Colombia.

La vulneración de derechos hacia las mujeres con discapacidad, nuestro tercer concepto a definir, es sistemática en razón de su sexualidad, producto del modelo ideológico tradicional, cohibiéndolas de vivir abiertamente su sexualidad sin un propósito de procreación y reforzando el mito de que son seres asexuales, dependientes del cuidado o víctimas merecedoras de compasión, a quienes se atiende su sexualidad con fines netamente reproductivos.

Aun cuando la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) definen la sexualidad como una dimensión central del ser humano, que va más allá de un tercero, pues aunque

sí implica el sexo, también abarca asuntos psicológicos, sociales, biológicos, y culturales. Asimismo, implica las identidades, el conocimiento del cuerpo y la relación con este, los roles de género, el erotismo, placer, intimidad y orientación sexual, los lazos afectivos, el amor, placer y reproducción (OMS, 2006; UNESCO, 2018). Así que al hablar de sexualidad y derechos sexuales es indispensable poner el foco en los discursos y las prácticas de comunicación y transmisión de información, pues la sexualidad es un proceso de desarrollo prolongado y mutable, que se construye, cambia y experimenta en el curso de vida, que se da fundamentalmente en interacción social. Por lo tanto, es una “vertiente multidimensionada entre las distintas facetas del ser humano” (Bejarano-Franco et al., 2021, p. 2).

La sexualidad no es sinónimo de relaciones sexuales, no consiste en si tenemos orgasmos o no, tampoco se trata de nuestras vivencias o experiencias eróticas, es más bien el derecho innegable, que viene relacionado con la posibilidad de elegir y decidir de forma individual y autónoma la manera de manifestarse (Clos y Deulofeu, 2022). El erotismo y el sexo sí forman parte de la sexualidad, pero también podrían no hacerlo, pues la sexualidad es todo un conjunto, diverso y diferente para cada persona y cada momento de la vida, su ejercicio es vital en aspectos interpersonales, emocionales y sociales, es

“La energía que nos motiva a encontrar el amor, el contacto, el afecto y la intimidad; se expresa en la forma en que sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados; se trata tanto acerca de ser sensual como de ser sexual. La sexualidad influye en los pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y por lo tanto en nuestra salud mental y física” (Langfeldt y Porter, 1986, citado en Boccardi, 2020, p. 16).

Se vislumbran narrativas emancipadoras desde los estudios críticos de la discapacidad que sostienen que es necesario realizar “reflexiones transversales que permitan cuestionar el modo en que se construye la sociedad. Desde la discapacidad, es posible comprender la definición de mecanismos reguladores que permiten desechar la variabilidad que 'incómoda' a la verdad que normaliza y estandariza los cuerpos” (Revuelta y Hernández, 2021, p. 19).

Revuelta y Hernández (2021) proponen una mirada de interseccionalidad e identidades múltiples desde el feminismo y la discapacidad. Desglosan el sexo, sexualidad y discapacidad, identificando un desarrollo más significativo de la dimensión pública de la discapacidad que de la dimensión privada, emocional y que concierne a las experiencias de sujetos que no

son colectivamente homogéneos. De la misma manera en que la reproducción es limitada y cercenada, les profesionales de la salud controlan las manifestaciones de la sexualidad.

Cuando se entrelazan las categorizaciones de sexo y discapacidad, las condiciones físicas de las mujeres se plasman como asuntos que deben resolverse o normalizarse desde las instituciones de salud, mas no se contempla esta interseccionalidad para garantizar el ejercicio pleno de actividades sexuales y de placer.

La sexualidad es un universo simbólico, construido sobre una realidad biológica: el sexo, en una complicada mezcla de estructuras fisiológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales, juegos de poder. Como metáfora lingüística: el sexo es el signifiante y la sexualidad el conjunto de significados afectivos, prácticos o ideológicos que le atribuimos (Marina, 2002, p.31).

Los discursos, elementos del campo del saber fonoaudiológico e hilo conductor de este estudio, se definen como “formas lingüísticas que se ponen en funcionamiento para construir formas de comunicación y de representación del mundo” (Palacios-Sierra y Sierra, 2011, p. 387). Son más que un conjunto de recursos lingüísticos en función de la representación del mundo, pues construyen, mantienen, replican y refuerzan las distintas interpretaciones que se hacen de las representaciones de la sociedad, de las prácticas sociales y de las relaciones entre los seres humanos; las consolida y las genera, estructurando áreas de conocimiento y de acción. Se rigen como mecanismo de control que genera desigualdad en función de quién, dónde y cómo se emiten. Foucault (1971) señala una circulación restringida de los discursos, mediada por condicionamientos que los regulan, autorizándolos o desautorizándolos para mantener el orden social establecido y de aquello que cabe para no deslegitimar los discursos validados por aquellos en posiciones sociales superiores. Así, nos condicionamos a la replicación y escucha constante de los discursos hegemónicos, hasta asumirlos como propios, como el saber y el conocimiento, interiorizándolos al actuar en su consecución.

La fonoaudiología debe apostar a la construcción de discursos alternativos que reconozcan los cuerpos femeninos diversos, no normativos, en un imperativo por hacer distinciones entre la realidad y lo socialmente construido, cuestionando los roles asignados a la feminidad para establecer en el sistema de salud prácticas y discursos que aborden la intersección de necesidades de cada individuo. Inquietud que se recoge en la pregunta que orientó la investigación: ¿Cuál es el lugar de la sexualidad en los

discursos de un grupo de profesionales de la salud y un grupo de mujeres con discapacidad desde sus experiencias en el sistema de salud?

Es necesario transitar hacia una transformación de los discursos según las realidades de cada persona, reconociendo que la sexualidad es diversa, no normativa y visibiliza distintas realidades, cuerpos y roles. Esto permitirá transmitir que el sexo, la afectividad, el reconocimiento y exploración del cuerpo, es decir, la sexualidad en general, es un derecho para las mujeres con discapacidad (Aponte y Eslava, 2008).

Objetivo general

Develar el lugar de la sexualidad de las mujeres con discapacidad en los discursos narrados por mujeres con discapacidad usuarias del servicio de salud y por profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito académico.

