

2011

Aportes para una aproximación al imaginario social sobre sexualidad en instituciones para personas con discapacidad intelectual desde la perspectiva de la terapia ocupacional

Bianchi, Patricia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/719>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4118

**UNA APROXIMACION AL IMAGINARIO SOCIAL SOBRE
SEXUALIDAD EN INSTITUCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA**

Trabajo de Grado presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social para optar al título de Licenciada en Terapia Ocupacional.

Por

**Bianchi, Patricia
Ibargurengoitia, Bernarda
Iocco, Ma. Noelia**

Mar del Plata.

2011

Lic. en Psicología: Más, Fermín

Director de Tesis

Lic. en Terapia Ocupacional: Alessio, Candelaria

Codirectora de Tesis

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| Biblioteca C.E.C.S. y S.S. | |
| Inventario 4118 | Signatura top / |
| Vol / | Cantidad: 1 |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

01 OCT 2012

Tesistas

Bianchi, Patricia

DNI 26.457.548

Iburgurengoitia, Bernarda

DNI 31.554.528

Iocco, Ma. Noelia

DNI 32.603.966

Índice

| | |
|---|--------------|
| Introducción..... | Pág.1 |
| Estado Actual de la Cuestión..... | Pág.4 |
| Marco Teórico | |
| <u>Capitulo 1:</u> | |
| Sexualidad..... | Pág.14 |
| Bibliografía capitulo 1..... | Pág.28 |
| <u>Capitulo 2:</u> | |
| Instituciones, imaginarios sociales y practicas sociales..... | Pág.30 |
| Anexo capítulo 2: Centros de Día como institución..... | Pág.39 |
| Bibliografía capitulo 2..... | Pág.44 |
| <u>Capitulo 3:</u> | |
| Sección 1: Discapacidad Intelectual..... | Pág.46 |
| Bibliografía sección 1..... | Pág.56 |
| Sección 2: Sexualidad y Discapacidad Intelectual..... | Pág.58 |
| Bibliografía sección 2..... | Pág.70 |
| <u>Capitulo 4:</u> | |
| Abordaje de Sexualidad desde Terapia Ocupacional en Centros de Día para Personas con Discapacidad Intelectual..... | Pág.72 |

| | |
|--|----------------|
| Bibliografía capítulo 4..... | Pág.82 |
| Aspectos Metodológicos | |
| Tema..... | Pág.85 |
| Problema..... | Pág.85 |
| Objetivo General..... | Pág.85 |
| Objetivos Específicos..... | Pág.85 |
| Tipo de Diseño..... | Pág.86 |
| Variable..... | Pág.87 |
| Definición Conceptual..... | Pág.87 |
| Definición Operacional..... | Pág.87 |
| Dimensionamiento..... | Pág.90 |
| Casos..... | Pag.91 |
| Unidad de Análisis..... | Pag.91 |
| Muestra..... | Pág.91 |
| Método de Selección de la Muestra..... | Pág.92 |
| Técnicas de Recolección de datos..... | Pág.93 |
| Método de Recolección de datos..... | Pág.93 |
| Análisis de Datos..... | Pág.95 |
| Bibliografía Aspectos Metodológicos..... | Pág.97 |
| Presentación, Análisis e Interpretación de Datos..... | Pág.98 |
| Consideraciones Finales..... | Pág.122 |

Anexo I

Carta de Presentación..... Pág.128

Anexo II

Instrumento de recolección de datos. Entrevista
final..... Pág.130

Anexo III

Instrumento de recolección de datos Prueba piloto..... Pág.134

Anexo IV

Tablas y Gráficos de Preguntas Situacionales..... Pág.138

Anexo V

Red Conceptual de Términos..... Pág.139

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Director Fermín que nos supo orientar cuando más lo necesitábamos; por su paciencia, contención, compromiso, dedicación y BUENA ONDA! Gracias por aguantar a éstas tres brujas sin importar días ni horarios.

A nuestra Co- Directora Candelaria, por compartir sus conocimientos y por su dedicación desinteresada.

A todas las Terapistas Ocupacionales que colaboraron en éste estudio.

A Juli, por brindarnos sus conocimientos tecnológicos.

Y a todos los que de una u otra manera colaboraron en este trabajo.

Ber, Noe y Pato

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a toda mi familia, y en especial a mi mamá por el apoyo incondicional y aliento en todos los momentos de mi vida. A mi abuela Blanca y a la memoria de mi abuelo Pedro que siempre estuvieron conmigo y me dieron fuerzas para creer en mis proyectos.

A Juan, mi amor y compañero, que estuvo al lado mío en las buenas y en las no tan buenas. Gracias por compartir este momento y todos los demás y... parte de el título es tuyo!!!!

A Noe y a Ber ... chicas lo hicimos posible!! Gracias por permitirme conocerlas y... Que no se corte!!! Aun nos queda largo camino por recorrer y puertas por abrir... Éxitos!

A mis amigas del alma de Neco y de Mar del que siempre estuvieron y supieron entender mis ausencias en esta última etapa.

A todos y cada uno de ustedes... Gracias!!!

Pato

Quiero dedicar éste momento y agradecer a todas las personas que además de acompañarme fueron el sostén durante todo éste largo camino de formación.

A mi familia por haberme dado la posibilidad de estudiar, a vos Mamá que siempre fuiste el motor para que me superara día a día, que siempre me diste tu tranquilidad en cada examen y hoy puedo decir que seguís tan presente, a vos Papá por el apoyo incondicional y por creer en mi, a vos Paco que sos mi hermano del alma y conviviste con migo durante esta larga carrera aguantándome todo y a vos abuela que haces hasta lo que no podés para verme bien y entera.

A Matías por ser mi compañero, por confiar en que el amor se podía construir a la distancia, por esperarme siempre y acompañarme en el momento justo para que pudiera seguir adelante.

A todos mis amigos, a los más viejos que compartieron estos 7 años conmigo y a los que encontré en éste camino y de los cuales me acordaré siempre. A Vale, que por algo la vida nos junto hace tanto y hoy compartimos la misma vocación.

A Ber y a Pato, por encontrarme o por dejarse encontrar y conocer, porque sin la contención de ustedes, éste hoy no hubiese sido posible. Por tantos momentos compartidos y por los que aun nos quedan por compartir. Nos encontramos 18: 30 en lo de Ber!

A todos gracias

Noe

Estoy muy agradecida de tener conmigo a la gente que me acompaña y la que lo ha hecho a lo largo de estos años.

En especial quiero agradecer y dedicar este trabajo a Mamá y Papá, por estar SIEMPRE; por sacrificarse en los momentos más difíciles para que yo pueda estudiar, porque me enseñaron que con esfuerzo todo se puede, y porque hoy soy lo que soy gracias a ellos.

Gracias Papá por llamarme cada vez que iba a rendir y por hacerme sentir que mis sentimientos eran los tuyos; a Mamá por esa fortaleza que contagias al igual que las ganas de superación constante. LOS AMO!

A Juli, mil gracias por aguantarme en mis días “difíciles” y por haberme acompañado en esta etapa.

A la Abuela Lita, por brindarme siempre su amor y preocupación por mí.

A Camila, por darme ese sobrino tan hermoso, Fausto.

A Pato y Noe, que sin conocernos pudimos formar un gran grupo.

A mis amigas, que me apoyaron y escucharon largas horas hablar sobre la tesis.

Y al resto de la familia y amigos que estuvieron conmigo presente pese a la distancia!

Gracias a todos!

Ber

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es inherente al ser humano desde que nace hasta que muere. Abarca la totalidad de la persona en sus aspectos tanto biológicos como psicológicos, sociales, espirituales y emocionales. Por ello, es considerada en esta investigación desde la concepción de los Derechos Humanos en este sentido integral y pleno.

Es por esto que el fundamento de ésta tesis, radica en propiciar la reflexión sobre nuestra implicación como profesionales de salud en nuestro trabajo cotidiano con personas con discapacidad intelectual, que asisten a Centros de Día, acerca de la temática de la sexualidad.

Las prácticas de intervención como Terapistas Ocupacionales en esta área, no sólo van a estar influenciadas por nuestra formación, sino también por los imaginarios sociales acerca de las personas con discapacidad y sus condiciones concretas de existencia, incluyendo las formas de desarrollo y vivencia de su sexualidad.

Los imaginarios sociales entendidos como: “magma de significaciones imaginarias sociales, las cuales son llevadas por la sociedad e incorporadas a ella”, operan permanentemente en las acciones de las personas; es decir, se constituyen como esquemas que permiten percibir e interpretar la realidad, para luego intervenir de acuerdo a ello.

Se pretende entonces, con esta tesis, realizar un acercamiento y descripción de los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales de los Centros de Día de la Ciudad de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual.

Para ésto, resulta necesario hacer una breve referencia a la historia de la sexualidad considerando diferentes épocas, desde el siglo IV a. C hasta la actualidad, la misma se realizará en el capítulo 1, con la finalidad de conocer cómo se han construido los imaginarios sociales, cuál ha sido su evolución y comprender cómo determinan nuestras intervenciones cotidianas en un marco institucional.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Se realizaron búsquedas bibliográficas pertinentes al tema de tesis utilizando como palabras clave: Sexualidad, Discapacidad Intelectual, Terapia Ocupacional, Centros de Día e Imaginarios sociales en:

- bases de datos de la Biblioteca del Centro Médico de la Ciudad de Mar del Plata.

- bases de datos de la Biblioteca del HPC de la Ciudad de Mar del Plata.

- bases de datos de la Biblioteca Central de la UNMDP.

- base de datos de la Biblioteca de la Fac. de Cs de la Salud y Servicio Social de la UNMDP.

- base de datos de la Biblioteca de la Fac. de Psicología de la UNMDP.

- sede PAMI de la Ciudad de Mar del Plata.

- búsquedas específicas en Internet en diferentes buscadores (Google académico, Yahoo, Medline, Pubmed).

Se detallan a continuación investigaciones referidas a la sexualidad y la discapacidad intelectual, la intervención de la terapia ocupacional en ésta temática, y también investigaciones institucionales desde Terapia Ocupacional.

SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

- Con el propósito de describir las percepciones y actitudes sociales hacia la sexualidad y la discapacidad y cómo el estigma social difiere entre las personas que viven con discapacidades visibles e invisibles, se realizó una investigación denominada “Actitudes y percepciones hacia la discapacidad y la sexualidad” (S/D). Se utilizó un enfoque cualitativo y la muestra del estudio estuvo integrada por proveedores de servicios, personas con discapacidades visibles, personas con discapacidades invisibles y público en general. Los resultados arrojaron que las personas con discapacidad son comúnmente vistas como asexuales. La escasa información y educación sobre la sexualidad y la discapacidad se consideró un factor importante que contribuye a la estigmatización de la discapacidad y la sexualidad.

Se concluyó que el estigma puede llevar a los individuos a internalizar conceptos de asexualidad y puede influir negativamente en la confianza, el deseo y la capacidad de encontrar una pareja sexual. Se sugirió además que las investigaciones futuras deberían centrarse en la mejor forma de educar e informar a todos los actores de la sociedad.

- En el estudio “Sexualidad y relaciones para personas con discapacidad intelectual. Perspectivas servicio-usuario”, realizado por

Healy, E. y cols en el Departamento de Sanidad Pública del Hospital Parque Merlin, Galway, Irlanda publicado en la revista "Discapacidad Intelectual" en el año 2009, se sostiene que, a pesar del reciente cambio ideológico acerca del reconocimiento de la autonomía sexual para personas con discapacidad intelectual, hay continuas barreras sociales y culturales con respecto a la expresión sexual. Se evaluó el conocimiento sexual, experiencias y aspiraciones de los usuarios del servicio para personas con discapacidad intelectual, así como también, se examinaron sus percepciones sobre impedimentos para lograr autonomía sexual. El análisis mostró que los usuarios del servicio, especialmente aquellos de más de 18 años, entendían sus derechos sexuales, pero también identificaron barreras sociales y culturales que sentían que les impedían alcanzar una autonomía sexual. Aquellos de menos de 18 años, sólo poseían un conocimiento rudimentario de asuntos de la sexualidad, tales como embarazo y autonomía sexual, pero aspiraban a relaciones y matrimonio del mismo modo que los mayores de 18 años. En todos los que respondieron, tanto la familia como los integrantes del staff profesional fueron de mucha influencia. Se concluyó que los usuarios del servicio entendían sus derechos sexuales y las barreras sociales y ambientales que les impedían alcanzarlos. La educación sexual y la promoción de actitudes positivas que favorezcan la expresión sexual es crítica para el alcance de la autonomía sexual para personas con discapacidad intelectual.

- En el estudio “La sexualidad y las relaciones personales de las personas con discapacidad intelectual. El personal y las perspectivas de los cuidadores y familias”, llevado a cabo por Evans, D. y cols en el Departamento de Sanidad Pública del Hospital Parque Merlín, Galway, Irlanda publicado en la revista “Discapacidad Intelectual” en el año 2009 se enuncia que los últimos cambios ideológicos en la prestación de servicios promueven la expresión sexual apropiada para las personas con discapacidad intelectual, aunque hay poca evidencia de que éstos avances en la ideología se correspondan con la prestación del servicio actual. En éste estudio se evaluaron las actitudes del personal y los cuidadores o familiares hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Los resultados obtenidos refirieron que en general, los cuidadores eran más proclives que los familiares para discutir abiertamente temas de sexualidad con los usuarios. Se concluyó que comparados con las actitudes de la familia hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, las actitudes entre los grupos de cuidadores, pueden conducir a enfoques inconsistentes al manejo de la sexualidad, y, además, que existe una necesidad de proporcionar al personal y a la familia oportunidades para el diálogo y una necesidad continua de formación en el ámbito de la sexualidad.

SEXUALIDAD Y TERAPIA OCUPACIONAL:

- En el año 1986, Neistadt ME. realizó en Massachussets, EE.UU. un estudio denominado “Orientación sexual para adultos con discapacidad: un módulo para un plan de estudios de terapia

ocupacional”, donde se destacó que los terapeutas ocupacionales, así como otros profesionales de la rehabilitación, son conscientes de que la orientación sexual es un aspecto importante de la rehabilitación. Sin embargo, los terapeutas ocupacionales tienen recursos limitados dentro de su profesión para la formación en este ámbito. Este artículo describió el desarrollo, la filosofía, metas, objetivos, y el formato del módulo de "la sexualidad y la discapacidad" que se ofreció a los estudiantes de terapia ocupacional en la Universidad Tufts. Se concluyó que todos los estudiantes consideraron el módulo pertinente a su programa académico y que otras escuelas de Terapia Ocupacional quisieran incorporar un componente similar en sus planes de estudio para ampliar los recursos dentro de la profesión en el asesoramiento para la formación en sexualidad.

- La Tesis de Grado de Lic. En Terapia Ocupacional, realizada en el año 2001 por Feduci, A. y cols. si bien no aborda la temática de imaginarios sociales, ni la discapacidad intelectual, aporta información acerca de la sexualidad y la Terapia Ocupacional. La misma es titulada: “Aspectos abordados en el Tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular

traumática que favorecen la sexualidad”; las autoras pretendieron con la investigación determinar los aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de adultos con lesión medular traumática que conducen a una sexualidad activa y placentera. Estuvo destinada a profesionales de Terapia Ocupacional que hallan realizado tratamiento con este tipo de pacientes en centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata. Concluyeron que los aspectos motores, sensitivos, neurovegetativos y psicológicos son abordados en el tratamiento por los Terapistas, considerando que algunos de ellos son abordados con mayor frecuencia en relación con los restantes, logrando establecer una prioridad decreciente: motor, neurovegetativo, sensitivo y psicológico. La totalidad de la muestra de esta investigación comparte la creencia de que la implementación de las acciones durante el tratamiento, favorecen de manera considerable la futura sexualidad del paciente con lesión medular traumática. Además se identificó que los pacientes demandan información generalmente sobre su futura sexualidad en la última etapa del tratamiento cuando se ha establecido un vínculo de confianza.

- En el año 2005, Jones, MK. Y cols. Presentaron en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sydney, Australia un trabajo de investigación denominado “Estudio de las

actitudes de los estudiantes de terapia ocupacional "hacia los temas sexuales en la práctica clínica", el propósito de este estudio fue examinar el nivel de confort de estudiantes de terapia ocupacional durante las interacciones clínicas que tienen implicaciones sexuales, mediante un cuestionario. Los estudiantes indicaron que las tres temáticas con las que se encontraban incómodos eran: "Llegar al paciente / cliente que se está masturbando", "Tratamiento de un paciente o cliente que realice una observación abierta sexual" y "Tratamiento de un paciente o cliente que realice una observación encubierta sexual". Se llegó a la conclusión, de que la mitad de los estudiantes de cursos superiores creía que su programa de formación no se había ocupado adecuadamente de las cuestiones sexuales.

TERAPIA OCUPACIONAL EN INSTITUCIONES:

- La Tesis de Grado realizada en el año 2010 por Bastida, M. y Berastegui, A. aborda la temática de recursos organizacionales de Centros de Día. La misma se titula "Recursos del Centro de Día en la Intervención Cognitiva desde Terapia Ocupacional"; el objetivo de la investigación fue conocer cuales son los recursos organizacionales con los que cuentan las Terapistas Ocupacionales y/o Lic. en Terapia Ocupacional para implementar la intervención del área cognitiva en personas con Discapacidad Intelectual Moderada en los Centros de

Día, a través de conocer la disponibilidad de los recursos y que importancia le adjudican a los mismos. Para ello administraron entrevistas semiestructuradas a Terapistas Ocupacionales y/o Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en Centros de Día de la Ciudad de Mar del Plata. Se concluyó que en general los recursos organizacionales de los Centros de Día se encuentran disponibles para la intervención en el área cognitiva, sin embargo, siguiendo el análisis de las entrevistas se observó que en general no hay un sustento teórico sólido y coherente en la forma de llevar a cabo el proceso de intervención del área cognitiva. También se destacó que aún se continúa sosteniendo el concepto de Discapacidad Intelectual desde las limitaciones que presenta la persona, dejando de lado sus capacidades o potencialidades.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Sexualidad

ACERCA DE LA SEXUALIDAD

El vocablo *sexus* de origen romano es una derivación del vocablo latino *secare* que significa “desunir o cortar” (Vidal, G; Alarcón, R, 1986). Durante siglos, *sexus* hizo solo referencia a la “condición orgánica masculina o femenina”. Posteriormente, durante la Burguesía Victoriana, y paradójicamente, el término *sexo* se difundió ampliamente y conceptos como instinto sexual, moralidad sexual, acto sexual, etc., se popularizaron en un discurso cuya meta era instaurar una economía represiva de la sexualidad, operación ligada a una lógica productiva, donde el resto no tenía nada más que esfumarse y negarse. (Foucault, 2003).

Desde 1905, cuando Freud amplió el concepto de sexualidad ya no fue posible continuar pensando a la misma sólo en términos de pura genitalidad.

La sexualidad fue entonces entendida como el conjunto de las manifestaciones, sensaciones y conductas que tienden a la búsqueda de placer, diferenciándose así de la genitalidad.

(Freud, 1979)

En la experiencia y en la teoría psicoanalítica, la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del

funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual.

Freud expresó: “todo placer es sexual”, ampliando así el concepto de sexualidad que se tenía hasta ese momento. Este autor creó el concepto de pulsión, definiéndola como:

Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin. (Freud, op. Cit.),

Dividió las mismas en pulsiones de vida o de muerte. Estas pulsiones de vida abarcan no sólo las pulsiones sexuales propiamente dichas, sino también las pulsiones de auto conservación. Ambas pulsiones de vida, se refieren al Eros, son fuerzas que tienden a la ligazón, a la constitución y al mantenimiento de las unidades vitales.

Es parte de la opinión popular creer que la pulsión sexual falta en la infancia, y sólo despierta en el período de la vida llamado pubertad.

Freud observó manifestaciones y actitudes sexuales desde la más temprana infancia, en los relatos de sus pacientes. Introdujo el concepto de sexualidad infantil modificando la idea de niñez que se tenía hasta ese momento. Enunció de este modo que la sexualidad se encuentra presente desde el momento del nacimiento, esto habla por ende de una sexualidad infantil que evoluciona y se transforma configurándose a lo largo de la historia del individuo (etapa oral, etapa anal, etapa fálica, etapa de latencia y etapa genital), siendo el punto de llegada del desarrollo, la vida sexual del adulto llamada normal.

