

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
COMUNICACIÓN SOCIAL.

Tesis previa a la obtención del título de:
LICENCIADO EN COMUNICACIÓN SOCIAL MENCIÓN EN DESARROLLO.

TEMA:
VIDEO REPORTAJE SOBRE LAS EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD
EN LAS PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA. ESTUDIO
DE CASO: LA HEMIPLEJÍA.

AUTORES:
ALDO BENITO ROMERO ORTEGA
JAIME RAMIRO MOREJÓN VALLEJO

DIRECTOR:
MIGUEL ÁNGEL SOTO.

Quito, 2011.

Introducción.

El presente trabajo surgió de la necesidad de poder dar a conocer aspectos de la sexualidad en las personas con discapacidad física -en este caso hemiplejía- pero visto no como un simple acto sexual sino más bien como un ejercicio de acercamiento a su realidad y poder así conocer un poco más a fondo como van construyendo su propia identidad y género a partir de su sexualidad.

En el primer capítulo, hacemos un repaso por algunas Escuelas de Comunicación, que son las que nos darán el sustento teórico para desarrollar nuestros planteamientos, entre éstas podemos citar las siguientes: la Escuela de Chicago, con sus máximos representantes Robert Park, Charles Cooley, John Dewey y Herbet Mead , la Escuela de Frankfurt, creada por Georg Lukacs inspirándose en los estudios de Freud, Marx y Weber, y finalmente la Escuela de Palo Alto, con sus máximos exponentes Paul Watzlawick e Irving Goffman.

En el segundo, se hace un breve recuento y evolución del término y concepción de Comunicación, desde los tiempos de Aristóteles hasta una construcción más horizontal y concordante a los tiempos actuales, donde la Comunicación para el Desarrollo, en donde la comunicación expresa una relación de reciprocidad entre el emisor y el receptor, más que un proceso como lo afirma la comunicación vertical, en donde el modelo conduce a la omnipotencia del Emisor sobre el Receptor del mensaje.

En el tercer capítulo, Comunicación para la Salud y su entorno, vemos que uno de los aportes de la Comunicación para la Salud es construir relaciones e intercambio de sentidos entre los actores que comparten un contexto cultural o son parte de un plan de prevención de salud, en este caso un grupo de atención prioritaria, personas con hemiplejía.

En el cuarto, Discapacidad o Diversidad funcional, se plantea la necesidad de replantear el concepto del término *discapacidad* por *diversidad funcional*, puesto que, en algunos casos las ideas preconcebidas construyen imaginarios ajenos a la realidad de las personas con discapacidad física, incluso llegan a discriminarlas.

El capítulo 5 Sexualidad, nos habla del desarrollo y las distintas etapas de la misma, dependiendo de su contexto se podrá entender su función, por ejemplo, en la sociedad occidentalizada, la respuesta sexual humana es uno de los efectos de la nueva organización sexual, que se expresa en: el deseo, la excitación y el orgasmo. El producto busca principalmente considerar la sexualidad desde otra perspectiva, en un campo más amplio, contrarrestando el carácter simplista que asocia sexualidad con coito y redefiniendo géneros.

Y finalmente, en el capítulo 6, Producción, participación y terapia, se ve reflejado mediante un Video reportaje en el cual participaron personas con cuadriplejía –tanto en testimonio como en cuestiones técnicas- cómo el entorno y sus relaciones sociales influyen en la sexualidad de individuos pertenecientes a este grupo de atención prioritaria. Se busca exponer y conocer estos procesos reales, sobre todo vigentes que han sido invisibilizados socialmente. A la sexualidad de los discapacitados se la debe ver mucho más allá que un proceso, esta cobra valor por lo que representa para las personas involucradas, más que por la forma en la que se lleva a cabo.

1.- Algunas Escuelas de Comunicación

1.1.- Escuela de Chicago

La Escuela de Chicago se desarrolla a principios del siglo XX, según Armand y Michèle Mattelart (1997), la misma buscaba vincular a la comunicación con un proyecto de construcción de una ciencia social con bases empíricas.

Los principales representantes fueron: Robert Park, Charles Cooley, John Dewey y Herbet Mead, quienes plantean el estudio de la comunicación desde una metodología científica concreta como es el método sociológico y además, la ciudad como laboratorio social, con sus rasgos de desorganización, marginalidad, aculturación, que se convierte en el principal campo de estudio; el análisis ya no se limita únicamente a cuestiones económicas o estructurales, sino a las interacciones humanas producto de las condiciones que la enmarcan. *“En general, el enfoque fenomenológico de la Escuela de Chicago intenta esclarecer la naturaleza de la ciudad a partir de sus partes, es decir, de las normas y sus márgenes, con el objetivo de detectar el papel que juega el contexto socio-cultural en la formación de la vida urbana.”*¹ Sus principales aportes lo hicieron a la inmigración.

Años después surge la Ecología Humana, término tomado de la ecología animal y vegetal para denominar las relaciones de los sujetos con el entorno y sus condiciones de existencia.

Para sus pensadores, la comunicación deja de ser una mera esquematización procesual: emisor - canal – receptor, comienza a ser vista al interior de un fenómeno cultural más amplio. Nacen entonces conceptos que marcarían la historia de la comunicación, entre ellos: la opinión pública, la comunicación masiva, las funciones del lenguaje y la propaganda. Por ejemplo, en los estudios acerca de la propaganda y sus efectos destaca el politólogo Harold Lasswell en su obra "La técnica de la propaganda en el mundo de la guerra".

La comunicación como ciencia, para esta escuela, nace de los aportes de la matemática y la sociología, especialmente con los estudios de Paul Felix Lazarsfeld que se centra en los efectos de los medios, también el rol de la psicología con Kurt Lewin y Carl Hovland, ciencias que en un inicio fueron una especie de ejes de desarrollo, para luego hacer de la comunicación una disciplina.

¹ DE LA PEÑA, Gabriela, *“Simmel y la Escuela de Chicago en torno a los espacios públicos en la ciudad”*, Disponible en la World Wide Web: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/pena03.htm>, citado el 17 de mayo del 2011

1.2.- Escuela de Frankfurt

Escuela con una profunda influencia ideológica, nace en un momento determinante para el mundo entero: La Segunda Guerra Mundial. Busca una comprensión de la situación histórico-cultural de la sociedad, además convertirse en una fuerza transformadora en medio de las luchas y las contradicciones sociales. Esta escuela posee una corriente de pensamiento neomarxista, dentro del marxismo occidental, que formula como aportación fundamental la teoría crítica frente a la teoría tradicional marxista.

Entre sus principales conceptos sobre los cuales trabaja está el capitalismo, que desarrolló una poderosa maquinaria de manipulación de la comunicación y la cultura, estableciendo que todo es comercializable y todo tiene un precio, con el objetivo único de garantizar el poder de la clase dominante en todo el mundo. Consideran al capitalismo como el padre de todos los males.

Su proyecto, dentro del Instituto de Investigación Social, consistía en renovar la teoría marxista de la época, haciendo hincapié en el desarrollo interdisciplinario y en la reflexión filosófica sobre la práctica científica, agrupó a estudiosos de muy diferentes ámbitos y tendencias, reunió marxistas disidentes, críticos severos del capitalismo que creían que algunos de los denominados seguidores de las ideas de Karl Marx sólo utilizaban una pequeña porción de las ideas de éste, usualmente en defensa de los partidos comunistas más ortodoxos. Influidos además por el surgimiento del nazismo en una nación tecnológica, cultural y económicamente avanzada como Alemania y los fracasos de las revoluciones obreras en Europa Occidental especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, tomaron como tarea encontrar las partes del pensamiento marxista que pudieran servir para clarificar condiciones sociales que Marx no podía haber visto o predicho. Una influencia clave también vino de la publicación en 1930 de las obras de Marx Manuscritos económico-filosóficos o Cuadernos de París y la Ideología alemana, obras que mostraron una continuidad de ciertos temas hegelianos en la obra de Marx.

1.3.- Escuela de Palo Alto

Sus principales pensadores son: Paul Watzlawick, Irving Goffman, quienes provienen de distintos horizontes tales como: la antropología, la sociología, la matemática, la siquiatria, entre otras.