Objetivos específicos

- Indagar sobre los discursos de sexualidad presentes en las experiencias de mujeres con discapacidad al recibir atención en el sector salud.
- Identificar los discursos que circundan en las experiencias de profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito académico, en relación con la sexualidad de las mujeres con discapacidad.

MÉTODO

Diseño

Se selecciona un diseño metodológico de tipo narrativo biográfico, “cuyo objeto son los relatos recogidos en situaciones de diálogo interactivo, mediante datos observacionales, relatos que los informantes cuentan, relatos escuchados por el investigador, y los modelos teóricos” (Bolívar, 2012. p.2). Siendo una metodología sensible y flexible, que permite el análisis de perspectivas diversas y discursos en torno a mujeres, discapacidades y sexualidades que hacen parte de un mismo sistema, en este caso el sistema de salud.

Participantes

Para determinar el grupo poblacional 1 (profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito académico), se inició la búsqueda de información en la página de la facultad de salud de la Universidad del Valle - Cali, Colombia. En primer lugar, se buscaron las escuelas y se revisaron las mallas curriculares de

nueve programas académicos. A partir de esta información se creó una base de datos en la que se incluyeron los siguientes datos: asignaturas relacionadas con el tema de investigación, semestre en que se imparte la asignatura, áreas del conocimiento, nombre completo de cada docente a cargo, sus intereses o líneas de investigación y correos electrónicos de contacto.

Una vez analizada la información recogida en la base de datos, se seleccionaron los programas que, en el ejercicio profesional de la atención en salud, pudiesen tener relación más directa para garantizar experiencias e interacciones comunicativas para analizar. A partir de ello, se les extendió la invitación a participar y se recibió respuesta solo de los siguientes programas: Enfermería, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Atención Pre hospitalaria (mujeres) y la Dirección del programa de Medicina de la Universidad del Valle (hombre), situada en Cali - Valle del Cauca, Colombia.

El grupo de participantes lo conformaron cuatro mujeres y un hombre, cuyas edades se encontraban entre los 47 y los 57 años. Todos tenían título vigente como profesionales de salud y han ejercido la docencia universitaria por más de 20 años en el ámbito clínico. En sus trayectorias como profesionales han atendido a mujeres con discapacidad en consulta externa, urgencias o cuidados intensivos.

A continuación entregamos una breve descripción de los perfiles de cada participante, respecto al momento en que se realizó el trabajo de campo de la investigación:

La primera mujer, enfermera jefe, se encuentra vinculada a la sociedad Cuidado de Enfermería para Salud Sexual y Reproductiva. Magíster en enfermería con énfasis en Materno Infantil. Su interés investigativo se halla en la pedagogía para el cuidado.

La segunda participante es fisioterapeuta con especialización cardiorrespiratoria de un instituto en Brasil. Su interés investigativo se centra en los campos de fisioterapia cardiovascular pulmonar. Además, pertenece a la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

La siguiente participante es médica y cirujana de una universidad pública de la ciudad (Cali) y realizó su especialización en medicina crítica y cuidado intensivo en una universidad privada. Adicionalmente, posee una maestría en desarrollo humano sustentable con énfasis en atención y prevención de desastres.

La cuarta participante cuenta con un título profesional en terapia ocupacional, con especialización en psicología para niñas y

magíster en filosofía. Dentro de sus áreas de interés se encuentran la intervención ocupacional en el sector educativo y el desarrollo humano.

El último participante se titula como médico y cirujano con especialidad en medicina familiar de una universidad pública. Además, posee un magíster en educación de una universidad privada. En relación con sus líneas investigativas se encuentra la educación médica y atención primaria. También destaca por ser miembro de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.

En cuanto al Grupo 2 (mujeres con discapacidad), se realizó búsqueda de información en páginas web, blogs y redes sociales, empleando las variables: mujer, discapacidad, sexualidad, Cali. Esto, con el objetivo de encontrar organizaciones, colectivos, grupos de apoyo o instituciones donde se aborden temas relacionados con sexualidad, donde trabajen con mujeres de la ciudad de Cali, con población con discapacidad o con cualquiera de sus intersecciones.

Posterior a ello, se creó una base de datos: nombre, tipo de entidad, ¿trabaja con mujeres?, ¿trabaja con discapacidad?, ¿trabaja con sexualidad?, nombre de la o el representante legal, medio de contacto (redes sociales, correo electrónico o número de teléfono) y dirección. Luego, se redactó un correo electrónico con una infografía y un documento adjunto, a través de los cuales se presentó el trabajo de investigación. En este se incluyeron los aspectos centrales como el objetivo general, el tiempo de participación, la metodología del trabajo de campo, aspectos a analizar y generalidades del consentimiento informado.

Posteriormente, se enviaron trece correos electrónicos y tres mensajes por redes sociales a instituciones, colectivos u organizaciones que trabajan con mujeres, discapacidades o sexualidades. En estos correos o mensajes se solicitaron los datos de contacto de posibles participantes.

Al recibir respuesta de los primeros correos enviados, se envió nuevamente toda la información relacionada con la investigación.

En cuanto a las organizaciones de las cuales no se recibió respuesta, se realizaron dieciséis llamadas telefónicas, en las que se pretendía indagar sobre la recepción de la información. Tras las respuestas, se lograron concertar encuentros presenciales con dos mujeres para realizar firma de consentimiento y entrevista en profundidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se conforma el Grupo 2 de la siguiente manera: dos mujeres quienes refieren presentar un solo diagnóstico de discapacidad. Siendo acorde al criterio de

exclusión de poseer una sola discapacidad para así, posibilitar que cada participante pudiese asumir un rol activo y autónomo para comunicarse durante las entrevistas. En el caso de las participantes afirman presentar discapacidad física adquirida y son usuarias de silla de ruedas.