LOS APORTES DE SIGMUND FREUD

La sexualidad humana no responde a un comportamiento preformado, "instintivo" ni a un dispositivo ya estructurado, sino que se va estableciendo a lo largo del desarrollo libidinal del sujeto influenciado por el entorno familiar y social al que pertenece. Este entorno es quién implanta en el niño los preceptos morales que excluyen expresamente en la elección de objeto, por su calidad de parientes consanguíneos, a las personas amadas en la niñez. El respeto de esta barrera, llamada "barrera del incesto" (Freud, op. Cit.) es sobre todo una exigencia cultural de la sociedad, y como tal en algunas sociedades es valorado y en otras no.

En la etapa fálica, entre los 2 y 5 años, Freud introdujo varios conceptos importantes relacionados con la sexualidad infantil que fueron la base de un

comportamiento futuro sexual-social "normal": Complejo de Edipo, Amenaza de castración, formación del Súper Yo, sublimación, entre otros.

Estos conceptos marcaron la importancia que del papel que cumple la familia como vínculo fundante en el desarrollo de la sexualidad, dando las bases para la estructuración psíquica llamada normal.

En ésta etapa el niño vuelca su interés en los genitales (masturbación: estimulando los genitales como zonas erógenas al momento de proveerse placer), ante ésto surge la amenaza de la castración, que es como el niño se imagina que dicha amenaza se concretaría. Así, la amenaza se transforma en angustia de castración. La niñas no responden a esta amenaza, sino a la pérdida del ser amado, su Complejo culmina con el deseo de tener un hijo del padre, parirle un hijo.

La satisfacción amorosa del complejo de Edipo, conduce a "perder" el atributo genital masculino, estallando el conflicto entre el interés narcisista en éste y la investidura libidinal de los objetos parentales, triunfando por supuesto el primero y el Yo se extraña del Complejo de Edipo. Así las investiduras de objeto son resignadas y sustituidas por identificaciones, que introyectadas forman el núcleo del Yo, el Súper Yo.

Este Súper Yo toma prestado del padre su severidad y así perpetúa la prohibición del incesto. Las aspiraciones libidinosas pertenecientes al Complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas y en parte inhibidas en su meta y mudadas en mociones tiernas. Se cancela la función sexual "salvando" a los genitales y así entra en al latencia que interrumpe el desarrollo sexual del niño, hasta su retorno en al pubertad.

El autor ubicó al complejo de Edipo como fenómeno central de la sexualidad infantil, que después caerá sepultado, a raíz de las dolorosas desilusiones acontecidas. Estas desilusiones son la falta de satisfacción esperada y la continua denegación del hijo deseado.

A lo largo de la vida del niño las pulsiones sexuales infantiles van desviando su energía desde el uso sexual a otros fines. Mediante esa desviación de las fuerzas pulsionales sexuales de sus metas, y su orientación a metas nuevas (sublimación) (Freud, op. Cit.) se adquieren poderosos componentes para todos los logros culturales.

UNA HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

A continuación, se hará un recorrido teórico acerca de la transformación de la concepción de la sexualidad que opera en el accionar de los sujetos, en diferentes momentos históricos. Se adherirá al respecto, a los lineamientos teóricos de Michael Foucault.

El autor tomó a la sexualidad como un dispositivo histórico: una gran red superficial donde la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos, el refuerzo de los controles sociales y las resistencias se encadenan unos con otros según grandes estrategias de saber y de poder.

Incorporó la noción de “dispositivo”, como una red que implica discursos, disposiciones, instituciones, reglamentos, leyes, enunciados científicos,

proposiciones filosóficas y morales, determinado por las prácticas sociales y el poder que las atraviesa, a través de formaciones discursivas y no discursivas.

Por ello a la "sexualidad es necesario entenderla desde el punto de vista de la historia de los discursos y de las prácticas sociales que desempeñaron los sujetos a lo largo de los siglos". (Foucault, op. Cit.)

M. Foucault centró sus esfuerzos en unas regiones y épocas a las que suele considerarse como las generadoras primigenias de todo tipo de discursos: Grecia y Roma clásicas. El pensamiento clásico (siglo VIII a.C. a siglo V d.C.) nunca llegó a considerar el tema de la sexualidad como tal, sin embargo, se formularon las primeras teorías sobre el placer, el "Hedonismo", doctrina filosófica basada en la búsqueda del placer y la supresión del dolor como objetivo o razón de ser de la vida.

El hedonismo en Grecia tuvo dos corrientes, la doctrina de los cirenaicos difundía la felicidad fundamentalmente nucleada en torno del placer. No se admitían criterios diferenciales que no fueran los del placer, en lo que respecta al bien y al mal, buscaba únicamente los goces.

Por otro lado los epicúreos, sostenían: «Gozad con moderación para que podáis gozar por más tiempo y mejor». Sustentaban que lo moralmente bueno es el placer. El sentido original de la palabra "bueno" es placentero, del mismo modo, se denomina "malo" a lo que nos acarrea dolor. Los epicúreos entendían el placer de un modo sutil, alejado del sensualismo y el desenfreno.

En Grecia en el siglo IV a.C. siguiendo la doctrina de los epicúreos, el individuo llegaba a desarrollarse como sujeto moral modelándose como el agente de una conducta comedida, digna de aprobación o de amplio recuerdo de la posteridad. Sólo se podría lograr mediante el dominio de su deseo.

El hombre debía controlar los placeres del cuerpo: los de la comida, el sexo y todo tipo de placeres intensos. La falta de dominio en este terreno era propia de las mujeres, los niños y los esclavos, que se caracterizaban por ser siempre pasivos ante el placer. La actitud viril y humana se caracterizaba por el contrario por ser activa y proporcionar por lo tanto a través del propio ejercicio de esa actividad una posibilidad de control.

Del siglo IV a.C en adelante, el sujeto no reaccionó ante la inquietud que proporcionaba el sexo (violencia, desgaste, muerte) ni desarrollando un arte erótico como en el de la antigua China, ni tratando de llevar a cabo, una institucionalización de los actos como la que intentará el Cristianismo pretendiendo alcanzar mediante la ascesis (conjunto de reglas o prácticas para alcanzar el perfeccionamiento espiritual) la privación sensorial.

La conducta conyugal, se consideraba de un modo eminentemente desigualitario: el hombre dominaba, la mujer debía someterse.

Se establecieron en la antigua Grecia mecanismos educativos: los rituales de iniciación. Estas prácticas se llevaban a cabo en todo el territorio griego desde épocas muy remotas. Eran rituales en los cuales un guerrero adulto se retiraba a los bosques que rodeaban su ciudad con un joven, al que públicamente proclamaba como su amante, estableciendo con él una relación de carácter

pederástico y encargándose en este período de tiempo de suministrarle los conocimientos básicos de una educación cívica y militar.

Esta impronta pederástica y educativa era la base del comportamiento homoerótico griego.

En el caso de la Antigüedad griega o greco-romana la estricta observación de códigos y reglas de conducta eran escasamente importantes, mientras que se centraba el interés en el entrenamiento de los individuos para que puedan transformarse a sí mismos en sujetos morales. Las variaciones de la conducta sexual eran consideradas menos escandalosas, y por tanto, menos sujetas a recriminaciones.

No existían instituciones, pastorales o médicas, que reclamaran autoridad para determinar lo que estaba permitido o prohibido en relación a la conducta sexual, porque la manera en que se vivía y se disfrutaba, era considerada de orden ético.

Los principales temas de austeridad sexual estaban claramente presentes en la Antigüedad Clásica, pero éstos, estaban pronunciados como recomendaciones; no para la categorización judicial de la conducta sexual, sino para su "estilización".

En el pensamiento de la Antigüedad Clásica las demandas de austeridad estaban dispersas más que unificadas en un sistema moral coherente y autoritario; ellas proponían, más que imponían, autocontrol o dominio.

A partir del siglo I, cuando las monarquías griegas fueron sustituidas por el poder unificado romano, surgió la formulación de un nuevo discurso que

tenderá progresivamente a identificar la reglamentación de la conducta sexual, acentuando las exigencias de austeridad sexual, desarrollando una nueva regulación de estas conductas, con el fin de que el individuo alcance el pleno dominio sobre sí mismo, aunque sin llegar, como ocurrirá con el Cristianismo, a la condenación del placer sexual y a su asociación con el mal.

En el mundo Helenístico y en el Alto Imperio Romano se produjo un cambio importante en relación con el papel que se le asignaba al matrimonio. Esta institución tendió a ser concebida más como un modo de relación entre dos compañeros. De ahí en adelante el marido ya no tuvo solamente el papel de formación, la educación y dirección de su esposa, sino que debió participar en el juego de una reciprocidad afectiva y una dependencia recíproca, pudiendo de este modo llegar a ser, junto con su esposa, un sujeto moral en su relación conyugal.

Aún a comienzos del siglo XVII, las prácticas respecto a la sexualidad se realizaban sin demasiada reticencia, tenían gestos directos, discursos sin vergüenza, había transgresiones visibles, las anatomías se exhibían abiertamente.

Aparece la Edad de la represión que coincide con el Capitalismo: el sexo era reprimido porque era incompatible con la dedicación al trabajo intensivo, no se toleraba que se dispersara la fuerza del trabajo en los placeres, salvo aquellos actos que permitieran reproducirse.

En el siglo XVIII nace una incitación política, económica y técnica a hablar de sexo en forma de investigación, clasificación y especificación. Aparece el Discurso Racional, no únicamente moral. Surge una especie de

“policía del sexo”, no en rigor de prohibición sino como necesidad de reglamentarlo mediante discursos útiles y públicos.

Hasta fines del siglo XVIII, tres grandes códigos explícitos regían las prácticas sexuales: derecho canónico, pastoral cristiana y ley civil. Fijaban, cada uno a su manera, la línea divisoria entre lo lícito y lo ilícito, pero todos estaban centrados en las relaciones matrimoniales.

Paralelamente en los colegios casi no se hablaba de sexo pero desde los dispositivos arquitectónicos, reglamentos y organización interna, el sexo estaba siempre presente (distribución de las mesas, baños, dormitorios, etc.), era el discurso interno de la institución.

A partir del siglo XVIII- XIX, la Medicina y la Psiquiatría comienzan con la búsqueda de la etiología de las enfermedades mentales. Aparecen una multiplicidad de discursos respecto al sexo (económicos, políticos, etc.) y con ello se multiplican las condenas judiciales por pequeñas perversiones. Se comienzan a caracterizar todos los posibles desvíos del desarrollo de la sexualidad.

A esta época le sigue otra de régimen victoriano en la cual la sexualidad se comienza a encerrar. Se crea silencio respecto al sexo. La sexualidad se reduce a la reproducción. El “puritanismo moderno” lanza un triple decreto: prohibición, inexistencia y mutismo.

La sexualidad era una ciencia subordinada a los imperativos de la moral. Se hablaba mucho de sexo aunque en el fondo se buscaba enmascararlo.

La *scientia sexuales* (ciencia de la sexualidad), desarrollada a partir del siglo XIX, conserva paradójicamente como núcleo el rito singular de la

confesión obligatoria y exhaustiva, que en el Occidente cristiano fue la primera técnica para producir la verdad del sexo, lo que traía aparejado penitencias.

La historia de la sexualidad, centrada en los mecanismos de represión, supone el nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios; posteriormente, en el siglo XX, éstos mecanismos de represión y prohibición comenzarían a ceder. A partir de allí, se inicia una sociedad más liberal, caracterizada por el movimiento, la fluidez, la flexibilidad, más desligada de los grandes principios estructuradores de la modernidad. Se habría pasado de las prohibiciones sexuales forzadas a una tolerancia relativa respecto de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales; se habrían levantado en buena medida los tabúes que pesaban sobre la sexualidad infantil.

LA SEXUALIDAD CONTEMPORANEA

Desde la segunda mitad del siglo XX se han producido una serie de transformaciones en la moral social que han dado lugar a la denominada "revolución sexual", una época de reivindicación de la defensa de los Derechos Humanos, donde la sexualidad de ciertos grupos, como por ejemplo de los adultos mayores, se ha convertido en un estandarte. (Iacub, 2006)

Para Lipovestky, G. (2006) "la posmodernidad representa el momento histórico concreto en el que gran parte de las trabas institucionales que obstaculizaban la emancipación individual se resquebrajan y desaparecen,

dando lugar a la manifestación de deseos personales, la realización individual y la autoestima”.

Hay una apertura al erotismo en el plano social, modificación de criterios morales propios del discurso burgués o victoriano.

La preocupación ética no se vive ya, como en el pasado, según la lógica del deber y el sacrificio; se adapta a los nuevos valores de la autonomía individualista. Pero ésta fase pos moralista que caracteriza hoy a las sociedades no supone la desaparición de todo valor ético. Aún cuando el sacerdocio del deber y los tabúes victorianos hayan caducado, aparecen nuevas regulaciones, se recomponen prohibiciones, se reinscriben valores. Los derechos subjetivos gobiernan nuestra cultura, pero “no todo está permitido”. Posmodernidad no es sinónimo de inmoralidad. (Lipovestky, op. Cit.) Los mecanismos de control no han desaparecido, se han adaptado haciéndose menos directivos, renunciando a la imposición en beneficio de la comunicación. En las sociedades posmodernas el modo de gobierno del cuerpo se ha modificado, se lo regula con el objetivo de buscar placer, mejorar su aspecto como un sistema de simbolismo sexual, la idea de cuerpo bello es un fetiche de sexualidad.

El siglo XX asiste a la ampliación de la esfera de la autonomía individual, a la multiplicación de las diferencias individuales, a la “destrascendentalización” de los principios reguladores sociales y a la disolución de la unidad de los modos de vida y de las opiniones.

Nació con la modernidad una desviación producida en la dinámica del individualismo, al dejar que los individuos se liberen de la esfera a la que

pertenecen, al permitir una autonomía en la que cada cual no tiene ya que seguir un camino preestablecido, sino que goza de márgenes de libertad crecientes.

A nivel mundial, el siglo XX se caracterizó por los avances de la tecnología; medicina y ciencia en general; fin de la esclavitud en los llamados países desarrollados; liberación de la mujer en la mayor parte de los países; pero también por crisis y despotismos humanos, que causaron efectos tales como las Guerras Mundiales; el genocidio y el etnocidio, las políticas de exclusión social y la generalización del desempleo y de la pobreza. Como consecuencia, se profundizaron las desigualdades en cuanto al desarrollo social, económico y tecnológico y en cuanto a la distribución de la riqueza entre los países, y las grandes diferencias en la calidad de vida de los habitantes de las distintas regiones del mundo. En los últimos años del siglo, especialmente a partir de 1989-1991 con el derrumbe de los regímenes colectivistas de Europa, comenzó el fenómeno llamado globalización o mundialización.

Si bien dicha época se caracteriza por la reivindicación de la defensa de los Derechos Humanos, continúan sucesos que violan los mismos, como "La Trata de Personas o trata de blancas" (delito contra los Derechos Humanos considerado como la esclavitud del siglo XXI), dictaduras militares, entre otros.

En lo que respecta al tema de la sexualidad comienzan en el siglo XX a hacerse públicas la posibilidad de diferentes identidades sexuales, orientaciones o elecciones sexuales; apareciendo así, el homosexualismo y el

transexualismo. Desde 1973 la Comunidad Científica Internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad. Sin embargo, la situación legal y social de las personas que se autodenominan homosexuales varía mucho de un país a otro y frecuentemente es objeto de polémicas.

El Manual de Diagnóstico Psiquiátrico DSM-IV-TR clasifica la transexualidad como Trastornos de la Identidad Sexual, razón por la cual, organizaciones transexuales de todo el mundo se manifestaron públicamente para que en la revisión del V Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamérica (DSM-V) en 2012 desaparezca la transexualidad como patología.

Todos éstos acontecimientos mencionados, ocurridos a lo largo de la historia, no son hechos fortuitos, sino que responden a transformaciones en las significaciones de las personas y se colectivizan generando así los llamados, en términos de Castoriadis, Imaginarios Sociales, que tienen poder para operar en las prácticas de los sujetos como se desarrollará a continuación en el capítulo 2.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 1:

- Bermejo Barrera, J.C, (2007). *Michael Foucault y la historia de la sexualidad*. Departamento de Historia I. Universidad de Santiago de Chile.
- Bird, V. (2006). *El tema del Sepultamiento del complejo de Edipo en la obra de S. Freud (1924)*. Ficha de cátedra Psicología Evolutiva II. Carrera de Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.
- Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires & Madrid. Amorrortu editores.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da edición. Buenos Aires. Siglo 21. Editores Argentina.
- Iacub, R. (2006) *Erótica y Vejez: Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona & Buenos aires. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Editorial Paidós SAICF.

- Lipovetsky, G, Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona. Editorial Anagrama, S.A.
- Smart, B. (1989). *Sexualidad. ética y política en Foucault*. Política y Sociedad 3. Auckland University. Nueva Zelanda.

Capítulo 2

Instituciones, Imaginarios Sociales y prácticas sociales.

El concepto de institución es tomado en esta investigación en su sentido más amplio como el conjunto de normas, valores, lenguaje, instrumentos, procedimientos y métodos; es una suma de significaciones que remiten al ámbito de aceptaciones colectivas y se constituyen en una expresión de lo humano, en la medida en que ellas son sólo posibles si están insertas en una red simbólica. Determina en la sociedad lo que es real y lo que no lo es, qué tiene sentido y qué no lo tiene; prevalece asegurando su validez efectiva a través de la coerción y las sanciones, a través de la adhesión, el apoyo, la legitimidad y la creencia.

Insaurralde (2009) hace referencia a la definición de instituciones de Kaminsky: “espacios de condensación social, porque en sus singularidades conjugan y anudan una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas, etc.”

En las instituciones se produce un movimiento constante y simultáneo de tres dimensiones: lo hablado o instituido; lo hablante o instituyente y los procesos de institucionalización como resultante del interjuego entre las dos dimensiones anteriormente mencionadas.

Según Barriga, S. "...La institución sólo puede definirse por la dialéctica social permanente entre las fuerzas instituyentes y las fuerzas instituidas...no se define sólo como un conjunto de reglas exteriores al individuo y alienantes para él mismo, sino que incluye la dinámica del instituyente, anclado en la peculiaridad de cada ser humano..."

Las instituciones están atravesadas por una red de significados, ésta, es "...el *magma de significaciones imaginarias sociales*, las cuales son llevadas por la sociedad e incorporadas a ella y, por así decirlo, la animan." (Castoriadis, 2007)

Estas significaciones son imaginarias porque no se refieren a lo racional o a los elementos de lo real; y son sociales porque existen sólo si son instituidas y compartidas por una colectividad impersonal y anónima.

El concepto de *Magma* alude a una urdimbre de significaciones imaginarias, a partir de la cual se genera toda creación; dota de sentido a la sociedad y la organiza.

El individuo social interioriza e inviste todo el magma de significaciones imaginarias sociales, lenguaje, normas, valores y prototipos de roles sociales y surge como una entidad parlante capaz de funcionar en una sociedad históricamente dada.

El imaginario de la sociedad se establece desde una legitimación, es lo Instituido, que existe en tanto se dan las condiciones históricas y espacios que favorecen su existencia. Los imaginarios sociales no son la suma de imaginarios individuales: se requiere para su existencia una suerte de reconocimiento colectivo, de tal manera que "los imaginarios pasarían a ser

sociales porque se producirían, en un marco de relaciones sociales y condiciones históricas favorables para que sean colectivizados, es decir instituidos socialmente.

Los imaginarios tienen un carácter dinámico, incompleto y móvil; a pesar de que no son localizables ni en el espacio, ni en el tiempo; se anclan en la realidad. Así mismo su poder para operar en las acciones de las personas, los constituyen en elementos coadyuvantes en la interpretación de la realidad social, son esquemas construidos socialmente que permiten percibir, explicar e intervenir en lo que en cada sistema social se considere como realidad.

“Los imaginarios sociales tienen una función primaria que se podría definir como la elaboración y distribución generalizada de instrumentos de percepción de la realidad social construida como realmente existente.” (Castoriadis, op. cit.).

La "naturalización" del orden social se da a través del sometimiento de los sujetos a las significaciones imaginarias sociales. Esta modalidad del imaginario es llamado "lo instituido".