La Escuela de Palo Alto surge a inicios de los años 40, asume una posición contraria a los planteamientos de Shannon y su teoría matemática de la comunicación. Su propuesta se basa en el modelo circular retroactivo propuesto por Wiener y entienden a la comunicación como un proceso social. *“Ponen de relieve que la teoría matemática, concebida por ingenieros de telecomunicaciones, debe reservarse para éstos y que la comunicación debe ser estudiada por las ciencias humanas a partir de un modelo que le sea propio.”*²

Dentro del proceso que plantean está claramente marcada la retroalimentación, entendiendo a la comunicación como una situación global de interacción como lo dice Mattelart.

La Escuela de Palo Alto tiene tres planteamientos:

1. La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción entre los involucrados, por ende es más importante las relaciones que se van generando que los elementos que componen el curso del acto comunicativo.
2. Es imposible no comunicar, de donde se desprende la máxima: Todo acto humano comunica. Según Watzlawick³ *“Todo comportamiento en presencia de otra persona es comunicación.”*
3. Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones dentro del proceso comunicativo, entre quien tiene el síntoma y sus allegados.

Bajo estos planteamientos se puede ver que en el proceso comunicativo intervienen varios modos de comportamiento, tales como: la palabra, el gesto, el espacio entre los sujetos, la mirada, etc. *“Un Fenómeno permanece inexplicable en tanto el*

² MATTELART, Armand y Michèle, “Historia de las teorías de la comunicación”, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1997, Pág. 48.

³ Ídem, Pág. 49

margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar.”⁴

De esta manera es que le dan paso a la Quinésica y a la Proxémica, por ende están más preocupados por el contexto que por el contenido del mensaje.

1.4.- Cuadro comparativo entre Escuelas de la Comunicación

Escuela de la Comunicación	Principales Aportes	Principales Pensadores
Escuela de Chicago (1920 – 1940)	<p>La comunicación deja de ser una mera esquematización: emisor - canal - receptor para comenzar a ser visto al interior de un fenómeno cultural más amplio.</p> <p>La ciudad como Laboratorio Social.</p> <p>Ecología Humana o Economía Biológica: relaciones de los sujetos con el entorno y sus condiciones de existencia.</p>	<p>Robert Park George Simmel Kevin Lynch</p>
Escuela de Frankfurt (1940 – 1960)	<p>Capitalismo, padre de todos los males.</p> <p>Sociedad Industrializada lleva al caos a toda sociedad.</p> <p>Racionalidad técnica, el hombre en su quehacer diario empieza a adoptar las posturas propias de una industria o de su directivo: producir más con menos recursos.</p> <p>Unidimensionalidad: el hombre pierde sus múltiples dimensiones, espiritual,</p>	<p>Max Horkheimer Theodor Adorno Walter Benjamin Herbert Marcuse Jurgen Habermas</p>

⁴ WATZLAWICK, P., HELMICK, J. JACKSON, D. “*Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*”, Cuarta Edición en castellano, Editorial Herder, 1985. Pág. 22.

	<p>cultural y se encasilla en la racionalidad técnica.</p> <p>Industria Cultural: cultura afectada por las formas de producción industrial</p>	
<p>Escuela de Palo Alto (años 40)</p>	<p>Es más importante las relaciones que se van generando que los elementos que componen el curso del acto comunicativo.</p> <p>Es imposible no comunicar.</p> <p>Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones dentro del proceso comunicativo</p>	<p>Paul Watzlawick Gregory Bateson Erving Goffman Edward T. Hall R. Birdwistell</p>

2.- Las Tres C: Comunicación, Comunicación para el Desarrollo y comunicación para la Salud

2.1 Conceptualización Tradicional de Comunicación

Todos los aportes teóricos y prácticos en cuanto a la conceptualización tradicional de la comunicación son producto de la experiencia norteamericana y europea, la cual se remonta hasta Aristóteles, quién en La retórica aportó con tres elementos fundamentales para su definición en lo posterior: locutor, discurso y oyente, donde el principio fundamental de la comunicación era persuadir. Basado en estos tres elementos, siglos después Laswell añadió dos más para conceptualizarla: El cómo y el para qué, llegando así a la definición de comunicación basada en la respuesta a las cinco preguntas básicas.⁵ Esta definición demuestra la influencia de la teoría de Estímulo-Respuesta de la psicología clásica. La principal función de la comunicación según esta línea era la de Transmisión Cultural.

⁵ ¿Quién, dice qué, en qué canal o medio, a quién y con qué efecto?

Años después surge la Teoría Matemática de la información de Shannon y Weaver, aumentando a los planteamientos ya mencionados las fuentes de la información y los receptores de la misma, que son tomados de la comunicación electromecánica y extendidos hacia la comunicación humana, donde Schramm subraya las funciones codificadoras y decodificadoras de señales (mensajes) de la mente. Para finalmente, con influencia de la cibernética añadir otro factor a la definición: la retroalimentación para control, que se refiere a mecanismos para medir la efectividad de la persuasión.

Otra de las definiciones empleadas y ampliamente aceptadas como la de Laswell es la de Berelson y Steiner, “*La transmisión de información, ideas, emociones, destrezas, etc. por el uso de símbolos-palabras, cuadros, cifras, gráficos, etc., es el acto o proceso de la transmisión de lo que generalmente se llama comunicación.*”⁶

Sobre todo este proceso histórico de conceptualización de la comunicación, Luis Ramiro Beltrán afirma:

En resumen, la definición tradicional de comunicación es aquella que la describe como el acto o proceso de transmisión de mensajes de fuentes a receptores a través del intercambio de símbolos (pertenecientes a códigos compartidos por ellos) por medio de canales transportadores de señales. En este paradigma clásico, el propósito principal de la comunicación es el intento del comunicador de afectar en una dirección dada el comportamiento del receptor; es decir, producir ciertos efectos sobre la manera de sentir, pensar y actuar del que recibe la comunicación o, en una palabra, persuasión. La retroalimentación se considera instrumental para asegurar el logro de los objetivos del comunicador.⁷

La conceptualización tradicional de la comunicación es de carácter vertical, se expresa como el uso de la comunicación por parte de las élites oligárquicas para mantener inalterable la situación y continuar ejerciendo su poder sobre las sociedades.

⁶ BERELSON, Bernard, STEINER, Gary, “*Human Behavior*”, (New York; Harcourt, Brace and World, Inc., 1964), Pág. 527.

⁷ BELTRAN S., Luis Ramiro. “*Un adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal"*”. *Punto Cero*. [online]. 2007, vol.12, no.15, p.69-92. Disponible en la World Wide Web: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762007000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1815-0276 citado el 2 de Marzo del 2010

Haciendo referencia a los medios de comunicación masiva, *Mattelart*⁸ asegura que estos obedecen a una dirección unilineal, casi impositiva desde un emisor que transmite la ideología dominante hacia un receptor que no percibe sus preocupaciones, sino las aspiraciones, valores y normas que la dominación estima más conveniente. Entonces se comprende que una ideología no es sólo una construcción social abstracta sino que está vinculada con un modo de producción específico de una determinada agrupación social; en otras palabras, podría decirse que los medios de comunicación forman parte de los aparatos culturales del Estado, por lo que son materia de los mecanismos de control social.

2.2 Crítica a la Construcción Tradicional de Comunicación o Comunicación Vertical

La comunicación ha pasado por varios momentos de cambio durante su construcción, el paradigma tradicional vigente, con el paso de los años fue convirtiéndose en motivo de crítica por varios pensadores de la comunicación, entre ellos David Berlo, quien denominó al modelo tradicional como teoría de Balde, mediante la comparación del mensaje o la idea a ser difundida con el contenido de un balde, en donde las personas emisoras llevan el contenido a depositar en los receptores del mensaje, esto es a lo que Paulo Freire, en cuanto a la educación denominaría el “Modelo Bancario”.

Esta comunicación vertical con frecuencia va de arriba hacia abajo, sin embargo existen otro tipo de prácticas como el video participativo o comunitario, que se extiende a la inversa, desde abajo hacia arriba.

Por su parte *Mattelart*⁹ afirma que el medio de comunicación es un mito, en la medida en que se le considera como una entidad dotada de autonomía, de "una voluntad y alma propias" ya que, en dicho medio, todo mito cumple una función determinada, sitiar a las fuerzas capaces de contrariar o desenmascarar la impostura de la clase dominante y su sistema. Explica que el mito domestica la realidad, la anexa en provecho de una pseudorrealidad, la realidad impuesta por el sistema.