Una de ellas, de 45 años, realizó estudios universitarios en trabajo social y es posgraduada en sociología en una universidad pública en Cali, Colombia. Se reconoce como una mujer con discapacidad, usuaria de silla de ruedas, feminista, lesbiana en unión marital y activista por los derechos de las mujeres con discapacidad. Actualmente, trabaja como profesora universitaria y en proyectos relacionados con el activismo de mujeres con discapacidad. Presenta el certificado de discapacidad expedido por un médico, una fisioterapeuta, y un psicólogo ante el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

La segunda mujer, de 47 años, es presidenta de la Junta de Acción Comunal del barrio de Puertas del Sol, Cali. Es representante del Comité Local de Discapacidad y secretaria de la Asociación de Juntas de Acciones Comunes de la Comuna 14. Actualmente, está en un proceso de formación técnica para el título de auxiliar Administrativo en Salud, en una institución pública en Cali. Se reconoce como una mujer negra, con discapacidad física, usuaria de silla de ruedas y activista por los derechos de las mujeres con discapacidad. Es soltera, madre de dos hijas y abuela. Sustenta su diagnóstico con el certificado de discapacidad expedido por la junta regional de calificación de invalidez del Valle del Cauca.

Es importante mencionar que el reclutamiento o acceso a participantes fue un proceso dificultoso, aun empleando diferentes medios de comunicación para la difusión de la invitación a participar. Especialmente en el caso de las mujeres con discapacidad, pues también se empleó la técnica de “bola de nieve” para convocar más participantes que tuvieran relación cercana con alguna de las ya entrevistadas. Ante esto, la respuesta fue negativa, ya que, las mujeres referidas mencionaron que no era un tema que pudiesen abordar de manera placentera o con total confianza ante un micrófono.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes.

Criterios de Inclusión	
Grupo 1 Profesionales de la Salud	Grupo 2 Mujeres con Discapacidad
Profesionales que se encuentren vinculados a la prestación de servicios en el sistema de salud.	Mujeres mayores de edad que tengan algún diagnóstico médico de discapacidad con el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).
Profesionales que se desempeñen en áreas de la salud como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional o Fisioterapia.	Mujeres que tengan la posibilidad de comunicar sus narrativas personales, sea por sus propios medios, con intérprete o con alguna herramienta comunicativa.
Profesionales que cumplen el rol de Director o Directora en los programas académicos de la facultad de Salud de alguna universidad pública.	Mujeres que se encuentren vinculadas al sistema de salud, ya sea en el régimen contributivo o subsidiado.
Criterios de Exclusión	
Grupo 1 Profesionales de la Salud	Grupo 2 Mujeres con Discapacidad
Profesionales en formación y profesionales de la salud que no hayan ejercido en la atención a mujeres con discapacidad.	Mujeres que presentan discapacidad múltiple.

Instrumentos

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad de tipo semiestructuradas. Robles (2011) define la entrevista en profundidad como un método de recolección de información, empleado en los estudios cualitativos que permiten al investigador situar fenómenos sociales. Se centra en un contacto cara a cara que posibilita ahondar en tiempo real sobre información pertinente para análisis más amplios. Además, teje vínculos de confianza para el desarrollo y construcción de datos. Esta tiene como objetivo:

“adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y

alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro” (Robles, 2011, p.2).

Este instrumento fue implementado como una estrategia para profundizar en el análisis del lenguaje como mediador simbólico de los significados que concurren en el discurso, permitiéndonos así obtener información amplia sobre los discursos que circulan en el sistema de salud, desde la perspectiva de quienes prestan servicios en salud e imparten conocimientos en la academia y desde la perspectiva de quienes reciben los servicios de salud: las mujeres con discapacidad. Reconociendo y contrastando en el análisis la información de dos realidades y los discursos que se dan en ambas.

En el caso del grupo 1, se indagó sobre las concepciones de discapacidad que reconocen o emplean dentro de su ejercicio profesional; además de la percepción del cuerpo y la sexualidad, subyacentes a su trayectoria académica y experiencias profesionales. A partir de ello, se derivaron otras preguntas abiertas, en relación con sus intervenciones y discursos actuales.

En el caso del grupo 2, las preguntas se organizaron en tres tópicos: el primero, datos personales y sociopolíticos; el segundo, su condición de salud y discapacidad; y por último, el abordaje o acompañamiento que han tenido dentro de su entidad prestadora de salud con respecto a su sexualidad. Ellas fueron las primeras fuentes directas de información, pues con base en sus relatos, se diseñó la entrevista dirigida al grupo 1, para así confrontar los discursos que circundan en el sector salud.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en 3 fases:

1. Alistamiento

La identificación y contacto con los grupos de participantes se realizó mediante distintos métodos descritos anteriormente en el apartado Participantes.

2. Correspondencia

Se realizaron encuentros presenciales para socializar la investigación, firmar los consentimientos informados de grabación de audio y emplear los instrumentos de recolección de información. El grupo 1 completó la encuesta mediante Google Forms, con un espacio para resolver dudas o ampliar respuestas. Con el grupo 2 se realizaron entrevistas que indagaron sobre las experiencias de vida de las mujeres con discapacidad en relación con género y sexualidad en el marco de los servicios de salud.

3. *Análisis y discusión*

Se transcribió todo el material grabado en audio (aproximadamente 4 horas) para construir categorías y analizar los resultados en coherencia con los objetivos del estudio. El análisis se enriqueció con una revisión documental transversal al ejercicio investigativo. La lectura de los textos permitió afianzar las posturas del estudio desde una perspectiva postestructuralista, con mayor claridad sobre los conceptos de biopoder y críticas feministas, para identificar el lugar de la sexualidad en los discursos de ambos grupos de participantes. Finalmente, las tres investigadoras realizaron un ejercicio de introspección y narrativa autobiográfica, relatando las realidades de sus propias interseccionalidades. Este ejercicio buscó reconocer vivencias derivadas de prácticas y discursos en un sistema patriarcal, heteronormativo y capacitista, que instaure estereotipos de belleza, capacidades, sexualidad y raza ligados al género, configurándose en marcos de opresión, discriminación y violencia, obligándonos como mujeres a simbolizar nuestros cuerpos como campos de resistencia.

Consideraciones éticas

Según la Resolución N° 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación posee un riesgo mínimo y contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad. Se aseguró la confidencialidad de cada participante mediante codificación y restricción del acceso a la información, usada solo con fines académicos. Las participantes del grupo 2 fueron contactadas directamente, informadas sobre las implicaciones de su participación y los riesgos minimizados. En los consentimientos informados (ver anexo 1 y 2), se explicitó que debían asistir a los encuentros acordados y aceptar la grabación. Esta investigación beneficia a las participantes, ofreciéndoles un papel activo y contribuyendo al conocimiento sobre salud y sexualidad de las mujeres con discapacidad.