Pero es posible una reflexión crítica, cuestionar abiertamente los propios fundamentos de la sociedad. El paso a una sociedad que puede reflexionar racionalmente sobre ella misma, implica que se hace consciente de que su racionalidad no puede llegar a todos los ámbitos de su ser y su saber. Equivale a propiciar un espacio para la creación radical, para la crítica radical, para el derrumbamiento de la creación anterior y la edificación de nuevas significaciones imaginarias. Esta modalidad de imaginario es llamado "lo

instituyente” o “imaginario radical”, siendo éste la capacidad de la psique de crear un flujo constante de representaciones, deseos y afectos” (Castoriadis, op. cit.)

El imaginario radical es el imaginario individual, pero el imaginario social no es la suma de imaginarios radicales. El sujeto del imaginario radical es el sujeto de la creación, ese que desborda lo preexistente, lo previsto, lo que se comprende como lo real y mediante su constitución activa hace emerger nuevos encadenamientos de significantes, nuevas relaciones entre significantes y significados, nuevas formas de apropiación de los espacios simbólicos.

La creación de instituciones que promuevan la capacidad de cuestionarse, reorganizarse, convertirse en meta observador de sí mismo, es el eje de un proyecto de autonomía, recurso para un cambio y creación social, congruente a la representación del imaginario radical de la sociedad.

Como se mencionó anteriormente, los imaginarios sociales tienen poder para operar en las prácticas sociales, entendiendo estas no como la actividad de un sujeto, sino como la existencia de reglas y condiciones materiales en las que el sujeto elabora el discurso.

Los acontecimientos que ponen en relación a los agentes sociales: hombres y mujeres y a las condiciones materiales en las que estos viven, constituyen las Prácticas Sociales que al gestarlos, formarlos o mantenerlos proponen su articulación y establecen las reglas del Juego social.

Estas prácticas pueden pertenecer a tres esferas: la parenteral, la económica y la política de acuerdo con la teoría de las Sociedades Humanas basada en el concepto de prácticas sociales de Castro, P, Chapman, Robert y cols. (1996).

La práctica parenteral garantiza la generación, mantenimiento y formación de hombres y mujeres; corresponde a las actividades de gestación, amamantamiento y tareas destinadas al mantenimiento de la fuerza de trabajo de la comunidad (en particular de aquellos individuos que por impedimentos físicos, psíquicos, intelectuales, no pueden valerse por sí mismos temporal o permanentemente) y a la formación de niños y niñas en lo que constituye la primera socialización en la condición sexual. Además se habla de prácticas socio-parentales cuando dichas actividades tienen como protagonistas hombres y/o mujeres vinculados por lazos de consanguinidad o afinidad. En cambio si las actividades enumeradas se realizan por otros individuos se las considera resultantes de una práctica política.

La práctica económica se relaciona con la producción de las condiciones materiales para la vida social, se incluyen aquellas actividades destinadas a la obtención, procesado y conservación de alimentos y a la fabricación y mantenimiento de implementos con el fin de satisfacer las exigencias mínimas de la vida social (alimento y cobijo para los agentes sociales).

La práctica política está destinada a establecer formas de cooperación o de distancia social mediante acuerdos o imposiciones tanto en el seno de la reproducción de los agentes sociales (prácticas socio-parentales) como en el de las condiciones materiales de la vida social (prácticas socio-económicas).

Dichas actividades involucran igualmente objetos materiales y dan un sentido específico a la producción económica orientándola a la consecución de objetivos que trascienden los productos y productores/as concretos. De ésta manera reordenan y reconvierten las producciones económicas según los intereses políticos específicos que no existían por definición en las prácticas económicas.

A los fines de ésta tesis, se extenderá el concepto de prácticas sociales, considerando a los dispositivos institucionales como prácticas de tipo políticas, para luego describir los imaginarios sociales que subyacen en los mismos.

TIPOLOGIA DE IMAGINARIOS SOCIALES SOBRE SEXUALIDAD

Como se mencionó anteriormente, toda Práctica está atravesada por imaginarios sociales. Esta investigación intenta describir los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales de Centros de Día para personas con Discapacidad Intelectual. Para ello se presentará a continuación una abstracción de los caracteres más importantes de cada imaginario social sobre sexualidad, resultando así una tipificación o tipos lógicos con características específicas de cada uno, para, posteriormente ubicar los dispositivos de los Centros de Día en cada tipología según los indicadores. (Weber, 2003).

IMAGINARIO SOCIAL HEDONISTA

Felicidad fundamentalmente nucleada en torno del placer, en el que el cuerpo ocupa un lugar privilegiado, brindándose culto a éste.

Dentro del hedonismo se reconocen dos corrientes: como se mencionó en el capítulo 1, se recuerda que los cirenaicos buscaban únicamente los goces. Los epicúreos, sustentaban que lo moralmente "bueno" es el placer y lo "malo" lo que acarrea dolor. Estos últimos incorporaron la razón, apartándose del desenfreno a diferencia de los primeros.

Caracterizado por un bajo nivel de institucionalización, por lo que las variaciones de la conducta sexual no son juzgadas, sino sugeridas para el "buen vivir", entendido como virtud (buen hábito), como el propósito principal de la vida misma.

Como se expresó anteriormente, era aceptado en la sociedad la iniciación cívica, social e incluso sexual de los jóvenes por parte de un adulto del mismo sexo; por lo que la reproducción de este hedonismo se explica mediante ritos de transmisión intergeneracional.

Es distintivo de este imaginario las desigualdades de género, donde el hombre ocupa un lugar jerárquico superior al de la mujer, quien es equiparada al de la esclavitud.

IMAGINARIO SOCIAL VICTORIANO

En este imaginario la actividad sexual está gobernada por el principio de realidad donde prima la moralidad, el "deber ser". Centrado en la prohibición, mutismo y censura del deseo sexual y en el disciplinamiento social del cuerpo.

Como ya se hizo referencia en la historia de la sexualidad presentada en el capítulo 1, la actividad sexual se limitaba a la actividad reproductiva, y todo lo que se desviaba de ella era visto como una perversión.

Alto nivel de institucionalización manifiesto por el lugar que ocupa el Estado dentro de la sociedad, que separa entre prácticas públicas y privadas, restringiendo las sexuales a estas últimas.

Se recuerda que las variaciones en la conducta sexual se sancionaban tratándolas como anormales y se otorgaba a la sexualidad un discurso científico con el objetivo de poder denominar a todo aquello que se desvía de la norma como patológico.

IMAGINARIO SOCIAL RADICAL

Determinado por conductas individualistas, relativistas. De acuerdo a lo ya mencionado por Lipovestky en el capítulo anterior, la sexualidad es considerada en términos éticos con una tendencia a dejar de ser considerada un tema tabú, fomentando la comunicación y la educación.

Cada persona tiene el derecho de vivir su sexualidad del modo que lo desee, en tanto y en cuanto no se infrinjan los derechos de otros. Pero al mismo tiempo, se apela a la responsabilidad social de los ciudadanos cuando ejercen sus derechos. Es decir, se apuesta a que se respeten las diferencias sin que nadie se exceda en las manifestaciones de éstas.

Simultáneamente, el cuerpo en su asociación con la sexualidad aparece como el principal proveedor de placer. Es considerado un objeto de consumo y valorado en función de la estética y de "las modas" vigentes.

Respeto por la diversidad sexual: elección de pareja, identidad sexual, igualdad de géneros en la sociedad. Esto tiene que ver con la diversificación de la sexualidad. Aparecen formas y planteos que la hacen mucho más diversa que en sus etapas anteriores.

Alto grado de institucionalización, centrado en los Derechos Humanos. Mayor énfasis en el cumplimiento de derechos de poblaciones vulneradas.

Importancia creciente del concepto de Sociedad Civil, promoviendo la aparición de organizaciones y agrupaciones independientes de la regulación del Estado.

Capítulo 2: anexo

CENTROS DE DIA COMO INSTITUCION

Esta tesis centra su interés en las prácticas sociales Políticas llevadas a cabo en Centros de Día para Personas con Discapacidad Intelectual, más específicamente en aquellas prácticas de intervención sobre la sexualidad de los concurrentes.

Centro de Día “Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objetivo de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades”. (Resolución 1328, 2006).

Si bien se cita ésta resolución por ser la que está actualmente en vigencia, vale aclarar que en el presente trabajo se adhiere al Modelo Teórico Multidimensional que se desarrollará posteriormente en el capítulo 3. El mismo considera cinco dimensiones que se interrelacionan de manera tal que ninguna puede ser considerada aisladamente en ningún caso.

Los servicios del Centro de Día están destinados a la atención de jóvenes y adultos con discapacidad, con una edad mínima de 14 años que pueden presentar mayor o menor compromiso en habilidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacción y roles sociales ; salud y contexto.

La determinación de la discapacidad de los beneficiarios del Centro de Día deberá tener en cuenta el diagnóstico funcional de los mismos, lo que implica la consideración de su desempeño en forma integral. Es decir, evaluando las aptitudes, intereses y posibilidades de la persona con discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta las cinco dimensiones del modelo.

Para las etapas anteriores del desarrollo de estas personas, la propuesta de servicios corresponde a Centros de Estimulación y Aprendizajes Tempranos desde 0 a 4 años de edad; Educación Especial a partir de los 4 años y Centro Educativo Terapéutico desde 4 a 20 años de edad.

Con el fin de asegurar la integración e interacción social, la independencia personal y la promoción individual y colectiva de aquellas personas con discapacidad física o mental, se diseña el programa Centro de Día, como la alternativa de servicio para alcanzar el mencionado objetivo.

El objetivo general de los Centros de Día para Personas con Discapacidad Intelectual es promover el desenvolvimiento activo en la vida cotidiana para la integración plena en los medios que el joven o adulto le toca compartir.

Además se consideran ciertos objetivos específicos como lograr la máxima independencia personal; adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social; integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia; evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional; desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes; apoyar y orientar a la familia; implementar

actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de atención comunitaria, acorde con sus posibilidades; mantener las conductas de auto valimiento adquiridas que se pueden perder por desusos o cambios funcionales.

El centro de día deberá contar con un equipo técnico profesional básico conformado por Director, Terapeuta Ocupacional, Médico, Asistente Social, Psicólogo, Orientadores (1 cada 10 concurrentes) y Auxiliares de orientadores. Además se requerirá de Kinesiólogos, Psicomotricista, Musicoterapeuta y Fonoaudiólogos según la discapacidad de los concurrentes.

La concurrencia de Director, Orientadora y auxiliar de orientadores al centro de día deberá ser permanente, no así el resto de los profesionales que puede alternarse de acuerdo con los requerimientos de la programación.

ACTIVIDADES y SERVICIOS

-Atención Médica:

Actualización de diagnósticos pronósticos y tratamientos. Prescripción y/ o control de medicamentos y estudios específicos. Derivación y coordinación con otros servicios médicos especializados donde recibe atención el concurrente.

-De integración:

Se implementaran actividades acordes a toda la población asistida en el ámbito del servicio, en el familiar y en el comunitario.

-De la vida diaria:

Se organizarán actividades que contemplen el mantenimiento de hábitos de higiene, alimentación, vestido, del hogar.

-Laborales no productivas:

El equipo técnico-profesional, las implementará de acuerdo a las posibilidades de la población de cada servicio.

-De socialización:

Se elaborarán planes donde se utilicen los recursos comunitarios. Realización de paseos a pie o en transportes públicos-privados, festejos y juegos socializadores, de acuerdo a las características particulares de la población y sus reales posibilidades.

-De expresión corporal y educación física:

Desarrollarán actividades de tipo recreativo, con juegos a nivel individual o grupal que apuntan al logro de una comunicación y expresión lo más amplia posible.

-De música o musicoterapia:

Se abordarán planes de actividades con el fin de establecer un canal de comunicación no verbal o grupal, para cumplimentar las actividades desarrolladas en otras áreas.

-De apoyo psicológico familiar y/o individual:

Se estructurarán actividades tendientes a reforzar vínculos entre concurrentes, técnicos y familiares.

Luego de hacer una descripción de las características del Centro de Día, es necesario explicitar que éste trabajo centra su interés en las personas con Discapacidad Intelectual que concurren a éstas instituciones, para lo cual, es pertinente desarrollar algunos lineamientos teóricos referidos a esta población a los que se hará referencia en el siguiente capítulo.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 2:

- Barriga, S. (1979). El análisis institucional y la institución del poder [PDF] Recuperado 20 de octubre 2010. www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/viewFile/.../268124
- Castoriadis, C. (2007) *La institucion imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires. Tusquets Editores.
- Castro, P. y cols. (1996) *Teoría de las Practicas sociales* [PDF] Recuperado 08 noviembre 2010. [Vhttp://revistas.ucm.es/ghi/11316993/articulos/CMPL9696330035A](http://revistas.ucm.es/ghi/11316993/articulos/CMPL9696330035A).
- Fernández, H. Acerca de Foucault y las Prácticas Sociales. [PDF] Recuperado 16 noviembre 2010. www.robertexto.com/archivo9/foucault.htm
- Insaurralde Revista "9 y 63" Revista digital de la Facultad de Trabajo Social, UNLP La Plata, abril de 2009 .Nombre del trabajo: "Subjetividad, grupos e instituciones" [PDF] Recuperado 15 noviembre 2010. www.trabajosocial.unlp.edu.ar/.../subjetividad_insaurralde_revista_9_y_63.

- Weber, M. (2003) *La ética protestante y el espíritu del Capitalismo*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Resolución 1328/2006 Ministerio de salud (marco básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Servicios de atención a personas con Discapacidad)

Capítulo 3: sección 1

Discapacidad intelectual

Según la Asociación Americana del Retraso Mental, en su décima edición publicada en el año 2002, se define al retraso mental como: (AAMR, 2002):

“Una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.”

Si bien, la AAMR continúa utilizando el término de retraso mental, por ser éste de reconocimiento internacional, la FEAPS y Verdugo Alonso, quien desarrolla el “Modelo Teórico Multidimensional de la Discapacidad Intelectual”, proponen la utilización de la terminología de persona con Discapacidad Intelectual, debido al carácter peyorativo del término retraso mental. Además, la discapacidad intelectual debe concebirse desde un enfoque que subraye a la persona y, en particular, a ésta en relación con el contexto que habita.

La aplicación de la definición propuesta parte de cinco premisas esenciales para su aplicación:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.

2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo, las limitaciones adaptativas específicas, a menudo coexisten con capacidades en otras habilidades adaptativas.
4. Un propósito importante de describir limitaciones, consiste en desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual, generalmente mejorará.

La definición de Discapacidad Intelectual presentada y comentada anteriormente se apoya en un Modelo Teórico Multidimensional. Este modelo, proporciona una forma de entender la persona y su funcionamiento individual, aporta una descripción del individuo utilizando cinco dimensiones personales que pueden englobar todos los aspectos de la persona y su contexto con vistas a mejorar los apoyos que permitan un mejor funcionamiento individual.

Dimensión I: Habilidades intelectuales.

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje con rapidez y de la experiencia.

En la discapacidad intelectual se supone una puntuación de CI de aproximadamente 70 -75 ó inferior, en tests con una media de 100 (dos

desviaciones). En la actualidad, el CI, es la única manera de establecer los aspectos intelectuales de la discapacidad intelectual de modo normativo, y es aceptado internacionalmente, por lo cual es importante que el mismo se obtenga con instrumentos apropiados de evaluación que estén estandarizados en la población general.

Las limitaciones de la inteligencia, deben tenerse en cuenta desde la perspectiva de las otras cuatro dimensiones, ya que por sí solas se consideran un criterio necesario pero insuficiente para el diagnóstico.

Dimensión II: Conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas).

La conducta adaptativa se entiende como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”.

Las limitaciones en habilidades adaptativas coexisten a menudo con capacidades en habilidades adaptativas o en otras áreas.

Las limitaciones en las habilidades adaptativas afectan a la vida diaria de la persona y a la capacidad de respuesta frente a un cambio, por lo tanto, deben verse desde la perspectiva de las otras cuatro dimensiones.

Al hablar de habilidades conceptuales se hace referencia a lenguaje (receptivo y expresivo), lectura, conceptos de dinero, entre otros.

Las habilidades sociales incluyen: relación interpersonal, responsabilidad, autoestima, credulidad, ingenuidad, capacidad para cumplir reglas y obedecer leyes, entre otras.

Mientras que dentro de las habilidades prácticas se encuentran por un lado, las actividades de la vida diaria (comidas, transferencias, movilidad, aseo, vestido) y por otro, las actividades instrumentales de la vida diaria (preparación de comidas, mantenimiento de la casa, transporte, toma de medicación, manejo de dinero, uso del teléfono, etc.).

Estas habilidades deben observarse en el contexto y en el ambiente cultural al cual pertenece el sujeto teniendo en cuenta su edad y necesidades individuales de apoyo.

Si una persona no presenta limitaciones en habilidades adaptativas, el diagnóstico de discapacidad intelectual no es aplicable.

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales.

La participación es la implicación y la realización de las actividades por parte de la persona en diferentes situaciones de la vida real. El hecho de participar, implica interaccionar con el entorno y asumir diversos roles sociales valiosos, que ayudan a la persona a desarrollarse en el contexto.

Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que está activamente involucrado (asistiendo, interaccionando, participando) con su ambiente.

Los roles sociales (o estatus) se refieren a un conjunto de actividades valoradas como normales para un grupo específico de edad.

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, y factores etiológicos).

El funcionamiento humano está influido por cualquier condición que altere su salud física o mental; por eso influye en cualquiera de las otras dimensiones propuestas.

Los efectos de la salud física y mental sobre el funcionamiento de la persona pueden ser facilitadores u obstaculizadores.

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

El contexto es el escenario de acción donde las personas viven y se desarrollan diariamente.

El contexto se observa desde una perspectiva ecológica que comprende tres niveles: en primer lugar el microsistema que engloba la propia persona, la situación social inmediata y la familia y gente cercana; también, el mesosistema que comprende el barrio, la comunidad y las organizaciones o entidades sociales; y por último el macrosistema que abarca los patrones sociales y culturales básicos y las influencias socio-políticas.

Plantear esta dimensión implica reflexionar sobre los contextos específicos en los que la persona estudia o trabaja, cómo éstos facilitan o restringen el desarrollo, cuál es el entorno óptimo que podría facilitar los objetivos, la presencia en los lugares habituales de la comunidad, respecto al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad, participación comunitaria con la familia y amigos.

Los distintos aspectos ambientales que fomentan el bienestar se refieren a la importancia de la salud y seguridad personal, comodidad material y

seguridad financiera, actividades cívicas y comunitarias, ocio y actividades recreativas en una perspectiva de bienestar, estimulación cognitiva y desarrollo, y un trabajo interesante y significativo. Asimismo, es preciso tener presente que uno de los aspectos más importantes del ambiente es que sea estable, predecible y controlado.

El presente trabajo se centrará en esta dimensión, poniendo énfasis en el macrosistema ya que los imaginarios sociales forman parte del mismo; considerando también la interrelación entre los tres niveles.

La propuesta de 2002 de la AAMR plantea el concepto de apoyos definiéndolos como “recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y organizaciones”.

Los apoyos tienden a promover la mayor autonomía en la persona, por lo que es necesario revisar el tiempo de permanencia del apoyo, cuando debe retirarse y cuando debe volver a proveerse, evaluando si está contribuyendo a obtener mejores resultados en términos de autodeterminación o si está perpetuando un estado de dependencia. Para determinar el grado de apoyo que una persona necesita, además del factor tiempo, es necesario tener en cuenta tres factores más: contexto, recursos y grado de interrupción.

La intensidad de los apoyos varía en función de la persona, situaciones y etapas de la vida. Como las necesidades de apoyo varían con los progresos de

la persona y con la edad de la misma, deben ser redefinidos regular y permanentemente.

Un equipo transdisciplinario determinará las intensidades generales de los apoyos necesarios en las cuatro dimensiones anteriormente mencionadas.

Las intensidades de apoyo pueden ser:

- Intermitente: se presenta cuando es necesario, episódicamente; no se necesita siempre. Es de corta duración. Se brindan durante determinados períodos de transición del ciclo vital.

- Limitado: son apoyos brindados transitoriamente. Son persistentes temporalmente por un tiempo limitado. No se presentan de manera intermitente.