⁸ LÓPEZ H., Ubaldo. “¿Es posible establecer un sistema de comunicación televisiva como sistema de comunicación educativa?” Tesis Profesional UIA, México, 1979, Pág. 285.

⁹ *Ibíd.*

2.3 Comunicación horizontal

Este término es acuñado por Luis Ramiro Beltrán, pionero de la Comunicación para el Desarrollo, en donde la comunicación expresa una relación de reciprocidad entre el emisor y el receptor, más que un proceso como lo afirma la comunicación vertical, en donde el modelo conduce a la omnipotencia del Emisor sobre el Receptor del mensaje.

La comunicación horizontal, opuesta a la vertical, es más democrática y participativa donde los receptores del mensaje –en términos de Laswell- son también emisores del mismo. El conocimiento se basa en la posibilidad de poder difundir lo aprendido, en otras palabras lo que propone Mario Kaplún: “*Todo hombre es ‘emirec’, esto es un Emisor - Receptor (E-R), dotado de facultades para ambas funciones*”¹⁰. Él desestima un tercer elemento articulativo en el proceso comunicativo.

Beltrán sobre el tema asegura: “*La comunicación es el proceso de interacción social democrática que se basa sobre el intercambio de símbolos por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente sus experiencias bajo condiciones de acceso libre e igualitario, diálogo y participación.*”¹¹

La comunicación debe ser comprendida como una relación de reciprocidad donde todos los actores involucrados actúan dinámicamente, por tanto es inevitable considerar la construcción y desenvolvimiento de las relaciones sociales que se generan dentro de un fenómeno de intercambio múltiple de experiencias y no un ejercicio unilateral de influencia individual. La comunicación no es únicamente un proceso de difusión sino de construcción social, en donde todos los entes participantes emiten los mensajes desde su lugar de enunciación, recurriendo a temas que los competen y que les afectan. Se debe entender a la comunicación como diálogo, como mediación entre las partes. El rol de comunicar implica primero la valorización de sus destinatarios, que no son concebidos como receptores sino como

¹⁰ CHOQUE, Raúl, “*Educación y comunicación (educomunicación) para la promoción de la salud*”, Disponible en la World Wide Web: www.portaldelajuventud.org/.../Educomunicación%20en%20salud%202005. Doc, citado en 18 de mayo del 2011

¹¹ BELTRAN S., Luis Ramiro. “*Un adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal"*”. *Punto Cero*. [online]. 2007, vol.12, no.15 [citado 21 Febrero 2011], p.69-92. Disponible en la World Wide Web: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762007000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1815-0276, citado en 2 de Marzo del 2010

perceptores. El comunicador toma como punto de partida la realidad, experiencia y necesidades de sus perceptores para lograr la recepción grupal de su mensaje.

La comunicación horizontal debe ser anclada en tres pilares:

- 1) El acceso.- considerado como la posibilidad de acercarse, de tener posibilidades y medios adecuados para poder comunicarse.
- 2) El Diálogo.- se recurre a la acertada definición de Paulo Freire: “*El encuentro amoroso entre los hombres que, mediatizados por el mundo, lo pronuncian; esto es, lo transforman y transformándolo lo humanizan por la humanización de todos.*”¹² Y finalmente,
- 3) La participación.- es decir el involucramiento de todos los actores dentro de la toma de decisiones que repercuten en el bienestar colectivo.

Al existir una hegemonía por parte de la comunicación tradicional, cuyo pilar es el modelo bancario, se debe recurrir a los micromedios como herramienta para la liberación del conocimiento.

2.4 Comunicación para el Desarrollo

Se parte desde la acertada apreciación de Rosa María Alfaro: “*Sin comunicación no hay Desarrollo.*”

En el Siglo XIX, después de la Segunda Guerra Mundial se empezó a hablar del Desarrollo, sustituyendo al término progreso, caracterizado por la civilización y la prosperidad, de la cual goza Norteamérica y Europa. Quienes no alcanzaban estas condiciones se limitaban a ser primitivos. El término Desarrollo se acuña desde la experiencia ganada por Estados Unidos después de la segunda guerra mundial con la intención de auxiliar económicamente y técnicamente a las naciones derrotadas: Alemania, Italia y Japón en su proceso de reconstrucción y rehabilitación.

¹² FREIRE, Paulo, “*¿Extensión o Comunicación?*”, *La Concientización en el Medio Rural*, Siglo XXI Ed., México, 1988, Pág. 53.

En los años 40 se toma conciencia sobre los países primitivos según la lógica del progreso, para quienes se debe extender una ayuda significativa para optimizar a la sociedad, es así que se crea la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) con la intención de ampliar y mejorar la infraestructura de caminos, viviendas y servicios básicos, estas acciones requerían de una persuasión tanto educativa en funcionarios y beneficiarios, a estos servicios se le incluyó una unidad dedicada a la información que guíe los fines de cada sector. Varios años después el desarrollo iría ramificándose hasta que aparece la Comunicación para el Desarrollo. La práctica fue consolidando a esta última, experiencias como las radios comunitarias en Colombia, basadas en el modelo Recepción – reflexión – acción mejoraron la producción agropecuaria en las zonas rurales. Bolivia por su parte con las radios mineras autogestionadas y de corto alcance fueron instaurando la idea del “micrófono abierto” al servicio de todos los ciudadanos, afirmando la necesidad de que todos tienen algo que decir. Se constituirían como radios del pueblo.

La práctica le dio paso a la teoría. La teorización de la Comunicación para el Desarrollo empezaría diez años después de la práctica en Estados Unidos. Este desarrollo de carácter extensionista planteaba que es necesario extender recursos y conocimientos hacia los “otros”: gente inculta. El plan de asistencia económica y técnica que fue aplicado en los países de primer mundo se intentó aplicar en naciones tercermundistas, especialmente en Latinoamérica, en donde no fue de gran aporte, motivo por el cual, este modelo fue ampliamente criticado y la propuesta que salió del debate fue la “Teoría de la Dependencia” que destacó la injusticia del intercambio comercial entre Latinoamérica y Estados Unidos, para lo cual se propuso que cambiando esta estructura se podría hablar de un desarrollo efectivo y democrático. Bajo esta línea, el uruguayo Juan Díaz Bordenave aseguró que lo más prudente para la región sería implementar un *“modo de desarrollo diferente del emanado del capitalismo liberal y del comunismo estatal y proponer a nuestros*

*pueblos un socialismo democrático de bases comunitarias, autogestionarias y participativas.”*¹³

Luis Ramiro Beltrán propuso en 1973 que el Desarrollo es *“un proceso dirigido de profundo y acelerado cambio sociopolítico que genere transformaciones sustanciales en la economía, la ecología y la cultura de un país a fin de favorecer el avance moral y material de la mayoría de la población del mismo en condiciones de dignidad, justicia y libertad.”*¹⁴ El Desarrollo en nuestra región debería plantearse, además, en la posibilidad de desconcentración del poder.

Es importante tener claro que la comunicación para el Desarrollo plantea que la comunicación es de mediaciones, no de medios.

La Escuela Latinoamericana de la Comunicación, se refiere al término como la intención de fomentar la participación de todos en el proceso de comunicación, donde su principal objeto es el de la transformación social, además que *“La verdadera comunicación es aquella que se recrea día a día, que se acerca, motiva, compromete y moviliza a la gente, que permite creer en las personas y crear un futuro para todos”*¹⁵

Dentro de las tipologías que existe sobre Comunicación y Desarrollo están: Comunicación de Desarrollo, Comunicación de Apoyo al Desarrollo, Comunicación alternativa para el Desarrollo Democrático y Comunicación con Desarrollo, el presente producto se desenvuelve dentro de la segunda, ya que la misma considera que la comunicación planificada y organizada es una herramienta clave para la consecución de metas prácticas en diversos campos, en el caso del presente producto: la Salud.

La participación es el aspecto clave para la Comunicación para el Desarrollo

¹³ BELTRÁN, Luis Ramiro, *“La comunicación para el Desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo”*, Julio 12-16 2005, Buenos Aires Argentina, P. 15, disponible en la World Wide Web: www.infoamerica.org/teoria_textos/lrb_com_desarrollo.pdf, pág. 15, citado en 17 de marzo del 2010

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ SEDANO, Vladimir, *“La Comunicación para el Desarrollo”* disponible en la World Wide Web: <http://www.zonaeconomica.com/comunicacion-desarrollo>, citado en 10 de Marzo del 2010.