RESULTADOS

Discursos de sexualidad plasmados en las experiencias de las mujeres con discapacidad desde sus propias voces

En el proceso de esta investigación reconocimos a dos mujeres con historias de resiliencia, que enfrentan día a día barreras comunicativas, estructurales y sistemáticas originadas en discursos hegemónicos replicados a lo largo de los años. Discursos normalizadores tan arraigados en la individualidad que permean el funcionamiento de un sistema de salud que, por más

que se autodenomina como un sistema del servicio integral a la humanidad, establece barreras que se interponen al ejercicio pleno de salud y esto se evidencia en las voces de las mujeres entrevistadas.

“Las citologías, un gallo las citologías, es una cosa loca. Por lo menos en Cauquita me pasaba mucho: que el guarda me tenía que ayudar. Entonces yo le decía, ¿por qué? Siempre ponen para hacer la citología las que están enfermitas de los hombros, las que tienen condiciones de salud delicadas, que no pueden hacer fuerza. Entonces hay que buscar, de los usuarios que están afuera, quién puede ayudar a cargar para subir en esa camilla altota, para sacar la muestra de la citología. Yo le dije un día, esto es una violencia contra nosotras, porque lo que falta es que el vigilante, el guarda, me baje los calzones” (M1M).

Durante la conversación, en todos los relatos, las mujeres con discapacidad a voz proyectada manifiestan “una invisibilización de las posibilidades de acceso al placer, al erotismo y a la sexualidad misma” (A2M).

Los cuerpos de las mujeres con discapacidad no son contemplados como un solo ser, sino que son fragmentados, se invalidan sus necesidades y se ignoran las realidades sexuales particulares; “... es un aspecto (la sexualidad) que es tan precario, que ni siquiera se ha nombrado, pues ni en el sistema de salud, ni en las familias, que a las mujeres pareciera que se les olvidará” (A2M).

Las mujeres entrevistadas identifican la existencia de una gran cantidad de tabúes y mitos que se anteponen sobre sus vivencias y necesidades cuando ellas se enfrentan al sistema de salud, lo que resulta en discursos y patrones conductuales de violencia.

“Yo no sé si eso se lo podríamos llamar violencia obstétrica, un médico que cuando preguntó por mi orientación sexual, me preguntó por la citología, si me había hecho la citología; yo le dije que no. Entonces, me preguntó que si yo no tenía relaciones sexuales, yo le dije que sí, que tenía vida sexual activa. Y me dijo que entonces, por qué no estaba planificando, y yo le dije que era lesbiana. Justamente iba con mi compañera. Entonces, cuando él escucha eso, me dice, ¿y has visto ninfómanas?” (A2M)

Sin embargo, habitando cuerpos convertidos en campos de resistencia, surgen discursos y prácticas alternativas, que confrontan la permanencia del modelo ideológico tradicional que asocia la felicidad o plenitud femenina con tener pareja, resaltando las formas en que se mantiene esta expectativa social

de establecer una familia, “es como si el cuerpo de las mujeres solamente fuera pensado para la procreación y la reproducción, y no más allá de eso” (A2M).

Este tipo de discursos, replicados en el sistema de salud, eluden asuntos importantes al proporcionar atención e información a otras cuerpas, tal como las implicaciones particulares que puede tener un diagnóstico de discapacidad para el ejercicio de la sexualidad para una mujer con discapacidad, lo que lleva a esta población a crear espacios de resistencia, grupos de mujeres que buscan cambiar o crear los discursos desde la experiencia misma: “Porque el ser humano, la sociedad cree, los médicos creen, que la persona con discapacidad no siente (...) Cuando me quedé en la silla de ruedas me di cuenta de que era tan bonita, empecé a organizarme, a usar perfume, a maquillarme. Bueno, empecé a conocerme a mí y a tener ese amor por mí” (M1M).

Al tornar el tópico de la entrevista sobre las barreras comunicativas y el grupo de profesionales de la salud, las mujeres les describen entre líneas en sus relatos como sujetos que pasan por alto el uso de estrategias comunicativas, que no garantizan el acceso a la información sobre el autoconocimiento, autonomía, poder de decisión y disfrute, por lo que se hacen tangibles en la cotidianidad las barreras para ejercer su derecho como seres sexuales. “...para las personas con discapacidad, todo lo que está en la esfera psicosocial, todas las barreras en la comunicación” (A2M).

En la forma en que las mujeres relatan la atención de salud en los eventos alrededor de la adquisición de la discapacidad se hace evidente que hablar de cuerpos con discapacidad sigue siendo un tabú, la omisión de discursos, la separación de cuerpo e identidad, de cuerpo y sexualidad.

“E- ¿un profesional se acercó a contarle cuál había sido, pues, su condición? ¿Había sido un diálogo privado con usted?

A2M- No, no, no. Fue un asunto de... Bueno, digamos que ese diagnóstico fue bien particular porque, digamos que en las rondas pues que se hacen en los hospitales cuando unos está hospitalizado pues empiezan a comentar el paciente y el neurólogo les dice a sus estudiantes como: es una paciente de 18 años, no sé qué, cuadripléjica, y cuando los escucho yo como que, pues yo ya sabía que mi situación era muy compleja, pero no sabía pues lo que estaba pasando con mi cuerpo y cuando los escucho ya sé de qué se trata...Entonces, lo conversan y es allí donde yo me doy cuenta, pero ningún profesional se sentó conmigo a

decirme mira... no. Sí, seguramente con mi mamá, sí. Pero conmigo no”.

Lo que da cuenta que el abordaje de la sexualidad en el sistema de salud es intrascendente. No se le otorga relevancia a asuntos relacionados con el cuerpo más allá de prácticas médico rehabilitadoras, lo cual suprime la carga simbólica que posee este:

“...sí, sigue siendo un tabú (la sexualidad), pero más allá del tabú es que... no por el tabú, sino porque es un aspecto que se invisibiliza y entonces termina naturalizándose la no conversación frente a la sexualidad. ¿Me hago entender lo que quiero decir?, es como si eso de facto estuviera por fuera de la experiencia de una mujer con discapacidad (A2M).