- Extenso: son regulares temporalmente (por ejemplo: diariamente) o por el ambiente que se realiza (por ejemplo: la casa). No tienen limitación temporal, son a largo plazo. Requieren participación profesional directa o supervisión frecuente.

- Generalizado: son apoyos caracterizados por su estabilidad y elevada intensidad, proporcionada en distintos entornos. Estos apoyos pueden durar toda la vida, suelen requerir más personal. Una persona que requiere apoyo generalizado necesitará asistencia diaria en todas las actividades de la vida.

LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Dentro del grupo de personas con Discapacidad Intelectual, la conducta personal y social es enormemente variable y es difícil hablar de características que sean generalizables a todo el grupo. No existen dos individuos que posean

las mismas experiencias ambientales; sin embargo, a los fines de ésta tesis mencionaremos características específicas de ésta población sin considerar los diferentes niveles intelectuales.

- En el área emocional, pueden presentar ciertas dificultades para expresar sentimientos y percibir afectos, tanto en sí mismos como en los otros, además, inestabilidad emocional, según las experiencias en el ambiente: la frustración y la tensión pueden implicar conductas agresivas, autolesivas o auto estimulantes.

- En cuanto a las conductas adaptativas, pueden presentar dificultad de inhibición y en ocasiones aparecer violencia ante una frustración.

- En el área cognitiva, presentan una disminución en los procesos cognitivos de percepción, memoria, atención, juicio, razonamiento, cálculo y lenguaje. Esto puede influir en ciertas actividades como, poder establecer relaciones sociales, dar respuesta a las demandas del medio y resolver problemas; así como también en las ejecuciones en las AVD, sociales y académicas. Pueden desenvolverse con cierta autonomía en situaciones y lugares familiares y habituales. El desempeño en el procesamiento de información es generalmente más lento para organizar la respuesta y el aprendizaje. En cuanto a la meta cognición o meta memoria específicamente, y, en algunos de los procesos ejecutivos, hay también ciertas dificultades de desempeño. En la atención puede haber algunas limitaciones para reprimir estímulos irrelevantes, reaccionando ante cualquiera de ellos. En la percepción,

hay en ocasiones dificultad para interpretar adecuadamente las experiencias sensoriales, comprender aquello que se percibe. Además pueden asociarse trastornos sensoriales como auditivos o visuales.

Pueden desarrollar el lenguaje oral y comunicarse de diversas formas, aunque difícilmente lleguen a utilizar una formulación verbal correcta.

- Necesitan además intervenciones para comprender normas de convivencia, límites, deberes y derechos y, para medir riesgos; aunque logran en ocasiones conductas que las respetan, integrándose dentro del grupo familiar y de pequeños grupos. Consiguen generalmente hacer un uso gratificante de su tiempo libre en actividades individuales o grupales.

- En lo referido a relaciones sociales, los vínculos generalmente se mantienen con otros niños de su nivel cognitivo, esto no se debe a que no tengan la capacidad de hacerlo con personas sin discapacidad intelectual, sino que está determinado por las posibilidades de relación que le brinda su ambiente.

- En cuanto al juego, ocio y roles sexuales, generalmente atraviesan las mismas etapas que una persona sin discapacidad pero con algunas variaciones en el tiempo de adquisición e integración de las mismas; esto puede estar determinado por las posibilidades del ambiente o de su entorno social.

La mayoría de las personas con Discapacidad Intelectual permanecen gran parte del día en instituciones como Centros de Día y, muchos de ellos

viven en Hogares Permanentes. Ambos establecimientos son generalmente los únicos servicios de salud grupal a los que acceden; en ellos llevan a cabo sus actividades de la vida diaria, de socialización, de ocio y laborales no productivas.

Por lo mencionado anteriormente es importante conocer y reflexionar sobre las prácticas que se llevan a cabo en estas instituciones; y, a los fines de este trabajo, describir los dispositivos institucionales, más específicamente aquellos sobre sexualidad y, los imaginarios sociales que subyacen en los mismos.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 3

SECCION 1:

- Bastida, M. y Berastegui, A. (2010) *Recursos del Centro de Día en la Intervención Cognitiva desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Director: Alessio, C. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social.
- Carulla, S. y cols (1998) *Clínica de la enfermedad mental en atención primaria*. Capítulo 3. Sección 3.16. Retraso Mental. Ed: Libros Princeps.
- Dimeglio, A. (2003) Circular Técnica General nº 5 ¿Qué es el Retardo Mental? La Plata.
- Egea Garcia, C. (2004). *La definición del retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental* en: Fenomenología de la Discapacidad.
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/Portadas/23jun2004.htm>
- Garcia Molto, A. *Terapia Ocupacional y Discapacidad Intelectual*. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad,

Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

- Hojsgaard, C Y Otero, S. (2006). *Actividades Corporales Expresivas en Retardo Mental Severo*. Tesis de grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Director: López, J. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social.
- Johnson, M. (1990). *La educación del niño deficiente mental: Manual para padres y educadores*. Capítulo 2: El niño Deficiente Mental. Editorial Cincel S.A. Madrid.
- Verdugo Alonso, M. *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002*. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 34, num. 205.
- Verdugo Alonso, M. (2003) *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- Lineamientos Curriculares. (1993) Educación Especial. Capítulo 7. Provincia de Buenos Aires.

Capítulo 3:sección 2

Sexualidad y Discapacidad Intelectual

La sexualidad es inherente al ser humano desde que nace hasta que muere, como ya se mencionó en el primer capítulo, abarca la totalidad de la persona en sus aspectos tanto biológicos como psicológicos, sociales y emocionales. Es considerada en ésta tesis en un sentido integral, entendiéndola como un sistema de conductas o comportamientos de los individuos que se manifiesta en el goce y bienestar compartido; que puede tener una finalidad biológica reproductiva o una finalidad psicosexual de comunicación o comunión interhumana condicionada en su expresión por pautas culturales vigentes a la comunidad que se pertenece.

Es necesario hacer un breve recorrido histórico acerca de las temáticas de discapacidad y sexualidad, remitirse al pasado, amplía la comprensión acerca de las conductas humanas en relación a dichos temas y permite conocer los motivos históricos que dieron origen a las normas y rutinas de las sociedades.

A mediados del siglo XVII, discapacidad y sexualidad comienzan a considerarse como conceptos, las personas que hoy llamamos discapacitadas comienzan a ser nominadas, nombradas. Los psiquiatras en su afán de clasificarlas, llamaron a éstas personas “monstruo humano”, “anormales”, luego “minusválidos”, “discapacitados”, posteriormente “personas con capacidades diferentes” y otras alusiones. Esto no quiere decir que antes de este siglo no

hubiese sujetos con discapacidad, sino que no estaban catalogados, no existían como concepto. Si una palabra no denomina a alguna cosa, es difícil que ésta exista.

En el siglo XVIII, se pone en marcha una moralización de las costumbres por medio de la nueva pastoral Cristiana imponiendo en cuestiones relacionadas a la sexualidad un triple decreto de prohibición, inexistencia y mutismo

A partir de aquí comienza a gestarse la idea de que los niños, como los ángeles, carecen de sexo. Se ponen en práctica conductas dirigidas a culpabilizar al niño por su sexualidad, y ésta se plantea como un problema; la masturbación es considerada como un peligro por que no está dentro del orden relacional. Emerge el concepto de incesto y su prohibición, ya sea entre hermano-hermana, padre-hija.

De ésta manera se fué ampliando la distancia entre niños y adultos, y la familia comenzó a organizarse alrededor de los mitos, "supuestos peligros" y moral cristiana de la sexualidad. Esto se acentuaba aún más si el niño/a presentaba alguna discapacidad.

El deseo sexual no es una fuerza siniestra y peligrosa que haya que combatir, como se ha hecho ver en épocas pasadas, es una realidad que no se puede negar ni ocultar. Debe ser canalizado a través de la socialización y de la educación afectivo-sexual. Se va a manifestar siempre de una manera o de otra, sea cual sea el grado de discapacidad.

AFECTIVIDAD

El afecto en los primeros momentos de la vida, está relacionado con la comunicación, el contacto físico, esenciales en la génesis de la seguridad emocional. En la adolescencia se siente también una importante necesidad de cariño, proximidad física, intimidad. El enamoramiento es uno de los fenómenos incipientes en esta edad.

La sexualidad humana presenta aspectos relacionados con el deseo sexual y aspectos que se relacionan con la afectividad.

El comportamiento sexual se da, en general, en el contexto de relaciones de afectividad. El enamoramiento, el amor, es un impulso que mueve a establecer un vínculo íntimo con otra persona con el fin de cubrir una necesidad de seguridad emocional. Generalmente, el contexto no facilita la posibilidad de vivir éstas relaciones en las personas con discapacidad.

El comportamiento sexual, aporta un nivel de comunicación especial. En la vinculación afectiva, el contacto físico, las caricias, el compartir uno de los aspectos más íntimos de la naturaleza humana, es algo esencial. Por lo tanto se puede decir que la sexualidad es una necesidad básica en todos los seres humanos, presenten o no alguna discapacidad.

La actividad sexual tiene dos claras dimensiones: la búsqueda del placer y la fecundidad. La motivación más frecuente cuando se mantienen relaciones sexuales es la búsqueda del placer, el compartir intimidad, cariño, ternura.

En cuestiones de discapacidad el problema deviene cuando ambas dimensiones se confunden. Generalmente el miedo a la reproducción por parte de las familias tiende a negar y restringir al máximo la sexualidad, limitando las

oportunidades de proyectar su deseo sexual hacia otras personas, por lo cual, algunas personas con discapacidad no pasarán nunca de un nivel autoerótico.

Al hablar del autoerotismo de personas con discapacidad intelectual, el miedo que puede circular suele ser el de una masturbación compulsiva. Al respecto se puede decir que el organismo se autorregula, por tanto, no es frecuente que exista el riesgo de una masturbación excesiva.

La masturbación es una forma de satisfacción sexual que puede ser practicada en personas de cualquier edad. Es un comportamiento íntimo y por tanto debe realizarse en un ámbito de intimidad. Es evidente que esta actitud debe ser educada, comprendiendo que es una práctica privada. Es conveniente ayudarlos a través de la educación a que incorporen las normas y pautas de nuestra cultura; qué es lo que se mantiene en privado y qué en público.

LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SU FAMILIA

Las personas con discapacidad pueden presentar mayores o menores inquietudes y necesidades en lo referente a la sexualidad, del mismo modo que el resto de las personas. Pueden alcanzar las mismas etapas del desarrollo psico-sexual, las particularidades de cada caso en el tiempo de adquisición de las mismas, estarán dadas tanto por las condiciones personales como por la interacción con el entorno social.

La salud sexual, está relacionada con las condiciones psicosociales, creencias, expectativas, prejuicios que sus familias y entornos vinculares tienen con respecto a su sexualidad.

Suele ser desconcertante y doloroso para los padres aceptar que sus hijos están creciendo; ellos necesitan cada vez menos de sus progenitores y reclaman cada vez más autonomía e independencia. Esta sensación puede resultar más compleja en el caso de un hijo con discapacidad intelectual.

Entre otras razones, puede deberse a que los padres están acostumbrados a brindarles a sus hijos con discapacidad cuidados mayores y durante un tiempo más prolongado de lo habitual.

En general, la persona con discapacidad intelectual, dentro del espacio que conforma su familia, se encuentra protegido al máximo de los estímulos y experiencias sexuales, los padres únicamente observan un peligro inmediato (abuso sexual, conducta inadecuada, embarazo...). Su excesiva preocupación por sobreprotegerlos, ya que en muchas ocasiones no se los considera capaces de protegerse por sí mismos frente a situaciones conflictivas, hace que la familia opte por la solución más rápida y sencilla, pero también más perjudicial para el sujeto: negar su sexualidad; en vez de capacitarlo para hacer frente a esas situaciones.

Este tipo de actitudes son un reflejo de los prejuicios típicos de nuestra sociedad respecto a la sexualidad y cuando se habla de discapacidad se acentúan más aún.

La Lic. en Servicio Social Marcela Ramírez considera cinco posturas que la familia de la persona con discapacidad intelectual puede adoptar en lo referente a la sexualidad de la misma:

Postura de Negación: Es aquella que lleva a creer que la sexualidad en personas con Discapacidad Intelectual no existe.

Postura de Indiferencia: Es aquella que conlleva una actitud de semiabandono hacia la persona con Discapacidad Intelectual.

Postura de Prohibición: Es aquella que conlleva a limitar de una forma compulsiva todo aspecto de existencia de la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual.

Postura de Permiso: Es aquella postura que, ante los planteos de la persona con Discapacidad Intelectual, el entorno efectúa una apertura necesaria para comenzar a dialogar.

Postura de la Motivación: Es aquella actitud que lleva al adulto a interesarse y preocuparse por las diferentes temáticas que hacen a la persona con Discapacidad Intelectual.

Suele suceder que estas actitudes de las familias traspasen ese ámbito e influyan en mayor o menor medida en la institución a la cual la persona asiste.

Considerando entonces, que la variedad de respuestas de las familias ante la sexualidad de la persona con discapacidad pueden ser amplias, en muchas ocasiones, el equipo profesional de los Centros de Día, puede enfrentarse con limitaciones que estas familias ofrecen al momento del abordaje en temáticas de sexualidad.

Por lo tanto, se cree de fundamental importancia, que en el abordaje de la sexualidad, la institución mantenga comunicación y trabajo conjunto con el entorno familiar de las personas con discapacidad intelectual, ya que persona,

familia e institución son tres pilares esenciales para que el proceso de intervención sea llevado a cabo de forma saludable.

Es a la familia a quien corresponde no sólo el derecho, sino el deber fundamental de proporcionar la adecuada educación sexual a los hijos. Los agentes socializadores tienen la tarea de colaborar con los padres en su función, no sustituirla.

Familia e institución son los dos ámbitos naturales para educar la sexualidad del ser humano en crecimiento. La institución debería reconocer la importancia de este tema en la progresiva maduración y afianzamiento de la subjetividad de la persona con discapacidad intelectual.

Mitos en la sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual.

Murillo y Richmond (2005) afirman que al estudiar los estereotipos asociados a la sexualidad de este grupo poblacional, se puede encontrar una clasificación de los mitos, a los que categorizan como mitos referidos a la “asexualización”, “sobresexualización” y sobre el “temor a la reproducción de las personas con discapacidad”.

Un mito es un relato que tiene una explicación o simbología muy profunda para una cultura. El término es utilizado a veces de manera vulgar para referirse a creencias comunes de una cultura o religión para dar a entender que la historia es fantástica e irreal. Es importante tener en cuenta que dichas construcciones simbólicas se van transmitiendo en cada persona a través de generaciones originando en parte imaginarios sociales que orientan las prácticas de cada sujeto.

Dentro de los mitos más conocidos y aceptados por la sociedad acerca de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual, podemos citar los siguientes:

| MITO | REALIDAD |
|--|---|
| "Las personas con discapacidad no son sexuadas." | Todos los seres humanos son seres sexuados y por lo tanto pueden expresar su sexualidad. Las personas con discapacidad han sido privadas de sus derechos sexuales en gran parte por la sociedad, probablemente porque han sido tratados como niños/as. Esta población puede expresar su sexualidad de diversas maneras al igual que el resto (de la población), sin embargo esto varía en cada cultura. |

| | |
|---|--|
| <p>“Las personas con discapacidad no son deseadas.”</p> | <p>Las sociedades se han encargado de fomentar la idea de que ciertos atributos físicos pueden atraer a las demás personas; relegando a un segundo plano sus sentimientos, valores, personalidad, deseos de superación, entre otros.</p> |
| <p>“Hay una manera correcta y una manera incorrecta de tener sexo.”</p> | <p>El sexo se vive y se practica de diferentes maneras, de acuerdo con las individualidades de cada persona.</p> |
| <p>¿Las personas con discapacidad pueden tener sexo?</p> | <p>Existe la creencia de que el sexo debe tenerse solo entre personas que no tienen discapacidad, esto no es válido. En realidad todas las personas con discapacidad pueden disfrutar de la vida sexual con sus parejas.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>“Las personas con discapacidad tiene cosas mas importantes en que pensar que en el sexo.”</p> | <p>La sexualidad es importante para cualquier persona para desarrollarse de manera integral.</p> |
| <p>“Las personas con discapacidad no tiene fantasías sexuales”.</p> | <p>El hecho de que se tenga discapacidad, no quiere decir que no se tengan ciertas preferencias para realizar un acto íntimo, estas personas pueden tener deseos y fantasías para poder transmitir y sentir diversas emociones al vivir su sexualidad.</p> |
| <p>“La persona que se encuentra institucionalizada no debería tener sexo.”</p> | <p>En la mayoría de las instituciones se ha perdido el derecho a la intimidad, no existen cerraduras en las habitaciones, ni se facilitan habitaciones para las parejas, por lo que se violan sus derechos sexuales, sin respetar los derechos humanos de éste grupo.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>“Las personas con discapacidad intelectual no necesitan Educación Sexual.”</p> | <p>Todos somos sujetos de aprendizajes, por lo tanto necesitamos educación sexual, la ignorancia en este tema crea obstáculos para poder comprender su propia sexualidad, limitando el acceso a la escasa información que se brinda al respecto, ésto se acentúa más con el mito que “cuanto más se hable del tema, más se promoverá el deseo sexual.”</p> |
|---|--|

Para la OMS (2002), la Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Se requiere un acercamiento positivo y respetuoso, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas, deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Existen diferentes formas de vivir la sexualidad de manera saludable, en tanto y en cuanto la persona que la viva la acepte como tal. La acción más importante de la intervención en lo referido a sexualidad, ya no debe ser la “normalización”, sino la promoción basada en la concepción de los Derechos Humanos.

Toda persona tiene derecho a pensar y obrar libremente, sin más condiciones que los derechos de los demás. Hombres y mujeres deberían ser educados

para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva y, las personas con discapacidad cualquiera sea el origen, naturaleza y/o gravedad de la misma, deben gozar de los mismos derechos, como una vida sexual gratificante. Para ello es fundamental que el contexto, social, familiar y profesional resulte contenedor y posibilite desde la comprensión el cumplimiento de los mismos.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 3

SECCION 2:

- Alva, M. *Discapacidad y sexualidad. Posibilidades para la transformación de un discurso.* IV Congreso Internacional de Derechos Humanos y Salud Mental. Universidad Madres de Plaza de Mayo.
- Benites Morales, L. *Salud sexual y sexualidad en personas con necesidades especiales.* Universidad de San Martín de Porres.
- Castro Martin, M. *Educación sexual .El lenguaje de la sexualidad.* [PDF] Recuperado 8 julio 2010. www.estimulosadecuados.com.ar/syl.htm
- Rivera Sánchez, P. (2007). *Sexualidad y discapacidad de los niños y niñas adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad.* IX Congreso Nacional de Ciencias. Instituto Tecnológico de Costa Rica. Cartago, Costa Rica.
- Tallis, J. (2005) *Sexualidad y Discapacidad.* primera edición. Buenos Aires. Editorial Miño y Dávila.
- Varas Cortes, J. *Adolescentes con Discapacidad Psíquica: salud sexual y reproductiva.* *Revista Obstetricia y Ginecología. Hospital*

Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Año 2010; VOL 5 (2): Pág. 139-144.

- Zapiain, J. (2009) *Sexualidad y Discapacidad*. Actas cursos de verano. Universidad de Zaragoza. Editorial Cadis Huesca.

Capítulo 4

Abordaje de sexualidad desde Terapia

Ocupacional en Centros de Día para personas

con Discapacidad Intelectual

La Asociación Colombiana de Terapeutas Ocupacionales (1994), define a la Terapia Ocupacional como:

Disciplina de la ocupación humana, a partir del método científico, que se dirige al estudio, análisis y esclarecimiento de la naturaleza ocupacional del hombre, a fin de lograr el bienestar y calidad de vida del individuo a lo largo de su ciclo vital para que actúe adaptativamente en un rango de conductas que le permitan establecer un balance entre el trabajo, autocuidado, actividades de ocio y tiempo libre y responder en términos de identidad y aprendizaje a las necesidades individuales dentro del entorno social-ecológico-cultural.

