

margen N° 68 - abril 2013

## ¿Iguales o distintos?

### Aportes para una política institucional frente al ejercicio de la sexualidad de personas con padecimiento mental

Por Melina Paz, Cecilia Nuñez, María Emilia Azparren, Cecilia Rivero, Mara Mattioni, y Martín Bruni

Trabajadores Sociales. Residentes de Trabajo Social de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Buenos Aires, Argentina.

#### **A modo de Introducción**

Al elaborar este trabajo, como trabajadores sociales de la RISaM *-1-* de la Colonia Montes de Oca, una de las primeras preguntas que surgió fue en relación a por qué incluir un trabajo que abordara la sexualidad en el eje salud integral, salud mental.

Luego del proceso de reflexión de nuestra praxis como residentes nos propusimos delinear un mapa teórico referencial *-2-* que nos condujera por un camino de preguntas en relación a la sexualidad de las personas con padecimiento mental, partiendo de situaciones concretas de intervención que nos han interpelado en tanto profesionales y potenciando otras en el marco de un proceso de Desmanicomialización.

*“El desafío de la contemporaneidad es el de la convivencia con la incertidumbre y la diversidad. Para aceptar este reto el pensamiento complejo no puede restringirse, admitir fronteras infranqueables o métodos a-priori. Es preciso saltar las alambradas conceptuales creadas por las disciplinas modernas - regidas por la pretensión metódica - y abrir un espacio de pensamiento multidimensional capaz de producir sentidos ricos y fértiles, pero no garantizados ni absolutos”. (Najmanovich; 2001: 7)*

El trabajo intenta reflejar algunos aspectos sobre estas reflexiones realizadas a la luz del escenario social de intervención actual que se constituye en un hospital monovalente de salud mental; considerando que los profesionales constituyen un bastión fundamental en el proceso de la institución de nuevas prácticas desmanicomializadoras.

En primer lugar se narraran algunos “casos” que han servido como disparadores para luego avanzar en conceptualizaciones y los paradigmas vigentes en torno a la temática.

#### **Algunos casos**

Caso 1: María tiene discapacidad intelectual leve y entró a la unidad de evaluación y guardia psiquiátrica por presentar una descompensación psicótica que terminó en una internación de un mes. Al ser tomada en tratamiento por un equipo interdisciplinario de residentes, se comenzó con un trabajo activo con María y su grupo familiar. María se encontraba de novia desde antes de su ingreso al hospital con un joven con padecimiento mental y se evaluó que la familia de su novio

constituía un referente importante desde lo afectivo y como apoyo para el sostenimiento de su externación.

Con el transcurrir de las entrevistas comenzaron a manifestarse referencias al ejercicio de la sexualidad de María. La madre de su novio refería preocupación en torno a que se produjera un encuentro sexual entre su hijo y la joven dado que en cada salida transitoria convivían bajo el mismo techo. El abordaje estratégico de esta cuestión desde una unidad de internación fue resistido por el grupo familiar y por el mismo equipo dado los prejuicios y preconcepciones que se hacían presentes. Para el grupo familiar fue una “novedad” que el deseo de un encuentro sexual se hiciera manifiesto, dado que se los pensaba “asexuados”.

Caso 2: Andrea tiene 30 años y padece una esquizofrenia, siendo internada en un servicio de terapia a corto plazo para mujeres. Al ser internada se solicitó autorización a su madre (quien figuraba como familiar responsable) para la colocación de DIU, al igual que se hace con otras mujeres en edad fértil. A lo largo de su internación, la joven refirió encuentros sexuales con otros alojados en la institución. Ante cada hecho narrado, Andrea era sometida a estudios ginecológicos ante la posibilidad de que haya estado expuesta a riesgo de infección de alguna enfermedad, definida como promiscua y “castigada” con la suspensión de salidas del pabellón. Al ser tomada por el equipo interdisciplinario de residentes, comenzaron a suscitarse al interior del equipo discusiones en torno a las diferentes lecturas sobre las conductas sexuales de la joven. Sin embargo, se logró articular una estrategia de intervención a ser aplicada cada vez que la joven daba cuenta de que un encuentro sexual se haya producido. Se decidió no sancionar el hecho sino promover conductas preventivas y de cuidado, considerando la libertad de elección y ejercicio de la sexualidad.

Ante ambos casos, surgió la pregunta: ¿cuál es el enfoque que reproducimos en el abordaje sobre el ejercicio de la sexualidad de personas con padecimiento mental institucionalizadas en la Colonia?

