



**Sexualidad y reproducción con enfoque diferencial: discursos y experiencias de  
personas con discapacidad física**

**Autor**

**Lucía Ruiz Seidel**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Magister en Salud Pública**

**Director, Tutor**

**Ana Lucía Casallas-Murillo**

**Escuela de Medicina**

**Maestría en Salud Pública**

**Universidad del Rosario**

**Bogotá – Colombia**

**2024**

# **Sexualidad y reproducción con enfoque diferencial: discursos y experiencias de personas con discapacidad física**

## **Resumen del proyecto**

La sexualidad y la reproducción humana han sido uno de los temas más marginales en las personas con discapacidad, a pesar de que involucra aspectos relacionados con la personalidad, identidad, autoestima y capacidad de amor propio y hacia otros. Con la generación de la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (CDHPcD) (Organización de las Naciones Unidas, 2006), los Estados se ven comprometidos a garantizar la igualdad y la equidad en aspectos de la vida, como la sexualidad y la reproducción. A pesar de lo anterior, estas temáticas han sido reducidas hacia acciones protectoras en la población con discapacidad impartidas desde la convención y los gobiernos que la ratificaron invisibilizando el discurso experiencial del colectivo. Este estudio se enfoca en analizar los discursos, experiencias, perspectivas de las personas con discapacidad física frente a su sexualidad, reproducción y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva realizando entrevistas semiestructuradas a 4 personas con discapacidad física sobre las cuales se realiza un análisis crítico del discurso bajo las categorías de: corporalidad, sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva evidenciando procesos de dominación y poder en los discursos individuales de los participantes marcados por la concepción de la discapacidad bajo el modelo biológico, así como la permanencia de la deficiencia como descriptor principal de la experiencia de la discapacidad, la sexualidad y la reproducción.

**Palabras clave:** discapacidad, sexualidad, reproducción, salud sexual y reproductiva, discurso, poder y dominación.

## **Introducción y planteamiento del problema**

La salud sexual y reproductiva son una necesidad y un instinto humano que está relacionado fuertemente con la personalidad, identidad y autoestima (Tutar Guven, 2015). Su adecuado desarrollo, está determinado por un proceso multifacético relacionado con la

capacidad de amor propio, aceptación propia y con los demás, capacidad de demostrar cariño y recibirlo y la capacidad de hablar de las emociones y expresarlas (Tutar Guven, 2015). La sexualidad como condición humana que se desarrolla a lo largo de la vida y en todas las personas, se aborda de forma enfática desde una perspectiva del derecho humano, desplegando y desarrollando políticas encaminadas a la psicoeducación y salud sexual y reproductiva, con el fin de mitigar y disminuir las problemáticas asociadas a embarazos adolescentes, embarazos no deseados, violencia de género, violencia sexual y transmisión de enfermedades sexuales (Gaitán Torres et al., 2016). Sin embargo, la población con discapacidad históricamente ha presentado barreras actitudinales y comunicativas, siendo excluidas de oportunidades de aprendizaje, privándolos de procesos sociales dominantes que facilitan el entendimiento del amor, las relaciones interpersonales, la sexualidad, afrontar situaciones que exigen el conocimiento y evitar situaciones de violencia (Shah, 2017).

La creación de la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (CDHPcD) permitió visibilizar la discriminación que enfrentaban estas personas en ámbitos políticos, sanitarios, educativos y laborales y reconoció la importancia de los Estados en la protección, promoción y restitución de los derechos, garantizando la igualdad, equidad y dignidad a los miembros de este colectivo (Jaramillo Ruiz, 2017). La ratificación de esta por parte del Estado Colombiano (Ley 1346 de 2009) da paso al reconocimiento de la responsabilidad de garantizar el máximo nivel de salud posible para las personas con discapacidad, dentro de la cual se incluye el acceso a programas y servicios de salud sexual y reproductiva, la no discriminación dentro de los mismos y las medidas de accesibilidad necesarias para una atención de calidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006). De igual manera, este se compromete a reconocer la importancia de la autonomía individual y la toma de decisiones de las personas con discapacidad, incluyendo todos los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

No obstante, los derechos sexuales y reproductivos de este colectivo siguen pasando desapercibidos en los discursos institucionales y gubernamentales, viéndose reflejado no solo en la experiencia de las personas con discapacidad en afrontar barreras físicas, actitudinales,

de información, educación, violencia sistemática y violencia de género frente a su salud sexual y reproductiva (Sexual Rights Initiative, 2018), sino en la invisibilización y falta de reconocimiento de la ciudadanía sexual y experiencias vividas dentro de las políticas públicas de salud y de integración social (Profamilia et al., 2019). Explicando lo anterior, Shakespeare (2000) afirma que si bien las acciones hacia el reconocimiento de los derechos civiles de las personas con discapacidad se han enfocado en intervenciones con relación al empleo, la educación, la vivienda y el acceso a transporte público, la sexualidad por su lado no ha sido considerada como prioridad dentro de las acciones en discapacidad, aunque es entendida como una dimensión núcleo de la aceptación, identidad e identificación del yo.

En Colombia, persiste dentro del discurso público de la salud sexual y reproductiva en población con discapacidad, estereotipos y mitos en los servicios y programas de salud, como: la infantilización de las personas con discapacidad, categorización como seres asexuales o hipersexuales, estigmatización por el deseo de tener pareja y conformar familia, discriminación por su cuerpo fuera de la denominada “normalidad” (Asdown Colombia et al., 2021), y la incapacidad de las personas con discapacidad de tener autonomía sexual y ser sujetos del sexo por placer (Tepper, 2000). Lo anterior, se refleja en el informe alterno sobre la situación de los derechos de las mujeres con discapacidad en Colombia, presentado por la Coalición Colombiana por la implementación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2019), en el cual se afirma que el gobierno nacional no ha avanzado significativamente en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres en condición con discapacidad, a pesar de que se tienen propuestas y acciones legislativas, como la sentencia T-573 de 2016 que reglamenta el acceso a información y servicios asequibles, además de la resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que prohíbe la esterilización forzada y procedimientos médicos sin consentimiento de la persona con discapacidad. La coalición resalta que estos solo son actos administrativos que carecen de aplicación en las prácticas profesionales y recalcan la precisión de los ajustes razonables, apoyos y medidas de accesibilidad dentro del sistema de salud nacional para garantizarle a las mujeres y hombres con discapacidad sus derechos sexuales y reproductivos.

Adicionalmente, se perpetúan actos de violencia reportados en el informe realizado por Marques García y colaboradores (2019), en compañía del Banco Interamericano de Desarrollo, en el cual se presentan estadísticas del panorama de violencia contra niñas y mujeres con discapacidad en Latinoamérica y el Caribe, reportando que en Colombia el 72% de mujeres en condición de discapacidad casadas o en convivencia con su pareja han experimentado violencia intrafamiliar, siendo la violencia psicológica más prevalente en las mujeres con esta condición con un 69%, violencia física en un 42.2% y violencia económica en un 39.6%. También, se analiza que las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidad de recibir información sobre autoconocimiento y placer durante su pubertad en comparación con mujeres sin discapacidad, así como información relacionada a la autonomía y el poder de decisión frente a su orientación sexual, el uso de preservativos y planificación familiar. Sumado a lo anterior, el Instituto de Medicina Legal reportó en el 2017, 877 exámenes de personas con discapacidad víctimas de violencia, de los cuales 348 casos fueron confirmados por presunto delito sexual, 305 casos por violencia interpersonal y el restante (244 casos) violencia intrafamiliar siendo el 8.9% correspondiente a violencia por parte de la pareja (Profamilia et al., 2019).

A pesar de las alarmantes cifras de violencia y la persistencia de discursos patriarcales, las políticas públicas creadas en Colombia entorno a este colectivo que se incluyen dentro del sistema de salud y el enfoque diferencial se limitan a la ratificación de la Convención de derechos humanos para las personas con discapacidad, que en términos de sexualidad y reproducción se queda corta en su conceptualización y entendimiento diferencial. Esto demostrado por Jaramillo Ruiz (2017) el cual resalta que la convención toma una posición proteccionista frente al reconocimiento de estos derechos, promoviendo acciones contra la esterilización sin consentimiento y el aborto temprano por causa de discapacidad del feto, pero no refuerza la sexualidad y reproducción positiva y libre en el colectivo, concluyendo que la persistencia de posturas biomédicas de la sexualidad y reproducción dentro de la convención permite la replicación de prejuicios de incompetencia, incapacidad, impotencia y asexualidad de estas personas.

En relación con lo anterior, se entiende que la ausencia de intervenciones, reconocimiento y la falta de garantía de los derechos sexuales y reproductivos de esta población, proviene de la consideración de que la discapacidad, entendida desde un enfoque biológico, corresponde a aquello que está fuera del límite de la normalidad, siendo la sexualidad y reproducción mucho más controlada por terceros (Majic, 2014). Por consiguiente, se evidencia un interés limitado en el entendimiento de la sexualidad diferenciada y los discursos en discapacidad, la ausencia de acciones de coordinación entre sectores y una dificultad en la comprensión y aplicación del enfoque diferencial en servicios de salud (Santoro, Alexandra Freed, 2018; Maria Mejia et al., 2011; Profamilia et al., 2019). Por lo anterior, se hace importante analizar los discursos alrededor de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad física en Colombia, con el fin de reconocer las experiencias del colectivo e identificar necesidades específicas.

### **Objetivo General**

Analizar las relaciones de poder y dominación permeadas en los discursos de personas con discapacidad física en Bogotá en relación con la sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los discursos alrededor de la sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva.
- Reconocer las experiencias de las personas con discapacidad en relación con la sexualidad y reproducción en la sociedad.
- Brindar recomendaciones incluyentes a la comunidad académica que impacten en las asimetrías de poder y discriminación en el manejo de temáticas de sexualidad y reproducción diferencial, así como la información en salud sexual y reproductiva.

### **Pregunta de investigación**

**¿Cuáles son los discursos alrededor de la sexualidad y reproducción de personas con discapacidad física en Bogotá y cómo están permeados por las relaciones de poder y la dominación?**

### **Justificación**

La discapacidad como concepto dinámico, entendida en la Convención de derechos de las personas con discapacidad como “resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Organización de las Naciones Unidas, 2006) representa en Colombia según el boletín poblacional para discapacidad del año 2022, cerca de 1.3 millones de personas, siendo el 50.1% hombres, 48.9% mujeres, 15% víctimas del conflicto armado y 15% pertenecientes a un grupo étnico (72.6% indígenas, 26.8% afro y 0.52% como Rom) y de los cuales el 45.9% presentan dificultad en actividades como caminar, correr y saltar de forma permanente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) . Esta representación demográfica impone una responsabilidad estatal de reconocer y garantizar la prestación de servicios individuales y colectivos de forma diferencial, teniendo en cuenta las necesidades específicas de esta población. Al respecto, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 dispone en el artículo 10, el derecho a la salud de la población en condición de discapacidad y enfatiza en la garantía de la calidad en la prestación de los servicios, el suministro de servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, la habilitación y rehabilitación y la accesibilidad en la atención en salud sexual y reproductiva (*Ley 1618 de 2013 - Gestor Normativo*, 2013).

En relación con la salud sexual y reproductiva, Starrs y colaboradores (2018) afirman que desde el enfoque de derechos esta temática es fundamental para el desarrollo económico y bienestar colectivo de la población por su estrecha relación con la inequidad de género, el control del cuerpo y las decisiones alrededor del mismo. Para los autores, garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos implica reconocer la autonomía y poder sobre el cuerpo, las relaciones sentimentales, identidad de género, preferencias sexuales, entre otros, en el marco de servicios de atención en salud de calidad y determinantes sociales.

En relación con los determinantes sociales de la salud, se demuestra que características estructurales como el acceso a educación media y superior de las mujeres disminuye el riesgo en salud, morbilidad y discapacidad e incide en la permanencia de la mujer dentro del mercado laboral, lo cual reduce las tasas de pobreza y favorece los procesos de salud. Invertir en salud sexual y reproductiva, supone una disminución del índice de

muerte materno perinatal, fertilidad, matrimonio infantil e inequidad de género, adicionalmente favorece la igualdad de género, empoderamiento femenino, disminuye las necesidades de las mujeres y la población vulnerable, desarrollo económico por aumento del producto interno bruto (PIB) per cápita, entre otras cosas (Starrs et al., 2018). Considerando lo anterior, Singh y colaboradores (2014) afirman que el PIB se favorece con la inversión en salud sexual y reproductiva, debido a que genera un impacto a largo plazo en la salud de las mujeres (mayoritariamente) aumentando las tasas de educación, empleabilidad, incremento de la economía familiar (causada por la entrada de la mujer al mercado laboral), aumenta los índices de escolaridad de los niños y reduce la pobreza. Estudiar, analizar e invertir en la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad beneficia al reconocimiento y la garantía de los derechos humanos de este colectivo, impulsando su autonomía y capacidad de decisión individual, así como el fortalecimiento institucional y profesional en el análisis y abordaje interseccional de la discapacidad-género-etnia y clase (Inclusive Futures, 2023).