La Terapia Ocupacional propone que el Ser Humano se desarrolle plenamente y pueda desempeñar las ocupaciones que le son significativas con el fin último de lograr la máxima autonomía e integración social posibles. El objetivo es funcional ya que, promueve en el individuo el desempeño en los

distintos ámbitos (cuidado personal, laboral, ocio y tiempo libre) y en los distintos contextos de su vida cotidiana, para lograr una mejor calidad de vida, autoestima y desarrollo de la identidad. Estas actividades/ocupaciones (autocuidado, juego y ocio y trabajo), son utilizadas por el T.O. como medio de intervención terapéutica o preventiva; además se vale de la intervención con la familia de la persona y en su ambiente o contexto.

La ocupación es propia y distintiva de la Terapia Ocupacional y de la Ciencia Ocupacional; es el medio o instrumento para el ejercicio profesional y, que toma sentido para el individuo. Ocupación hace referencia al “movimiento que ubica al ser humano en su medio, en la medida en que se apropia y toma posesión de los objetos que lo rodean haciéndolos suyos, captando su voluntad, su deseo de actuar, de obrar.” (Moruno Miralles y Romero Ayuso, 2003).

La ocupación se refiere a aquellas actividades que acaparan el interés, aquellas que subjetivamente tienen mayor importancia; es una cualidad de la condición humana que implica el lenguaje, lo simbólico, es decir, un significado; es por tanto una actividad intencional, significativa y funcional del sujeto, en el desempeño de su vida cotidiana. Incluye el contexto personal, espacial, temporal y, a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce, construye y expresa su identidad personal y social.

Gray (1997) expone que la ocupación es esencialmente percibida como “el hacer” de un individuo, que está dirigida a metas y que implica un significado para éste.

La adaptación e integración de una persona, es el resultado de la interacción de ellas con el entorno a través de actividades propositivas y del ejercicio de roles ocupacionales (trabajador, ama de casa, hijo, amigo, novio).

Siguiendo a Pichón Riviere, se entiende por persona a un “ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan; se configura en una actividad transformadora, en una relación dialéctica mutuamente modificante con el mundo, relación que tiene su motor en la necesidad.”

La salud, en tanto adaptación activa, será la resultante de las formas que reviste la relación del sujeto con el mundo, relación constitutiva del hombre como tal.

El sujeto es sano en la medida que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez él mismo; está activamente adaptado en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio.

Desde 1946 con la creación de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se reconoce internacionalmente el derecho a la salud como un derecho fundamental, básico, social y universal; su logro es un objetivo social. El Derecho a la Salud se declaró como Derecho Humano básico en el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

“La salud no es un estado del individuo, sino también las nuevas situaciones que hay que abordar para solucionar, conservar o reestablecer este estado, utilizando para éste fin los conocimientos científicos, técnicos,

organizaciones, recursos humanos y económicos". (Moruno Miralles y Romero Ayuso, op. cit.)

La salud del hombre no implica sólo la supervivencia, sino también el desarrollo de todas las posibilidades humanas, tanto en sus vertientes psicobiológicas como en sus procesos de adaptación social, incluyendo la salud sexual.

La CIDDM-2 (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud), en su nueva versión, describe la salud y los estados funcionales asociados a ésta; se incluyen en esta Clasificación no sólo las funciones y estructuras corporales, sino también, las actividades y participación, y, se tiene en cuenta a la sexualidad en todas sus dimensiones, mencionando desde las funciones sexuales, hasta las relaciones íntimas.

TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS DE DÍA

Las incumbencias del Terapeuta Ocupacional en un Centro de Día para personas con discapacidad intelectual, se orientan a mejorar la calidad de vida de éstas personas, a través de la participación en actividades significativas y gratificantes, posibilitando igualdad e integración social. A estos Centros de Día, concurre población adolescente, joven y adulta en su mayoría.

Debido a la dinámica institucional que poseen los mismos, el T.O. y el orientador desde el área de Terapia Ocupacional, intervienen en las ocupaciones y contextos.

El rol en la intervención de las AVD (actividades de la vida diaria) por parte de los miembros que forman parte del área de Terapia Ocupacional, es único y específico.

Las tareas de AVD incluyen movilidad, autocuidado, comunicación, manejo del ambiente y ayudas técnicas y expresión sexual (Foti y Pedretti, 1996). Todas las personas realizan éstas actividades en algún grado y forma, aunque la importancia que alcance para cada uno puede diferir culturalmente. No sólo desempeñan un papel importante respecto a los aspectos sociales del ser humano, también conforman la identidad de cada sujeto, constituyen formas de expresión y diferenciación personal, son signos vinculados con la propia sexualidad: afeitarse, maquillarse, depilarse, son actividades asociadas a la identidad, la sexualidad y la expresión personal; las AVD otorgan identificación sexual.

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN CENTRO DE DIA

- Realizar una valoración global de cada persona en las áreas de desempeño ocupacional teniendo en cuenta los intereses y las necesidades ocupacionales de la persona.
- Planificación y diseño de un plan de tratamiento individualizado en el que se incluyan: Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Actividades Productivas, Ocio y Tiempo Libre y Habilidades Sociales.
- Potenciación de la autonomía personal, autoestima y equilibrio emocional que permita mejorar la calidad de vida.
- Ejecución de las planificaciones de Terapia Ocupacional, trabajo interdisciplinario, y/o formación y orientación a los miembros del equipo para el buen desarrollo de los mismos así como la evaluación de dicha ejecución,

con el fin de alcanzar una rutina ocupacional significativa y una asunción de roles ocupacionales que les permita crecer personalmente y desarrollarse.

- Potenciar la integración social y comunitaria a través del uso de recursos socio-comunitarios para la realización de actividades de ocio y tiempo libre principalmente.
- Evaluación continuada del plan de tratamiento con el fin de realizar las modificaciones necesarias en función de los objetivos propuestos, así como para elaborar los informes de evolución.
- Contacto con la familia para asesorar y formar en las estrategias más adecuadas para desarrollar con la persona en lo que se refiere al área ocupacional.

Considerando las funciones anteriormente mencionadas, los Terapeutas Ocupacionales necesitan ser conscientes de sus propias actitudes y de las de la sociedad hacia la sexualidad, roles sexuales, preferencias sexuales, y discapacidad, ya que siempre, las prácticas de intervención de un T.O. van a estar influidas por el imaginario social del cuál es parte; ya que, como se mencionó en el segundo capítulo, éste tiene poder para operar en las acciones de las personas; ya que se constituyen como esquemas que permiten percibir e interpretar la realidad, para luego intervenir de acuerdo a ella. Además, los Terapeutas Ocupacionales deben ser conscientes de las necesidades físicas y emocionales de las personas con discapacidad, la necesidad de intimidad no disminuye con la edad ni con la discapacidad.

En cuanto a las destrezas interpersonales, es conveniente que los T.O. establezcan un vínculo de confianza con sus pacientes para la comunicación acerca de la sexualidad, ya que esta tiene mayores connotaciones emocionales tanto para éstos como para el terapeuta que otras actividades de la vida diaria íntimas.

Las incumbencias de Terapia Ocupacional en referencia a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual en un Centro de Día podrían ser:

- Formar parte del equipo interdisciplinario orientado a las prácticas de educación sexual de las personas con discapacidad intelectual, en tanto y en cuanto, institucionalmente se de importancia y consentimiento para ello.
- Trabajar en relación constante con las familias, brindando herramientas que sean necesarias para unificar criterios, beneficiando la intervención conjunta.
- Favorecer la comunicación y las relaciones interpersonales que mantienen las personas con discapacidad intelectual.
- Propiciar el ejercicio de los derechos de sexualidad y de expresión sexual, de acuerdo a la capacidad de cada persona, al deseo y a la modalidad individual de expresión.
- Realizar intervenciones en el contexto familiar y/o institucional (baños, habitaciones), realizando adaptaciones en caso de ser necesario con el fin de propiciar intimidad, respetando de este modo la dignidad de la persona.

- Intervenir específicamente en el desempeño de las AVD, posibilitando autodeterminación y autonomía, propiciando identidad.
- Fomentar autoestima, propiciando el ejercicio de roles deseables para el momento del desarrollo o ciclo vital que atraviesa la persona.
- Trabajar nociones de esquema corporal, conocimiento, aceptación, cuidados y respeto del cuerpo.
- Favorecer el registro y la comprensión de sensaciones placenteras- displacenteras.

INTERVENCIONES DEL T.O.

1. intervenciones enmarcativas: el T.O. fija normas y reglas (hora, lugar, duración de las sesiones, asignación de un instrumento de trabajo, etc.; Presentación de materiales y actividades terapéuticas, indicar o sugerir ejercicios.)
2. intervenciones facilitadoras: facilitan una mayor interacción y pueden asumir la forma de preguntas acerca de porque la elección de determinado material, o como se siente en determinada oportunidad. Clarificar, rectificar o confirmar criterios de los pacientes. Recapitular o resumir para poner de relieve hechos esenciales que tiendan a mejorar la comprensión de conductas. Algunas suelen ser al mismo tiempo movilizadoras, ya que pueden romper el equilibrio para introducir en otra situación.

3. Intervenciones exploratorias: rastrear el origen intencional de una conducta, para quien y porque hace un objeto determinado.

4. Intervenciones esclarecedoras: comentarios que operan en lo concreto que se desprende del aquí y ahora; señalamientos mostrando relaciones entre datos manifiestos y latentes.

LOS IMAGINARIOS SOCIALES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

En un mismo contexto social, existe más de una ideología, más de un sistema representacional (imaginarios sociales).

Según Quiroga, A. (2008):

El proceso de conocimiento humano tiene su fundamento en necesidades materiales que los hombres resuelven a partir del establecimiento de relaciones sociales. En consecuencia, la realidad social, realidad compleja y contradictoria, opera como factor determinante en el desarrollo del conocimiento. Lo complejo, lo contradictorio de esas relaciones, la diversidad de intereses operantes en esa estructura, determinan a su vez formas del pensamiento, de la representación, del conocimiento. Emergen desde allí diversas modalidades de interpretación de lo real.

Según lo expresado anteriormente, los imaginarios sociales subyacen en los dispositivos institucionales. Es importante fomentar el análisis de los Terapistas Ocupacionales acerca de su implicancia en esta temática, haciéndolo extensivo a todo el equipo profesional, con el objetivo de que las intervenciones referidas a la sexualidad se desnaturalicen y se realicen desde el análisis y razonamiento clínico.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO 4:

- Arachu Castro. (2006). *Sobre el derecho a la salud. Facultad de Medicina, Universidad de Harvard. Revista cubana de Salud Publica, Vol. 32.*
- Cuairan Yaregui, O. y cols. (2009). *Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual. TOG (A Coruña). Vol. 6, supl. 4: Pág. 391-409. [PDF] Recuperado 8 diciembre 2010. <http://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf>*
- Monchietti, A. y cols. (1987). *El Terapeuta Ocupacional y la Dinámica Grupal. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Carrera: Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.*
- Moruno Miralles, P. Romero Ayuso, D. (2005). *Actividades de la Vida Diaria. Barcelona. Editorial Masson.*
- Moruno Miralles, P. Romero Ayuso, D. (2003). *Terapia Ocupacional, teorías y técnicas. Barcelona. Editorial Masson.*

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Suiza. Copyright.
- Quiroga, A. (2008). *Enfoques y Perspectivas en Psicología Social. Desarrollos a partir del Pensamiento de Enrique Pichón Riviere*. Buenos Aires. Séptima Edición, Editorial Cinco.
- Sánchez Bayle, M. El derecho a la salud como derecho fundamental. Madrid. Asociación para la defensa de la sanidad publica. [PDF] Recuperado 12 diciembre 2010. www.fadsp.org
- Spackman, W. (1998). *Terapia Ocupacional*. Madrid. Octava edición. Editorial Médica Panamericana. Hopkins y Smith.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Aspectos metodológicos:

TEMA:

APORTES PARA UNA APROXIMACION AL IMAGINARIO SOCIAL SOBRE SEXUALIDAD EN INSTITUCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA T.O.

PROBLEMA:

¿Cuáles son los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales de los Centros de Día de la Ciudad de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual según la perspectiva de los terapeutas ocupacionales que trabajan en dichas instituciones durante el periodo 2011?

OBJETIVO GENERAL:

Describir los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales de los Centros de Día de la Ciudad de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual según la perspectiva de los terapeutas ocupacionales que trabajan en dichas instituciones durante el periodo 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Caracterizar los dispositivos institucionales de intervención (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de servicios de los

Centros de día de la ciudad de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual.

- 2- Caracterizar los dispositivos institucionales de intervención específica en temáticas de sexualidad (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de Centros de día de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual.
- 3- Caracterizar la participación/inserción del Terapeuta Ocupacional en los dispositivos institucionales de intervención específica en temáticas de sexualidad (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de Centros de día de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual.
- 4- Describir los imaginarios sociales sobre la sexualidad que subyacen a los dispositivos institucionales y servicios relevados.

TIPO DE DISEÑO:

Descriptivo taxonómico, cualitativo, de corte transversal y de casos múltiples (por cada institución que se estudiará).

Descriptivo, porque se pretende describir los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales, es decir, que orientan las prácticas institucionales en Centros de Día para personas con discapacidad intelectual.

Taxonómico, porque se reconstruirá una tipología de imaginarios sociales sobre sexualidad que permitan caracterizar los dispositivos institucionales y

clasificarlos según la similaridad y relaciones de éstos con las prácticas y/o dispositivos.

Cualitativo, porque se trabajará con métodos de recolección de datos como registros institucionales, documentación y entrevistas semiestructuradas.

Transversal, porque se realizará un solo relevamiento por única vez.

VARIABLE (PRINCIPAL O A DESCRIBIR):

Imaginario social sobre sexualidad.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Magma de significaciones acerca de sexualidad que atraviesan y orientan las prácticas sociales de una sociedad y de los individuos concretos que la constituyen, que no se refieren a lo racional o a elementos de lo real; y que existen si son compartidas por una colectividad impersonal y anónima.

Es el magma de significaciones imaginarias acerca de la sexualidad, entendida como actividad subjetiva que va más allá de la genitalidad, que incorpora el sentido del placer e incorpora los discursos sociales.

DEFINICION OPERACIONAL:

Cada uno de los indicadores de cada tipo de imaginario social sobre sexualidad y, cada uno de los dispositivos institucionales (instituciones, servicios, talleres, intervenciones) que permitan hacer una clasificación en cada tipo de imaginario social sobre sexualidad.

INDICADORES:

IMAGINARIO HEDONISTA

- Presencia de espacios en los cuales los concurrentes puedan realizar la actividad que tengan ganas de hacer, como por ejemplo pintar, dibujar, depilarse, afeitarse, maquillarse, etc.

IMAGINARIO VICTORIANO

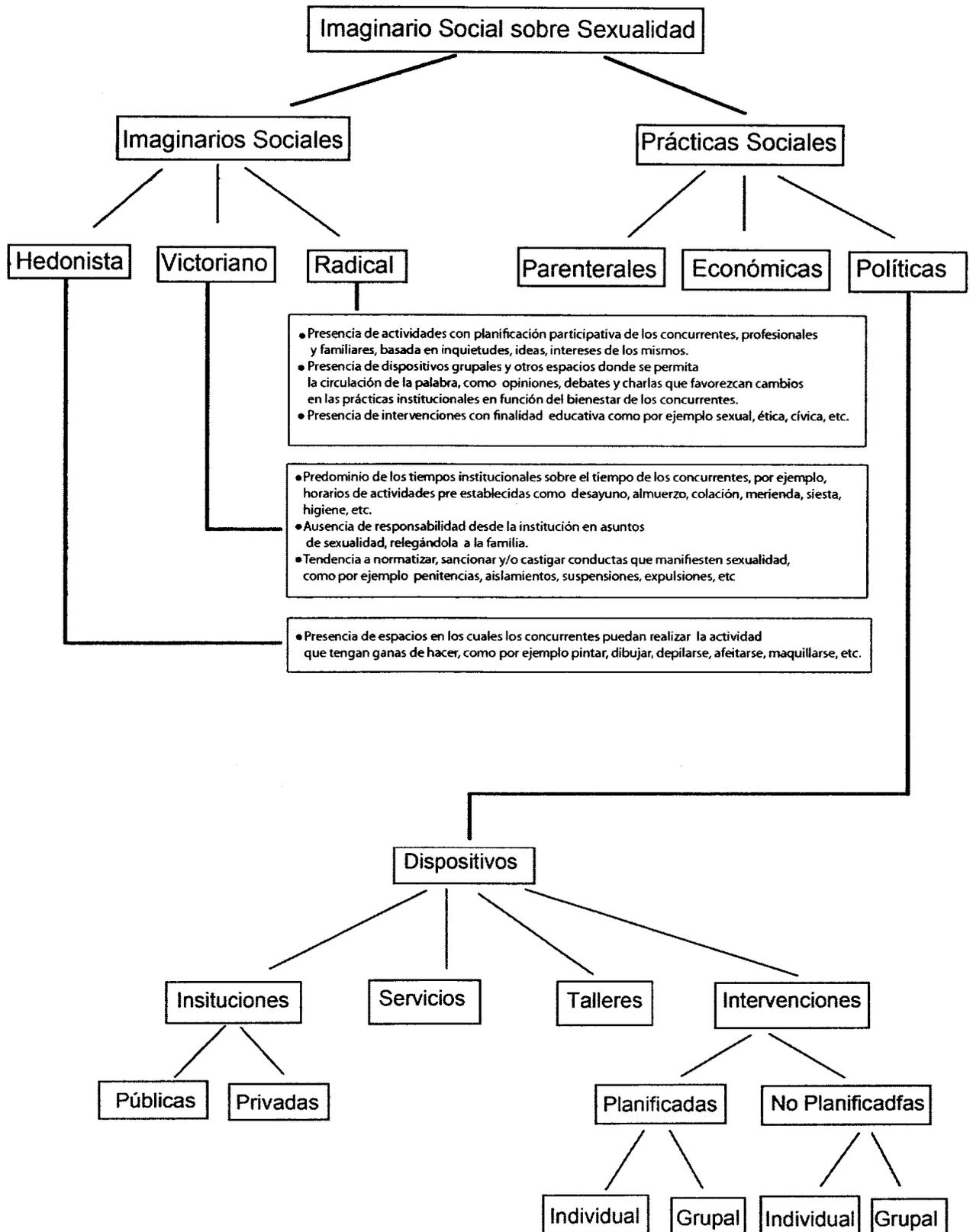
- Predominio de los tiempos institucionales sobre el tiempo de los concurrentes, por ejemplo horarios de actividades pre establecidas como desayuno, almuerzo, colación, merienda, siesta, higiene, etc.
- Ausencia de responsabilidad desde la institución en asuntos de sexualidad, relegándola a la familia.
- Tendencia a normatizar, sancionar y/o castigar conductas que manifiesten sexualidad, como por ejemplo penitencias, aislamientos, suspensiones, expulsiones, etc.

IMAGINARIO RADICAL

- Presencia de actividades con planificación participativa de los concurrentes, profesionales y familiares, basada en inquietudes, ideas, intereses de los mismos.
- Presencia de dispositivos grupales y otros espacios donde se permita la circulación de la palabra, como opiniones, debates y charlas que favorezcan cambios en las prácticas institucionales en función del bienestar de los concurrentes.

- Presencia de intervenciones con finalidad educativa como por ejemplo sexual, ética, cívica, etc.

DIMENSIONAMIENTO:



CASOS:

Centros de Día para personas con discapacidad intelectual de la ciudad de Mar del Plata.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Dispositivos institucionales, entendidos éstos como un tipo de práctica social política, en contextos institucionales, que funcionan como servicios ofertados para la atención de necesidades y/o este tipo de problemáticas en personas con discapacidad intelectual.

MUESTRA:

Conjunto de dispositivos y/o servicios (o prácticas), indicados tanto por declaración de la documentación institucional como por lo que declaren los informantes calificados que satisfagan los criterios de inclusión, siendo éstos:

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE FUENTES DE DATOS:

CRITERIOS DE INCLUSION:

En el caso de documentación institucional:

- Que tenga rango de institucional y haya sido avalada por directivos del establecimiento.

En el caso de informantes calificados:

- Ser directivo de la Institución.