### **Sexualidad, Escenario Social y Derechos Sexuales: Dimensiones analíticas y conceptuales**

Para trazar las primeras líneas del mapa, es necesario delimitar las dimensiones analíticas de la sexualidad, para lo que hemos tomado los aportes de la antropóloga Mabel Grimberg. Las dimensiones que propone la autora son: la construcción del complejo deseo-placer y la movilidad del deseo sexual y los significados sociales asignados a la sexualidad en cada contexto histórico en relación con los modelos de género, las modalidades culturales, expresión sexual, etc. (Grimberg, M: 2002). Estos constituyen los puntos de partida y los ejes de indagación sobre los que hemos trabajado.

Consideramos la sexualidad como un campo complejo, con sus propias desigualdades y formas de opresión (Rubin, G: 1989). Entendemos las relaciones y prácticas sexuales como expresiones de procesos socioculturales históricos a la vez que de dimensiones biológicas y reproductivas, que implican construcciones normativas y valorativas que dan cuenta de las relaciones de poder (Grimberg, M: 2002). Esto se hace visible en las diferentes lecturas sociales sobre los “comportamientos sexuales”, que van definiendo aquellos comportamientos normales o anormales, delimitando lo aceptable y lo que no lo es. Estas definiciones dan lugar a un estigma que considera en bajo status algunas conductas, con la consecuente sanción o punición de las mismas.

Para poder pensar dichas dimensiones de la sexualidad en el proceso de Desmanicomialización

en nuestras prácticas, es importante introducir el concepto de escenario de intervención en lo social -3-, que conjuga espacio-tiempo con actores, distribución de roles, de poder, de lenguaje, de sentidos, de una determinada estética y ética que hace representativo eso que se ve.

El escenario de intervención en lo social en el que se da el planteo de este trabajo y en el que se desarrollan nuestras prácticas profesionales, es un hospital monovalente de salud mental que se encuentra atravesando un momento de transición de un modelo manicomial (modelo médico hegemónico, primacía de lo biológico, asilar, visión pasiva y atomizada del sujeto) a uno basado en la comunidad (desmanicomializador, visión activa e integral del sujeto, promoción del trabajo en red). Este constituye el escenario sobre el que nuestras prácticas adquieren sentido y como sostienen Serra y Schmuck, ***“asumir el desafío de trabajar las tensiones entre manicomio y comunidad, nos plantea la necesidad de pensar en términos de lógicas. Es decir, entender que lo manicomial no está delimitado por lugares y espacios físicos, sino que es la expresión de aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, etc.) (...) De este modo la dialéctica de la transformación se funda en la idea que lo nuevo nunca surge de la nada, al contrario siempre se asienta en lo viejo, en aquello que se pretende superar”*** (Schmuck y Serra: 2009, p 4).

Otro elemento fundamental que da configuración al escenario de intervención en lo social actual para pensar la sexualidad en el contexto de esta transición, está dado por las normativas vigentes en el campo de la salud mental y la sexualidad. Identificamos a los fines de este trabajo y como marco legal de nuestras intervenciones, la ley Nacional de Salud Mental, la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 reconoce derechos a las personas con padecimiento mental así como nuevos abordajes en salud mental. Si bien dicha ley no refiere puntualmente al ejercicio de la sexualidad como un derecho a proteger, toma en cuenta a la elección sexual como una dimensión a tener en cuenta como parte de un todo que compone al sujeto, tal como lo señalan los artículos 3 y 7 -4-.

La Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad refiere a la temática en los artículos 23 y 25 -5-. Asimismo, la ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en su artículo 1 proclama “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia” y en el artículo 2 inciso g) refiere: ***“Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”***.

Consideramos que si bien la jurisprudencia vigente habilita prácticas que promueven una mayor autonomía en los usuarios, en los dispositivos de atención no existe aún un abordaje de la sexualidad desde discursos y prácticas que conciban la diversidad y la integralidad de las personas con padecimiento mental.

En relación a los planteos anteriores, creemos pertinente introducir aquí el concepto de derechos sexuales como categoría que permite pensar por qué consideramos que aún no podemos hablar de un abordaje de derecho entorno a la sexualidad de las personas con padecimiento mental.

Los derechos sexuales refieren a mucho más que el acto sexual en sí mismo; refieren a la libertad sexual, a la salud sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad sexual, a la privacidad, al placer, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación, a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, a la información basada en el conocimiento científico y a la educación sexual integrada (Mogollon M.E: 2004).

Como lo muestran los casos presentados, al plantearse la necesidad de un abordaje de la sexualidad de una persona con padecimiento mental se ponen en juego diversas opiniones. Hay algunas más cercanas a planteos esencialistas, que conciben al sexo como una fuerza natural, del plano de lo biológico/hormonal. Otros en cambio, mencionan argumentos más ligados a mitos, como la asexualidad de las personas con padecimiento mental, la desestimación de la posibilidad de placer sexual y el sexo como fuente de peligro y la necesidad de protegerlos.