Discursos de sexualidad replicados dentro del sistema de la salud desde las voces de profesionales

En este apartado, en nuestro rol de profesionales de la salud, buscamos identificar en las experiencias del grupo de profesionales de la salud, los discursos que se reproducen en la atención en lo que concierne a la sexualidad de las mujeres con discapacidad; encontramos que este es un tema que se habla a baja intensidad, un tabú dentro de los consultorios; mientras en los pasillos se murmuran palabras como “el lisiado, el cojo”; “incapacitada, parapléjica, retardo mental, persona con dificultad,” o “discapacitado” (Respuestas de SD1, SD2, ED3 y CD5 en la encuesta). Es un asunto que no se aborda de manera integral y que se estigmatiza, especialmente cuando se trata de esta población.

Se evidencia una indiferencia por el cumplimiento de los derechos sexuales, se reconoce su existencia y su importancia como un asunto discursivo, social y político, sin embargo, se omite de las prácticas profesionales, volcando la atención al componente de reproducción: la planificación familiar, la gestación, el parto, el postparto o interrupción del embarazo, este último tomando más importancia cuando se involucra la discapacidad; cuestión que se convierte en una contradicción, pues al hablar de “cuerpo” los discursos se dirigen hacia las facultades reproductivas

“E- ¿Cree usted que el cuerpo de las mujeres con discapacidad es diferente? ¿Por qué?

SD1:Tienen los mismos órganos, la misma fisiología reproductiva de una persona sin discapacidad”.

Sin embargo, aunque el asunto de la reproducción resalta, no se hacen valer estos derechos porque luego discursos como: “Entonces uno no es quién para juzgar, una mujer que queda

parapléjica y dicen, pero para qué se embarazó, si ella no lo puede tener, no lo puede criar, no. Ese “no”, tal vez está en nosotros, son imaginarios” (SD1) despojan a las cuerpos con discapacidad de su derecho de agencia y decisión sobre sí mismas y sus deseos sexuales y reproductivos.

Existe una contradicción constante en las prácticas (o más bien en la evasión de ellas) y los discursos de quienes son profesionales en la salud. Por un lado aparece una insistencia por brindar calidad de vida, brindar autonomía, recuperar habilidades o informar; y por el otro lado resalta la imposibilidad de atender o comunicar asuntos relacionados con uno de los aspectos más amplios e importantes del ser humano, especialmente con las mujeres:

“Si me tocara abordar a mí el tema, creo que no lo haría. Ni tampoco estaría interesada en hacerlo. Pero eso no significa que no le dé la validez y busque quién lo haga. ¿Si me entiendes? Porque no me siento cómoda” (SD2).

Esta incomodidad, desde la que se vulneran derechos y se invisibilizan necesidades, se evidenció particularmente en las cuatro participantes profesionales mujeres, asunto que resalta ante la comodidad que se deja entrever en las narrativas del participante hombre, quien habla de sexualidad desde la libertad y la experiencia misma del privilegio masculino en este sistema patriarcal. Leemos entre líneas que como mujeres, aun siendo profesionales, nos regimos bajo las restricciones de dicho sistema, incómodas de habitar nuestras cuerpos fuera de los roles, los contextos y los lenguajes preestablecidos.

Ellas hablaron desde las vivencias como mujeres, desde un lugar de silencio sistemático, violencias que se hacen sentir y que dejan reconocer un gran vacío en el conocimiento y en la praxis profesional: “pues como si el tema de sexualidad para mujeres sin discapacidad ya estuviera resuelto. Entonces yo parto del principio de que eso no está todavía abordado” (SD2). Mientras que él, habló desde las posibilidades de reconocimiento que le brinda ser hombre en un sistema diseñado para ellos, privilegiado con el conocimiento y la validación social, reconoce que “Eso (la sexualidad de las mujeres con discapacidad) es muy poco tratado y digamos que es muy ignorado. Y al final se vuelve como que el paciente lo tiene que sufrir en silencio porque nadie se lo dice” (CD5).

Durante las entrevistas aparecen discursos de negación y rechazo ante la necesidad de considerar, en todos los tipos de atención, las intersecciones que coexisten en cada cuerpo, suprimiendo la carga simbólica que expresa cada una, con mapas o huellas de experiencias vividas de forma individual, colectiva, extra o intramural (fuera de un escenario médico):

“De hecho, uno, para serte honesta, ni el morbo existe, porque uno está tan pendiente de salvarle la vida al otro, que en ese momento no te das cuenta si tiene pucheca o no la tiene. O sea, en esos momentos el cuerpo es otro contexto” (ED3).

Esta negación se refleja desde la academia, pues aunque se diseñen asignaturas para el abordaje de sexualidad y discapacidad, no se imparten las herramientas y conocimientos necesarios a quienes serán profesionales en torno a las necesidades específicas de la población, sino que se continúa replicando un modelo de reproducción normalizado:

“Hay una materia que ustedes mencionaron, que es Medicina Física y Rehabilitación, ¿si? Entonces, pero yo conozco el programa de la asignatura y yo sé que no está... De hecho, de hecho, off the record, el doctor Pineda dijo eso no... (risas) Pero por ejemplo, los residentes de Medicina Familiar rotan en Medicina Física un tiempo, y son los residentes de Medicina Familiar, los que les dan charlas a ellos sobre la sexualidad en las personas con discapacidad, porque no es una problemática que ellos aborden directamente” (CD5).

Al hablar de las funciones o servicios que el grupo de profesionales de la salud entrevistado, han brindado o brindan a sus usuarias, aparecen discursos que excluyen las cuerpos con discapacidad de aspectos esenciales de la vida, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida, las opciones de desarrollo personal y familiar y la participación en la vida social-afectiva. Se reitera en acciones, prácticas y relatos de fragmentación, donde las cuerpos son despojadas de su identidad para poder ser normalizadas, rehabilitadas “porque para eso estamos, ¿cierto? Para salvar, para pensar en funcionalidad, que el paciente salga temprano. Pero con esa connotación de sexualidad, seguro que yo por lo menos nunca lo he hecho” (ED3).