Por consiguiente, abordar la salud sexual y reproductiva en forma diferencial en discapacidad, permite no solo incidir en factores globales anteriormente mencionados, sino entender que en personas con discapacidad hablar de sexualidad, reproducción y amor se relaciona con la aceptación de la persona en un nivel básico (aceptación de sí mismo y la significación con el otro) y comprender que el problema va más allá del cuerpo y la normalidad y se instala en las barreras sociales y estructurales que impiden la expresión y la ciudadanía sexual de las personas con discapacidad. En Colombia, las investigaciones y acciones en salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad se comprenden bajo la mirada protectora establecida desde la Convención de derechos para las personas con discapacidad propuesta por las Naciones Unidas y ratificada por el gobierno nacional, enfocada en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la protección de la población en condición de discapacidad frente a hechos de violencia y el seguimiento estadístico de situaciones de violencia en personas con discapacidad, aferrándose al concepto de sexualidad protectora y limitando el entendimiento de esta problemática a nivel estructural.

Realizar esta investigación basada en el análisis crítico del discurso permite conocer la experiencia discursiva de las personas con discapacidad en Colombia, en relación con la sexualidad, reproducción y atención del sistema de salud, lo cual reconcilia las nociones públicas y privadas de la discapacidad, logrando conectar la experiencia corporal del sujeto con las experiencias colectivas y de las estructuras sociales (Shakespeare, 2000) incidiendo en el reconocimiento público de la discapacidad dentro del sistema colectivo y de salud así como la identificación de las relaciones de poder inmersas dentro del discurso y como estas se interiorizan en los cuerpos y experiencias individuales de las personas con discapacidad demarcando su participación en temas de sexualidad y reproducción.

### **Marco Teórico y Estado del Arte**

La sexualidad en el marco de la Política Nacional de Sexualidad y Reproducción (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2014) es entendida como “concepto dinámico que agrega contenidos de construcción sociocultural sobre las condiciones biológicas, psico-emocionales y sociales, es decir, de los contenidos que se estructuran y de los modos como estos se realizan en las interacciones que se dan cuando se relacionan las personas entre sí”, esta conformado por la identidad sexual, orientación sexual, desarrollo de la personalidad, roles de género, erotismo, placer, intimidad, entre otros aspectos.

Por otra parte Foucault y colaboradores (2007) afirman, que el sexo y la sexualidad más allá de ser conceptos multidimensionales, son constructos sociales marcados por relaciones de poder, entendiendo el poder no como algo adquirido, sino como consecuencia de efectos inmediatos de relaciones dinámicas y estructurales desiguales, destacando algunos aspectos como los siguientes:

1. La relación entre el sexo y el poder es negativa, generando discursos de rechazo, barrera y ocultación y delimitando el sexo entre las fronteras del individuo y su hogar, fomentando así la prohibición y el concepto del no.
2. *La instancia de la regla*, en donde el sexo es colocado desde un margen binario, lícito e ilícito, prohibido o permitido, ejerciendo un modo jurídico-discursivo sobre el mismo.

3. La sexualidad demarcada en el *ciclo de lo prohibido*, con el objetivo de desligar al sexo del individuo por medio de la amenaza de un castigo, obligándolo a actuar bajo secreto.

4. El poder sobre el sexo censura la sexualidad, ocultándola dentro del discurso. En consecuencia, cuando algo no existe, se anula de la realidad y no tiene derecho a ninguna manifestación.

Para Foucault (1990) la sexualidad se convierte en:

punto de pasaje para las relaciones de poder, particularmente denso: entre hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres y progenitura, educadores y alumnos, padres y laicos, gobierno y población. En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias. (p.126).

Si bien, inmerso dentro de esta definición, se encuentra implícito el papel que tiene el cuerpo y sus relaciones intrínsecas con el poder. Foucault afirma que el cuerpo se sumerge dentro de estrategias de poder (bio-poder) que modifican e interactúan con las características biológicas del ser humano, pasando por el concepto del cuerpo máquina, al cuerpo como carne, cuerpo consciente y finalmente el cuerpo social el cual permite ubicar el discurso no en el cuerpo individual, sino en aquellas acciones y tácticas de poder para regular a una población (Shilling, 2003), este entonces nunca es netamente biológico y siempre está inmerso en situaciones socioculturales, imbricado por relaciones de poder de manera diaria.

Adicionalmente, Foucault (1990) expresa que el control del cuerpo como táctica de poder se relaciona con la evolución del concepto de sexualidad como mecanismo de la ciencia sexual que se ocupa de controlar situaciones donde el sexo y la sexualidad se representan fuera de lo permitido y normativo, clasificándolo en 4 conjuntos estratégicos: la mujer histérica, el niño masturbador, el perverso y la pareja maltusiana. El análisis de estas cuatro categorías permitió ubicar el sexo entre el control de la sexualidad fuera de lo normativo (la mujer histérica o el niño masturbador) y la sexualidad como vehículo de

regulación poblacional integrando el concepto de reproducción, donde el sexo es controlado, normativo y realizado bajo las premisas biológicas.

Por su lado, Pierre Bourdieu en sus consideraciones del cuerpo y en su obra la dominación masculina destaca que el cuerpo es un producto social, el cual es irrumpido por aspectos culturales, relaciones de poder, de clase y de dominación, impactando sobre las condiciones de trabajo, de hábitos de consumo y clase social y reflejando una determinación histórica de dominación (Bourdieu, 2000, como se citó en Barrera Sánchez, 2011). Para Bourdieu la dominación masculina es entendida como un efecto de poder sobre el cuerpo biológicamente diferenciado en espacios públicos y privados (la casa y el estado). La diferenciación social de la sexualidad basada en las diferencias biológicas de los cuerpos masculinos y femeninos, para el autor son representadas desde el mundo de las oposiciones, donde lo masculino es lo superior, lo alto, fuerte, proveedor, dominador y por el contrario lo femenino es lo inferior, bajo, débil, sujeto dominado, evidenciándose en la descripción del cuerpo femenino a partir del cuerpo masculino (demarca lo masculino como centro fundamental de la existencia). A partir de esta división por diferenciación sexual, se inicia una atribución simbólica al hombre y la mujer que repercutió en la concepción social e influyó en asuntos de género. Frente a esto, la sexualidad entra a jugar un rol importante en la concepción del cuerpo como estructura social, puesto que las acciones sexuales según Bourdieu se sobrecargan de determinaciones del ser antropológico y cosmogónico (Bourdieu, 2000).

Para Bourdieu la vivencia de la sexualidad se ve entonces inmersa en prácticas de agentes e instituciones (familia, escuela, estado) que divide el pensamiento y jerarquiza los sexos y el género, perpetuando el entendimiento que el sexo para los hombres es sinónimo de poder, penetración, dominación, dar placer y orgasmo y para las mujeres como intimidad, vulnerabilidad, afectividad y sumisión. Soportando lo anterior, Edwards y Imrie (2003) afirman que cuerpo y sexualidad se extienden al concepto de *habitus*, entendiéndolos en la relación directa que tienen ambos con el ambiente en donde se desarrolla, afirmando que las experiencias corporales diarias son dadas para la comprensión de patrones ambientales y relacionales de los sistemas y estructuras sociales que inciden y reproducen inequidades sociales, siendo entonces el *destino social del cuerpo* (Barrera Sanchez, 2011). Por

consiguiente, la dominación se ve representada en la corporalidad y la sexualidad por acciones, pensamientos y percepciones históricamente demarcados, de los cuales los cuerpos no masculinizados (cuerpos diferentes al masculino ideal) son repetidamente negativizados y marginalizados en la estructura social y del trabajo (Bourdieu, 2000). Lo anterior, permite transformar el entendimiento del cuerpo con discapacidad como “cuerpo disfuncional” (según los juicios sociales que lo categorizan y clasifican en “anormal”) a la del cuerpo como elemento dependiente de la localización dentro del sistema social y las inequidades de este, el cual es portador de valor (Edwards & Imrie, 2003).

Tanto la biopolítica del cuerpo propuesta por Foucault, como la determinación social del cuerpo de Bourdieu, son bases conceptuales que influyen los estudios en discapacidad, debido a que como lo explica Tremain (2006) la primera teoría desarrolla una medicina centrada en el bienestar colectivo y la medicalización de los fenómenos de salud, teniendo como acciones la medición epidemiológica de fenómenos de salud-enfermedad, sostenidos por mecanismos económicos como el aseguramiento individual, colectivo y acciones de beneficencia que regulen y mantengan en equilibrio a la población. Lo anterior, favorece la creación de acciones bajo la mirada biológica enfocadas en la rehabilitación, casas de cuidado, programas de educación especial, controles prenatales, prótesis y ortesis, esterilizaciones, entre otros; objetivando a individuos bajo la clasificación de discapacidad física, enfermedad mental, retraso y demás. La autora afirma también que desde una visión Foucaultiana la discapacidad comprende aquellas prácticas de gobernabilidad en donde los sujetos son divididos y categorizados de otros, por la ilusión de tener un antecedente natural (visto como deficiencia desde el modelo biopsicosocial de la discapacidad), argumentado desde el entendimiento del sujeto como un individuo sostenido por una identidad y autoconocimiento ajeno, siendo los “*sujetos en condición de discapacidad*” progresivamente constituidos material y realmente por pensamientos, organismos e instituciones ajenas a él mismo.

Conforme a lo anterior, se entiende que los *sujetos en condición de discapacidad* son aquellos que presentan deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales que al interactuar con barreras físicas, sociales o actitudinales generan una dificultad en su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás,

asegurado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006). En Colombia, según la Resolución 1239 de 2022, existen siete categorías de discapacidad entre ellas la discapacidad física, la cual abarca aquellas personas que presentan deficiencias corporales funcionales a nivel de y la relación de este con el ambiente al realizar actividades como: caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Desde la creación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad (CIF) propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la apropiación internacional del modelo biopsicosocial de la discapacidad para el abordaje gubernamental de la misma y el enfoque de derechos, Colombia por medio de diversas políticas públicas nacionales, regionales y locales ha direccionado su actuar, apropiando el *Enfoque Diferencial* en discapacidad.

De igual forma, el Enfoque Diferencial se retoma en el actual Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 el cual parte del entendimiento de la persona como sujeto de derechos y plantea considerar su contexto geográfico y sociocultural de los colectivos, así como la importancia de reconocer el enfoque diferencial como herramienta de protección e intervención de las condiciones y situaciones que generen vulnerabilidad. Dentro de los diferenciales considerados se encuentra la población con discapacidad quien demanda la planeación y ejecución de acciones que impacten los diversos determinantes estructurales e intermediarios de la discapacidad con el fin de disminuir barreras, reducir las restricciones en la participación, la inequidad y promover la inclusión social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En años recientes, el estudio de la sexualidad en población con discapacidad ha incrementado, debido a que como Shakespeare (2000) lo afirma, la necesidad de entender la sexualidad y reproducción diferenciada facilita la representación e identificación de las personas con discapacidad y la investigación cualitativa permite generar narrativas individuales y colectivas que visibilicen y normalicen estas temáticas en el colectivo y en la sociedad común. Además, añade que es importante posicionar los deseos privados y las relaciones personales en la agenda para discapacidad, puesto que la sexualidad es un área que no se puede abordar de forma individual y se vuelve complementaria en la lucha al

reconocimiento y garantía de servicios y oportunidades laborales, educativas, de transporte y vivienda (Crow L, s.f, citado en Shakespeare, 2000).

Carew y colaboradores (2020) en un estudio transversal realizado en Sudáfrica, analizaron como la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en discapacidad impactan las relaciones interpersonales, sociales y su relación con los servicios de salud sexual y reproductiva. Bajo este análisis, los autores evaluaron la validez predictiva de factores psicológicos que actúan en el contexto, por medio de una encuesta con escala Likert, midiendo: contacto (cuantas veces interactúan con personas diferentes en el contexto donde viven), calidad de contacto con personas con discapacidad física, dominación social, prejuicio cognitivo, prejuicio afectivo, reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos y beneficios del servicio de salud sexual y reproductivo con personas sin discapacidad. Como resultado se evidenció una correlación entre el contacto y como este es predictor de prejuicios, identificando que el anterior y la calidad del contacto con personas con discapacidad se convierte en predictor negativo para el prejuicio cognitivo y los altos niveles de prejuicio afectivo. Así mismo, los autores afirman que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se evidencia como predictor positivo hacia el beneficio en la atención en salud sexual para el colectivo, reafirmando la importancia a entender el impacto de los predictores, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y las acciones por medio de intervenciones de bajo costo a nivel nacional que aborden las percepciones y representaciones sociales de los mismos.