2.5.- Comunicación para la Salud

Schopenhauer afirmaba que la salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada. A pesar de los avances científicos en medicina, la salud sigue siendo un reto y prioridad para las agencias de cooperación y organizaciones. Los planes de asistencia médica son de carácter extensionista, lo que genera que no se auxilie a las personas en riesgo. *“La necesidad de promover la salud a partir de un enfoque de derechos, que reconozca en los individuos y comunidades no solo a beneficiarios de acciones públicas, sino también agentes generadores y promotores de procesos de cambio que pueden mejorar la salud individual y colectiva.”*¹⁶

La comunicación para la salud surge de la necesidad de aplicar en las sociedades los grandes conocimientos en cuanto a prevención de la salud, para poder propiciar condiciones en beneficio de la población, asegurar el mantenimiento del sistema y la supervivencia de la misma. Los profesionales de la salud no saben cómo comunicar esta información vital para las sociedades.

Se puede, además, entender a la Comunicación para la Salud como un medio para mejorar la salud individual y colectiva, como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud, o como una fase de los programas de instituciones de salud pública y educativa. Pero es condición sine qua non asegurar un posicionamiento a nivel individual para luego reorientar un programa comunicativo a nivel colectivo.

Las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud. Se debe enmarcar dentro del campo la salud pública y a partir de ello fomentar diversos mecanismos que dinamicen su funcionamiento además de beneficiar a la sociedad. *“En este campo, no existe una teoría única, ni tiene porqué existir, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados”*¹⁷, pero la mayoría de ellas sostienen que los cambios se dan

¹⁶ OBREGÓN, Rafael, *“Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud”* Tomado de la Revista Flolios, No. 23, disponible en la World Wide Web: http://www.comunicacionparalasalud.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=11, citado en 18 de marzo del 2010.

¹⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1996): *“Modelos y Teorías de Comunicación en Salud”*. Washington D.C.

desde el nivel individual, éstos, son la referencia más importante e inmediata para cimentar bases que comprendan un cambio general en la sociedad.

A continuación se hace un breve repaso a algunas teorías de Comunicación para la Salud:

2.5.1.- Teoría de etapas o estados del cambio

Esta teoría (Di Clemente, Prochaska) tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Aquí se ubican etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

Cuadro 1



Fuente: CHOQUE, Raúl, “Comunicación en Salud”, disponible en la World Wide Web: <http://www.slideshare.net/rchoquel/comunicacion-en-salud-presentation>, citado en 31 de agosto del 2011.

En sentido grupal, se sostienen teorías para promover el cambio de comportamiento a este nivel, sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales.

2.5.2.- Teoría de aprendizaje social o cognoscitivo

Supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. En esta teoría el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

Cuadro 2



Fuente: CHOQUE, Raúl, "Comunicación en Salud", disponible en la World Wide Web: <http://www.slideshare.net/rchoquel/comunicacion-en-salud-presentation>, citado en 31 de agosto del 2011.

La educación para la salud debe enmarcarse dentro del campo de la salud pública, *"...incluyendo la atención médica, no es sino una de las muchas medidas sociales y una manifestación del esfuerzo consciente del hombre para vencer un grupo especial de peligros o sufrimientos"*.¹⁸

Así entonces, los esfuerzos deben estar orientados en identificar y reparar fisuras que puedan presentarse al poner en marcha un programa de Comunicación para la Salud. La sociología educativa aplicada a la comunicación y a la salud afirma que un mensaje transmitido como comunicación de masas puede poseer funciones latentes, previstas o consecuencias disfuncionales. Si con el mensaje se consigue lo que se pretendía, se cumplen las funciones previstas; si por cualquier razón el mensaje provoca reacciones adversas en el receptor, se habla de consecuencias disfuncionales, y si se obtienen ventajas imprevistas, se habla de funciones latentes.

La Comunicación para la salud tiene 3 enfoques que varían dependiendo del grupo de personas con el cual se quiere trabajar, estos son: *enfoque sociocultural*, donde las acciones varían según el lugar en el que se implementen y el grupo al que va dirigido, se deben tomar en cuenta las necesidades de acuerdo al contexto; *enfoque de género*, que toma en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a necesidades y oportunidades; *enfoque generacional* en el cual se toman en cuenta las diferencias de edad, comunicación, educación, etc. En resumen la Comunicación para la salud *"Es un nuevo campo que lo hemos comenzado a pensar en la teoría, pero que en la práctica recién se perfila como una posibilidad del trabajo comunicacional para el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores más vulnerables de la población"*¹⁹

¹⁸ DIAZ, Laura, "Comunicación para la Salud: Su propósito educativo", disponible en la World Wide Web: http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res055/art6.htm, citado en 20 de marzo del 2011.

¹⁹ CAMACHO, Carlos, "Estrategias de Comunicación para la Salud en la Construcción de Ciudadanía", disponible en la World Wide Web: http://carloscamacho.net/articulos/comunicacion_desarrollo/comunicacion_para_la_salud_y_ciudadania.pdf, Pág. 4, citado en 4 de Agosto del 2011.

3.- La Comunicación para la Salud y su entorno

3.1.- Principales características y aportes a la sociedad

La Comunicación para la Salud busca principalmente desarrollar y poner al alcance de todos los beneficios de la salud, entre las principales características que debe contener un plan están: *la vida y el lenguaje de la población*, se debe comunicar en el lenguaje o idioma propio del grupo al cual se está capacitando, *las creencias y costumbres de la población*.- se debe respetar las creencias y las costumbres de la población; *interés de la población*: motivar a las personas para que acudan, incentivándolos a participar y que sean ellos quienes tomen las decisiones, que tengan asesoramiento continuo; *las experiencias vividas por la gente*: escuchar a la gente principalmente, saber cómo ha sido su vida, sus tradiciones, sus prácticas, su salud y con estos datos impulsar un plan, *la familia y el medio ambiente en que se relaciona la población* donde el contexto resulta ser muy importante para entender la realidad del grupo con el que se trabaja y conocer la *historia de la comunidad*: respetar los principios, conocer la historia

Entre las características que debe tener el mensaje de un plan de comunicación para la salud tenemos: *la respuesta*, que permite conocer si el grupo entendió el mensaje y lo va a practicar y como lo hará, *la repetición del mensaje*, para que los perceptores lo entiendan, lo recuerden y lo pongan en práctica.

Uno de los aportes de la Comunicación para la Salud es construir relaciones e intercambio de sentidos entre los actores que comparten un contexto cultural o son parte de un plan de prevención de salud. Se busca dejar de lado la concepción de que la salud únicamente tiene que ver con la ausencia de enfermedades, para lo cual la Organización Mundial de la Salud afirma que es “*el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.*”²⁰

La relación entre comunicación y salud brinda otro aporte: “*...privilegia los vínculos entre los sujetos, individuos y actores sociales y en la que las mediaciones, tal como*

²⁰ “*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*”, disponible en la World Wide Web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>, citado en 3 de Agosto del 2011, pág. 1.

las entiende Jesús Martín-Barbero (1987: 97), no son dispositivos sino ámbitos de transición que se convierten en espacios de resignificación permanente.”²¹

Entre otra de sus características se considera que “...la comunicación para la salud posibilita -¡debe posibilitar!- la movilización, democratizar la información (conocimiento), formar e influir en la opinión pública, facilitar la construcción de sentido y de relaciones recíprocas y democráticas sobre la base de la deliberación y la participación ciudadana, entre otros aspectos.”²²

El producto busca poner en evidencia que la salud debe estar en manos de los ciudadanos, de nadie más, pues los planes impulsados desde las empresas públicas y privadas son extensionistas, solo difunden lo que en otras poblaciones ha resultado beneficioso y no lo que realmente necesitan determinados grupos, para que se promuevan cambios en la calidad de vida de las personas.

La Salud no simplemente está en los Centros de Salud, sino en cada una de las personas. La Comunicación para la salud quiere aportar en la sociedad para que sean los individuos quienes decidan, en base a la información que tienen, que estilo de vida quieren tener.

3.2.- Elementos de la comunicación para la salud

Los elementos para fomentar una adecuada comunicación para la salud se detallan en el cuadro siguiente:

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Comunicador o facilitador	Es quien comparte o pone a consideración de todos, mediante palabras claras y sencillas, cuestiones relacionadas con la prevención de la salud

²¹ DIAZ, Hernán, URANGA, Washington, “Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria.”. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, n° 1, disponible en la World Wide Web: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/23/23>, citado en 3 de Agosto del 2011.