- Ser Terapeuta Ocupacional o Lic. en Terapia Ocupacional y formar parte del equipo de planta permanente del Centro de Día.
- Ser profesional del área de la Salud (tener título de grado universitario) y estar a cargo de un dispositivo/ servicio institucional orientado a la sexualidad.
- Ser estudiante avanzado de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional (2/3 de la carrera aprobada) y estar a cargo de un dispositivo institucional orientado a la sexualidad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

En el caso de documentación institucional:

- Anotaciones y notas informales que no cuenten con aval institucional.

En el caso de informantes calificados:

- Ser estudiante del ciclo básico de la Carrera Lic. en Terapia Ocupacional.
- Ser estudiante avanzado de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional (2/3 de la carrera aprobada) y no tener a cargo un dispositivo institucional orientado a la sexualidad.
- Estar a cargo de un dispositivo institucional dedicado a sexualidad sin tener título de grado universitario.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA (documentación e informantes):

Muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1967), las unidades que conformarán el trabajo de campo se irán generando en torno al desarrollo de la investigación,

mediante la recolección, análisis y categorización de los datos, repitiendo el proceso hasta la saturación teórica, es decir, cuando se hayan encontrado los datos suficientes para la producción de conocimientos sustantivos nuevos.

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

- 1- Relevamiento documental.
- 2- Entrevista a informantes calificados.

- 1- Relevamiento documental: Programas del centro de día, Carta de servicios (folleto que comunique los servicios que ofrece el centro de día, planificaciones de taller etc.) Todo aquello explicitado en los documentos será considerado indicador o variable empírica de esta investigación.
- 2- Entrevista semiestructurada acerca de los dispositivos con los que cuenta la institución, focalizando en aquellos que estén relacionados a temáticas sobre sexualidad, delimitando cuáles están a cargo del Área de Terapia Ocupacional. Todo lo que declaren los entrevistados, será considerado como indicador o variable empírica de esta investigación.

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Procedimiento: (VER ANEXO I)

Para la recolección de las unidades de análisis, dispositivos institucionales, se realizarán dos procedimientos:

- Con respecto al análisis documental, se contactará a informantes calificados y se les solicitará, de ser posible, la planificación institucional.

- Con respecto a la entrevista a informantes calificados, se contactará previamente a cada uno por vía telefónica y/o presencial. Se informará a los entrevistados sobre los objetivos de la investigación. Además se comunicará cuánto tiempo aproximado insumirá la misma. Si presenta interés en formar parte de la muestra, posteriormente se acordará fecha, hora y lugar de encuentro para la administración del instrumento.

Instrumentos: (VER ANEXOS II Y III)

Prueba piloto:

Se realizó una prueba piloto del instrumento para identificar la validez del mismo y, posteriormente se hicieron las modificaciones pertinentes. Se administró la entrevista a una Lic. de Terapia Ocupacional, directora de un Centro de Día para personas con Discapacidad Intelectual de la ciudad de Mar del Plata que no será incluido en la muestra de estudio.

La entrevista se realizó aproximadamente en 60 minutos. Se identificaron errores en cuanto a la redacción, presencia innecesaria y redundancia de algunas preguntas. Seguido a esto se efectuaron las modificaciones pertinentes:

Modificaciones de redacción: Pregunta 3 del apartado Datos Institucionales, pregunta 11 del apartado Recursos Humanos, pregunta 14 y preguntas 20 y 22 del apartado de Terapia Ocupacional.

Preguntas eliminadas: pregunta 13 del apartado de Recursos Humanos y pregunta 23 del apartado de Terapia Ocupacional.

Preguntas adicionadas: se agregaron preguntas en los apartados Dinámica Institucional, Situaciones y Terapia Ocupacional.

Tiempo estimado de recolección de datos: un mes.

ANÁLISIS DE DATOS

Se seguirán los principios de la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, op. Cit.) analizando los datos empíricos obtenidos tanto de las entrevistas a informantes calificados como del relevamiento documental mediante un Análisis Descriptivo, es decir, realizando una codificación de cada uno de los datos obtenidos para integrarlos luego en una red o mapa conceptual que responda a la Tipología de Imaginarios sociales sobre sexualidad. Se utilizará el Método comparativo constante que pretende generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes. Este método hace una comparación constante, realizando una búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos, para luego generar conceptos y sus características, basadas en patrones del comportamiento que se repiten. De esto resultará la proyección de conceptos y relaciones reconstruidas en una red conceptual de términos.

Reconstrucción de tipologías: en función de épocas que marcaron diferentes concepciones o modos de vivir la sexualidad, enunciando indicadores que

según su presencia o ausencia permitan categorizar las prácticas institucionales dentro de un tipo de imaginario social.

En primera instancia se identificarán incidentes, luego se construirán categorías y, posteriormente esas categorías serán integradas a una red de categorías que funcionara como modelo conceptual que ajuste a toda la variedad de situaciones que encontremos en el campo.

BIBLIOGRAFIA ASPECTOS METODOLOGICOS:

- Glasser, B. Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York. Aldine.
- Hernández Sampieri. (1998). *Metodología de la investigación*. 2da edición. México. Editorial McGraw-Hill. Interamericana.
- López Roldan, P. (1996). *La construcción de tipologías: metodología de análisis*. Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Polit, Hungler (1997). *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. 5ta edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. México. D.F.
- Sánchez de Puerta Trujillo, F. (2006). *Los Tipos ideales en la práctica: significados, construcciones, aplicaciones*. Universidad de Córdoba. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales nº 11. Pág. 11 a 32.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se consideraron para este estudio nueve Centros de Día para personas con Discapacidad Intelectual de la Ciudad de Mar del Plata, los cuales tienen más de cinco años de fundación a excepción de dos casos. Cinco de estas instituciones son ONG mientras que el resto son Privadas.

Se entrevistó en todos los casos a Terapistas Ocupacionales o Lic. en Terapia Ocupacional, cinco de ellos ocupan cargos jerárquicos (director y/o coordinador de área) dentro de la institución, por lo que no fue necesario considerar los demás criterios de inclusión.

De las entrevistas se desprende que el perfil de los concurrentes que asisten a estas instituciones se caracteriza por discapacidad intelectual siendo las patologías asociadas más frecuentes: trastornos psiquiátricos, sensoriales y motores. Las edades oscilan entre dieciséis a sesenta y cuatro años, siendo la franja etaria más frecuente de treinta a cuarenta años.

Se utilizó el Método comparativo constante (Glasser y Strauss, 1967). En primera instancia se identificaron los incidentes; luego, se realizó una búsqueda de semejanzas y diferencias, que nos permitió la construcción de seis categorías:

- Dispositivos (áreas, servicios, talleres dispositivos de sexualidad propiamente dichos)
- Privacidad (división de los baños, intimidad, actividades de higiene, lineamientos de privacidad)

- Trabajo institucional (composición y dinámica del equipo profesional, presencia de estudiantes, participación de la familia)
- Terapia Ocupacional (incumbencia, intervención, formación y grado de participación en temáticas de sexualidad)
- Intervenciones Ad Hoc sobre sexualidad
- Valoración de la sexualidad.

A partir de allí se realizaron dos tipos de análisis: intra e inter categoría, que permitió establecer conceptos y relaciones, siempre por comparación constante, hasta integrarlas luego a una red de categorías (Ver Anexo V)

Además, se realizó un análisis propio de las preguntas situacionales del protocolo de entrevista. El gráfico y las tablas del mismo, se mostrarán en Anexo IV

A continuación se presentará el análisis intra categoría:

DISPOSITIVOS INSTITUCIONALES

Un tercio de los casos relevados no cuenta en la institución con áreas y/o servicios. En general, el resto de las instituciones relevadas manifiestan tener seis áreas, siendo estas según el orden decreciente de presencia: Terapia Ocupacional, Psicología, Talleristas, Servicio Social, Fonoaudiología y Psiquiatría.

La Terapia Ocupacional es considerada como área en éstas seis instituciones.

Todos los casos cuentan en su organización con talleres, se identificaron al respecto casi una treintena de talleres de temáticas diferentes, siendo los cinco más frecuentes: cocina; actividades artesanales; estimulación sensorial y cognitiva; huerta y jardinería; éstos siempre coordinados por Terapia Ocupacional.

Además se identificaron en la minoría de los casos talleres novedosos como taller de fotografía; circo y clown y taller de lumbricompuesto, entre otros.

Aproximadamente la mitad de los casos relevados no cuenta con talleres relacionados con las Actividades de la Vida Diaria, sino que se las incluye dentro de actividades propias de la jornada; por ejemplo: lavado de manos, cara, cepillado de dientes, etc. En las restantes se cuenta con este dispositivo a cargo de Terapistas Ocupacionales o estudiantes de Terapia Ocupacional.

En un caso particular se hace referencia a la presencia de jornadas cuatrimestrales en las que se tratan temáticas emergentes, siendo la sexualidad de los concurrentes el tema elegido con mayor frecuencia.

PRIVACIDAD E INTIMIDAD

En su mayoría, los centros de día presentan división de sus baños por género, respetándolo tanto concurrentes como personal. Se destaca un caso en el cual no se respeta esta división aunque esté señalizada, afirmando que: *"... Los baños están divididos por género. Los chicos saben, pero se meten de a varios, uno hace pis, el otro se lava las manos, y nadie les dice nada. Hasta nosotros entramos a los baños mientras ellos están. Ahora ya me es natural, pero al*

principio no." (Entrevista nº 8) En otra institución, se considera la edad como criterio para la diferenciación de baños.

Resulta novedoso un Centro de Día en el cual no funciona la división por género, ya que se argumenta que: "... *Seguimos un lineamiento de quien fue la creadora de la institución que dice que el Centro de Día debe ser una prolongación de la casa, por eso no se dividen los baños por género. Y al igual que en nuestra casa si está ocupado no se puede ingresar.*" (Entrevista nº 3)

En pocos casos, se necesita de personal que acompañe a los concurrentes a realizar las tareas de baño, ya que la mayoría es independiente, pero sí requieren supervisión del personal para favorecer la privacidad e intimidad.

Se registra un caso en el cual las actividades de baño de los concurrentes son asistidas por personal de enfermería de su mismo género.

La mayoría de las instituciones cuenta con lineamientos que favorezcan la privacidad e intimidad de los concurrentes. Los mismos son dados generalmente por el área de psicología.

Sólo en un tercio de los casos, se brindan éstos lineamientos tanto a los concurrentes como al personal a cargo.

En una minoría se registró ausencia de lineamientos, ya sea por autonomía de los concurrentes o por cuestiones de dinámica institucional.

En general se realiza la actividad de baño, aunque sólo en uno de los casos se encuentra enmarcada con la modalidad de taller, siendo coordinado por la terapeuta ocupacional y con previa autorización de los padres.

TRABAJO INSTITUCIONAL

Se reconocen proporciones similares de instituciones con presencia y ausencia de comisión directiva conformada por familiares de los concurrentes. La mayoría de estas comisiones cumplen un rol importante en la toma de decisiones institucionales, destacándose una en la que intervienen incluso en la elección, permanencia y modo de abordaje del equipo profesional, se puede citar un caso: *“Quienes dirigen la institución es la comisión directiva de familiares, ellos deciden desde quienes ingresan a trabajar, los profesionales, cuánto se les va a pagar y también toman decisiones en cuestiones que tienen que ver con lo terapéutico, pero como ellos dirigen siempre hay que preguntarles y muchas veces el equipo técnico no coincide con las decisiones de la comisión, pero siempre tenemos que ajustarnos a eso.”* (Entrevista n° 2)

En lo referido a la sexualidad de los concurrentes, pocos entrevistados manifestaron que si bien el equipo profesional valora las intervenciones en ésta temática, se ven limitados en las mismas por lineamientos institucionales:

“...Para muchos de nosotros del equipo es necesario abordar algunas temáticas mas intensamente pero no nos da la carga horaria y comisión directiva quiere que ellos tengan lectoescritura, matemáticas, computación, etc. y se dejan de lado otras intervenciones.” (Entrevista n°2)

Resulta novedoso un caso, donde la directora reconoce su resistencia a la temática, por lo que relega y permite la intervención del resto del equipo, *“La directora tiene una concepción mas episcopal del tema entonces ella misma*

sabe que tiene más limitaciones y me deja a mí que aborde éstas temáticas...”.

(Entrevista nº 4)

La totalidad de los casos considerados cuentan en su planta profesional con Terapeuta Ocupacional, Psicóloga y Asistente Social; además se registraron en la mayoría de las instituciones Nutricionista, Fonoaudióloga y Médico Clínico. Todas las instituciones refieren tener reuniones de equipo, estipuladas o no, la mayoría con una continuidad mensual. Una entrevistada refiere que las reuniones son de participación abierta a todo el personal. Resalta un caso en el cual si bien se cuenta con reuniones de equipo la terapeuta refiere que el trabajo no es interdisciplinario.

Se registró en todas las instituciones, la presencia de talleristas, como así también de estudiantes de carreras de la salud e incluso de personas sin formación alguna dentro del personal institucional. Se destacó como novedoso un caso donde todas las orientadoras de taller poseen título, ya sea terciario o universitario.

En todos los centros de día la jornada se instituye a partir de los talleres. Para esto, se organiza a los concurrentes en grupos, rotativos o no, considerando en algunos casos para esta división las “capacidades” de los concurrentes. En uno de los casos, la terapeuta entrevistada manifiesta desorganización grupal, conformándose grupos heterogéneos de modo improvisado. Esto es ocasionado por la falta de profesionales, y de material que impide llevar a cabo los talleres: *“...En la institución falta gente, porque se han ido, porque están de licencia, porque han renunciado, etc. Quedan grupos libres de concurrentes sin agrupar, los vas metiendo en un hueco, en otro.”* (Entrevista nº 8)

La mayoría de los Centros de Día cita a las familias de los concurrentes en la toma de decisiones ante casos emergentes relacionados con temáticas de sexualidad; aunque en pocos casos se resalta la importancia de contener y acompañar a la familia.

En una minoría de instituciones se brinda la posibilidad de capacitación o formación en temáticas referidas a la sexualidad por medio de jornadas internas o abiertas a la comunidad a cargo de personal idóneo. Uno de estos casos, hace referencia a la escasa participación del personal de los centros de día a una de sus jornadas. *“Desde nuestra institución hubo participación en esa jornada, esperábamos una respuesta más masiva de la sociedad en general, de otras instituciones y no fue tan buena.”* (Entrevista nº 2)

TERAPIA OCUPACIONAL

En la gran mayoría de las instituciones los terapeutas ocupacionales ocupan un cargo jerárquico ya sea como coordinadores de áreas o directores. Todas las instituciones cuentan con terapeuta ocupacional en planta permanente y en la mayoría de los casos concurren diariamente. Se distingue un caso particular en el cual las orientadoras de grupo son terapeutas ocupacionales graduadas, a diferencia del resto que el cargo es ocupado por estudiantes de dicha carrera, así como también otro caso en donde la Terapeuta Ocupacional refirió ser contratada de forma imprevista, ya que la institución necesitaba de su título profesional para la auditoría de una Obra Social, siendo que hacía meses que

se prescindía de este cargo. *“Cuando yo entré en noviembre, estaban sin terapeuta desde agosto, y no buscaron porque no quieren gastar, me tomaron porque venían de una Obra Social.”* (Entrevista nº 8)

Se releva en la mayoría de las instituciones que la Terapeuta Ocupacional desempeña su rol mediante la coordinación de talleres grupales. En una minoría se realizan intervenciones individuales o individuo-grupales según el emergente.

Generalmente, en los casos entrevistados las actividades de higiene realizadas durante la jornada son supervisadas por el personal de turno (orientadores, auxiliares, etc.), y, en pocas ocasiones por profesionales, quienes proporcionarían un sentido terapéutico, según refirieron algunos entrevistados. La mayoría de los terapeutas ocupacionales entrevistados consideraron que la sexualidad es un tema de incumbencia de la disciplina, como así también del resto del equipo profesional y se resaltó la importancia del trabajo interdisciplinario.

La mayoría, consideran que sólo es relevante la intervención con la familia; mientras que una minoría mencionó a la persona como un ser holístico por lo cual la sexualidad debe incluirse en un abordaje integral de la misma.

Paradójicamente, si bien se considera a la sexualidad como incumbencia de Terapia Ocupacional, en gran parte de los casos no se interviene en ésta temática desde la disciplina; y en los casos en que sí, se siguen lineamientos dados por el Área de Psicología. Pueden extraerse algunas citas al respecto:

“La que más trabaja la sexualidad es la psicóloga, ella nos baja los lineamientos.” (Entrevista nº 2); *“Las intervenciones de sexualidad se plantean*

desde psicología y los lineamientos son seguidos por el equipo.” (Entrevista nº 6)

Estas intervenciones varían según el grado de participación que la institución posibilita, desde intervenciones Ad Hoc y entrevistas a familiares hasta la coordinación de un espacio de reflexión donde se aborden las temáticas.

Asimismo, las/los terapistas ocupacionales refirieron no tener conocimiento suficiente en la temática en cuestión y consideran que la formación con la que cuentan fue brindada por la experiencia cotidiana, ya que la mayoría manifestó que la formación de grado es insuficiente. *“No recuerdo formación específica en la facultad ni en sexualidad ni en discapacidad; considero que la formación no es suficiente.”*(Entrevista nº 2).

“Desde la facultad la formación en esta temática de sexualidad no existe más que un poco en discapacidades físicas, la experiencia cotidiana te va enseñando como abordar y es prueba error.”(Entrevista nº 4) *“No sé si estamos formados los terapistas en sexualidad, creo que no nos han dado muchas herramientas para trabajar en el área. Nuestra carrera es muy amplia pero cuando salís a trabajar no sabes nada de nada. Te terminás formando con la experiencia y si tenés tiempo y plata por ahí haciendo un curso. No recuerdo haber visto nada de sexualidad en la facultad”* (Entrevista nº 5)

En algunos casos las terapistas ocupacionales expresaron no estar de acuerdo con los lineamientos institucionales que se siguen para el abordaje de la sexualidad de los concurrentes y que limitan su desempeño profesional. *“...No*

se les permite hablar de sexualidad en la institución, por eso me cuesta mucho seguir con lo que los directivos imponen.” (Entrevista nº 7)

Se registraron al respecto posibles variables intervinientes que podrían contribuir la configuración del campo del terapeuta ocupacional, siendo algunas de ellas: la fuerte intervención de los familiares en la comisión directiva; formación limitada en temáticas de sexualidad y discapacidad intelectual de los terapeutas ocupacionales; los propios imaginarios institucionales respecto a la temática en cuestión.

INTERVENCIONES AD HOC EN SEXUALIDAD

En la mayoría de las instituciones se realizan intervenciones Ad Hoc sobre temáticas relacionadas con la sexualidad. Estas varían desde intervenciones educativas: *“Se trabaja mucho con diferenciar los contextos, no prohibir sino diferenciar que se puede hacer en cada ambiente.” (Entrevista nº 3)*, hasta censoras, llegando estas últimas a diferentes formas de castigo siendo un ejemplo de esto: *“En la institución hay una manera tajante de cortar con la sexualidad, se ve a dos acercándose y se los reta como si eso fuera lo peor del mundo. No se les habla, se los castiga. Acá eso es lo prohibido.” (Entrevista nº 8)*

Muchas de las respuestas dejan una sensación de ambigüedad al referir “se trabaja según la demanda”, “yo como agente de salud intervengo”, “se atiende el emergente”, abriendo de este modo un amplio espectro de intervenciones posibles pero sin especificar el modo de trabajo al respecto: *“No hay una*

propuesta directa o un abordaje para temáticas de sexualidad; se maneja a través del emergente.” (Entrevista nº 1); *“En la institución no hay un dispositivo sistematizado de sexualidad, sino que es a demanda, cuando surge alguna problemática se baja a psicología.”* (Entrevista nº 2); *“...si en el día a día surge algo se toca el tema.”* (Entrevista nº 7); *“...Ante un caso emergente, si tengo que intervenir como agente de salud lo hago.”* (Entrevista nº 9)

En la mayoría de los casos, el área de psicología cumple un rol fundamental, tanto en las intervenciones como en los lineamientos a seguir por el resto del equipo profesional en cuanto a la sexualidad. Los terapeutas ocupacionales, generalmente, realizan intervenciones de esta índole adecuándose siempre a los lineamientos dados por éste área y que varían según el grado de complejidad, desde una directiva hasta un espacio grupal de reflexión.