Adicionalmente, Giles y colaboradores (2023) en una revisión sistemática de evidencia cualitativa que tuvo como objetivo entender la sexualidad de jóvenes en condición de discapacidad física por medio del conocimiento experiencial, analizaron 19 artículos de los cuales se manifiesta que la mayoría fueron realizados en Estados Unidos, seguido de Canadá y Suráfrica, desarrollados en contextos socioambientales de casas de cuidado, clínicas, instituciones y hospitales pediátricos y bajo las concepciones teóricas de la interseccionalidad, feminismo, teoría de la ciudadanía sexual, Crip Theory, entre otras. Se identificaron 6 temáticas, las cuales fueron: información en sexualidad no soportaba los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en condición de discapacidad, la familia de las personas y jóvenes con discapacidad sintieron miedo de que su hijo fuera vulnerable en

el contexto sexual, los profesionales de salud no se sentían preparados para abordar la sexualidad y reproducción con los jóvenes en condición de discapacidad, jóvenes con discapacidad física sufrieron discriminación relacionada con su sexualidad, no se reconoce la autonomía sexual y la toma de decisiones independiente de los jóvenes en condición de discapacidad y los jóvenes en condición de discapacidad física tienen experiencias y identidades sexuales diversas.

Los autores encontraron, que los jóvenes en condición de discapacidad afrontan barreras sociales y actitudinales en relación con su sexualidad y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Así mismo, afirman la importancia de la sexualidad diferencial en discapacidad, pero la ausencia de información, educación y recursos necesarios para soportar a este colectivo que conlleva al aumento de experiencias que pueden llegar afectar el bienestar físico y emocional de la persona con discapacidad (Giles et al., 2023).

En cuanto a Colombia, García Leon y colaboradores (2022) en un estudio de análisis multimodal del discurso, analizaron la representación audiovisual de la discapacidad masculina en el programa *Los informantes*, haciendo uso del análisis del discurso, análisis multimodal y la lingüística Queer. Para este análisis se seleccionaron tres capítulos del programa, fichando hombres con discapacidad física y discapacidad intelectual en diversas condiciones de vida (migración, vida laboral, entre otros). Como resultado los autores concluyen que el análisis deja en claro la visión motivacional que la media audiovisual quiere presentar de la discapacidad, escondiendo los factores sociales y políticos de opresión que se enfrentan al tener una discapacidad. Adicionalmente, se logra ver el mantenimiento de tendencias heteronormativas en la televisión colombiana, cuando al mostrar un hombre en condición de discapacidad es representado contrario a lo que los televidentes esperan encontrar (hombre cis, blanco, heteronormativo). Finalmente, esta investigación aporta en el entendimiento de la discapacidad más allá del discurso dominante de esta en la televisión y medios audiovisuales.

## **Metodología**

Esta investigación se enmarca en el enfoque cualitativo, basado en el método de análisis crítico del discurso para indagar los discursos y relaciones de poder alrededor de la

salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. El análisis crítico del discurso, según Van Dijk (2015) es una investigación que analiza el discurso con el fin de estudiar las formas en que el poder se reproduce, legitima y domina los contextos sociopolíticos. La decisión de emplear el análisis crítico de discurso como método de investigación radica en primera instancia, que los estudios en discapacidad se han visto limitados a abordar el discurso desde las diversas definiciones teóricas de la discapacidad por medio de sus modelos (modelo biopsicosocial, modelo social, modelo rehabilitador, entre otros), aportando a la teorización del concepto de discapacidad pero limitándose en estudiar del discurso de las personas con discapacidad en relación con sus experiencias de vida y percepciones y las diversas temáticas investigadas. Al abordar temas desde la experiencia y la percepción de discapacidad por medio de este método, se reconoce la existencia de un discurso en discapacidad y la importancia que este tiene en asuntos sociopolíticos y culturales que rodean a esta minoría (Grue, 2011). Así mismo, hacer uso del análisis crítico del discurso implica reconocer otras perspectivas discursivas, logrando equidad en las oportunidades materiales y simbólicas para las poblaciones minoritarias y vulnerables, rompiendo con paradigmas orales y escritos en donde se reproduce el poder (Dobbs, 2012).

## **I. Consideraciones Éticas**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, sala ciencias de la vida (CEIU-UR) (DVO005 2468-CV1690), se obtuvo el consentimiento informado por parte de todos los participantes.

## **II. Criterios de selección**

La investigación se lleva a cabo con personas con discapacidad física residentes en Bogotá quienes se reconocen como personas con discapacidad, tienen más de 18 años, no tienen ninguna limitación cognitiva o discapacidad intelectual, tienen buena capacidad verbal y comunicativa, son colaboradores de la fundación Arcángeles, quisieron participar en la investigación y otorgaran su firma al documento de consentimiento informado. El acercamiento a la población se realizó por medio de una de las colaboradoras de la Fundación Arcángeles, la cual facilitó el contacto inicial con las personas con discapacidad física (colaboradores o usuarios de la fundación).

### **III. Procedimiento**

La información se extrajo de fuentes primarias mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales se obtuvieron a través de un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve de personas con discapacidad física que fueran colaboradores o usuarios de la fundación arcángeles y que cumplieran con los criterios de selección. El reclutamiento de participantes se llevó a cabo de forma oral, presentando la información relevante del proyecto y la importancia de la participación en el mismo, cuando la persona mostró interés se estableció fecha y hora para la realización de la entrevista de forma remota.

Las entrevistas semiestructuradas se hicieron basadas en un instrumento de preguntas elaborado por la investigadora, el cual se encuentra disponible en el anexo I y fueron grabadas en audio con la debida autorización de cada participante. Estas entrevistas se componen de preguntas abiertas, se detienen una vez alcanzada la saturación teórica (diligenciada en la matriz de saturación teórica) la cual es determinada al dejar de aparecer nuevos significados de las variables establecidas. En caso de que se desencadene algún episodio crítico o emocional en el marco de las entrevistas, el investigador será el primer respondiente, debido a su trabajo como profesional de su salud, su trayectoria en el marco asistencial y contención emocional en personas con discapacidad y su certificación en primeros auxilios psicológicos, posteriormente se derivaría con el equipo interdisciplinario de la institución.

Las entrevistas fueron dirigidas por la investigadora, realizadas y grabadas en audio de forma remota a través de la plataforma Zoom© con la licencia de la Universidad del Rosario en un ambiente confidencial con previa firma de consentimiento informado. Estas fueron almacenadas en la nube del correo institucional (OneDrive), posteriormente transcritas y analizadas. La información obtenida de las entrevistas es salvaguardada durante cinco años, después de lo cual, de no ser requerida la información ahí almacenada, será destruida. La investigadora llevó un diario de campo con el fin de registrar información adicional durante la ejecución de las entrevistas, tal como: comunicación verbal y no verbal, claves y reflexiones importantes para la investigación. Estos resultados fueron triangulados con el documento de la CDHPcD, identificando el impacto del discurso institucional sobre el discurso individual de los participantes, la relación de poder y la dominación.

#### **IV. Análisis**

El análisis textual se realizó por medio del software Atlas Ti versión 23, licencia propia de la investigadora, iniciando con la transcripción de cada entrevista, posteriormente se lleva a cabo una primera inmersión de la información con una lectura vertical y la triangulación de todo el material recogido, se llegó a conclusiones y se realizaron reflexiones de este. Se continuó con la identificación de las unidades teóricas dentro del texto y su codificación basado en el árbol de códigos establecido previamente según las categorías teóricas de la investigadora en donde se relacionó el texto con el código y su disposición discursiva. Se finalizó con una tercera lectura o lectura horizontal, identificando por cada código el constructo correspondiente. Estos resultados fueron triangulados con el documento de la CDHPcD en el cual se identificó el impacto del discurso institucional sobre el discurso individual de los participantes, las relaciones de poder y la dominación.

#### **Resultados**

Se realizaron un total de 4 entrevistas semiestructuradas a personas con discapacidad física (Tabla 1), la información obtenida en las entrevistas fue clasificada en cuatro categorías correspondientes a las variables exploradas basadas en los objetivos planteados en la investigación y el marco teórico previo:

- **Cuerpo y corporalidad:** sensaciones, vivencias y experiencias de las personas con discapacidad física con su cuerpo en el entorno y el contexto social que los rodea. Incluye aspectos relacionados con su identidad, autocuidado, autoestima y autonomía.
- **Sexualidad:** sensaciones, percepciones y experiencias alrededor del sexo y la sexualidad de las personas con discapacidad, su relación con el deseo, placer, barreras y facilitadores para ejercer su sexualidad.
- **Reproducción:** sensaciones, percepciones y experiencias alrededor de la maternidad o paternidad, deseo de conformar familia, conocimiento de

personas con discapacidad que hayan creado familia e identificación de barreras y facilitadores alrededor del tema.

- **Salud sexual y reproductiva:** experiencias de las personas con discapacidad con los servicios de salud sexual y reproductiva.

Tabla 1. Descripción de los participantes código, sexo y tipo de discapacidad

Código del participante	Sexo	Tipo de discapacidad (momento de aparición)
P1	Femenino	Discapacidad Física de tipo congénita
P2	Masculino	Discapacidad Física de tipo congénita
P3	Femenino	Discapacidad Física por enfermedad genética
P4	Masculino	Discapacidad Física y visual consecuencia de proceso tumoral

### Cuerpo y corporeidad

El discurso alrededor del cuerpo y la corporalidad de los participantes con discapacidad física brinda una definición basada en las palabras *diferente* y *normal*, haciendo atribución a aquella concepción del cuerpo con discapacidad vista desde la ausencia de capacidad funcional que genera la discapacidad impuesta desde la sociedad, los modelos de atención y las definiciones de discapacidad socialmente predominantes.

“mi discapacidad como es de nacimiento, pues yo me he desarrollado con normalidad siempre respecto a mi cuerpo. Me gusta mi cuerpo, me siento cómodo con mi cuerpo, lo que veo al espejo me gusta, ehhhh, nada entreno, me gusta cuidar mi cuerpo, entonces digamos que ehh eso, me gusta” P2

“Yo lo percibo normal, normal y te cuento que hace poco, relativamente poco me pasó algo y fue que un día pues normal me estaba bañando, sali de bañarme y me mire al espejo y dije como ahhh me veo extraña, pero pero nunca me había pasado, si porque pues para mi es normal...mi cuerpo, entonces si me paso como ahggg, si me vi extraña porque como que no había tomado conciencia de que se veía extraño para los demás... ehhhh pero en realidad yo, lo veo muy muy muy normal” P1

La palabra “*normal*” demarca en la concepción del cuerpo una noción de carencia y de déficit persistente en la experiencia de vida de personas con discapacidad. En el relato

anterior, la participante además describe verse “*extraña*” haciendo atribución a la concepción del cuerpo con discapacidad como cuerpo fuera de lo estipulado biológicamente por sus deficiencias funcionales (condición biofísica particular de cada cuerpo consecuencia de una condición patológica o defecto congénito), pero también a lo que los demás puedan pensar de ella.

“Bueno, mi cuerpo es diferente, lo percibo diferente ehh con el entorno mi relación es diferente tengo que pensar más todo lo que hago y pues personal también es diferente y cuando uno trabaja en moda como que lo nota más” P3

Se percibe en algunos relatos la dificultad en describir el cuerpo fuera de las diferencias o el déficit, reflejando la influencia que tiene la percepción social del cuerpo con discapacidad, sobre la identidad corporal propia y el autoconcepto. Por otro lado, los participantes describen una división entre su cuerpo real con discapacidad y el cuerpo ideal reforzado por los patrones y estereotipos sociales que se evidencia en la constante comparación con el cuerpo idealizado. Es así como se evidencia la necesidad de comparación en algunos discursos de los participantes, lo que apunta a una desproporción social del cuerpo con discapacidad con el cuerpo ideal determinado por la sociedad:

“mmhhh pues yo creo que igual como cultura y demás estamos acostumbrados a la comparación con cierto estereotipo. O sea, yo quiero ser como tal persona, yo quiero tener el cuerpo como tal persona y eso empieza a que uno se dé mucho palo no entonces me falta esto, me falta esto, me falta esto no solamente cuando tengo una discapacidad sino cuando tengo el abdomen plano, no tengo senos, no tengo cola.”P1

“(…)cuesta un poco mas en general el autoconcepto como tal se construye también de la percepción que yo tengo con mi misma pero también en lo que los otros me van diciendo, de lo que la sociedad te recalca lo que eres. Entonces yo puedo decir, no yo soy muy buenaehhh, no se con las manualidades y la sociedad viene y me y me dice ushhh te quedo super mal tu eres muy mala entonces yo voy a poner en duda eso que yo creo de mi, si” P1

En los relatos anteriores, se observa el uso de palabras como *estereotipo*, *comparación* y *cultura*, reforzando la teoría del cuerpo como estructura social, histórica y culturalmente determinada, el cual cuando no cumple con los requisitos mínimos socialmente

determinados (como el cuerpo con discapacidad), se ve obligado a acudir a estrategias como la comparación con el fin de alinear su cuerpo con el cuerpo ideal.

“uno tiende a tener menos autoestima, menos seguridad, menos voz a sentirse distinta al resto y al verse distinto al resto, pero también uno tiene como cierto... como se dice cositerita, como cierto detalle en hacer las cosas. Pues lo que yo digo de pensar más y tener que mirar como lo voy a hacer y planear.” P3

“(...) porque uno se percibe distinto porque al sentirse distinto se siente más inhibido, mas chiquito con menos voz con menos voto” P3

“A diario me tropiezo, me caigo, aveces se me traba el bastón en cualquier momento y me siento impotente en no poder ver las cosas que me pasen en mi alrededor.” P4

“(...) cuando sales a la sociedad y te encuentras con que te miran como un bicho raro o que ni siquiera a mi me pasaba mucho que los niños sobre todo se quedan viendo y lo demás y los papas eran como ahí no no la mires no la mires y yo pues como que soy un bicho raro, yo empecé a decirme soy un fenómeno soy lo peor, entonces si como que influye” P1

Esta doble determinación del cuerpo al ser cuerpos con discapacidad, socialmente fuera de los estándares del mercado laboral se evidencia con el impacto sobre el autoconcepto generando sensaciones de impotencia y frustración, reflejado en *sentirse con menos voz, menos poder, ser un fenómeno o un bicho raro*.