Con esto, en las respuestas se hizo visible que las mujeres con discapacidad se enfrentan con factores de discriminación, con imaginarios y estereotipos sociales, siendo reconocidas, en palabras del grupo de profesionales de la salud, como “asexuadas o hipersexuales” (SD1) o “La creencia de que son niñas eternas” (JD4).

Factores de discriminación más comunes de lo que podemos imaginar, generando asignación de juicios de valor personal, que salen de lo ético profesional, basado en la inexperiencia alrededor del tema, desligando el cuerpo de las necesidades reales y profundas de cada mujer como ser sexual en construcción

individual en donde confluyen distintas identidades. Aparece la infantilización en todos los tipos de atención, durante las entrevistas estas mujeres eran llamadas a colación como “las niñas” y aunque el grupo de profesionales evitaron profundizar en las dinámicas de atención en el momento de las consultas, las mujeres pusieron en evidencia las prácticas discursivas que dejan entrever que los imaginarios de infantilización les permea:

“E - ¿usted ha notado que le hablan o se dirijan a su acompañante y no a usted?

A2M - Muchas veces. Pero, pues, digamos que yo con eso soy muy radical y siempre lo hago explícito. Que la información es para mí, que me informen a mí.

E - Pero usted, o sea, ¿es necesario que se haga la aclaración?

A2M - Por supuesto, todo el tiempo”.

Replicamos acciones, informamos y comunicamos desde los imaginarios hegemónicos, machistas y capacitistas. En cierta etapa de esta investigación, nosotras nos convertimos en sujetos de estudio, miramos hacia adentro y valoramos nuestras propias realidades, recorridos como mujeres y formación como profesionales, haciéndonos conscientes de la cantidad de situaciones de comunicación en las cuales nuestra historia permea nuestro actuar y es generadora o replicadora de lenguajes, verbales y no verbales, que categorizan e impactan la vida misma.

DISCUSIÓN

Esta investigación se centró en los discursos de sexualidad contruidos por las realidades y experiencias de mujeres con discapacidad y por un grupo de profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito académico, en conjunto con nuestras voces en procesos de reflexión crítica. Tres mujeres nos embarcamos en el cuestionamiento reflexivo sobre la sexualidad de esta población, intentando conocer y dar a conocer el impacto de los discursos en esta área fundamental de la vida humana.

A partir de allí, como profesionales de la salud, logramos reconocer que hoy hacemos parte de un sistema que, desde el biopoder y sus discursos de alto status, ejerce control sobre cuerpos y cuerpos que no son nuestros, replicando prácticas eugenésicas legitimadas por discursos médicos-higiénicos que promueven la noción de individuo “ideal”, biológicamente homogéneo, marginando los derechos y los deseos de los cuerpos

diferentes, justificado en una intervención que entre líneas, se dirige a la mejora de la población humana (Cruz-Pérez, 2015).

Tabla 2. Categorías para el análisis de información.

Categoría 1. Discursos
<p>C1.1. Discursos de sexualidad plasmados en las experiencias de las mujeres con discapacidad desde sus propias voces</p> <p>Permite identificar cómo las mujeres con discapacidad perciben su sexualidad; en relación con su cuerpo, placer, erotismo, identidad, roles asumidos, su autonomía de decisión, entre otros. En razón de sus vivencias en el sistema de salud.</p>
<p>C1.2. Discursos de sexualidad replicados dentro del sistema de la salud desde las voces de profesionales</p> <p>Permite reconocer las características epistemológicas de los discursos verbales y no verbales producidos y empleados por profesionales de la salud y la noción que estos expresan de la sexualidad de las mujeres con discapacidad. Teniendo en cuenta, asuntos como el cuerpo, placer y erotismo.</p>
<p>C1.3. El lugar de los discursos sobre sexualidad de las mujeres con discapacidad</p> <p>Permite analizar, reflexionar e interpretar todos los datos recopilados para dar cuenta de cuál es la concepción de sexualidad construida a nivel social y cómo ha condicionado las experiencias de las mujeres con discapacidad y de profesionales de la salud, incluyendo a las investigadoras.</p>

Así, se sigue construyendo un sistema desde el cual se promulga un enfoque de prácticas heteronormativas y capacitistas desde las que no se contemplan otras formas de vivir la sexualidad, invalidando a otras y sus formas de ser o estar en el mundo. A pesar de esto, se reconoce la sexualidad tanto como un asunto que involucra relaciones discursivas verbales y no verbales, que impactan la autopercepción de cada mujer y su relación con terceras personas, así como un asunto individual y personal, pero aún más social, que se desarrolla y se vive en habitaciones a puerta cerrada, pero también en tiendas de ropa, en peluquerías, en la universidad o en un restaurante, y que abarca asuntos psicológicos, sociales, biológicos y culturales.

Persiste el capacitismo como práctica discursiva y ejercicio profesional, consolidando barreras y factores de opresión que atribuyen roles deficitarios a las mujeres con discapacidad, sin reconocerlas como agentes de interacción comunicativa y

socialización autónoma, con facultades de ejercer la toma de decisiones sobre sus cuerpos.

Es una permanente omisión de la responsabilidad, como academia y como profesionales contamos con el privilegio de que nuestros discursos tienen un status que aporta poder a lo que decimos o a aquello que decidimos no decir, que tiene cabida como una “epistemología de la ignorancia” (Tuana 2006, citada por Ruiz-Trejo y Dauder, 2018) desde la cual nos negamos a saber o conocer sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad para no afectar nuestros privilegios o intereses, pues implicaría incomodarnos, evaluar desde posturas críticas aquello que decimos, desde dónde, por qué y hacia quién; mirar hacia adentro y hacia afuera, con el fin de generar nuevas prácticas discursivas que promuevan el ejercicio pleno de la sexualidad en interseccionalidad con la discapacidad, el género y otros factores de opresión, iniciando por ejemplo, en el reconocimiento de los vacíos de información sobre el tema durante la formación académica.