Sin embargo, la experiencia nos hace testigos de narraciones que dan cuenta de la existencia y la demanda del ejercicio de la sexualidad en estos contextos particulares. Y éstas, se presentan de variadas formas: masturbación privada y pública, parejas de homosexuales y heterosexuales de las personas que viven en los pabellones, relaciones sexuales ocasionales.

¿Cómo nos interpela esta demanda como institución y como profesionales del ámbito de la salud?

Si el placer sexual es una afirmación de la vida y agrega un sentido de conexión con los Otros ¿cuáles serían las líneas de acción posibles para que el ejercicio de sexualidad se lleve a cabo en libertad? ¿Será que no existe el espacio de libertad en estos dispositivos? ¿Será que este proceso de transición es un terreno propicio para hacernos estos interrogantes?

Lejos de pretender dar respuesta, proponemos la reflexión conjunta, en tanto consideramos que la puesta en discusión sobre la sexualidad de las personas con padecimiento mental en el marco de la salud mental, abre el juego a un reconocimiento de la sexualidad de estas personas y la asunción de su derecho al ejercicio de una vida sexual.

### **A modo de cierre**

A lo largo de este trabajo hemos intentado armar un mapa tentativo sobre la sexualidad en el campo de la salud mental dando curso a algunos interrogantes y reflexiones que surgen de la práctica.

La sexualidad de las personas con padecimiento mental es invisibilizada y negada como elemento sustancial de la vida de los sujetos y en ello juegan un papel importante los preconceptos y prejuicios de los profesionales, la dinámica de los servicios de atención que no cuentan con herramientas para habilitar al ejercicio pleno de la sexualidad y el contexto socio cultural que da lugar a determinadas prácticas y discursos.

Creemos que se han producido avances importantes en la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, sin embargo, aun falta que muchos de ellos se efectivicen y expandan. En cuanto a los derechos sexuales, sostenemos que no se han producido modificaciones sustanciales en el reconocimiento de éstos en los varones y mujeres con padecimiento mental.

Estamos convencidos que el cambio comienza por construir espacios de reflexión de nuestra praxis y repensar nuestras intervenciones aprovechando el escenario social dado por la transición de un modelo de atención a otro.

## Citas

**-1-** La RISaM es una residencia interdisciplinaria en salud mental dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que funciona en la Colonia Montes de Oca, en la que se forman conjuntamente psicólogos, trabajadores sociales y médicos psiquiatras.

**-2-** La noción de Mapa nos ubica en la perspectiva epistemológica de la Complejidad. Parte de una crítica al método científico de producción de conocimiento Cartesiano. Propone una apertura en el camino hacia la producción de sentidos múltiples y diversos con la particularidad de no partir de a-prioris teórico-metodológicos. La metáfora “el mapa no es el territorio” posee la potencia argumentativa para habilitarnos a trazar nuevas figuras del pensar (Najmanovich; 2001).

**-3-** Carballeda define a los escenarios de intervención en lo social, “como espacios escénicos cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto. El escenario de intervención desde esta perspectiva contiene en principio una conjugación de diferentes elementos que se expresan en él: implica la existencia de un texto, de una narrativa que deviene históricamente y le conviene determinados mandatos y papeles a los actores” (Carballeda A., 2008, p 30)

**-4-** Artículo 3: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona [...] en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de [...] c. elección o identidad sexual.

Artículo 7: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: [...] b. derecho a conocer y preservar su identidad [...] k. derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento dentro de sus posibilidades. l. derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocidos siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

**-5-** Artículo 23: Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño.

Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 25: Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

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;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

## Bibliografía

**Carballada, A.** (2008) Los escenarios de la intervención: una mirada metodológica. En “Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto”. Paidós, Bs As.

**Grimberg, M.** (2002a) Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH-Sida en jóvenes de sectores populares- Un análisis antropológico de género. En: Revista Horizontes Antropológicos, 17, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, 47-75.

**Jerusalinsky, A.** (1988) La sexualidad del deficiente mental. En Jerusalinsky, A. y colab. Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988. 109-113.

**Mogollón, M. E.** (2004) Cuerpos diferentes: sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. En Cáceres, C. F.; Frasca, T.; Pecheny, M.; Terto Júnior, V.(Editores). Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

**Najmanovich, D.** (2001) La complejidad de los paradigmas a las figuras del pensar. Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana, Enero 2001.

**Rubin, G** (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, C. S. (Comp.) Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. , Ed. Revolución, Madrid. pp. 113-190.

**Schmuck, M.S; Serra, M.F** (2009) Sustitución de las lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos. V Jornadas de Investigación en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social, UNER, 5, 6 y 7 de noviembre de 2009.

## Material de consulta

Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad

Ley de salud sexual y reproductiva N° 25673

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657