A pesar de esto aparece como figura constante en los discursos de los participantes un proceso de adaptación y aceptación del cuerpo con discapacidad, en donde surgen palabras como *valor, suficiencia, capacidad, aceptación*:

“(...) no fue como uy un accidente, no terrible esta me salió defectuosa, sino hay un propósito con esto, si, eres una persona especial como cualquier otra persona sin discapacidad, eres una persona valiosa y ahí también va conectado con lo otro que es, mi valor no esta conectado en lo que tengo físico o no tengo, si ehmmm si no en que mi valor esta en lo que soy como persona, en mis actitudes, mi personalidad, en lo que yo pueda aprender, en las habilidades que pueda desarrollar y demás” P1

“(...) yo siento que no tengo un cuerpo perfecto porque no pero que lo que tengo es suficiente, Osea que lo que tengo, como que lo que tengo tiene sentido en tenerlo no lo doy por sentado” P3

“yo nunca me compare, porque pues no tiene sentido compararme porque es algo que yo no puedo cambiar, si es algo que puedo cambiar pues si me comparo y trato de mejorarlo o lo que sea. Pero es algo que ya es entonces uno no puede perder el tiempo en darle vueltas a algo que es imposible de cambiar o modificar, entonces aceptación

lo que te decía...mi familia ayudo un montón a ese tipo de pensamiento, porque como yo te decía yo nunca he recibido o nunca recibí un trato diferenciado de ninguna manera. Yo tengo un hermano, un hermano mayor y nunca me dijeron ay no puede hacer esto, no puede hacer lo otro, nada” P2

Frases como *mi valor no esta conectado en lo que tengo físico o no tengo y no tengo un cuerpo perfecto porque no pero lo que tengo es suficiente* revelan la concepción del cuerpo como estructura biológica (lo anatómico y lo funcional) dividido de la concepción de corporalidad como la interacción del cuerpo como estructura con la sociedad (subjetividad del cuerpo, experiencias y vivencias). Las participantes describen ausencias en su cuerpo físico pero su corporalidad les exige tener acciones hacia la aceptación y la normalización de su cuerpo en la sociedad.

Un hallazgo importante durante la conversación sobre la concepción del cuerpo es la aparición del concepto de soledad como proceso común en las personas con discapacidad, haciendo referencia a la dificultad de entablar relaciones interpersonales que fomenten la interacción, así como a la ausencia de espacios que promuevan la interacción y la conexión entre personas con discapacidad. Frente a esto, los participantes afirman:

“(...) ciertas habilidades que para nosotros es muy difícil desarrollar las habilidades blandas por lo mismo que no tenemos acceso como a muchas oportunidades donde podamos interactuar con personas. Las habilidades blandas se desarrollan en interacción con personas en contextos de trabajo en contextos de estudio ehmm entonces es muy complejo desarrollar ese tipo de habilidades que te van a ayudar a tener una buena interacción y te van a ayudar también en tu autoestima por medio de esa interacción.” P1

“yo conocí a una chica en el deporte que me decía yo nunca pensé que existiera otra persona con mi misma discapacidad” P1

Analizando los relatos anteriores, la participante hace referencia a la dificultad en desarrollar ciertas habilidades blandas que obstaculizan el proceso de interacción social y favorecen la aparición de la soledad en la experiencia de vida con discapacidad. Se entienden por habilidades blandas, aquellas características individuales que le permiten a la persona interactuar con la sociedad. En cuanto a la relación del cuerpo con el contexto social y el entorno físico, se evidencian prevalencia de barreras actitudinales de la sociedad en el discurso de los participantes:

“Digamos barreras en la participación no tengo porque tengo trabajo, sé que puedo estudiar, barreras sociales tampoco entonces digamos que en este momento yo diría no tengo discapacidad, pero en el momento en el que yo deje de trabajar y vuelva a tener esa lucha de juepucha ir a empresas y de pronto como por el temor de que no de la talla y piensan que uno no puede digitar o hacer ciertas cosas pues ya me empiezan a cerrar puertas, ahí digo bueno, vuelvo a tener discapacidad” P1

“(…) si he sentido barrera laboral es como la única barrera que he sentido en mi vida por mi discapacidad. Uno aprende a reconocer que solo con verlo a uno entrar por la puerta ya es diferente, me entiendes. Osea, porque obviamente en la hoja de vida uno no pone tengo discapacidad, porque mi discapacidad no me impide trabajar” P2

“con el entorno mi relación es diferente tengo que pensar más todo lo que hago, si el ambiente es un ambiente adaptado para mi es mucho más fácil. Depende de lo que vaya a hacer, por ejemplo que las mesas estén a mi altura, que haya barras para sujetarse en el baño, que no haya escaleras” P3

“En cuanto a lugares que conozco o no conozco hago máximo dos o tres, cuatro recorridos en el lugar que no conozco, ya de ahí en adelante sé que lo puedo conocer, hago un recorrido muy lento obviamente para no caerme o tropezarme” P4

Se observa uso de frases como *no de la talla* y *mi discapacidad no me impide trabajar* para describir barreras actitudinales dentro del aspecto laboral. Así como la descripción de como se desenvuelven los participantes con su entorno físico, el cual por los relatos la mayoría de las veces no se encuentra adaptado para su discapacidad.

Se evidencia una diferencia notoria entre los hombres y las mujeres participantes al momento de describir su cuerpo y los procesos sociales alrededor de este. En el relato de las mujeres, aparecen elementos sexuales socialmente percibidos, describiendo un cuerpo sexuado con atributos físicos que alimentan la cultura del cuerpo y belleza ideal reforzada por estereotipos de mujer perfecta. Así mismo, se evidencia una diferenciación del cuerpo con base al sexo, interpretando los discursos de las mujeres como discursos más tímidos y reprimidos que los de los hombres.

“(…) hay un estereotipo y hacen ropa para cierto tipo de persona pero esa persona como no es uno, uno como esta sentado todo el día por ejemplo tiene la cola plana o las caderas se le agrandan” P3

“(…)si yo me estoy comparando todo el tiempo con las personas que tengo alrededor pues eso va a afectar totalmente como me veo y que si como en la cultura, es pensar que como me veo o como me percibo eso valgo, así mismo valgo o así mismo me van a tener en cuenta en ciertas cosas. Desde el colegio, vamos a armar un equipo de futbol, entonces siempre escogían a las mas lindas” P1

“(…) siento que siempre he tenido una autoestima muy alta y digamos que eso siempre me lo enseñaron en mi casa, si. Como te digo pues es de nacimiento entonces pues, no se siente tan duro entonces el autoestima nunca ha sido un factor tan problemático para mi en ese aspecto”P2

En definitiva, el cuerpo en la significación dada por las personas entrevistadas converge no solo en la estructura física y biológica del mismo, sino en el significado complejo como constructo social. El cuerpo con discapacidad en este constructo social interactúa con órdenes jerárquicos (social e históricamente establecidos), que impactan la percepción propia del cuerpo, el autoconcepto y la identidad corporal. Carolina Ferrante (2013) afirma que en las sociedades occidentales la presencia de una deficiencia supone un calificador negativo y un estigma que devalúa la identidad, emergiendo estrategias como la comparación, la aceptación y la adaptación del cuerpo con discapacidad para vivir en sociedad.

## **Sexualidad**

Dentro de la conversación sobre la categoría discursiva de la sexualidad, emergen diferentes significados importantes entre los cuales se encuentra el sexo y cómo lo entienden las personas con discapacidad física, las relaciones interpersonales y su papel fundamental dentro de la sexualidad, los sentimientos y sensaciones alrededor de las experiencias sexuales y el discurso del placer y deseo en los participantes. Inicialmente, al indagar sobre el sexo, se evidencia en el discurso de la mayoría de estos una noción de temor, timidez y concepción del sexo como algo ajeno, representando una sensación de no corresponder al mundo de la sexualidad y la intimidad guiada por la concepción permanente de la asexualidad y la falta de deseo y placer de las personas con discapacidad:

“Para mi el sexo es algo ajeno, que solo lo veo en las películas y en las series, porque nunca he tenido una experiencia o un acercamiento” P3

“obviamente el sexo es algo muy natural en todas las personas en cuanto a que obviamente (silencio) como explicarlo, creo que pues el que elija hacerlo como el que quiera, es libre de hacerlo y pues para mi pues obviamente a mi me gustan las mujeres y todo pero... yo digo todo a su debido a tiempo” P4

En los relatos anteriores se observan frases como *nunca he tenido una experiencia o un acercamiento y todo a su debido tiempo* describiendo la palabra sexo y la falta de experiencias sexuales en estos participantes. Frente a esto, se analiza que los participantes dueños de esos relatos presentan por su tipo de discapacidad una dificultad funcional mayor lo que puede suponer mayores barreras físicas y actitudinales y menos oportunidades simbólicas y materiales para entablar una relación íntima sexual. Adicional a esto, la opresión de la sexualidad de personas con discapacidad influye en que muchas de las personas pertenecientes a este colectivo, nunca hayan pensado o imaginado entablar relaciones íntimas o sexuales limitando el ejercicio de su sexualidad de manera libre y positiva.

Además de eso, se reconoce la actividad sexual de las personas con discapacidad como algo natural, inherente al ser humano que impacta en su desarrollo como persona, en su proyecto de vida y su integración al contexto social. Se evidencia la persistencia de la palabra *diferente* al tratar de describir la intimidad y el acto sexual de las personas con discapacidad, como una necesidad discursiva de reconocer las carencias funcionales y la posible asistencia que pueda necesitar una persona con una discapacidad que comprometa parcial o totalmente la movilidad.

“Pues para mi es normal, si, para mi es normal como te digo yo entiendo que hay personas que obviamente se les pueda dificultar y limitar movilidad, muchas cosas que se necesitan durante el sexo, pero pues digamos que, es diferente” P2

“Es diferente, no se si sea mi caso, pero si siento que pueda ser diferente para otras personas, si. Digamos que yo no he tenido así mayor diferencia en las experiencias sexuales, de hecho siempre la he pasado muy muy bien, tengo una vida sexualmente muy activa, entonces no nada.” P2

Se denota la continuación de un discurso marcado por cuerpos que no pertenecen al cuerpo ideal, lo que impone la constante descripción de las experiencias vividas como

diferentes, así como la búsqueda de autoconcepto, autopercepción y aceptación fuera de lo ideal.

Así mismo, se percibe durante las conversaciones sobre sus pensamientos, conocimientos y experiencias sexuales la sensación de *miedo, temor o humillación* durante la actividad sexual, que denotan en la mayoría de participantes la falta de acercamientos de intimidad o experiencias sexuales acompañado por la dificultad de entablar relaciones interpersonales con personas desconocidas, significando una barrera social en las experiencias sociosexuales, así como barreras en el entorno físico que dificultan la presencia de personas con discapacidad física en un ambiente físico que permita la interacción social:

“cada cosa a su debido tiempo, soy un poco nervioso en esa cuestión, porque no sé como hacerlo, no sé qué hacer en ese momento. Tampoco sé qué hacer, como intervenir en ese momento, no sé si iniciar yo o que ella inicie. Son cosas así” P4

“(…) algunos de nosotros somos muy tímidos, me incluyo yo soy muy tímido en cuanto a tener una relación como ya lo había dicho antes y se que muchas personas tenemos miedo a que una persona nos critique o nos humille por como somos.” P4

Frases como *todo a su debido tiempo, somos muy tímidos y no nos va a querer como nos vemos* evidencian inseguridad en ejercer la sexualidad. Esto ligado a la dificultad de desarrollar ciertas habilidades blandas necesarias para la interacción así como la presencia de barreras físicas para acceder a ciertos espacios donde se desarrollan acciones encaminadas a brindar oportunidades simbólicas y materiales en torno a la sexualidad dificultan el desarrollo de la misma:

“pienso también que tiene que ver con ciertas habilidades que para nosotros es muy difícil desarrollar las habilidades blandas por lo mismo que no tenemos acceso como a muchas oportunidades donde podamos interactuar con personas” P1

“De pronto no cuando vaya a pasar la relación, el sexo como tal pero si tiene que ver con la sexualidad que es cuando voy a conocer a alguien, Si porque yo digo, ok me gusta esta persona pero, pero seguramente lo que pienso es como pues preferiría a alguien que tenga las dos manos o tal vez tenga algún problema, o le de cosa, o le de impresión. SI, puede estar predispuesto” P1

“Me ha pasado por ejemplo, entrar a bares y que mi silla no quepa o que haya escaleras o que haya escalones y a los meceros les toque bajarme cargada y eso es peligroso pa mi y pa ellos, eso hace que yo me aleje de esos lugares” P3

En relación con lo anterior, se identificaron mitos y creencias de la sexualidad relacionado con la ausencia del discurso del deseo y el placer en la vida de las personas con discapacidad:

“(..).hay una concepción de que las personas con discapacidad por ser personas con discapacidad no tienen deseo, no tienen gusto no ven al sexo opuesto o al mismo sexo en el caso de los LGTBI entonces la gente empieza a decir, no hablen de eso, no le hablen de eso porque no va a pasar entonces si como que los van reprimiendo y mucho es la sociedad reprimiendo el deseo de la persona con discapacidad” P2

“puede haber limitación, pero el deseo siempre va a existir a menos que tenga algún problema fisiológico que se lo impida, pero mientras que tenga todo hormonalmente bien va a existir deseo” P2

“(..).somos humanos, somos personas y de hecho cualquier persona puede adquirir una discapacidad en cualquier momento, entonces y no porque adquieras una discapacidad vas a dejar de tener ganas de tener sexo” P1

“No a mi me parece erróneo encasillar a todas las personas en un cubito tan pequeño. Puede que haya algunas asexuales pero no todas, es un prejuicio que tiene la sociedad y que hay que cambiarlo de a poquitos teniendo más esa conversión” P3

Las sensaciones de miedo y temor acompañadas por las diferentes creencias sociales de la sexualidad de personas con discapacidad reflejan el control de la sexualidad por medio del discurso público y los medios audiovisuales, encasillando a las personas con discapacidad como objetos de cuidado o “personas enfermas” lo que impacta en la autoestima y en la visión de los otros hacia la discapacidad. Lo anterior, genera una desconexión social de las personas con discapacidad y una falta de socialización sexual apropiada, generando procesos de soledad y aislamiento, así como falta de experiencias sociosexuales o malas experiencias (Stapleton et al., 2022).