²² CAMACHO, Carlos, “Estrategias de Comunicación para la Salud en la Construcción de Ciudadanía”, disponible en la World Wide Web: http://carloscamacho.net/articulos/comunicacion_desarrollo/comunicacion_para_la_salud_y_ciudadania.pdf, Pág. 3, citado en 3 de Agosto del 2011.

Perceptor	Son todos los grupos de personas que escuchan, entienden y comprenden el mensaje, por ende empiezan a actuar basados en el mismo. Los grupos de atención no necesariamente deben estar alfabetizados, para eso está el Comunicador, para explicar de manera sencilla las forma de prevenir. Lo importante es convertir también al perceptor en emisor, para que sea él quien capacite y emita comentarios al respecto.
Mensaje	Es lo que se transmite a través de diversos medios con el afán de prevenir a las personas en cuando a su salud, se debe procurar que llegue con claridad y sencillez a la población.
Medio de Comunicación	Aquel soporte por el cual el comunicador difunde el mensaje hacia los perceptores.

3.3.- Comunicación para la Salud y Grupos de Atención Prioritaria

La Comunicación para la Salud busca que la sociedad alcance un mejor nivel de vida en cuanto a su desempeño físico, por tal razón motiva a establecer un nexo en cuestiones de carácter sexual con grupos de atención prioritaria, pero para ello se considera prudente reconocer las realidades de los mismos, pues, por las dificultades físicas que enfrentan son objeto de la creación de mitos que niegan su sexualidad, que invalidan su condición de humanos con prácticas sexuales plenas y placenteras, por ello no pueden encontrar su espacio en la sociedad.

En el presente trabajo, se hará referencia a la salud sexual, que se la define como *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.”*²³

La Nueva Constitución del Ecuador reconoce como Grupos de Atención Prioritaria a los adultos mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, gente privada de su libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad. Este grupo tiene como beneficio, según el artículo 38:

²³ Organización Mundial de la Salud (2006), Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. 3. La jubilación universal. 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos; gozarán asimismo de exenciones en el régimen tributario. 5. Exoneración del pago por costos notariales y registrales de acuerdo con la ley. 6. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, respetando su opinión y consentimiento.²⁴

Un grupo de atención prioritaria, es un grupo de personas que por su condición frente a la sociedad se le da énfasis en cuanto a salud, transporte, defensa de derechos. El objetivo de este tipo de atención es procurar bienestar y seguridad a sus beneficiarios. Se busca brindar una atención integral a los pacientes con la finalidad de resolver oportuna y efectivamente los problemas de salud que estos presenten.

La Comunicación para la salud busca prevenir la salud de las personas, crear planes en beneficio de las sociedades, es así que se debe trabajar también con los grupos de atención prioritaria para brindarles una atención integral, de acuerdo a sus necesidades y exigencias.

3.4.- Comunicación para la Salud en América Latina y Ecuador

En nuestra región no hay avances considerables con respecto a Comunicación para la Salud, existen experiencias aisladas y muy poco difundidas.

Cuando se habla de comunicación con frecuencia se cae en el error de asociarla únicamente con los medios de comunicación masiva, o con las herramientas que esta utiliza (fotografía, video, audio, diseño) y menos con la comunicación social.

Cuando se plantea la Comunicación para la Salud, campo escasamente explotado en el país, se piensa que son medios de comunicación o programas que difunden ciertos métodos o prácticas para evitar infecciones o para escuchar a expertos hablar sobre enfermedades.

La comunicación para la Salud busca *“disponer la comunicación en función de la participación comunitaria, la salud social y colectiva, la distribución del poder y la*

²⁴ OÑA, Fernando, “Grupos de atención prioritaria en la Nueva Constitución”, disponible en la World Wide Web: <http://www.voltairenet.org/Grupos-de-atencion-prioritaria-en>, citado en 4 de Agosto del 2011.

riqueza, implica la reinención de las relaciones sociales existentes, nuevas formas de hacer y pronunciar el mundo.”²⁵

Una definición sobre la Comunicación para la Salud, que se considera importante mencionar, afirma que: *“La comunicación para la salud es un proceso social, mecanismo de intervención para generar influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública, por lo cual es un factor determinante para modificar los indicadores para el desarrollo sustentable.”²⁶*

La Salud ha sido motivo de estudio por diversos campos de la ciencia, hasta llegar a la integración de una nueva disciplina: La Comunicación para la Salud, que junta varios saberes tales como: Sociología, Antropología, Cultura, etc. Y por ende las distintas ramas de la Comunicación y la Salud, sobre esta:

“Pensar en una comunicación para la salud es identificar y poner en práctica aspectos como el cuidado del medio ambiente, la vida en diversos escenarios con un ejercicio pleno de derechos como la educación, la igualdad de oportunidades y servicios y otras, entre las que se incluyen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y su correspondiente tratamiento, que finalmente buscan el bienestar humano.”²⁷

Los sujetos que componen la sociedad interactúan con los demás para identificarse, adquirir y fortalecer logros que consiguen, todo esto recurriendo a la comunicación, que le permite dirigir sus actos, especialmente el cuidado de la salud. *“La Comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.”²⁸*

²⁵ “Apuntes de Sofovial sobre Comunicación en Salud” disponible en la World Wide Web: <http://www.sofovial.blogspot.com>, citado en 2 de Junio del 2011.

²⁶ Congreso Internacional Comunicación para la Salud, disponible en la World Wide Web: http://www.comunicacionparalasalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=27, citado en 20 de mayo de 2011.

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ GARCÍA, Janeth, “Interacción y Comunicación para la Salud, fundamento para la implementación de programas de sexualidad y VIH/Sida” http://www.alaic.net/portal/revista/r6/ccientifica_05.pdf, pág. 3.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los proveedores de servicios médicos son únicamente privados y hay escasas instituciones que velan por los derechos de las personas con diversidad funcional.

Dentro del país, “...la investigación en salud, desde la comunicación generalmente ha sido excluida de los procesos de desarrollo.”²⁹ Otros planes impulsados por la escasa difusión hacia los públicos no han logrado su objetivo. Adicionalmente, se debe tomar en cuenta que “En el país, por lo general la visión de la salud ha tenido un enfoque curativo y no preventivo.”³⁰

La escasa preparación en temas de salud por parte de comunicadores y de periodistas fomenta un escaso desarrollo de la Comunicación en Salud, de igual forma lo causa “La visión funcionalista de las organizaciones o instituciones dedicadas a salud, cuando priorizan los productos en lugar de los procesos.”³¹

Hay que tomar en cuenta que en el país no existen líneas de investigación en Comunicación para la Salud que permita visualizar en que camino vamos, ni medir los resultados de los mismos, donde el “El reconocimiento del sujeto, implica un reconocimiento de la diferencia, de la heterogeneidad, de la diversidad, de la subjetividad, de la relatividad de los procesos sociales.”³²

3.5.- Principales políticas que el Estado que debería impulsar

En la Constitución del Ecuador se menciona el término discapacidad 36 veces, en ninguna de ellas se abordan temas sexuales, se habla de: derecho a no ser discriminado por poseer algún tipo de discapacidad, acceso a todas las formas de comunicación, atención prioritaria y especializada en ámbitos públicos y privados, asistencia humanitaria preferente y especializada, incorporación en el sistema de

²⁹ CEVALLOS, María del Carmen, “Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente”, disponible en la World Wide Web: <http://www.ciespal.net/ciespal/images/docu/produccionacademica/Ponencia%20Ma.%20del%20Carmen%20Cevallos.pdf>, citado en 5 de Agosto del 2011, Pág. 1.

³⁰ Ibídem, Pág. 3.

³¹ Ibídem, Pág. 7.

³² HERNÁNDEZ, Ileana, “Los estudios sobre comunicación masiva en América Latina”. Revista de Comunicación Social. La Laguna, Tenerife, 1998, Número 1.

educación regular y en la sociedad, tratamiento preferente y especializado, contar con medidas de protección, desempeño de empleos y funciones públicas en base a méritos y capacidades, voto facultativo, vida libre de violencia, la ley establecerá procedimientos especiales para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio en contra de personas con discapacidad, creación de consejos de igualdad, garantizar la inserción en igualdad de condiciones al trabajo remunerado, prohibición de reducir la remuneración a las personas con discapacidad, condiciones de protección integral, seguro universal obligatorio, el seguro social campesino ofrecerá prestaciones de salud y protección contra discapacitados, fomentará la participación de personas discapacitadas en el deporte y cultura física, los consejos para discapacidades se constituirán en consejos de igualdad.