Cabe destacar una institución en la que, si bien funciona con ciertos lineamientos institucionales que se indican al equipo profesional referidos a la sexualidad de los concurrentes, estos generalmente son ejecutados por una persona ajena a este equipo, perteneciente al área administrativa. *“Hay una secretaria que es la que organiza todo, va y viene y cumple la figura como si fuera directora y es ella quién los reta.”* (Entrevista nº 8)

Se distingue además un caso en el cual se menciona que no se ha realizado ni se hace actualmente intervención alguna en esta temática. *“Hace muchos años se tocó el tema pero nunca se hizo ningún abordaje.”* (Entrevista nº 5)

VALORACION DE LA SEXUALIDAD

En la minoría de los casos se contempla la necesidad de los concurrentes de informarse y expresarse en temáticas de sexualidad, considerando que merece ser abordada con seriedad. Es en estos casos en los que se facilita un espacio de reflexión donde se da respuesta a los interrogantes de los concurrentes.

Asimismo, se distinguen pocas instituciones que han planificado jornadas de capacitación para familiares y personal, a cargo de profesionales idóneos.

En algunas instituciones se hizo referencia a la importancia de la valoración o consciencia de adultez de los concurrentes, siendo considerado en el trabajo cotidiano y en la planificación de actividades. *“...Se trabajó con empezar a dejar accesorios de niños o los forros de cuadernos infantiles; ya que si queremos que ellos trabajen, estudien y se comporten como adultos hay que tratarlos como tales.”* (Entrevista nº 2)

Por otra parte, se registraron casos que consideran que los concurrentes, por la severidad de su discapacidad, son como “niños”, y por ello pasivos y carentes de deseos. *“Nuestra población además de adultos, son severos y profundos y son muy pasivos en esto del deseo o de querer arreglarse.”* (Entrevista nº 5) *“No se trabaja con el maquillaje o peinado porque son chicos muy severos y no quieren embellecerse ni tienen la iniciativa de hacerlo; ellos no tienen conocimiento.”* (Entrevista nº 5)

Se relevó una variedad de comportamientos permitidos por la institución con respecto a la sexualidad de los concurrentes, que van desde la autonomía para

vestirse y/o para escuchar música, pasando por la promoción del arreglo personal cuando van a salir, hasta, en el otro extremo, la prohibición de intercambiar teléfonos, bailar y/u otro tipo de acercamientos entre los concurrentes. *“Los chicos no pueden intercambiar cosas entre ellos, ni teléfonos, ni invitaciones de cumpleaños y lo mismo pasa con la sexualidad... Hasta les da miedo que los chicos bailen entre ellos, les hacen notar tanto que eso está mal que se arma un rollo bárbaro.”* (Entrevista nº 7)

En algunos casos, el equipo profesional no comparte la valoración de sexualidad que subyace en los lineamientos y en las prácticas institucionales, ya que éstos se rigen por la prohibición, negación o indiferencia.

Se encontraron diversos modos de incorporar la sexualidad en la institución por parte de los directivos. Estos modos varían desde prohibir, naturalizar o normalizar la temática, pasando por el “abordaje del emergente”, hasta permitir al equipo el abordaje de la temática pese a las limitaciones propias al respecto.

A continuación se interpretarán los datos anteriormente presentados en relación a los objetivos específicos planteados en este estudio:

Con respecto al primer objetivo específico:

- Caracterizar los dispositivos institucionales de intervención (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de servicios de los Centros de día

En las instituciones consideradas para esta investigación, se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto a las áreas o servicios, en un tercio de los casos relevados, los profesionales no se encontraban organizados de ésta manera. En las instituciones restantes se destacan seis áreas de mayor prevalencia, siendo estas según el orden decreciente: Terapia Ocupacional, Psicología, Talleristas, Servicio Social, Fonoaudiología y Psiquiatría.

Es importante aclarar al respecto, que, en términos generales, la Terapia Ocupacional es considerada como área o servicio, conformándose en su mayoría por estudiantes de la carrera y por un profesional a cargo. Esto refleja la inserción de la disciplina en el área de discapacidad intelectual, siendo imprescindible dentro del equipo profesional.

Además, en gran parte de las instituciones, los Terapistas Ocupacionales desempeñan cargos jerárquicos como Coordinador o Director. Todas las instituciones cuentan con terapeuta ocupacional de planta permanente que en la mayoría de los casos concurren diariamente.

Las instituciones se organizan a través de talleres, identificándose al respecto casi una treintena de temáticas diferentes, siendo los más frecuentes aquellos coordinados por el área de Terapia Ocupacional: cocina; actividades artesanales; estimulación sensorial y cognitiva; huerta y jardinería. Además se identificó en algunas instituciones, la planificación de talleres originales como fotografía; circo y clown y taller de lumbricompuesto.

Se registra en prácticamente todas las instituciones la presencia de talleristas, como así también de estudiantes de carreras de la salud. Además, se observa que personas con formación insuficiente en salud están a cargo de grupos cumpliendo el rol de talleristas, lo que supone una inadecuación respecto al manejo técnico de las actividades y al control de los efectos de las intervenciones.

Se destaca la particularidad de un caso, en el que se da relevancia a la intervención profesional donde todas las orientadoras de taller poseen título, ya sea terciario o universitario, sin ser ésta una condición obligatoria en la Reglamentación de Centros de Día, ya que se avala que éste cargo pueda ser ocupado por estudiantes de carreras de la salud.

En la mayoría de los casos, la planificación de éstos espacios se realiza de manera normativa, quienes los coordinan eligen la temática y actividades de los mismos, en otros, si bien se da lugar a la opinión e intereses de los concurrentes, no se los hace partícipes de dicha planificación.

La mayoría de las instituciones cuentan además con otros dispositivos como las intervenciones planificadas/no planificadas, individuales y/o grupales. Se entiende por intervenciones planificadas a aquellas con cierto grado de sistematización, que poseen rango institucional y han sido avaladas por directivos del establecimiento. Todas las modalidades de intervenciones son llevadas a cabo generalmente por Psicología, Servicio Social, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.

Con respecto al segundo objetivo específico:

- Caracterizar los dispositivos institucionales de intervención específica en temáticas de sexualidad (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de Centros de día

En cuanto a los dispositivos de sexualidad, solo se encontró uno de manera sistematizada que se desarrolla a modo de jornadas cuatrimestrales coordinadas por la psicóloga de la institución y en las que se tratan temáticas emergentes, siendo la sexualidad de los concurrentes el tema elegido con mayor frecuencia. Éste espacio se organiza de forma grupal y está orientado a todos los jóvenes y al personal de turno. La temática en cuestión, generalmente es abordada a través de ejemplos de la vida cotidiana, con el fin de no prohibir comportamientos, sino de educar en la diferenciación de contextos, como así también de espacios públicos y privados.

Las demás instituciones cuentan con intervenciones no planificadas en temáticas de sexualidad que varían desde:

- Un espacio grupal de reflexión no sistematizado, coordinado por el Terapeuta Ocupacional de la institución siguiendo lineamientos del área de Psicología, tratándose con seriedad temas emergentes como nominación de partes del cuerpo, masturbación, poluciones, noviazgos, etc. Los grupos son organizados por género, los varones hablan con el Terapeuta Ocupacional y las mujeres lo hacen con la orientadora del área de Terapia Ocupacional o la Psicóloga. Aparece así el género como criterio organizador de las intervenciones, bajo el supuesto de que al ser

un tema delicado, se requeriría la confianza de alguien preparado en el tema, pero del mismo género, ya que inspiraría más confianza que si fuera del sexo opuesto.

- Intervenciones no planificadas, donde no se da lugar a la pregunta, ni se permite el intercambio entre concurrentes (de teléfonos, direcciones, tarjetas, etc.); menos aún los noviazgos, sancionando o amenazando con que uno de los concurrentes debería abandonar la institución.

Muchas de las respuestas son imprecisas al referir “se trabaja según la demanda”, “yo como agente de salud intervengo”, “se atiende el emergente”, lo que da lugar a un amplio espectro de intervenciones posibles, cuya eficacia queda sujeta más al sentido común y práctico del profesional que a un proceder institucionalizado que implique no sólo una intervención medianamente sistematizada, sino también un tema de responsabilidad institucional.

Se distingue además un caso en el cual se menciona que no se ha realizado ni se hace actualmente intervención alguna en ésta temática, debido a que describen a los concurrentes como carentes de deseo, pasivos. En éste caso, la sexualidad es prácticamente referida como un tema tabú.

En cuanto al tercer objetivo específico:

- Caracterizar la participación/inserción del Terapeuta Ocupacional en los dispositivos institucionales de intervención específica en temáticas de sexualidad (programas, talleres, actividades, etc.) que conforman la oferta de Centros de día.

En el caso particular de la institución que cuenta con un dispositivo específico sistematizado para el abordaje de sexualidad, el mismo no es planificado interdisciplinariamente, sino que es coordinado por el área de Psicología. Si bien la Terapia Ocupacional no tiene participación alguna en dicho dispositivo, sí lo hace en el trabajo cotidiano ante una situación emergente por el hecho de tener mayor contacto diario con los concurrentes. De todas maneras, éstas situaciones son posteriormente derivadas a la Psicóloga.

En la mayoría de las instituciones, los Terapeutas Ocupacionales realizan intervenciones Ad Hoc en temáticas de sexualidad, éstas varían desde aquellas que tienen como finalidad educar, encuadrar y hasta censurar, aunque siempre adecuándose a los lineamientos dados por Psicología, ya que ésta área cumple un rol central en las intervenciones a seguir por el resto del equipo profesional.

Se destaca una institución en donde se le da al Terapeuta Ocupacional la posibilidad de intervenir en esta temática a través de un espacio grupal de reflexión no sistematizado que surge ante situaciones emergentes, trabajando interdisciplinariamente con la Psicóloga de la institución. En éste caso, además, se manifestó la realización de intervenciones individuales planificadas en

respuesta a demandas de los concurrentes y/o familias, que también fueron trabajadas interdisciplinariamente entre Terapia Ocupacional y Psicología.

Si bien la participación de los Terapistas Ocupacionales en los dispositivos específicos para el abordaje de sexualidad se da en un solo caso, la mayoría de los entrevistados considera que éste es un tema de incumbencia de la disciplina, como así también del resto del equipo profesional, resaltando la importancia de trabajar desde un abordaje interdisciplinario.

Se destacaron algunos casos donde las Terapistas Ocupacionales expresaron no estar de acuerdo con los lineamientos censuradores que se siguen para el abordaje de la sexualidad de los concurrentes, ya que se reduce la concepción integral de la persona, limitando así el desempeño profesional de nuestra disciplina. Esta restricción tal vez pueda deberse a variables que contribuyen a la configuración del campo del terapeuta ocupacional, siendo, por ejemplo, 1) que en algunos casos los directivos de las instituciones no son profesionales (comisión directiva conformada por familiares sin formación académica en salud y discapacidad intelectual, decidiendo y obrando en base a sus creencias, valores, intereses, imaginarios); 2) formación nula o escasa de los terapeutas ocupacionales en temáticas de sexualidad y discapacidad intelectual que, junto a cuestiones de Poder dentro de la institución, relegan la temática de sexualidad hacia otra disciplina, limitándolo a seguir sus lineamientos; 3) los propios imaginarios sociales de los directivos institucionales con respecto a la temática en cuestión que permiten o no el abordaje de esta temática.

Con respecto al cuarto objetivo específico:

- Describir los imaginarios sociales sobre la sexualidad que subyacen a los dispositivos institucionales y servicios relevados.

Una minoría de los casos se corresponde con características de un imaginario social sobre sexualidad radical, ya que se registró la presencia de dispositivos grupales y de otros espacios donde se permite la circulación de la palabra, como opiniones, debates y charlas que favorecen el bienestar de los concurrentes; son ejemplo de esto grupos de reflexión coordinados por Psicología, dispositivos grupales no sistematizados sobre temáticas emergentes (noviazgos, normas de convivencia, adultez, etc.) coordinados también por una Psicóloga y, como se mencionó en el análisis del segundo objetivo, la presencia de un dispositivo sistematizado sobre sexualidad coordinado por el área de Psicología, como así también, un espacio de reflexión no planificado sobre temáticas de sexualidad coordinado por el área de Terapia Ocupacional.

Se registró además la presencia de intervenciones en temáticas de sexualidad con finalidad educativa, como, por ejemplo, intervenciones donde se refuerzan cuestiones de diferenciación entre lo público y lo privado (ej. baños) para favorecer la privacidad e intimidad; intervenciones donde se educa que ciertos comportamientos no son prohibidos, sino adecuados o inadecuados en diversos contextos; intervenciones educativas sobre reconocimiento del cuerpo, cuidado del mismo y aseo personal; intervenciones educativas sobre diferenciación de géneros, etc.

Sin embargo, éstos casos no pueden ser considerados “puramente radicales” ya que no cuentan con la totalidad de los indicadores de éste imaginario, y, además, las instituciones presentan características de imaginarios victorianos como por ejemplo predominio de los tiempos institucionales por sobre el tiempo subjetivo de los concurrentes, es ejemplo de ésto la rutinización de la jornada, donde los concurrentes poseen escaso tiempo libre para realizar las actividades que deseen, ya sea, socializar, dormir, escuchar música, pintar, etc., y donde no se les permite la realización de actividades no pertenecientes al taller en realización, así como también, la tendencia a normatizar conductas que manifiesten sexualidad como por ejemplo cuando las concurrentes expresan deseos de realizar actividades de arreglo personal como maquillarse y ante ésto se responde que solo pueden realizarlo en el horario de taller de AVD.

La mayoría de los casos se corresponde con características de un imaginario social sobre sexualidad victoriano, ya que se reconoció la presencia de los tres indicadores de éste imaginario. Siendo éstos:

1.- Predominio de los tiempos institucionales por sobre el tiempo subjetivo de los concurrentes. Por ejemplo horarios de actividades pre establecidas como desayuno, almuerzo, colación, merienda, siesta, higiene, etc. encontrándose además escaso tiempo libre durante la jornada para la realización de actividades que los concurrentes expresen deseos de hacer, y, en algunos casos se manifestó que este tiempo nunca es para ejercer ocio puro, ya que se los condiciona a diferentes actividades.

2.- Ausencia de responsabilidad desde la institución en asuntos de sexualidad, relegándola a la familia. Ésto podría deberse a que las directivas institucionales son tan prohibitivas, que no se da lugar dentro de la misma a hablar sobre éstas temáticas. Paradójicamente, las instituciones sostienen que generalmente los familiares de los concurrentes responden desde la negación y la prohibición, por lo tanto las inquietudes y necesidades que se presenten en éstos últimos no son escuchadas en ninguna de estas dos instituciones fundamentales.

3.- Tendencia a normatizar, sancionar y/o castigar conductas que manifiesten sexualidad, como por ejemplo penitencias, aislamientos, suspensiones, expulsiones; en uno de los casos se manifestó como regla institucional que en el caso de que dos concurrentes conformen un noviazgo, uno de ellos debe abandonar la institución, también se prohíbe entre ellos cualquier tipo de intercambio, ya sea de teléfonos, direcciones, tarjetas, etc.; otro caso comentó que ante cualquier conducta que manifieste sexualidad se los “reta”, ya que eso es “lo prohibido”.

Se encontraron casos que no sancionan ni castigan conductas que manifiesten sexualidad, ya que la institución opera desde la negación, considerando que los concurrentes, por la severidad de su discapacidad, son como “niños”, “sanos”, y por ello pasivos y carentes de deseos. Unos pocos casos, manifestaron que si bien el equipo profesional valora las intervenciones en ésta temática, se ven limitados en las mismas por lineamientos institucionales, los cuales se centran en intervenir en otras cuestiones también relacionadas con las características de los concurrentes.

En una minoría de instituciones se brinda la posibilidad al equipo profesional y al personal de planta de formarse en sexualidad por medio de jornadas internas o abiertas a la comunidad a cargo de personas idóneas en el tema.

CONSIDERACIONES FINALES

En respuesta al problema de estudio, se puede concluir que, en general, los Centros de Día estudiados presentaron características de un imaginario social de tipo victoriano, aunque éstas varían en grado de presencia, encontrando mayormente instituciones más homogéneas que se corresponden a éste tipo, mientras que otras integran características combinadas con las de un imaginario radical. Esta combinación de imaginarios ¿Estará indicando una transición en nuestra cultura en el modo de tratar la sexualidad en discapacidad? ¿O es solamente atribuible a los profesionales que se cuestionan el modo tradicional de tratar esta problemática?

Es importante destacar que, al comparar los mitos citados en el capítulo 3 con la evidencia empírica de ésta investigación, se comprueba su vigencia en la actualidad, sosteniendo el concepto de que las personas con discapacidad no son sexuadas, que tienen cosas más importantes en qué pensar que en el sexo, y que no poseen actividad fantasiosa. Estos mitos habían sido identificados como caracteres de un imaginario victoriano de triple decreto: prohibición, inexistencia y mutismo.

A pesar que algunas instituciones promueven la actitud y el trato adulto para con los jóvenes, éstos parecerían estar reducidos a una lógica de producción y de estimulación de habilidades intelectuales (trabajo intelectual), restando importancia a la sexualidad.

Teniendo en cuenta el análisis de los datos, los talleres que están a cargo de Terapia Ocupacional son los más frecuentes, notándose escasa diversidad en las temáticas elegidas: estimulación cognitiva, cocina, huerta, artesanías.

Si bien todos los entrevistados consideraron a la sexualidad como un área de incumbencia de Terapia ocupacional, ellos mismos reconocieron que la formación académica en esta temática es escasa.

Generalmente, los entrevistados respondieron que se trabaja desde los emergentes, la demanda, con ausencia de una planificación sistematizada; es decir que, como ellos mismos expresaron, “lo van tratando” o “lo van viendo”.

Se observó que en casi todas las instituciones no se implementan acciones para formar a su equipo de trabajo en temas de sexualidad, y que, a pesar de ello, ninguno de los Terapistas Ocupacionales lo hizo por iniciativa propia desde su graduación. Cabe aclarar, que las instituciones de formación superior en Mar del Plata presentan una oferta limitada de cursos y/o seminarios en éstos temas. Sin embargo, cuando una de las instituciones relevadas organizó una jornada de capacitación, tuvo escasa concurrencia. Esto da lugar a varios interrogantes acerca de si, la poca convocatoria ¿se debió a un genuino desinterés de los profesionales?, ¿a desacuerdos con los enfoques a tratar en dicha jornada? ¿o simplemente el pensar que por más que se formen no podrían aplicarlo?

Luego de éste trabajo de campo se presentan nuevas inquietudes acerca del trabajo de los profesionales en instituciones expuestas a éste tipo de problemáticas: los Terapistas Ocupacionales ¿están capacitados o instrumentados para intervenir con solvencia técnica? Por otro lado, las

intervenciones ¿serán adecuadas a la complejidad con que se manifiestan las problemáticas de sexualidad hoy en día?

A excepción de un caso, en el resto de las instituciones la Terapia Ocupacional trabaja en temáticas de sexualidad acatándose a los lineamientos indicados por el área de Psicología. En éste sentido, se encontraría la Terapia Ocupacional en una postura relegada a la hora de abordar éstas temáticas. A juzgar por lo que mostraría la práctica, sería la Psicología la que tendería a ocupar un lugar de centralidad, “de poder” y de saber, cuando se trata de abordar ésta problemática.

Ahora bien, cabe preguntarse ¿A la institución le interesaría la formación de otra disciplina en esta cuestión? ¿Se permitiría el abordaje de los Terapistas Ocupacionales si estuviesen formados? ¿Se permitiría desde la institución romper con lo que Castoriadis (2007) llama “lo instituido” para darle lugar a “lo instituyente”?

Retomando conceptos de éste autor, se pudo evidenciar la naturalización de ciertas situaciones que suponen la rutinización de las actividades y el borramiento de la subjetividad. Esta naturalización no sólo se manifiesta en las prácticas institucionales, sino también en los imaginarios, tendiendo a desubjetivizar al concurrente, es decir a vaciar su subjetividad, dando lugar a intervenciones repetitivas sin posibilidad de objetivarlas, reflexionarlas ni cuestionarlas.