Se encuentra en la significación de la sexualidad un discurso que contrapone el reconocimiento de la ciudadanía sexual de las personas con discapacidad, como sujetos portadores de deseo y placer sexual contra un discurso que propone emociones de temor, miedo, angustia de ser humillado y rechazo a actos sexuales, evidenciando en primera instancia experiencias limitadas en los participantes en relación con su vida sexual y en segunda instancia el deseo por los mismos de ser reconocidos dentro de su contexto social

como cuerpos deseados y sexualmente valiosos. Además, se evidencian barreras físicas y actitudinales que imponen una dificultad en las oportunidades materiales y simbólicas para ejercer la sexualidad sumado al impedimento de desarrollar ciertas habilidades blandas que permiten la interacción social y en consiguiente la relación con los otros.

## **Reproducción**

Respecto a la reproducción, como categoría emergente de los discursos entran en la conversación situaciones relacionadas con las relaciones de pareja, el deseo de maternar o paternar y la visión o experiencia que tienen con la maternidad y paternidad en discapacidad. En primera instancia, en cuanto a las relaciones de pareja se evidencia el deseo por parte de algunos participantes de tener una relación estable y la constante presión social establecida por la sociedad y los medios en encontrar una persona para tener una relación duradera. Se ve reflejado en el discurso de las mujeres la persistencia del discurso patriarcal en donde la mujer no siente plenitud si no encuentra una pareja sentimental, así como la visión diferenciada de la sociedad frente a la discapacidad en hombres que en mujeres y su impacto en las experiencias sociosexuales y reproductivas.

“(…) llega un punto en el que uno, juepucha últimamente he pensado en que tengo veintinueve años ya quiero algo serio, entonces estoy en eso”P1

“(…) yo nunca he tenido pareja por ese prejuicio, es la visión que la gente tiene de las personas con discapacidad especialmente las mujeres porque nunca las han visto porque en las series y en las películas y en lo que uno ve nunca muestran una mujer enamorada, una mujer en silla de ruedas enamorada” P3

“Yo lo hablo desde lo que yo veo en la sociedad, que los hombres si tienen novia, los hombres si pueden salir a rumbeo los hombres si tienen películas en silla de ruedas en los que se enamoran y se casan y no he visto una de una mujer por ejemplo”P3

El primer relato presenta la edad como un determinante específico del deseo de tener pareja estable, pudiéndose relacionar con la presión que ejerce la sociedad hacia las mujeres y el afán de entablar una relación de pareja para sentirse plenas con su vida. Además en los relatos siguientes, se observa inconformidad con la imagen que muestran los medios de comunicación de las mujeres en condición de discapacidad y la sensación de una experiencia diferencial entre hombres y mujeres con discapacidad con relación a las relaciones de pareja.

Por otro lado, se evidencia que, dentro de las experiencias de los hombres con discapacidad en su vida en pareja, resurge la importancia de tener una conversación abierta sobre la discapacidad y sugieren algunas características importantes que debe tener una persona cuando quiere entablar una relación de pareja con una persona con discapacidad:

“(...)en mi relación de pareja es un tema absolutamente normal, yo te iba a decir una persona con discapacidad para tener una relación de pareja, estable, segura, tiene que aprender a ver que la otra persona sin discapacidad este preparada en su forma de pensar y en su personalidad y para enfrentarse con su familia, porque mira meterte con una persona con discapacidad de todo pasa, los comentarios, las miradas”P2

“una persona que se vaya a meter con una persona con discapacidad tiene que estar preparado para todo eso, y puede que no sea hablado sino que uno ve que es una persona con la personalidad adecuada, tiene que ser una persona segura, una persona confiada o sea una persona que este segura de lo que este haciendo”P2

En el relato anterior, se observa la descripción de un participante masculino sobre la importancia de la seguridad y de la *personalidad adecuada* al entablar una relación de pareja con alguien con discapacidad, sin embargo, ninguna de las participantes femeninas nos describió atributos similares, pudiendo evidenciar la influencia del ser hombre en las relaciones de pareja y la persistencia de la visión de la mujer ideal con características particulares al momento de una relación.

Al abordar el deseo de crear familia, se observa que algunos de los participantes tienen un discurso de formar una familia de forma tradicional, tener una pareja estable e hijos para sentirse satisfechos y felices lo que muestra la persistencia de estereotipos impuestos por la sociedad patriarcal basados en los roles e identidades de género, siendo los roles femeninos tradicionales los demandantes de cuidado. Así mismo, existe el discurso de no desear tener hijos por las condiciones socioeconómicas del mundo actual. En ambos discursos se evidencia miedo al concebir un hijo con el mismo tipo de discapacidad, apoyando el juicio de la discapacidad como experiencia negativa de vida marcada por emociones de miedo y temor.

“Me imagino como una persona exitosa teniendo una familia, obviamente. Desde muy pequeño yo he dicho, yo me imagino de aquí al futuro teniendo dos hijos una

buena mujer, esposa ehhe ganando un buen dinero en cualquier tipo de trabajo y digo soy feliz” P4

“Si si quiero ser mamá, una vez vi una persona en la calle que tenia mi misma discapacidad y estaba con su esposo y sus hijos, y entonces dije como que wow y sus hijos no tenían ninguna discapacidad entonces como que yo dije bueno, tal vez mis hijos nazcan sin discapacidad” P1

“mira que no, yo nunca he sentido el instinto paterno, nunca lo he sentido de hecho yo siempre he dicho no quiero ser papá, he pensado en operarme y antes de que me preguntes nada tiene que ver con mi discapacidad” P2

“(…) me asusta porque pueda que mi hijo salga con el mismo gen mío del tumor y puede que sea un poco más complicado y puede que sea un poco más difícil llevar la situación, pero he conocido muchas personas y lo digo porque en el colegio donde conocí a mi primera novia, mi profesor tenía discapacidad y él tenía una familia” P4

El uso de palabras como *buena mujer* y *esposa* en el relato de un participante masculino evidencian la concepción de la mujer desde la mirada del rol de esposa y madre bajo la premisa de los mandatos de la feminidad en ser cuidadora y responsable del bienestar de otros (Pérez & Fiol, 2013), así mismo perpetua el estereotipo de familia tradicional (esposos e hijos) y la concepción social de plenitud y felicidad al conformar este tipo de unión familiar.

Bajo el discurso de los participantes se evidencia la influencia del discurso patriarcal en la concepción de la reproducción, sobresaliendo la presencia de estereotipos marcados por los roles de género impuestos por la sociedad patriarcal, tales como: la familia ideal, la mujer buena, madre y cuidadora. Así mismo se identifican preocupaciones relacionadas con la edad y la inestabilidad emocional, las relaciones de pareja y la concepción de una relación estable y el deseo de formar familia como símbolo de plenitud. De la mano de los estereotipos ya mencionados, se observa la experiencia diferencial de la mujer a comparación con la del hombre con discapacidad en entablar una relación sentimental, obedeciendo a una dificultad por ser mujer en un mundo dominado por el patriarcado y ser persona con discapacidad en un mundo de cuerpos legítimos.

## Salud sexual y reproductiva

Finalmente, se indagó a los participantes sobre su relación con el sistema de salud correspondiente con los servicios de salud sexual y reproductiva, los apoyos y acciones en anticoncepción y la educación para la salud respecto a enfermedades de transmisión sexual. Frente a esto, se evidencia un descontento general con la baja calidad de la educación sexual en Colombia y la ausencia de un abordaje diferencial en discapacidad.

“siempre ha sido como muy abierto por lo general, no ósea digamos que también la educación sexual en el país no es como la mejor y el tema no es como tan abierto, pero creo que dentro de lo normal ha sido como igual, lo único que he ido es para planificar y ha sido bien” P1

“yo creo que para lo que yo he necesitado me parece que ha cumplido, acompañamiento pero que tipo de acompañamiento podrían brindarle a uno. Si de pronto las citas de control para verificar que el método este funcionando todo bien, yo creo que los exámenes de ITS deben ser así de, ósea como cuando a uno le mandan el de colesterol o el de azúcar” P2

Se evidencia en la atención en salud sexual y reproductiva una sensación de suficiencia respecto a las necesidades planteadas por los participantes (anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual). Así mismo, aparece la estrategia del uso de cartillas educativas para implementar educación sexual de forma diferencial en discapacidad y la pregunta si estas serían bien recibidas en la educación a la primera infancia.

“(…) el médico desde hace mucho tiempo el endocrino si me ha dicho que en el momento en el que yo quiera hablar de eso, pida una consulta para poderlo hacer, pero yo nunca lo he hecho porque siento que no es el momento y porque no he querido” P4

“es que es difícil, porque imagínate si para niños normales, entre comillas normales es difícil la gente no quiere hablar de sexualidad ahora imagínate para niños con discapacidad, la gente dice no como le van a hablar de sexualidad a los niños en los colegios, entonces imagínate ahora abrir otro plan de estudio, otras cartillas para personas con discapacidad.” P2

Este último relato evidencia la autoimposición de barreras por parte del participante, al concebir la inclusión del apartado diferencial en discapacidad dentro de las cartillas educativas como estrategia para abordar la información en salud sexual y reproductiva como algo difícil y complicado de aplicar al manejo actual de la educación en salud.

Adicionalmente, se observa un discurso corto y conciso al hablar de la atención en salud sexual y reproductiva, considerando la anticoncepción como tema fundamental y mejor abordado dentro de las mismas. Se evidencia adicionalmente la importancia que le da el personal médico a la derivación a este tipo de servicios, demostrando la importancia de la integración en los servicios de salud sexual y reproductiva en el abordaje de la discapacidad. En cuanto a la información para la salud y la educación sexual se marca un descontento general con la misma, haciendo que el ejercicio de la sexualidad y reproducción pueda ser más complicado cuando no se tiene la suficiente información.

### **Discursos sobre Sexualidad y reproducción dentro de la política pública**

La discapacidad como experiencia de vida que conecta con el cuerpo individual, el cuerpo en sociedad y los contextos históricos y culturales, hace parte de las temáticas abordadas dentro de las políticas públicas y los discursos institucionales, los cuales por la transformación propia del concepto de discapacidad pretenden reconocer a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y garantizar servicios, sistemas, programas y acciones que faciliten y mitiguen necesidades específicas. Comprender como se conectan los discursos individuales en discapacidad con los discursos públicos e institucionales plasmados en las políticas públicas, permite reconocer problemáticas invisibilizadas, así como ajustar términos, concepciones, percepciones o juicios que se puedan estar perpetuando en el actuar institucional. La sexualidad y la reproducción como dimensiones fundamentales en la trayectoria de vida no hacen parte de las problemáticas fundamentales abordadas en discapacidad que buscan el reconocimiento y la lucha por los derechos del colectivo (Shakespeare, 2000). Colombia no es la excepción, la discapacidad dentro de las políticas públicas es entendida bajo el modelo biopsicosocial y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en donde la sexualidad y reproducción no hace parte del discurso mayoritario, sin embargo, es parte de las experiencias diarias de las personas con discapacidad.