La Constitución del Ecuador en su sección sexta, artículo 47, entre los principales derechos al grupo de atención prioritaria destaca: atención especializada, rehabilitación integral, rebajas en servicios públicos, exenciones en el régimen tributario, trabajo en condiciones de igualdad, vivienda adecuada, con acceso y albergues para su acogida, educación que desarrolle sus potencialidades y sus habilidades, creación de centros educativos específicos para personas con discapacidad, atención psicológica gratuita, acceso a todos los bienes y servicios eliminando la barrera arquitectónica y acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación.

El Artículo 48, asegura para las personas con discapacidad: inclusión social, obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias, becas de estudio, desarrollo de programas que fomenten su esparcimiento y descanso, participación política, programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad, incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa y sanción al abandono, maltrato y discriminación por alguna capacidad.

En el artículo 47, numeral 11 se menciona: “*El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.*”³³

No sólo la constitución del Ecuador, sino algunas de Latinoamérica como el caso de Uruguay, solo se preocupan por cuestiones puramente sociales, es así que se evidencia lo siguiente:

“Muchas veces la rehabilitación de las personas con discapacidad se limitan a lo laboral y lo educacional, pero hay un tema que se ha dejado un poco de lado, se relaciona con el desarrollo de una vida sexual activa y placentera. Por desconocimiento y prejuicios este tema se ha mantenido en la intimidad de la habitación. Aunque, es menester reconocer que últimamente se ha comenzado a eliminar estos tabúes y algunas instituciones y miembros de grupos de atención prioritaria están abriendo las puertas de este mundo privado, para demostrar que la insensibilidad es solo de movimientos, pero no de sentimientos.”³⁴

Existen países como Dinamarca o España en donde el Estado es quien se encarga del bienestar sexual de las personas con discapacidad física, otorgándoles la asistencia de personas para sus necesidades básicas que implican, aseo, alimentación y movilidad principalmente. En cuanto a cuestiones sexuales, los asistentes no están en la obligación de asistir a las personas con discapacidad, sin embargo hay quienes sí lo hacen. El Estado por otro lado es el que se encarga de la entrega de fármacos a este grupo de atención prioritaria para lograr erecciones en el caso masculino.

En cuanto a discapacidades, Europa evidencia un mayor compromiso con el tema por parte de los Estados con políticas de prevención y asistencia a este grupo de atención prioritaria. Por su parte, América Latina está implementando proyectos de inclusión laboral para personas con discapacidad física, así como actividades que buscan resaltar cuestiones inherentes del ser humano, tal es el caso de la sexualidad. Un ejemplo de ello es *Un encuentro con tu sexualidad* realizado en México, el proyecto nace con la intención de convertirse en un vehículo para acercar a las niñas, niños y mujeres con discapacidad al ejercicio de su derecho ciudadano al acceso a una vida

³³ Constitución de la República del Ecuador, Capítulo Tercero, Sección Sexta, Artículo 47, numeral 11, Pág. 37, disponible en la World Wide Web: www.asambleanacional.gov.ec/.../constitucion_de_bolsillo.pdf, citado en 2 de junio del 2011.

³⁴ “*Sexo más allá del movimiento*” disponible en la World Wide Web: <http://www.discapacidadonline.com/sexo-mas-alla-del-movimiento.html>, citado en 30 de junio del 2011.

libre de violencia, el acceso a la igualdad de oportunidades en el ámbito de la sexualidad en el que se encuentran en desventaja con relación a otros grupos, a través de una estrategia de formación de docentes, padres y madres de familia, desde una perspectiva de género que acerca a la equidad y empoderamiento de este sector de la población. El encuentro se llevó a cabo en México DF el 27 de noviembre, el encuentro en el 2010 fue el octavo.

Todas estas actividades deberían ser impulsadas por el Estado: garantizar el bienestar sexual y reproductivo, la creación de planes de asistencia que cumpla con las necesidades del grupo, financiar fármacos que logren desarrollar una sexualidad recurriendo al coito.

Por otro lado, se debería pensar en Políticas Nacionales de Comunicación para la Salud, en donde se recurra a la utilización de medios alternativos para difundir productos que procuren prevenir la salud y dar una mejor calidad de vida a las personas. También se podría considerar la utilización de las redes sociales y de telefonía móvil para difundir mediante mensajes escritos tips de prevención de salud. *“La inexistencia de Políticas Nacionales de Comunicación para la Salud que den el marco necesario para el trabajo y que permita la articulación y alineamiento del trabajo a nivel nacional.”*³⁵

3.6.- Salud y Medios de Comunicación Alternativa o Micromedios

Los Micromedios o Medios de Comunicación Alternativa, en adelante MCA, son medios que la gente utiliza para compartir sus reflexiones, criterios, opiniones, su visión de la realidad, asumen una actitud contestataria con respecto a los Medios de Comunicación Tradicional y su lógica de información-poder.

³⁵ CEVALLOS, María del Carmen, *“Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente”*, disponible en la World Wide Web: <http://www.ciespal.net/ciespal/images/docu/produccionacademica/Ponencia%20Ma.%20del%20Carmen%20Cevallos.pdf>, citado en 5 de Agosto del 2011, Pág. 7.

Se afirma que los MCA son “*Medios de comunicación no centrados en la dinámica empresarial, no centrados en el espectáculo de la vida sino en la vida misma, en la lucha de la vida.*”³⁶

Gran parte de las experiencias con los MCA las tiene la Radio, que mediante la posibilidad de dar voz a quienes no la tienen, se ha ido fortaleciendo en sectores rurales de América Latina.

En cuanto al Video no ha gozado de las experiencias de la Radio, sobre todo por cuestiones económicas que impiden adquirir o alquilar equipos para la producción. Sin embargo, varias instituciones, como el caso de Calandria y TV Cultura en el Perú, han impulsado Proyectos de Video Alternativo y participativo.

Los micromedios son medios para la lucha por la construcción de un nuevo mundo, alejado de la lógica capitalista y la individualidad que provoca, por tal razón, estos medios empiezan a trabajar desde lo colectivo, desde lo social fomentando participación e involucramiento en la toma de decisiones. Si los MCA son muestra clara de que hay distintos lugares de enunciación, distintas formas de ver el mundo y distintas necesidades, una de ellas es la Salud, pues los planes de salud impulsados por los Gobiernos no tienen el alcance adecuado, que motiva a las personas a buscar nuevas formas de utilizar los medios para crear programas de salud preventiva, salud sexual y reproductiva, con términos, hechos y productos que se encuentren a su alcance, sobre todo con los códigos compartidos entre ellos.

Es así que los micromedios buscan no caer en la lógica tradicional y utilizan sus espacios para incentivar la participación de las personas y crear productos para el bienestar de las personas.

4.- Discapacidad o Diversidad funcional

4.1 Construcción de Diversidad Funcional

El término discapacidad, con el cual se denomina a este grupo de atención prioritaria proviene de la unión de dos palabras: el prefijo Dis y la palabra Capacidad. El prefijo

³⁶ COLUSSI, Marcelo, “*Medios de comunicación alternativos: Una guerra popular*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.voltairenet.org/article138301.html>, citado en 20 de mayo del 2011.

menciona la ausencia o separación, mientras que capacidad, según la Real Academia de la Lengua³⁷ significa aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo, es así que se usa el término Discapacidad para referirse a una persona con ausencia de aptitud, talento o cualidad, o simplemente a quien no tiene autonomía física para valerse por sí mismo para cumplir con tareas básicas como alimentarse, asearse, movilizarse, etc. Goffman afirma que *“En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, tales como inválido, bastardo y tarado, sin acordarnos, por lo general, de su significado real.”*³⁸

En el Ecuador, la Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física FENEDIF, ha creado una Guía de Lenguaje Positivo y Comunicación Incluyente donde sugiere la forma más adecuada para referirse a este grupo de atención prioritaria: Persona con Discapacidad Física, esta denominación busca rescatar principalmente al ser humano, sujeto de deberes y derechos en igualdad de condiciones y con la necesidad de atención prioritaria.