Si bien siempre se dará una relación dialéctica entre instituido e instituyente, lo cierto es que lo instituido tiende a "aquietar", a "ordenar" la vida institucional, con el riesgo de cristalizar los imaginarios radicalizados, cuando éstos tienden a alterar esos órdenes, representando la posibilidad de cambio institucional.

Haciendo referencia al marco teórico, es a la familia a quién corresponde no sólo el derecho, sino también el deber fundamental de proporcionar una adecuada educación sexual a los hijos. Las instituciones, a su turno, tienen la tarea de colaborar con los familiares en esa función, no sustituirla.

Luego del análisis, se pudo recabar que la postura a la que adhieran los familiares condiciona el modo de abordaje de la institución para con el concurrente, más aún en los casos de instituciones que cuentan con una comisión directiva participativa, pero conformada por familiares. En algunas oportunidades, éstas comisiones toman decisiones terapéuticas que el equipo profesional debe considerar, aunque los entrevistados manifestaron en ocasiones no acordar con ellas. La pregunta sería ¿Los imaginarios institucionales están condicionados por los imaginarios de las familias? Y, en caso de contar con comisiones directivas conformadas por familiares, ¿se condicionarán más aún esos imaginarios?

Considerando que muchas de las familias responden desde una postura de negación (creyendo que la sexualidad en personas con Discapacidad Intelectual no existe), se podría suponer que la persona con discapacidad

intelectual tiene pocas posibilidades de recibir apoyo tanto de la institución familia como de los centros de día.

Todas las personas deberían ser educadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y, las personas con discapacidad intelectual, deberían gozar de los mismos derechos, aún el de ejercer una vida sexual saludable y plena. Para ello es fundamental que el contexto, social, familiar e institucional resulte contenedor y facilitador.

Para finalizar se reflexiona que, aunque en la actualidad se reivindica la defensa de los Derechos Humanos, las prácticas y los imaginarios tenderían a no integrar a las personas con Discapacidad Intelectual. Esto se manifiesta en el hecho de que los Centros de Día, generalmente, tienden a funcionar operando desde lo que en esta investigación se caracteriza como un imaginario victoriano, sin posibilidad de educación y ejercicio de sus derechos.

Al mismo tiempo, es meritorio destacar a aquellos Centros de Día que se encuentran en un período de transición hacia un imaginario radical, manifestando deseo y responsabilidad en la promoción de cambios institucionales y culturales respecto a la sexualidad.

ANEXO I

Carta de Presentación

Anexo I

Mar del Plata.....de 2011

Sra.:.....

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos intentando llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener el título profesional. Nuestro objetivo es indagar acerca de cuáles son los imaginarios sociales sobre sexualidad que subyacen en los dispositivos institucionales de los Centros de Día de la Ciudad de Mar del Plata para personas con discapacidad intelectual.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitarle autorización para una entrevista.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos; de la misma manera, que, si fuera factible la realización del estudio, no interferir con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento y nuestra visita se realizaría en fecha y horario que usted estipule. Nos comprometemos además a realizar una devolución de los resultados de la investigación hacia la entidad si usted así lo desea.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a nuestro pedido.

Saludamos a Ud. Atentamente.

Bianchi, Patricia

Ibargurengoitia, Bernarda

Iocco, Ma. Noelia

D.N.I. 26 457 548

D.N.I. 31 554 528

D.N.I. 32 603 966

ANEXO II

Instrumento de recolección de datos. Entrevista Final

Anexo II

PROTOCOLO DE ENTREVISTA AL INFORMANTE CALIFICADO:

Datos institucionales:

- 1) Nombre del Centro de Día:
- 2) ¿La institución es pública, privada o es una ONG?
- 3) ¿Cuál es el perfil de los concurrentes que asisten a la institución?
- 4) ¿Cómo esta organizada la institución en lo referente a directivos, profesionales, planta permanente y otros?

Dinámica Institucional:

- 5) ¿La institución cuenta con servicios? ¿Cuáles?
- 6) ¿La institución cuenta con talleres? ¿Cuáles? ¿Qué se tiene en cuenta para la planificación de los talleres?
- 7) ¿Cuenta la institución con dispositivos específicos para el abordaje de sexualidad?
- 8) ¿Existen talleres a cargo del área de Terapia Ocupacional? ¿Cuáles?
¿Con que frecuencia y duración se realizan?
- 9) ¿Cómo está organizada la jornada diaria en la institución?
- 10) Estas actividades de la institución, ¿Siguen alguna ordenanza o reglamentación? ¿Cual?
- 11) Habitualmente ¿Qué es lo que hacen los concurrentes en su tiempo libre?
- 12) Los baños de la institución ¿están divididos por género?

- 13) En la institución ¿existen lineamientos para favorecer la intimidad y privacidad de los concurrentes durante las actividades de baño? ¿A quienes están dirigidos?
- 14) ¿Se realizan actividades de higiene? ¿Quién es el personal a cargo de las mismas?
- 15) ¿Cuenta la institución con algún taller en el que se aborden actividades específicas de aseo personal?

Recursos Humanos:

- 16) ¿Cómo es la dinámica de trabajo del equipo interdisciplinario?
- 17) ¿Trabajan estudiantes? ¿De que carreras?

-
-
- 18) ¿Cómo se integra la sexualidad de los concurrentes en la institución?
- 19) ¿Cómo se integra a la familia de los concurrentes en esta temática?

Situaciones:

- 20) En el caso que uno de los concurrentes exprese deseos de pintar, dibujar, o de realizar otra actividad placentera para él. ¿Qué se hace?
- 21) En el caso de que uno de los concurrentes exprese deseos de maquillarse, depilarse, afeitarse o cualquier otra actividad que tenga que ver con el arreglo y aseo personal. ¿Qué se hace?

- 22) En el caso de que dos concurrentes expresen el deseo de ser novios
¿Qué se hace desde la institución? ¿La familia participa de las
decisiones?
- 23) En el caso de que un concurrente manifieste estar enamorado de otro
concurrente y/o personal ¿Qué se hace desde la institución?
- 24) En el caso de que un concurrente refiera querer hacer el amor con su
pareja ¿Qué se hace?
- 25) En el caso de encontrar a uno de los concurrentes en el comedor
masturbándose ¿Qué se suele hacer?
- 26) ¿Recuerda usted alguna otra situación que desee describir?
- 27) ¿Como suelen responder las familias ante la presencia de estas
situaciones?

Terapia Ocupacional:

- 28) ¿Cómo significa la incumbencia del Terapeuta Ocupacional en la
temática de la sexualidad?
- 29) ¿Se interviene en temáticas de sexualidad desde Terapia Ocupacional
en la institución?
- 30) ¿Estas intervenciones son avaladas por toda la institución? ¿Como?
- 31) ¿Considera usted que cuenta con formación suficiente sobre sexualidad
para intervenir en su trabajo cotidiano?
- 32) ¿Se brinda desde la institución la posibilidad al Equipo Profesional de
capacitarse y/o formarse en esta temática?

ANEXO III

Instrumento de Recolección de datos.

Prueba Piloto

Anexo III

PROTOCOLO DE ENTREVISTA AL INFORMANTE CALIFICADO:

Datos institucionales:

- 1) Nombre del Centro de Día:
- 2) ¿Cuál es el perfil de los concurrentes que asisten a la institución?
- 3) ¿Cómo esta organizada la institución en lo referente a directivos, profesionales y ejecutivos?

Dinámica Institucional:

- 4) ¿La institución cuenta con servicios? ¿Cuáles?
- 5) ¿La institución cuenta con talleres? ¿Cuáles? ¿Qué se tiene en cuenta para la planificación de los talleres?
- 6) ¿Existen talleres a cargo del área de Terapia Ocupacional? ¿Cuáles? ¿Con que frecuencia y duración se realizan?
- 7) ¿Cómo esta organizada la jornada diaria en la institución?
- 8) Estas actividades de la institución, ¿Siguen alguna ordenanza o reglamentación? ¿Cual?
- 9) Habitualmente ¿Qué es lo que hacen los concurrentes en su tiempo libre?
- 10) ¿Se realizan actividades de higiene? ¿Quién es el personal a cargo de las mismas?

Recursos Humanos:

- 11) ¿Cuenta la institución con equipo técnico profesional? ¿Cómo esta compuesto?

12) ¿Trabajan estudiantes? ¿De que carreras?

13) ¿Cómo se compone el personal de planta no profesional?

14) ¿Cómo se vive la sexualidad de los concurrentes en la institución?

Situaciones:

15) En el caso que uno de los concurrentes exprese deseos de pintar, dibujar, maquillarse, depilarse, etc. ¿Qué se hace?

16) En el caso de que dos concurrentes expresen el deseo de ser novios ¿Qué se hace desde la institución? ¿La familia participa de las decisiones?

17) En el caso de que un concurrente manifieste estar enamorado de otro concurrente y/o personal ¿Qué se hace desde la institución?

18) En el caso de que un concurrente refiera querer hacer el amor con su pareja ¿Qué se hace?

19) En el caso de encontrar a uno de los concurrentes en el comedor masturbándose ¿Qué se suele hacer?

Terapia Ocupacional:

20) ¿Cree que el área de la sexualidad es incumbencia de la disciplina de Terapia Ocupacional?

21) ¿Se interviene en temáticas de sexualidad desde Terapia Ocupacional?

22) ¿Se le otorga en esta institución a la Terapia Ocupacional espacio para el abordaje de la sexualidad de los concurrentes?

23) ¿Aparecen manifestaciones sexuales durante el transcurso de los talleres coordinados por el área de Terapia Ocupacional? ¿Cuáles? ¿Cómo se interviene?

ANEXO IV

Tablas y Gráficos de Preguntas Situacionales

Frecuencias

Estadísticos

| | | Imaginario institucional | P20 | P21 | P22 | P23 | P24 | P25 |
|---|----------|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| N | Válidos | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Estadísticos

| | | Recuerdo de situaciones | Posturas de la familia |
|---|----------|-------------------------|------------------------|
| N | Válidos | 9 | 9 |
| | Perdidos | 0 | 0 |

Tabla de frecuencia

Imaginario institucional

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Victoriano & radical | 4 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| | Victoriano | 5 | 55,6 | 55,6 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P20

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | Se lo deja, pero... | 4 | 44,4 | 44,4 | 55,6 |
| | No se lo deja, porque... | 2 | 22,2 | 22,2 | 77,8 |
| | No se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| | No pasó nunca | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P21

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Se lo deja | 2 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| | Se lo deja, pero... | 4 | 44,4 | 44,4 | 66,7 |
| | No se lo deja, porque... | 1 | 11,1 | 11,1 | 77,8 |
| | No se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| | No pasó nunca | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P22

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | Se lo deja, pero... | 4 | 44,4 | 44,4 | 55,6 |
| | No se lo deja | 3 | 33,3 | 33,3 | 88,9 |
| | No pasó nunca | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P23

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No sabe/No contesta | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| | Se lo deja, pero... | 1 | 11,1 | 11,1 | 22,2 |
| | No se lo deja, porque... | 5 | 55,6 | 55,6 | 77,8 |
| | No se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| | No pasó nunca | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P24

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Se lo deja, pero... | 5 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| | No se lo deja | 1 | 11,1 | 11,1 | 66,7 |
| | No pasó nunca | 3 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

P25

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No se lo deja, porque... | 5 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| | No se lo deja | 2 | 22,2 | 22,2 | 77,8 |
| | No pasó nunca | 2 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

Recuerdo de situaciones

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No recuerda otra situación | 5 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| | Sí recuerda: inquietudes | 1 | 11,1 | 11,1 | 66,7 |
| | Sí recuerda: manoseo | 1 | 11,1 | 11,1 | 77,8 |
| | Sí recuerda: homosexualidad | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| | Sí recuerda: embarazo | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

Posturas de la familia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No sabe/No contesta | 2 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| | Diversidad en las posturas | 3 | 33,3 | 33,3 | 55,6 |
| | Negación | 4 | 44,4 | 44,4 | 100,0 |
| | Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|---|--------|--------|--------|------------|
| P20 | 9 | 1 | 5 | 3,33 | 1,225 |
| P21 | 9 | 1 | 5 | 3,56 | 1,333 |
| P22 | 9 | 1 | 5 | 3,11 | 1,364 |
| P23 | 9 | 1 | 6 | 3,11 | 1,364 |
| P24 | 9 | 1 | 4 | 2,78 | 1,481 |
| P25 | 9 | 1 | 3 | 2,33 | ,866 |
| Promedio de puntajes | 9 | 1,83 | 4,17 | 3,0370 | ,65499 |
| N válido (según lista) | 9 | | | | |

Explorar

Imaginario institucional

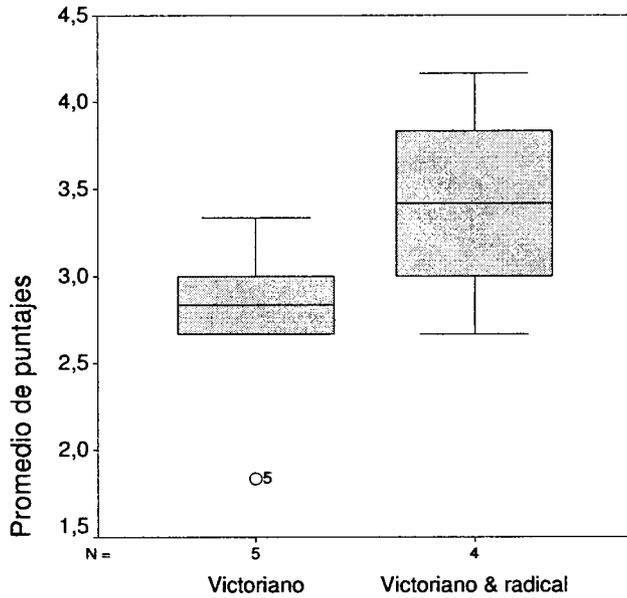
Resumen del procesamiento de los casos

| | | Casos | |
|--------------------------|----------------------|---------|------------|
| | | Válidos | |
| Imaginario institucional | | N | Porcentaje |
| Promedio de puntajes | Victoriano | 5 | 100,0% |
| | Victoriano & radical | 4 | 100,0% |

Resumen del procesamiento de los casos

| | | Casos | | | |
|----------------------|----------------------|----------|------------|-------|------------|
| | | Perdidos | | Total | |
| | | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Promedio de puntajes | Victoriano | 0 | ,0% | 5 | 100,0% |
| | Victoriano & radical | 0 | ,0% | 4 | 100,0% |

Promedio de puntajes



Imaginario institucional

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Imaginario institucional * Recuerdo de situaciones | 9 | 100,0% | 0 | ,0% | 9 | 100,0% |

Tabla de contingencia Imaginario institucional * Recuerdo de situaciones

Recuento

| | | Recuerdo de situaciones | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|
| | | Sí recuerda: embarazo | Sí recuerda: homosexualidad | Sí recuerda: manoseo | Sí recuerda: inquietudes |
| Imaginario institucional | Victoriano | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Victoriano & radical | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Total | | 1 | 1 | 1 | 1 |

Tabla de contingencia Imaginario institucional * Recuerdo de situaciones

Recuento

| | | Recuerdo de | |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|-------|
| | | No recuerda otra situación | Total |
| Imaginario institucional | Victoriano | 3 | 5 |
| | Victoriano & radical | 2 | 4 |
| Total | | 5 | 9 |

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Imaginario institucional * Posturas de la familia | 9 | 100,0% | 0 | ,0% | 9 | 100,0% |

Tabla de contingencia Imaginario institucional * Posturas de la familia

Recuento

| | | Posturas de la familia | | | Total |
|--------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|-------|
| | | Negación | Diversidad en las posturas | No sabe/No contesta | |
| Imaginario institucional | Victoriano | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | Victoriano & radical | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Total | | 4 | 3 | 2 | 9 |

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Posturas de la familia * Recuerdo de situaciones * Imaginario institucional | 9 | 100,0% | 0 | ,0% | 9 | 100,0% |

Tabla de contingencia Posturas de la familia * Recuerdo de situaciones * Imaginario institucional

Recuento

| | | | Recuerdo de situaciones | | |
|--------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | Sí recuerda: embarazo | Sí recuerda: homosexuali dad | Sí recuerda: manoseo |
| Imaginario institucional | Posturas de la familia | Negación | | | 1 |
| | | Diversidad en las posturas | | | 0 |
| | | No sabe/No contesta | | | 0 |
| | Total | | | 1 | |
| Victoriano | Posturas de la familia | Negación | 0 | 1 | |
| | | Diversidad en las posturas | 1 | 0 | |
| | | Total | 1 | 1 | |

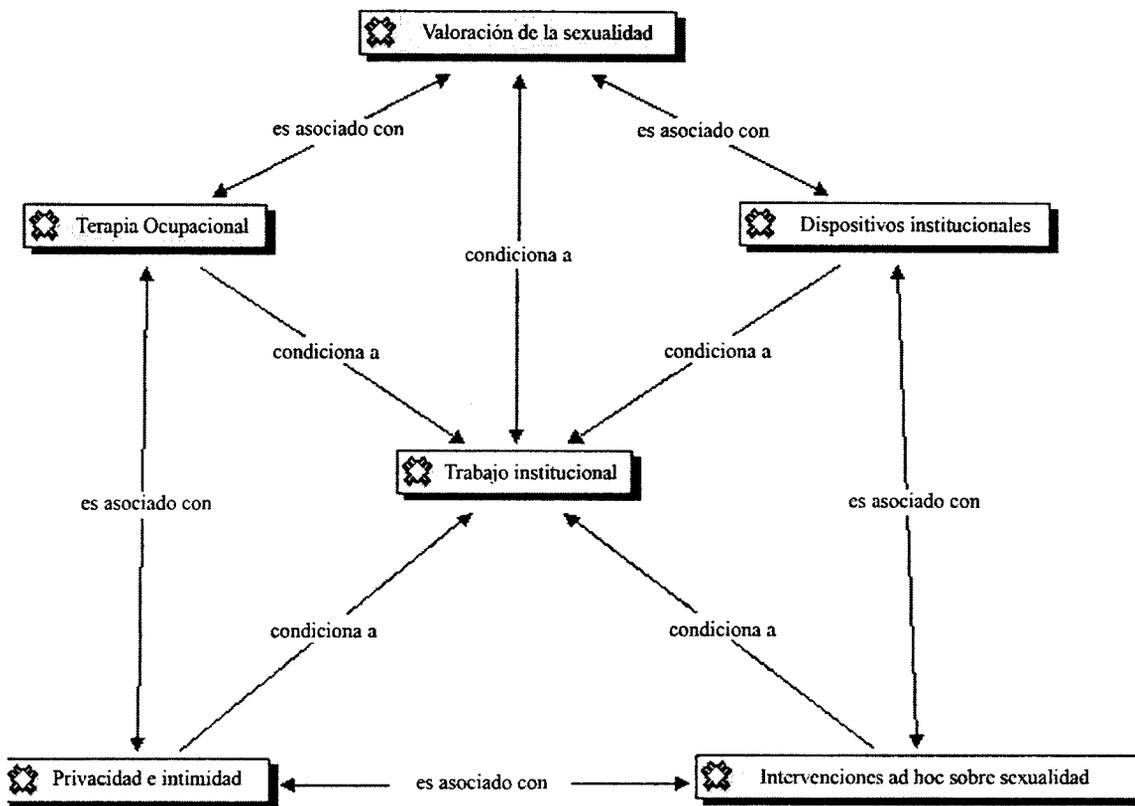
Tabla de contingencia Posturas de la familia * Recuerdo de situaciones * Imaginario institucional

Recuento

| | | | Recuerdo de situaciones | | Total |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| | | | Sí recuerda: inquietudes | No recuerda otra situación | |
| Imaginario institucional | | | | | |
| Victoriano | Posturas de la familia | Negación | 0 | 1 | 2 |
| | | Diversidad en las posturas | 1 | 0 | 1 |
| | | No sabe/No contesta | 0 | 2 | 2 |
| | Total | 1 | 3 | 5 | |
| Victoriano & radical | Posturas de la familia | Negación | | 1 | 2 |
| | | Diversidad en las posturas | | 1 | 2 |
| | Total | | 2 | 4 | |

ANEXO V

Red Conceptual de Términos





UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Lic Mas F
- ✓ Lic Ramos R
- ✓ Lic Pecher P

Fecha de Defensa: 2-9-11

NOTA 9