Conforme con lo anterior, los hallazgos encontrados en relación con la concepción de las personas sobre su cuerpo con discapacidad demuestran el poder que tiene el discurso público y el entendimiento social e institucional sobre esa percepción individual del cuerpo y la corporalidad. Contrastando estos hallazgos con las políticas y discursos públicos más relevantes en las acciones para las personas con discapacidad, se encuentran posturas como

las de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (ratificada en Colombia por medio de la Ley 1346 de 2009) que dentro de la perspectiva de Foucault hace parte de una política de cuerpos (cuerpos con discapacidad) a los cuales se les ejerce un poder (biopolítica) con el objetivo de controlar y administrar una noción de cuerpo e individuo productivo (Foucault, 1990). Es así como la Convención bajo esta mirada hace parte de las estrategias de medicalización propuestas, que conciben la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Congreso de la República de Colombia, 2009), encontrando el uso de la palabra *deficiencia* como elemento descriptivo de la vida con discapacidad.

La deficiencia representa un término médico que describe la carencia y por ende la diferencia entre un cuerpo funcionalmente hábil y un cuerpo con discapacidad. Radrigán y Fuentes(2022) afirman que, bajo la teoría de Foucault y la medicalización, esta concibe procesos de normalidad para visibilizar o invisibilizar los cuerpos aptos/no aptos para la participación social y la vida en comunidad y que permitió la definición de discapacidad bajo modelos eugenésicos orientados a controlar, modelar y crear discursos predominantes en discapacidad (juicios y estereotipos). Frente a lo anterior dentro de los discursos de los participantes, persiste la palabra *diferente* al momento de describir su cuerpo y su experiencia con la discapacidad, así como descriptores de *normalidad*, *sentirse diferente al resto*, *tener menos voz y voto*, lo que permite evidenciar el impacto del uso de la deficiencia como descriptor principal de la discapacidad. En relación con esto, continuando con la teoría del Biopoder de Foucault, se instaura la medicalización como estrategia de control y de disciplina hacia el cuerpo individual y el cuerpo en sociedad, actuando en la vivencia diaria de las personas. Autores argumentan que la discapacidad ha sido un término medicalizado (se ha medicalizado tanto la experiencia de vida con discapacidad y las emociones de las personas con discapacidad), creando el capacitismo y la idea de un cuerpo estándar considerado normal, lo que impone la división de aquellas personas con cuerpos y funcionalidades diferentes (Wechuli, 2023) y la percepción de esto en el cuerpo, la corporalidad y la vida cotidiana de las personas con discapacidad.

Por otro lado, se evidencia una diferencia notoria en como se describen y se expresan discursivamente las mujeres sobre su cuerpo con discapacidad en relación con los hombres entrevistados, en donde se observa la sexualización del cuerpo de la mujer y la comparación con el cuerpo ideal y los estereotipos de belleza. Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que la mujer con discapacidad es blanco de violencia y discriminación, teniendo dentro de la convención el artículo 6°, en el cual se adoptan medidas para la protección de la mujer con discapacidad. Autores como Meekosa (2004) afirman la importancia del enfoque de género al hablar de discapacidad y proponen que la experiencia de vida de las mujeres con esta condición esta demarcada por diferentes patrones sociales, como lo son:

1. Mayor prevalencia de mujeres categorizadas con discapacidad.
2. Mujeres con discapacidad viven en entornos más pobres que los hombres con discapacidad teniendo menor acceso a salud, educación y empleo.
3. Hombres suelen presentar discapacidad por accidente, lesión o de tipo congénito mientras que las mujeres padecen con mayor frecuencia condiciones degenerativas que generan discapacidad
4. Las mujeres con discapacidad tienen menor oportunidad de tener pareja y contraer matrimonio comparado con los hombres con discapacidad
5. Mayor discriminación y categorización por ser “hipersexuales” e incontrolables o personas asexuales.
6. Mayores tasas de violencia contra las mujeres en condición de discapacidad

En relación con esto, Jaramillo Ruiz (2017) afirma que la palabra *mujer* esta dentro de las 15 palabras más usadas en la Convención, sin embargo solo existe un artículo dentro de la misma que incita a las partes a proteger a la mujer con discapacidad. Como consecuencia en el 2016 se discute la ampliación de la presencia de experiencias de mujeres en diferentes artículos (artículo 5° igualdad y no discriminación, artículo 8° concientización, artículo 9° accesibilidad, artículo 16° libertad y protección contra abuso, violencia y explotación, entre otros), así como la consideración del enfoque de género y la interseccionalidad al hablar de discapacidad.

Por otro lado, analizando el discurso sobre la sexualidad de los participantes, se refleja el impedimento en ejercer la sexualidad visto desde la falta de relaciones íntimas y sexuales marcado por un trasfondo de emociones como miedo y represión, así como la presencia de barreras actitudinales y físicas que limitan la interacción y el aprovechamiento de oportunidades materiales y simbólicas y la concepción “*diferente*” de las experiencias sexuales en discapacidad. Con respecto a esto, dentro de la Convención solo se nombra la sexualidad en discapacidad en el artículo 25, párrafo a: “Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población” (Congreso de la República de Colombia, 2009), lo que permite evidenciar que la sexualidad en discapacidad continua siendo vista únicamente desde el modelo médico, concibiendo el cuerpo como estructura biológica y el cuerpo con discapacidad entendido únicamente desde la limitación funcional y por ende lo excluye de la vida social y lo incluye como una minoría vulnerable, la cual debe ser intervenida, rehabilitada y protegida (Ferrante, 2013). Adicionalmente, como lo afirma Shakespeare(2000), al abordar bajo el modelo médico hegemónico la sexualidad lo reduce a las diferencias corporales del cuerpo con discapacidad y no reconoce el impacto de las barreras actitudinales en la expresión sexual.

Como consecuencia de esta perspectiva, se evidencia el enfoque de la Convención en brindar un discurso protector frente a la sexualidad, evitando actos de violencia y abuso contra las personas con discapacidad, sin embargo, oculta la sexualidad como experiencia afirmativa y positiva lo que genera un discurso basado en el temor y aprehensión de las personas con discapacidad frente a temáticas relacionadas con la intimidad y el acto sexual. Jaramillo Ruiz(2017) afirma que, bajo esta mirada protectora, la Convención respalda las doctrinas de imposibilidad como forma principal de regulación sexual, debido a que controla el acceso a la sexualidad afirmativa, por quien es capaz de consentir y tener una relación sexual. Así mismo, asegura que limitar los derechos sexuales y reproductivos a una visión médica y protectora de violencia, perpetua prejuicios y estereotipos de incapacidad, impotencia y asexualidad en personas con discapacidad.

Lo anterior destaca el impacto que tiene el discurso público sobre las experiencias y percepciones de las personas con discapacidad en relación con su cuerpo, su corporalidad y las experiencias sexuales y reproductivas, perpetuando un discurso estructural hegemónico en donde se da prioridad a lo biológico y a lo funcionalmente normativo, atribuyéndole una característica negativa y limitando a nociones binarias (sano/enfermo, normal/anormal, persona con discapacidad/persona sin discapacidad). Múltiples autores aseguran que el uso de este discurso hegemónico corresponde a una estrategia ideológica de construir posiciones dominantes de género, sexualidad y discapacidad para perpetuar las relaciones desiguales y reconocen el impacto del discurso en el yo encarnado en un cuerpo vivo y sensorial (Loeser et al., 2018).

En consecuencia, es importante desde la academia investigar sobre los discursos, experiencias y representaciones sociales de la sexualidad y reproducción en discapacidad, así como identificar las barreras y facilitadores durante el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Así mismo, desde la institucionalidad y por consiguiente dentro de las políticas públicas abordar la sexualidad y reproducción de forma inclusiva y afirmativa en discapacidad, abriendo la conversación con personas dentro del colectivo con discapacidad haciendo uso de las experiencias y discursos como base fundamental en la planeación de políticas que impacten al colectivo. Lo anterior, permite favorecer la imagen de las personas con discapacidad en la sociedad, educar en prejuicios y estereotipos que determinan a la persona con discapacidad en su interacción e inclusión social, fortalecer la identidad tanto propia como colectiva de las personas con discapacidad, reconocer los derechos sexuales y reproductivos y así promover la aceptación y la validación del cuerpo con discapacidad abriendo oportunidades simbólicas y materiales a experimentar la sexualidad y reproducción de forma libre. En relación con esto, se les preguntó a los participantes, cuál era la importancia de conversar sobre la sexualidad y reproducción en discapacidad:

“ (...) es un tema muy importante porque es un tema humano y nosotros somos humanos que también tenemos necesidades como todos los otros pero que es un tema muy taboo y del que casi no se habla y yo siento que ese es un factor por el que nos hacen de lado”P3

“(…)creo que facilitaría nuestra interacción con la sociedad, porque creo que una persona con discapacidad general, se le salta este paso de darle tanta conocimiento acerca de la sexualidad o métodos de planificación que también es muy perjudicial y no se también ayuda a normalizar o a naturalizar más la visión de la discapacidad, entonces es como más de generar esa inclusión y esa responsabilidad de la sociedad de generar esos espacios de conversación”P1

“Hay que hablar de sexualidad, de que las personas con discapacidad también sentimos deseo, también queremos sentirnos deseadas y nos gusta sentirnos deseadas, disfrutamos del sexo, tenemos una vida sexual activa. Es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad”P2

En cuanto a la narrativa de los participantes, se observa la necesidad de traer la sexualidad y reproducción como tema constante dentro de la conversación en discapacidad, en primera instancia por tener una relación estrecha con el instinto humano de sentirse querido, deseado y amado, pero además por la importancia que este reconocimiento tiene en concebir a la persona con discapacidad como sujeto de derechos que pertenece a una sociedad y que es responsabilidad de esta misma de generar estos espacios y estrategias de educación, normalización de la discapacidad e inclusión.

## **Discusión**

Esta investigación responde a la pregunta sobre:

¿Cuáles son los discursos alrededor de la sexualidad y reproducción de personas con discapacidad física en Bogotá y cómo están permeados por las relaciones de poder y la dominación?

Explorar los discursos de personas con discapacidad física frente a temas de sexualidad y reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva, indagando los niveles de incidencia de las relaciones de poder y dominación y reconociendo en las experiencias de personas con discapacidad estas temáticas. Los resultados obtenidos en esta investigación permiten ampliar el conocimiento frente a realidades y experiencias de personas con discapacidad en relación con la sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y

reproductiva, así como identificar las diferencias discursivas entre el discurso público y el discurso individual respecto a la sexualidad y reproducción.

En primera instancia, se conocieron las experiencias de las personas con discapacidad referentes a su cuerpo, su corporalidad y corporeidad, identificando discursos de normalidad y diferencia que remarcan el mantenimiento del discurso predominante sobre los cuerpos con discapacidad, dándole mayor importancia a la carencia y al déficit funcional de la persona promovido desde el modelo médico-rehabilitador de la discapacidad que busca “curar”, rehabilitar o mantener la funcionalidad de la persona. Bajo esta visión, se entiende al cuerpo como figura en donde se inscribe la realidad social y los modelos médicos-rehabilitadores como estrategias de medicalización de la discapacidad utilizado como dispositivo de biopoder, priorizando lo biológico, funcional y corporal como lo ideal en la sociedad (Radrigán & Fuentes, 2022). Esta presencia permanente de déficit impone en las personas con discapacidad una sensación constante de luto, por lo que socialmente se espera una búsqueda constante de ayuda profesional para recuperar la condición funcional (Rosato et al., 2009).

Así mismo, se evidencia la determinación social del cuerpo, por modelos de biopoder en donde los estereotipos de cuerpo funcional o “cuerpo perfecto” delimitan el comportamiento, las experiencias y los pensamientos de las personas con discapacidad frente a su propia condición. En relación con esto, Bourdieu (1986) afirma que el cuerpo en su apariencia física representa la forma natural de una persona y sus atributos están socialmente influenciados (talla, volumen, belleza o apariencia) generando diferencias en la manera de estar y de comportarse. Él asegura, que esas diferencias representan la relación que tiene el cuerpo con su entorno social y que la relación que tiene cada individuo con su propio cuerpo responde a la distancia de este en el espacio social, del cuerpo ideal. El cuerpo entonces como constructo social esta determinado por su aporte al mercado laboral o a sus condiciones de producción y está constantemente clasificado bajo categorías de percepción social. La incomodidad o por consecuencia la comparación, es mayor cuando existe una desproporción entre el cuerpo ideal y el cuerpo real, obligando al sujeto a la constante corrección, vigilancia y represión de su cuerpo en sociedad.

Siguiendo con lo que Bourdieu plantea sobre la concepción social del cuerpo y analizándolo desde los cuerpos con discapacidad, estos están doblemente determinados, en primera instancia por su forma natural o biológica (su estructura y su función) y en segunda instancia por la función que cumplen socialmente como cuerpos dentro del mercado laboral (2000).