Las distintas formas de dominar a este grupo de atención prioritaria va cambiando conforme la cultura y el tiempo donde se desarrolla cada sociedad, es así que en España los llaman minusválidos o inválidos, estas construcciones siempre han estado cargadas de discriminación, pues *“... la minusvalía está constituida por la limitación o limitaciones de carácter funcional que afecten el cuerpo de una persona; la discapacidad es la pérdida o limitación de oportunidades que se deriva de la discriminación directa o indirecta.”*³⁹

Para la elaboración del producto se usará una nueva denominación de carácter incluyente, desplazando la definición médica que contribuye terminológicamente a la discriminación, que además excluye de su realidad a mujeres, pues el término es de

³⁷ Real Academia de la Lengua, Disponible en la World Wide Web: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=poder, citado en 26 de julio del 2011.

³⁸ GOFFMAN, Erving, *“Estigma. La identidad deteriorada”*, Pág. 15, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Décima reimpresión, 2006.

³⁹ GONZALEZ, Pilar, *“Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las Agencias de cooperación Internacional”* Pág. 5, disponible en la World Wide Web: halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf

carácter masculino donde se evidencia una falta de enfoque de género en la nomenclatura utilizada, sobre todo en la española, es así que surge la propuesta de impulsar el término de diversidad funcional, acuñado por Javier Romañach miembro del foro de Vida Independiente de España, que representa una cuestión inherente al ser humano, no únicamente de hombres o de mujeres, asegura que “...*las mujeres y hombres con diversidad funcional son diferentes, desde el punto de vista biofísico, de la mayor parte de la población.*”⁴⁰ Es decir que tanto hombres y mujeres realizan sus funciones de manera distinta. Se considera a este el término más acertado para realizar una producción incluyente y participativa.

4.2 El tema in-discutible⁴¹

El tema in-discutible, como lo plantea María Soledad Arnau Ripolles, es simplemente el hecho de hablar del origen, circunstancias y trato social de la discapacidad física que poseen las personas. Para la mayoría de personas, ajenas a esta condición, resulta ser un tema desconocido, que no impide opinar sobre ella recurriendo a ideas preconcebidas que no aportan para abrir nuevas formas de entender la discapacidad.

Estas ideas preconcebidas construyen imaginarios ajenos a la realidad de las personas con discapacidad física, incluso llegan a discriminarlas. Pilar González Rams afirma: “*Las personas con discapacidad constituyen un grupo de población que ha sido tradicionalmente discriminado de una manera diferente al resto de minorías que también han sufrido o sufren discriminación (mujeres, personas de raza negra, indígenas, inmigrantes, etc.)*”.⁴²

⁴⁰ GONZALEZ, Pilar, “*Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las Agencias de Cooperación Internacional*” Pág. 6, disponible en la World Wide Web: halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf.

⁴¹ ARNAU, Ma. Soledad, “*Sexualidad(es) y discapacidad(es). La igualdad diferente.*” Ponencia presentada para el Seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Del 30-31 de agosto al 3 de septiembre (Santander, 2004). Pág. 2.

⁴² GONZÁLEZ, Pilar, “*Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*”, Disponible en la World Wide Web: http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf, Pág. 2.

La diversidad funcional se produce por dos cuestiones: una lesión en la médula espinal y de carácter congénito. En cuanto a la lesión medular, clínicamente se afirma: *“La paraplejía es el resultado de una lesión de la médula espinal localizada a nivel de las vértebras torácicas, o más abajo en la región lumbar y/o las regiones sacro-coxígenas. La pérdida de la función motora o de la sensación afecta a las piernas y la porción baja del tronco.”*⁴³

Las personas con paraplejía tienen su condición, producto de una lesión en la columna compuesta por 33 vértebras: 7 vértebras cervicales (C1 – C7), 12 vértebras torácicas (T1 – T12), 5 vértebras lumbares (L1 – L5), 5 vértebras sacras (S1 – S5) y 4 vértebras fusionadas que forman el coxis.

“Cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal a un ser humano. Las discapacidades son siempre consecuencia de alguna deficiencia, pero éstas a veces no producen discapacidad, por lo que podríamos decir que hay más deficiencias que discapacidades. Las discapacidades representan trastornos funcionales a nivel de la persona.”⁴⁴

Otra de las causas, la espina bífida es el defecto congénito, es decir, un rasgo presente en el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina y es el causante de discapacidad severa más frecuente, es un defecto de la columna vertebral que se presenta por un fallo en el cierre del tubo neural durante la gestación. Este daño es irreversible y permanente.

4.3 Trato Social

El trato social será visto desde un encuentro mixto, en términos de Goffman, entre un individuo estigmatizado y un, lo que llama el autor, “normal”.

Socialmente lo diverso, lo diferente, es excluido del normal desarrollo social, practicado desde una visión capitalista, donde rige la moda, el individualismo. Es en este entorno donde lo diverso, donde las distintas prácticas sociales y físicas son discriminadas.

⁴³ ASOCIACIÓN CANADIENSE DE PARAPLÉJICOS, *“Vida después de una lesión de la médula espinal”*, Biblioteca Nacional de Quebec, 1996, Pág. 4.

⁴⁴ GONZALEZ, Pilar, *Ibíd.*

El tema in-discutible permite a la sociedad opinar sobre la discapacidad física de las personas basándose en ideas preconcebidas que dotan de características ajenas a esta población. Incluso existen planes de asistencia elaborados por personas sin discapacidad que son muy ajenas a esta condición, lo que produce que no se profundice en las necesidades reales de esta población, en este sentido, *“No sólo se busca compartir mensajes que sean útiles para las personas, sino que se reconozcan en los mismos.”*⁴⁵ Para reconocerlos es necesario que ellos mismos los produzcan, así sabrán que impacto y que alcance se podrá obtener.

Las personas con diversidad funcional son víctimas de un proceso de marginación y exclusión social, sobre todos las mujeres quienes cumplen con dos características: ser de género femenino y cumplir con sus tareas de una manera distinta.

Las mujeres con esta condición diversa se enfrentan a una doble invisibilización pues no encajan en la idea del cuerpo perfecto ni se les deja ejercer su rol femenino en la sociedad, donde los valores dominantes son los masculinos, el hombre es el de la independencia, el productor económico y el que puede superarse. A esta doble invisibilización se la conoce como Teoría de la Doble Discriminación basada en diversidad funcional + género = exclusión. Se puede hablar también, según Soledad Arnau⁴⁶, de una Teoría de la Discriminación Múltiple pues muchas mujeres con diversidad funcional pertenecen a distintas etnias, culturas, con otras orientaciones sexuales, pobres, mayores

El trato social excluyente va fomentando dependencia en las personas con discapacidad física, provoca que se aíslen de la sociedad y su lógica, por ende también del sexo opuesto. *“Al hacerlo pierden la oportunidad de descubrir que su*

⁴⁵ CEVALLOS, María del Carmen, *“Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente”*, disponible en la World Wide Web: <http://www.ciespal.net/ciespal/images/docu/produccionacademica/Ponencia%20Ma.%20del%20Carmen%20Cevallos.pdf>, citado en 5 de Agosto del 2011, Pág. 2.