Por lo que, en la omisión de esta necesidad latente, día a día se replican discursos que generan una barrera estructural que impide la comunicación efectiva de necesidades e información durante la atención, llevando a las mujeres a desistir en el intento de hacer escuchar sus requerimientos, inquietudes y deseos sexuales en cuerpos con discapacidad; así que la sexualidad integral se esconde dentro de los espacios médicos y esto, se extiende a la esfera social; donde la discriminación, opresión, y el sistema patriarcal y hetero normativo se interponen.

Y así es como se generaliza y se expande la normalización de servicios de salud y profesionales carentes de herramientas comunicativas para abordar la sexualidad, y los requerimientos de hablantes y oyentes en torno al tema. En la actualidad es apremiante que contemplemos otros aspectos o estrategias de comunicación, donde la oralidad no sea el único mecanismo de creación y replicación de los discursos o de transmisión de información, pues se hace visible que también el silencio transmite mensajes y que los cuerpos llevan escritos sobre sexualidad, reflejando identidades y trayectorias de vida. Las emociones, las expresiones faciales, las acciones o la omisión comunican más que la oralidad.

La omisión ha llegado tan lejos, que resulta más fácil para nosotras como mujeres en un sistema patriarcal, evadir aquello que queremos saber, que se manifiesta como una necesidad, pero que socialmente nos es negado. Nos enseñaron a no preguntar sobre nuestras cuerpos, a no explorar nuestra sexualidad a satanizar el placer y el erotismo; y en esa línea de despojos, de

silencios, tabúes y mitos, les es arrebatado, a las mujeres con discapacidad, su derecho de agencia y decisión.

Por tanto, es un común denominador que las mujeres hablemos en susurros sobre los “asuntos de mujeres”, se comenta sólo entre amigas temas como la menstruación o el deseo sexual. En consecuencia se construyen identidades no normativas que anhelan romper con un sistema sexo/género de corporalidad normativa donde la mujer con discapacidad desenchaja, es insuficiente o se omite por minoría. “El cuerpo es una construcción socio-cultural y un aparato semiótico de representaciones que confiere significado: identidad, valor, prestigio, posición en el sistema de parentesco, status en la jerarquía social, etc.” (Lauretis, citada por Manada de Lobxs, 2015. p. 59). Entonces, las necesidades de las cuerpos deberían ser un asunto más relevante.

En suma, tendría que existir el acompañamiento profesional que parta del deseo individual de las mujeres sobre su cuerpo, como dueñas de este; y de las diversas formas de existir en las realidades para gozar de una sexualidad plena. Es indispensable abandonar la búsqueda de la funcionalidad basada en la normalización que desliga a la mujer con discapacidad de una identidad sexual, observando con lentes distintos al de la reproducción y el de los roles de género instaurados, con el fin de empezar a considerar el cuerpo y la sexualidad de forma integral, como un pilar fundamental en el desarrollo personal e identitario de cada mujer con discapacidad.

CONCLUSIÓN

En conclusión, en la sexualidad femenina en general y de las mujeres con discapacidad en particular, se omite o está atravesada por el mito y la infantilización, convirtiéndola en un asunto que incomoda, uno del que mejor no se habla, al punto de situarla en un lugar insustancial dentro de los discursos, que desde la omisión se convierten en violencias sistemáticas, evadiendo lo que los cuerpos con discapacidad desean comunicar y vivenciar alrededor de su sexualidad, placer y erotismo.

La infantilización apareció como un discurso que invisibiliza el rol sociopolítico de cada mujer dentro de los servicios médicos, se anula su existencia, en una búsqueda constante de que otro -familiar, profesional de la salud o acompañante- tome decisiones sobre un cuerpo que le es ajeno, negando las posibilidades de acceso a la información, al afecto, al disfrute sexual, al conocimiento y exploración del cuerpo. Desde el discurso de “niñas eternas” se les sitúa siempre bajo el dominio y protección

de otros. A las mujeres con discapacidad no se les brinda información sobre las particularidades o cambios en su cuerpo, se les niega el derecho a decidir sobre su orientación sexual, sobre cuándo, con quien y cómo tener relaciones sexuales o acceder al placer, no se les da información sobre los métodos de planificación, otros toman las decisiones sobre las formas de maternar o interrumpir un embarazo, prácticas y omisiones que les sentencia a la mirada de lástima, a la soltería, a las actividades infantiles y la estigmatización del deseo.

Se hizo evidente que en el sistema de salud, persisten discursos y prácticas normalizadoras que perpetúan las relaciones de biopoder desde las cuales se violenta verbal, física y psicológicamente a las mujeres con discapacidad. En la atención en salud permanece hoy día, casi inamovible, el modelo médico-rehabilitador desde el cual se persigue una idea de cuerpos sanos, implementando acciones normalizadoras, rehabilitadoras que incapacitan y dejan a la persona con discapacidad como un asunto por resolver.

A diario, en cada consulta médica o terapéutica se impactan vidas a través de lo que se dice y lo que no se dice. La comunicación crea, condiciona, y permea nuestro actuar como individuo y como comunidad, por lo que los discursos configuran construcciones corpóreas, especialmente aquellos que cargan con un alto status como lo son los discursos que se desarrollan y se reproducen por los profesionales de la salud. Y hasta la actualidad han sido contruidos sin contemplar la gran responsabilidad que debemos asumir como profesionales y como personas para abordar la sexualidad de las mujeres, continuamente relegamos otras formas de comunicar, de ser y estar como un cuerpo sexual en el sistema, incidiendo directamente y durante todo el curso de vida, en la construcción y descubrimiento de identidades interseccionales.

Es el momento de cuestionar, de mirar desde adentro la forma en que nos percibimos como mujeres y hombres profesionales en contacto con mujeres con discapacidad, es momento de interactuar con la sexualidad, con el erotismo y con el placer, rompiendo silencios y reestructurando los roles asignados al género u otras categorizaciones. Entender desde la individualidad, las intersecciones que atraviesan cada realidad, identificando, escuchando, leyendo las necesidades y deseos de cada mujer con discapacidad, teniendo en cuenta los factores de opresión o discriminación que confluyen en ella.