En segunda instancia, se encuentra dentro de los discursos de los participantes la comparación con el cuerpo ideal como forma de armonizar el cuerpo con discapacidad a la sociedad que lo rodea. En cuanto a esto, Jones y colaboradores (2015) en una investigación exploratoria realizada con un grupo de mujeres con discapacidad física de tipo congénita evidencia la persistencia del discurso de normalidad en el cuerpo y la concepción del cuerpo ideal dentro de las experiencias de las mujeres con discapacidad comparando en aspectos funcionales y estéticos su cuerpo con el cuerpo social e históricamente construido como el ideal. Lo anterior, permite observar el impacto que tiene la determinación social del cuerpo sobre la experiencia de vida de personas con discapacidad analizando el poder de los juicios y estereotipos sociales sobre el autoconcepto y la identidad del cuerpo con discapacidad. Analizando los estereotipos dentro de la teoría de Bourdieu (1986), se pueden considerar como esas categorías de percepción y sistemas de clasificación que organizan jerárquicamente al cuerpo y al sujeto y que fundan un orden social determinado. Estas categorías son productos de una construcción cultural que pretende distinguir los individuos y dividirlos por su nivel de cultura, permitiendo ver que el cuerpo con discapacidad se encuentra en las posiciones más bajas del orden social y cultural y por lo tanto las personas con discapacidad buscan en la comparación la alineación del cuerpo a lo ideal.

Respecto a la sexualidad, se encuentra un discurso limitado y tímido frente a los actos sexuales y experiencias de intimidad, así mismo se evidencia la relación directa de la interacción y las relaciones interpersonales con la sexualidad, la sexualidad postergada, la sensación de no pertenecer al colectivo social y la persistencia de mitos y creencias encaminados a recriminar la sexualidad en personas con discapacidad y segregar a este colectivo. Además, se encuentran diversas barreras que impiden la sexualidad en personas con alguna discapacidad, siendo las barreras actitudinales como el rechazo, la concepción de seres asexuales alejados del deseo y el placer las más comunes entre los participantes.

Carolina Ferrante (2013) afirma que las personas con discapacidad están inmersas en prejuicios, estigmas, rechazos, emociones de temor o pena que surgen del contexto social y reducen a la persona con discapacidad a un cuerpo improductivo, indeseable e incurable. La construcción que cada cultura tiene del cuerpo, sustenta una visión específica de la sociedad en su contexto histórico y político, estableciendo un estándar de cuerpo legítimo. Para la autora, el cuerpo legítimo dentro de nuestro contexto cultural es aquel que es sano y bello y que resalta los valores de la cultura de consumo, aquellos cuerpos que se alejen de este estándar (como los cuerpos con discapacidad) se instauran fuera del sistema social. Por lo tanto, mientras la discapacidad sea concebida como una identidad única impuesta a personas con cuerpos fuera del cuerpo legítimo, las barreras que separan al cuerpo con discapacidad, de este cuerpo legítimo van a persistir y la noción de déficit y carencia va a continuar permeando el discurso de las personas con discapacidad (Shildrick & Price, 1996). Foucault en sus teorías sobre el sexo y la sexualidad como vehículos de poder y dominación, afirma que el sexo es algo que se puede administrar desde el orden público para construir y mantener el orden sociocultural, el orden en discapacidad se mantiene perpetuando nociones de “ser incompleto”, “diferente”, “no pertenecer” establecido por la jerarquía social, la represión y las prohibiciones (Shildrick, 2013).

Correlacionando estos resultados, en un estudio realizado en Sudáfrica se describen las vivencias de personas con discapacidad física frente a las relaciones interpersonales, la sexualidad, los encuentros sexuales, la dificultad de mantener una relación estable y la reacción aprehensiva de la sociedad frente a la persona con discapacidad en la intimidad. Dentro de los resultados de este estudio, se muestra la dificultad de los participantes para tener relaciones sexuales por limitaciones propiamente físicas o actitudinales por las concepciones negativas que los demás hacen de ellos, teniendo un impacto sobre la duración en sus relaciones de pareja y la satisfacción sexual. Aparece el discurso de placer identificado por los participantes como la presión de proveer placer a la pareja, así como la influencia de la imagen corporal sobre la autoestima sexual. Los autores concluyen que personas con discapacidad física expresan constantemente las barreras actitudinales como uno de los mayores impedimentos en disfrutar y ejercer su ciudadanía sexual, así como la constante

preocupación del cuerpo físicamente perfecto y su comparación con el cuerpo con discapacidad y como esto afecta los actos de intimidad (Hunt et al., 2018).

Al indagar sobre la reproducción se encontraron discursos marcados por el patriarcado en donde aparece el deseo de tener pareja y una familia tradicional, siguiendo las premisas de mujer encargada del cuidado de los hijos y del hogar. Frente a esto, el patriarcado supone un sistema social en donde la mujer es interiorizada y dominada fomentando el poder y la hegemonía masculina, atribuyendo roles o funciones basados en el “deber ser” de la mujer en la sociedad, tales como: la búsqueda de una pareja, la creación de una familia o la responsabilidad del cuidado y del hogar (Pérez & Fiol, 2013). Cruz Pérez (2004) afirma que la capacidad biológica de la mujer de engendrar constituye un requisito para que esta sea socialmente considerada como “mujer plena”, siendo la maternidad un hecho irrenunciable en las premisas del patriarcado. Esto se puede relacionar con lo propuesto por Ferrante (2013) en la concepción cultural del cuerpo legítimo y como esto condiciona las decisiones, acciones y patrones de este. Bajo la misma premisa, Shildrick y Price (1996) afirman que el cuerpo lo interseca el género, la clase, la raza y por ende la discapacidad y en esa intersección las experiencias de mujeres y hombres pueden ser diferentes. Se asume la necesidad de analizar la discapacidad desde el enfoque de género porque como lo afirma Wendell (1989) las mujeres con discapacidad sufren una doble opresión al ser mujeres en una sociedad patriarcal y al ser personas con discapacidad en sociedades dominadas por el cuerpo ideal.

Bajo la esfera de las políticas públicas se encuentra la persistencia del discurso médico-rehabilitador sobre la concepción de la discapacidad y el uso de estrategias de control de la sexualidad y reproducción como forma control sobre la discapacidad. Es importante resaltar la necesidad que expresan las personas con discapacidad en ser incluidas en la conversación de la sexualidad y la reproducción, al ser una de las dimensiones en la discapacidad que menos se habla y se conversa. Así mismo, desmentir los mitos y creencias que tiene la sociedad frente la discapacidad y la sexualidad y apropiar el discurso de deseo y placer a los entornos sociales en discapacidad.

Durante la realización de la investigación se identificó como limitación principal, una la búsqueda de personas dispuestas a abordar los temas de sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva de forma abierta y voluntaria, evidenciando una sobreprotección de las personas con discapacidad para entablar conversaciones de esta índole, revelada en emociones de inseguridad frente a la investigación, excesiva protección y vigilancia sobre las preguntas a realizar, preocupación por el riesgo emocional y el impacto de la conversación sobre la salud mental. Se realizaron múltiples intentos de realizar la investigación con participantes en un ambiente de educación superior, sin embargo, se evidenciaron barreras de la academia, de la institución y de los estudiantes mismos a abordar esta conversación, por lo cual se acude a un lugar donde la discapacidad es normalizada y las personas participantes. Si bien, esta investigación abordara temas en discapacidad relacionados a empleabilidad, educación inclusiva o barreras geográficas para la movilidad probablemente las dificultades para reclutar los participantes no serían tantas. Así mismo se excluye el abordaje del discurso de diversidad y orientación sexual por el tamaño de la muestra y las características de esta.

## **Conclusiones**

Esta investigación se destaca por ser de las únicas investigaciones en Colombia que aborda la sexualidad y reproducción diferencial en discapacidad desde un enfoque positivo, dándole importancia a los discursos, experiencias, conocimientos y percepciones de las personas con discapacidad física.

Se determinó una gran influencia de la palabra deficiencia sobre el discurso del cuerpo, la corporalidad y la experiencia con discapacidad impactando el autoconcepto, así como habilidades blandas necesarias para crear y establecer relaciones interpersonales. Así mismo, se evidencia una constante comparación entre el cuerpo ideal presentado por la sociedad y el discurso de los medios de comunicación, con el cuerpo con discapacidad. Se analiza un discurso diferente entre hombres y mujeres en término de su cuerpo, demostrando un mayor impacto del discurso público patriarcal y sexualizante hacia el cuerpo de la mujer. En relación con la sexualidad, se observa un discurso tímido y aprehensivo frente a la actividad sexual, lo cual denota poca experiencia sexual y una sensación de miedo a ser

humillado o a no dar la talla durante la intimidad. Sin embargo, los participantes expresan la necesidad de percibir el sexo en discapacidad como algo inherente al ser humano, así como reafirmar el discurso de deseo y placer en el colectivo de discapacidad.

Frente a la reproducción y el acercamiento a la salud sexual y reproductiva, los participantes presentan un discurso positivo frente a la paternidad y maternidad en discapacidad, así como la suficiencia del sistema de salud en proveer información de anticoncepción hacia los participantes. Se denota una inconformidad general con la educación sexual en el país como parte fundamental de la información en salud sexual y reproductiva esperada por los participantes.

Finalmente, es interesante encontrar como estos discursos individuales de personas con discapacidad física son impactados por discursos globales de poder, como los presentados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, dictando las experiencias de vida, así como las percepciones individuales de aspectos como la corporalidad, la intimidad y la sexualidad. Así mismo, en relación con la política pública, se evidencia el mantenimiento de posturas biomédicas al abordar la sexualidad y reproducción, acudiendo a estrategias de protección del cuerpo con discapacidad y por ende de su ejercicio de reproducción y sexualidad. Se evidencia una distancia entre la necesidad que es representada por los discursos de los participantes, en ser considerados como seres sexuados y eliminar los estereotipos, prejuicios y barreras actitudinales para ejercer las oportunidades materiales y simbólicas para la sexualidad y reproducción y los discursos propuestos en las políticas que promueven acciones protectoras contra actos de violencia y abuso, invisibilizando la sexualidad positiva y la reproducción deseada en discapacidad.

Estos resultados, tienen el potencial de generar un impacto significativo al traer el tema de sexualidad y reproducción a la mesa de conversación dentro del colectivo de discapacidad. Así mismo, es de gran importancia dar cuenta de los discursos en las diferentes categorías de discapacidad, como lo son la discapacidad intelectual, psicosocial, sensoriales entre las otras categorías de discapacidad, con el fin de identificar las necesidades específicas

y proponer acciones para fomentar la sexualidad y reproducción como una dimensión positiva y fundamental en las conversaciones sobre discapacidad.

### **Recomendaciones**

La presente investigación permite dar cuenta de los discursos de personas con discapacidad física con relación a la sexualidad, reproducción y acceso a salud sexual y reproductiva, incentivando a la creación de recomendaciones encaminadas a motivar a la comunidad académica a abordar estas temáticas de forma diferencial, positiva y afirmativa con este colectivo. En relación con esto, se plantean cuatro recomendaciones fundamentales:

1. Brindar espacios de conversación con personas con discapacidad para abordar temas de sexualidad y reproducción, con el fin de entender el impacto de esta dimensión en la vida diaria y la calidad de vida, así como identificar ciertas necesidades importantes.
2. Continuar las investigaciones en sexualidad y reproducción con personas con discapacidad abordando diferentes tipos de discapacidad, debido a que validan la experiencia de las personas con discapacidad y permiten un mayor entendimiento de las experiencias individuales y su impacto. Lo anterior permite ampliar el conocimiento con el fin de brindar información en salud y educación sexual inclusiva, que integre el cuerpo con discapacidad dentro del discurso de la sexualidad y reproducción, así como las experiencias de vida individuales y colectivas de las personas con discapacidad.
3. Se recomienda incluir percepciones afirmativas de la sexualidad y reproducción dentro de las políticas públicas y los lineamientos en discapacidad, con el fin de promover el ejercicio de estos en el colectivo de discapacidad favoreciendo la inclusión social de las personas con discapacidad.
4. Analizar de manera específica las políticas públicas vigentes en discapacidad y su alcance en sexualidad y reproducción y contrastarlo con las experiencias de las personas con discapacidad, identificando problemáticas puntuales con el fin de plantear intervenciones y acciones acordes en sexualidad y reproducción diferencial en discapacidad

En relación con las recomendaciones propuestas, Lee y colaboradores (2020) en una investigación que analiza el bienestar sexual, sustentan la necesidad de garantizar una igualdad en relación con los derechos sexuales y reproductivos en el colectivo de discapacidad con el fin de promover el bienestar sexual más allá del acto sexual penetrativo. Los autores afirman que la presencia de soporte afirmativo en sexualidad fomenta en las personas del colectivo una sensación de pertenencia con su contexto social. Por el contrario, la falta de reconocimiento positivo de la sexualidad en personas con discapacidad promueve estereotipos y prejuicios que generan sensaciones de diferencia, aislamiento y permanencia del mito de la asexualidad. Dentro de las recomendaciones brindadas por los autores, se encuentran: estar alerta en cuanto a actos discriminantes alrededor de la sexualidad y el bienestar sexual, reconocer la importancia de la conversación en sexualidad y reproducción en la vida diaria de las personas en condición de discapacidad, fomentar la educación y formación de los profesionales con el fin de apoyar al colectivo de discapacidad en el manejo del bienestar sexual.

Finalmente, acerca de la importancia de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva pertinentes para la población con discapacidad y la investigación, se evidencia en estudios de política pública la persistencia en la exclusión del colectivo, así como la percepción negativa de la discapacidad y falta de entendimiento de las necesidades particulares de esta población (Mprah et al., 2014). Lo anterior impone la necesidad de realizar políticas públicas incluyentes, con las voces y participación de personas con discapacidad que reflejen las necesidades del colectivo y las acciones necesarias para abordar la sexualidad y la reproducción inclusivas en discapacidad.

## **Referencias**

Asdown Colombia, La liga colombiana de autismo, Profamilia, & Fondo de Población de las

Naciones Unidas (UNFPA). (2021). *Descubriendo la sexualidad en Familia. Herramientas y apoyos para abordar la educación integral en sexualidad en niños, niñas y adolescentes*

- con discapacidad*. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Cartilla-DESCUBRIENDO-LA-SEXUALIDAD-EN-FAMILIA-2021.pdf>
- Bourdieu, P. (1986). *Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo*. Materiales de sociología crítica. <https://idoc.pub/documents/idocpub-pd49ky3qw819>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.
- Carew, M. T., Braathen, S. H., Hunt, X., Swartz, L., & Rohleder, P. (2020). Predictors of negative beliefs toward the sexual rights and perceived sexual healthcare needs of people with physical disabilities in South Africa. *Disability and Rehabilitation*, 42(25), 3664-3672. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1608323>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2009). *Ley 1346 de 2009*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37150>
- Dobbs, T. L. (2012). A Critical Analysis of Disabilities Discourse in the *Journal of Research in Music Education*, 1990-2011. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 194, 7-30. <https://doi.org/10.5406/bulcouresmusedu.194.0007>
- Edwards, C., & Imrie, R. (2003). Disability and Bodies as Bearers of Value. *Sociology*, 37(2), 239. JSTOR Journals.
- Ferrante, C. (2013). Cuerpo, discapacidad y menosprecio social Ajustes y resistencias a las tiranías de la perfección. *Estado, discapacidad y justicia*, 99-122.
- Foucault, M. (1990). *The History of Sexuality, Volume 1: The Will of Knowledge* (Knopf Doubleday Publishing Group, Vol. 2).
- Foucault, M., Soler, M., Segovia, T., & Guiñazú, C. U. (2007). *Historia de la sexualidad Michel Foucault ; traducción de Ulises Guiñazú, Tomás Segovia, Martí Soler* (crai.59596). Catalogo CRAI - Universidad del Rosario. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.59596&site=eds-live>

- Gaitán Torres, C. V., Quevedo Criollo, C. del P., & Ramírez Méndez, D. S. (2016). *Sexualidad y discapacidad: Narrativa de dos jóvenes en condición de discapacidad intelectual* (edsbas.C1EC4B23). BASE. <http://hdl.handle.net/10554/21333>
- García Leon, D., & García Leon, J. (2022). Representing Male Disability in Colombian Audiovisual Media: The Masking of Social and Political Intersections in Los informantes. *Latin American Research Review*, 57.
- Giles, M. L., Juando-Prats, C., McPherson, A. C., & Gesink, D. (2023). “But, You’re in a Wheelchair!”: A Systematic Review Exploring the Sexuality of Youth with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 41(1), 141-171. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09769-5>
- Grue, J. (2011). Discourse analysis and disability: Some topics and issues. *Discourse & Society*, 22(5), 532-546. <https://doi.org/10.1177/0957926511405572>
- Hunt, X., Swartz, L., Braathen, S. H., Carew, M. T., & Rohleder, P. (2018). Intimacy, intercourse and adjustments: Experiences of sexual life of a group of people with physical disabilities in South Africa. *Journal of Health Psychology*, 23(2), 289-289-305. Scopus®. <https://doi.org/10.1177/1359105317741761>
- Inclusive Futures. (2023, enero). Why disability inclusion in sexual health is vital: The key messages. *Inclusive Futures. Promoting Disability Inclusion*. <https://inclusivefutures.org/disability-inclusion-in-sexual-and-reproductive-health-and-rights/>
- Jaramillo Ruiz, F. (2017). The Committee on the Rights of Persons with Disabilities and its take on sexuality. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 92. JSTOR Journals.
- Jones, S., Duarte, T., Astorga, N., Pardo, M., & Sepulveda, R. (2015). APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DE CUERPO Y SEXUALIDAD DE UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA CONGÉNITA. *REVISTA CHILENA DE TERAPIA OCUPACIONAL*, 15(1°), 19-32.

- Lee, S., Fenge, L.-A., & Collins, B. (2020). *Disabled people's voices on sexual well-being* (vdc.100097988111.0x000001; Vol. 35, Número 2). British Library Document Supply Centre Inside Serials & Conference Proceedings.  
[http://explore.bl.uk/primo\\_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCvdc\\_100097988111.0x000001&indx=1&recIds=ETOCvdc\\_100097988111.0x000001](http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCvdc_100097988111.0x000001&indx=1&recIds=ETOCvdc_100097988111.0x000001)
- Ley 1618 de 2013—*Gestor Normativo*. (s. f.). Recuperado 11 de septiembre de 2022, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081>
- Loeser, C., Pini, B., & Crowley, V. (2018). Disability and sexuality: Desires and pleasures. *Sexualities*, 21(3), 255-270. <https://doi.org/10.1177/1363460716688682>
- Luana Marques Garcia Ozemela, Diana Ortiz, & Anne-Marie Urban. (2019). *Violence against Women and Girls with Disabilities Latin America and the Caribbean*. Inter-American Development Bank.
- Majic, D. (2014). Beyond Citizenship? Feminism and the Transformation of Belonging. En *WOMENS STUDIES INTERNATIONAL FORUM* (RN353073540; Vol. 44, pp. 199-200). British Library Document Supply Centre Inside Serials & Conference Proceedings.  
[http://explore.bl.uk/primo\\_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCRN353073540&indx=1&recIds=ETOCRN353073540](http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCRN353073540&indx=1&recIds=ETOCRN353073540)
- Maria Mejia, Luz Muñoz, & Carlos Pacheco. (2011). *Embarazo adolescente en Bogotá: Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (Vol. 1). Legis.  
<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/P%C3%A1ginas-interiores-publicaci%C3%B3n-SDS-UNFPA%20%281%29.pdf>
- Meekosha, H. (2004). *GENDER AND DISABILITY*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad Oficina de Promoción Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 1035 de 2022*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1035-de-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Fondo de Población de las Naciones Unidas

(UNFPA), & Organización Internacional para las migraciones (OIM). (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

Mprah, W. K., Anafi, P., & Sekyere, F. O. (2014). Does disability matter? Disability in sexual and reproductive health policies and research in Ghana. *International Quarterly of Community Health Education*, 35(1), 21-21-35. Scopus®. <https://doi.org/10.2190/IQ.35.1.c>

Organizacion de las Naciones Unidas. (2006). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*.

<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Oscar Barrera Sanchez. (2011). EL CUERPO EN MARX, BOURDIEU Y FOUCAULT. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, VI(11), 121-137.

Pérez, V. F., & Fiol, E. B. (2013). From romantic love to gender violence. For an emotional coeducation in the educational agenda. *Profesorado*, 17(1), 105-105-122. Scopus®.

Profamilia, Asociación Colombiana de Síndrome de Down, Programa de Acción por la igualdad y la inclusión social, & Liga Colombiana de Autismo. (2019). *Prevención y Abordaje de la Violencia Sexual en Personas con Discapacidad desde un Enfoque de Determinantes Sociales*. profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/09/Prevencion-y-Abordaje-de-la-Violencia-Sexual-en-Personas-con-Discapacidad-desde-un-Enfoque-de-Determinantes-Sociales.pdf>

- Radrigán, C. L., & Fuentes, J. R. (2022). Dispositivo de medicalización y discapacidad: Un análisis crítico desde el Sur. *Andamios*, 19(49), 45-67.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zutti6n, B., & Priolo, M. (2009). El papel de la ideologí de la normalidad en la producci6n de discapacidad. *Ciencia, docencia y tecnologí*, 39, 87-105.
- Santoro, Alexandra Freed. (2018). *Attitudes and Knowledge of Healthcare Providers Regarding Patients with Intellectual Disability and the Impact on Analogue Clinical Decision-Making* [Tesis, Philadelphia College of Osteopathic Medicine].  
<https://core.ac.uk/download/pdf/234131524.pdf>
- Sexual Rights Initiative. (2018). *Submission to the Special Rapporteur on Rights of Persons with Disabilities on Right of Persons with Disabilities to the Highest Attainable Standard of Health*. Sexual Rightst Initiative.
- Shah, S. (2017). "Disabled People Are Sexual Citizens Too": Supporting Sexual Identity, Well-being, and Safety for Disabled Young People. *Frontiers in Education*, 2.  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2017.00046>
- Shakespeare, T. (2000). *Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition*. 18(3), 8.
- Shildrick, M. (2013). *Sexual citizenship, governance and disability*.  
[https://www.researchgate.net/publication/258207381\\_Sexual\\_citizenship\\_governance\\_and\\_disability](https://www.researchgate.net/publication/258207381_Sexual_citizenship_governance_and_disability)
- Shildrick, M., & Price, J. (1996). Breaking the Boundaries of the Broken Body. *Body & Society*, 2(4), 93-113. <https://doi.org/10.1177/1357034X96002004006>
- Shilling, C. (2003). *The body and social theory Chris Shilling* (crai.45291). Catalogo CRAI - Universidad del Rosario.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.45291&site=eds-live>

- Singh, S., Darroch, J. E., & Ashford, L. S. (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014* (p. 58).  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/addingitup2014.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2014.pdf)
- Stapleton, D. H., Bossie, S. V., Hall, A. L., Lowery, L. O., Stapleton, D. H., Bossie, S. V., Hall, A. L., & Lowery, L. O. (2022). Sexuality and Disability. En *Human Sexuality*. IntechOpen.  
<https://doi.org/10.5772/intechopen.104325>
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2642-2692.  
 ScienceDirect. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Tepper, M. S. (2000). *Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure*.
- Tremain, S. (2006). *Foucault and the Government of Disability*. 8(1), 75-77.
- Tutar Guven, S. (2015). Sex Education and its Importance in Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.64936>
- Van Dijk, T. A. (2015). *22 Critical Discourse Analysis*. John Wiley & Sons, Inc.  
<https://discourses.org/wp-content/uploads/2022/07/Teun-A.-van-Dijk-2015-Critical-discourse-Analysis.pdf>
- Wechuli, Y. (2023). Medicalizing disabled people's emotions—Symptom of a dis/ableist society. *Frontiers in Sociology*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2023.1230361>

## **Anexo I**

### **Entrevista:**

Para iniciar esta entrevista, quisiera saber un poquito más sobre usted, a que se dedica y que me cuente un poco de su historia con su discapacidad.

- ¿Cómo percibe su cuerpo?

- ¿Según su experiencia qué importancia tiene el cuerpo en relación con su identidad y autoestima?
- ¿Cómo es la relación de su cuerpo con el entorno? ¿Le cuesta desenvolverse en el entorno físico y social?
- ¿Cree que la relación de su cuerpo con el entorno afecta su autonomía?
- ¿Qué piensa usted del sexo?
- ¿Imagínese que usted está en una relación sentimental, que piensa usted a la hora de tener una relación sexual, le preocupa?
- ¿Cómo se identifica usted con su discapacidad/cuerpo, vive usted en reflejo de su discapacidad? ¿Se identifica usted como persona en condición con discapacidad?
- ¿Siente usted que en algún momento ha tenido una mala relación con su cuerpo, como ha logrado trabajar esa relación?
- ¿Para usted, que factores impactan en la relación suya con su cuerpo?
- ¿Qué piensa de la afirmación de que las personas con discapacidad no les interesa el sexo, ni tienen sexo?
- ¿En su experiencia que tan importante son las relaciones íntimas para su desempeño como persona?
- ¿Sus familiares y amigos lo incluyen en conversaciones sobre placer y relaciones sexuales? (Si no, porque cree que no)
- ¿Qué otras alternativas de intimidad le han planteado o hacen parte de su vida? (Como, por ejemplo: rutinas de higiene autocuidado, juegos y juguetes sexuales, app de citas, entre otros)
- ¿Cuénteme sobre sus relaciones sentimentales, como han sido? ¿Si no ha tenido, porque cree que no las ha tenido?
- ¿Conoce usted personas con discapacidad que tengan pareja?
- ¿Alguna vez en su vida ha considerado ser madre/padre, porque si o porque no?
- ¿Qué piensa usted de la maternidad/paternidad cuando se tiene discapacidad, la cree posible. Si si, ¿tiene algún conocido con discapacidad que haya creado familia, como los percibe?
- ¿Si usted es padre/madre, como ha sido la maternidad/paternidad?
- ¿Cuál ha sido su relación y acercamiento con el sistema de salud en relación con su salud sexual y reproductiva?
- ¿Desde el sistema de salud lo han direccionado en temas de anticoncepción, cómo? (¿Siente que ese direccionamiento le ha servido en su vida práctica?)

Para finalizar la entrevista, agradecerle de primera mano por su participación, ya que esto nos permite adentrarnos a entender sus percepciones y experiencias en relación con la sexualidad y reproducción para así poder proponer y crear intervenciones y políticas mucho más específicas a sus necesidades. ¿Algo que quisiera añadir antes de terminar con la entrevista?