La sexualidad tiene gran diversidad de ejes de intervención, aunque no son abordadas todas aquí, identificamos la comunicación y la sexualidad como un área en la cual debemos adentrarnos, que nos impacta a nosotras y a las mujeres que atendemos, pues los discursos alrededor del tema son relevantes

en las transformaciones socioculturales. Esto se convierte en una necesidad desde la fonoaudiología crítica, pues ella ha de acercarse y cuestionar estos discursos circundantes, para repensar los significantes y significados, en un proceso de reivindicación del concepto de los cuerpos con discapacidad y su sexualidad, y para que pasen de ser categorías sociales, a ser realidades tangibles.

Discursos alternativos constituidos por un lenguaje incluyente y claro, ajeno al sexismo, los estereotipos racistas, clasistas, capacitistas o heterosexistas; ajeno a la discriminación, contrarrestando las ideologías de fragmentación del cuerpo para contribuir a los estudios de la comunicación del cuerpo con discapacidad como ente sexual.

Hacemos un llamado a la academia, a las instituciones prestadoras de salud y a quienes son profesionales de la salud a transitar hacia nuevos paradigmas en el reconocimiento de sus propios cuerpos e identidades sexuales, en la formación y en la atención a las mujeres con discapacidad, garantizando la transmisión y recepción de información comprensible y accesible para todas. Las prácticas y los discursos en salud pueden ser el camino para perpetuar un sistema de opresión o, por el contrario, podemos hacerlo una alternativa para la emancipación de las mujeres con discapacidad y su sexualidad.

Hablemos de sexo, de cuerpos, de placer, de erotismo; reconociendo nuestra historia y nuestra trayectoria, dando un paso hacia el reconocimiento de otras cuerpos y otros cuerpos en formas diversas de vivir la sexualidad. Es imperioso abrir espacio al diálogo, a la conversación y a la reflexión, escuchar y ser escuchadas para construir discursos alternativos, para habitar cuerpos rebeldes y dar atención a asuntos que históricamente nos han sido arrebatados.

REFERENCIAS

- Aponte, D. y Eslava K. (2008). Transgresiones femeninas. *Revista de Trabajo Social y Desarrollo Humano*, (13), 125-148. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i13.1180>
- Bejarano-Franco, M. T., Martínez-Martín, I. y Telléz-Delgado, V. (2021). Narrativas del profesorado universitario en sexualidad e igualdad. *Athenea Digital*, 21(3), e3041. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3041>
- Boccardi, F. G. (2020). Lo “sexual” y lo “reproductivo” Una genealogía de las definiciones de sexualidad en la arena discursiva internacional de los derechos. *Kairos: Revista de temas sociales*, (46), 4-33.
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico-narrativa: Recogida y análisis de datos. En Passeggi, M. C. y Abrahao, M. H. (Eds.),

Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto) biográfica (pp. 79-109). Editoria da PUCRS.

Butler J. (2007). *El género en disputa, el feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós Ibérica S.A.

Clos, C. y Deulofeu, G. (2022). *Sensuales: relatos de sexo y afecto en la discapacidad*. Comanegra.

Cruz-Pérez, M. P. (2015). Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: El papel de las y los prestadores de servicios. *La ventana*, 5(42), 7-45.

Ferrándiz-Armero, I. (2016). Reseña de Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada, de Lucas Platero [Ed.]. *Perifèria*, 21(2), 120-129. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.589>

Ferreira, Miguel (2007, 24-26 de octubre). *Sociología de la discapacidad: Investigación compromiso*. III Congreso Nacional Discapacidad y Universidad. Zaragoza, España. https://www.um.es/discatifi/TEORIA/Ferreira_Zaragoza.pdf

Foucault, M. (1971). *El orden del discurso* (A. González Troyano, Trad.). Tusquets Editores.

Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.

Guzmán, M. y Pérez, A. (2007) La teoría de género y su principio de demarcación científica. *Cinta de Moebio*, 30, 320-333.

Herrera, F. (2021) Girls are like flowers; Boys are like footballs. *Boyhood Studies*, 14 (1), 45-62. <https://doi.org/10.3167/bhs.2021.140104>

Jones, S., Duarte, T., Astorga, N., Pardo, M. y Sepúlveda, R. (2015). Aproximación a la experiencia de cuerpo y sexualidad de un grupo de mujeres chilenas con discapacidad física congénita. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 19-32. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2015.37127>

Lagarde, M. (1994). Perspectiva de género. *Diakonia*, (71), 23-29.

Lamas M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24.

Ludittas Sexxxuales. (2015). *Ética amatoria del deseo libertario y las afectaciones libres y alegres*. Queen Ludd.

Manada de Lobxs. (2015). *Foucault para encapuchadas*. Queen Ludd.

Marina, J. A. (2002). *El rompecabezas de la sexualidad*. Anagrama.

Musto, M. (2014). Athletes in the pool, girls and boys on deck: The contextual construction of gender in coed youth swimming. *Gender & Society*, 28(3), 359-380. <https://doi.org/10.1177/0891243213515945>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad* (revisado el 12 en octubre de 2022). <https://csetoolkit.unesco.org/es/toolkit/el-caso/que-es-la-educacion-integral-en-sexualidad#:~:text=La%20sexualidad%20es%20compleja%20e,2018>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (revisado en octubre de 2022). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023) *Discapacidad. Centro de Prensa OMS* (revisado en junio de 2023). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Palacios-Sierra, M. y Sierra, G. (2011). Corpus para el análisis del discurso del concepto de ad hoc-cracia. En P. Cantos-Gómez y A. Sánchez-Pérez (Eds.), *A survey of corpus-based research* (pp. 386-398). Asociación Española de Lingüística del Corpus.

Platero, L. M. (2012). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Ediciones Bellaterra.

Revuelta, B. y Hernández, R. (2021). Estudios críticos en discapacidad: Aportes epistemológicos de un campo plural. *Cinta de Moebio*, (70), 17-33. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2021000100017>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.

Ruiz-Trejo, M. y Dauder, G. (2018). Los talleres “epistémico-corporales” como herramientas reflexivas sobre la práctica etnográfica. *Universitas Humanística*, (86), 55-82. <https://doi.org/10.11144/Javierana.uh86.tech>