⁴⁶ GONZALEZ, Pilar, *“Violencia de Género contra la(s) Mujer(es) con discapacidad(es)”*, disponible en la World Wide Web: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/ciclo/discapacidades.pdf>, Pág. 8, citado en 6 de Agosto del 2011.

discapacidad muchas veces incomoda menos al otro miembro de la pareja de lo que el discapacitado piensa.”⁴⁷

Las personas con discapacidad física no tienen presiones para emparejarse, es más, la familia es la que busca que suceda todo lo contrario para seguir protegiéndolo. Uno de los problemas entre pareja conformada por una persona con discapacidad y una sin discapacidad radica en que la persona que tiene una condición diversa espera que su pareja sin discapacidad lo atienda de la misma forma que lo atendían en su casa. Por su parte, las personas sin discapacidad piensan que su pareja es totalmente independiente. En una relación de pareja, es más fácil llevar una discapacidad física preexistente a una posterior, pues la relación cambia, desde las actividades básicas hasta la sexualidad, según lo afirma la Dra. Fuhrmann: *“Falta ahondar, sin embargo, en la influencia de una discapacidad en la interacción de una pareja, en su vida afectiva y sus relaciones con el entorno.*”⁴⁸

En cuanto al Modelo Social de la Discapacidad se menciona que *“... sugiere que las personas con deficiencias sensoriales, físicas, cognitivas y mentales son discapacitadas como consecuencia de las desventajas estructurales que se mantienen en una sociedad hecha para y por las personas sanas y capaces*”⁴⁹

Se plantea como solución al trato social de las personas con diversidad funcional la Interseccionalidad, la misma que *“ha sido incorporada en la investigación social y política para destacar la interacción simultánea de múltiples diferencias humanas según género, raza/etnia, clase, religión, orientación sexual, edad, capacidad, ciudadanía, identidad nacional, contexto geopolítico o condiciones de salud.*”⁵⁰

⁴⁷ FUHRMANN, Ingeburg, *“Vida en pareja y discapacidad”*, Pág. 2, disponible en la World Wide Web: [http://www.capaces.org/upload/fckeditor/File/Ingeburg%20-%20Pareja%20y%20discapacidad%20-%20Art%C3%ADculo\(1\).pdf](http://www.capaces.org/upload/fckeditor/File/Ingeburg%20-%20Pareja%20y%20discapacidad%20-%20Art%C3%ADculo(1).pdf), citado en 1 de Agosto del 2011

⁴⁸ Ibidem Pág. 1.

⁴⁹ GONZALEZ, Pilar, *“Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades: un colectivo todavía invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las Agencias de Cooperación Internacional”*, disponible en la World Wide Web: http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf, Pág. 4, citado en 6 de Agosto del 2011

⁵⁰ Ibidem

Otro de los problemas que existen en la sociedad ecuatoriana es la ausencia de instituciones o residencias que acojan a las personas con diversidad funcional para atenderlas diariamente y brindarles asistencia.

Además, se debe tratar de no minimizar sus acciones, y engrandecer las tareas básicas que ellos van realizando cotidianamente, entonces, *“Siente que sus logros menos importantes son considerados como signos de sus admirables y extraordinarias aptitudes.”*⁵¹

4.4 Inclusión Laboral

La Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física FENEDIF, con el apoyo del Gobierno Nacional han impulsado un plan de inserción laboral denominado Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad SIL, que surge de la necesidad mutua entre el sector empresarial y las personas con discapacidad física, de crear espacios laborales en donde poder desarrollar las capacidades de toda la población. Su campo de acción empieza a irse consolidando, es así que ya son 9 provincias en las cuales se ha implementado, donde existen más de 2900 personas con discapacidad que tienen empleos permanentes, remunerados y legalizados.

El Servicio de Integración Laboral brinda servicio y asesoría para la inserción laboral, motiva a las empresas públicas y privadas a crear procesos claros y transparentes de contratación de personal en todas las condiciones. Este servicio pretende brindar las posibilidades laborales que en el pasado no habían tenido y que a ningún gobierno había preocupado.

Existen varios convenios con el Estado o con organizaciones tales como la Cámara de Industrias de Guayaquil, que ofrece de forma gratuita capacitación a personas con discapacidad física, que sirven para su desarrollo personal y profesional.

⁵¹ GOFFMAN, Erving, *“Estigma. La identidad deteriorada”*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Décima reimpresión, 2006, Pág. 26.

4.5 Comunicación para visibilizar realidades

La sociedad excluye lo diverso recurriendo a la utilización de mecanismos que van omitiendo la presencia de estos grupos. A esto se lo denomina invisibilización, de la cual son víctimas las personas con discapacidad física. Una de las formas de invisibilizar a esta población es considerarla vulnerable, débil e incapaz de llevar una vida con los parámetros sociales considerados como normales: trabajo estable, remuneración, movilización, independencia total. Lo que no se toma en cuenta es que la sociedad es la que va construyendo las barreras para que las personas con discapacidad se vean en la obligación de buscar asistencia.

El proceso de invisibilización con frecuencia recurre a la generalización o a un proceso de inducción, que parte de cuestiones particulares de una persona para considerarla como una característica de toda la población, de esta manera es que empiezan a dotar a las personas con discapacidad de características ajenas a su condición, entre las principales: asexualidad, dependencia, vulnerabilidad, debilidad, incapacidad, soledad, entre otras.

De este proceso de invisibilización se plantea la cuestión del “otro” o de los “otros” en oposición a un grupo determinado. Lo que no aparece en los medios de comunicación simplemente no existe para muchas personas.

En términos de Erving Goffman, las personas con discapacidad física se convierten en estigmatizadas, donde *“El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos.”*⁵² Para el autor hay tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo, defectos del carácter del individuo y los estigmas tribales. Las personas con diversidad funcional se enmarcan en el primero. *“Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante el cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida.”*⁵³

⁵² GOFFMAN, Erving, *“Estigma. La identidad deteriorada”*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Décima reimpresión, 2006, Pág. 13.

⁵³ *Ibíd*em

En cuanto a los medios de comunicación, se convierten en un mecanismo de invisibilización, pues excluyen de sus difusiones a los temas y personas que ellos consideran que no deben tener voz para expresarse, sobre los medios de comunicación. *“Así, la “comunicación” es una muralla con una pequeña ventanita por donde nos muestran lo que quieren que veamos y para que pensemos en lo que ellos quieran y como ellos decidan... invisibilizando lo que no responda a sus intereses.”*⁵⁴

La visibilización de este colectivo busca promover la normalización e inserción del colectivo en la sociedad. Una forma de ir visibilizando a las personas con discapacidad física es la inclusión laboral, proyecto que se lleva a cabo con un constante contacto con quienes buscan beneficiarse de este proyecto, además de irlos integrando en instituciones, ya que *“la mejor forma de integración es hacer plenamente visible la discapacidad y aprovechar las potencialidades de cada persona en su justa medida.”*⁵⁵

Una forma de visibilizar a esta población es el trabajo con ellos, potenciando sus capacidades, escuchándolos, haciendo que interactúen, que hablen sobre sus necesidades, deseos y virtudes, para esto se recurre principalmente al diálogo entre las partes, tanto entre este colectivo como con facilitadores y autoridades nacionales. Una forma de visibilización es la creación de productos alternativos para difundir en distintos espacios, que evidencia realidades que fueron ocultadas por la lógica mediática tradicional y que no por eso han dejado de practicarse y estar vigentes.

5.- Sexualidad

5.1 La construcción Social del discurso de la Sexualidad

La sexualidad es un conjunto de condiciones afectivas, fisiológicas, incluso culturales asociados a la búsqueda de placer y la reproducción, no es únicamente una

⁵⁴ BOX, Enrique, *“La muralla de invisibilización, uno de tantos métodos del poder mediático. Antídoto”*, disponible en la World Wide Web: <http://soydondenopiense.wordpress.com/2011/08/01/la-muralla-de-invisibilizacion-uno-de-tantos-metodos-del-poder-mediatico-antidoto/>, citado en 9 de Agosto del 2011.

⁵⁵ DELGADO, Pedro, *“Visibilizar la discapacidad”*, disponible en la World Wide Web: <http://www.latribunadealbacete.es/noticia.cfm/Vivir/20100909/visibilizar/discapacidad/F20FBD3C-E5A0-E312-DDDA9710E5CF2652>, citado en 15 de Agosto del 2011.

condición humana, sino también animal, por tal razón, por muchos años se consideró a la sexualidad en términos generales como un elemento instintivo, donde todas las prácticas sexuales que no tenían como fin la procreación eran mal vistas.

Según lo menciona la Organización Mundial de la Salud, la Sexualidad es

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"⁵⁶

La psicología moderna afirma que la sexualidad se aprende, la misma tiene algunas características, entre ellas: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético y físico. El erotismo se relaciona con la capacidad de sentir placer mediante excitación sexual, el deseo sexual y el orgasmo. La vinculación afectiva es la posibilidad de establecer relaciones interpersonales importantes para los involucrados. *"El comportamiento sexual se da, en general, en el contexto de relaciones de afectividad. El enamoramiento, el amor, no es otra cosa que el impulso que nos mueve a establecer un vínculo íntimo con otra persona con el fin de cubrir nuestra necesidad de seguridad emocional"*⁵⁷. La reproductividad se refiere a la capacidad para tener hijos, además de establecer sentimientos de maternidad y paternidad. En cuanto al sexo se relaciona con la pertenencia a una de las dos categorías: femenino o masculino y la orientación sexual.

La sexualidad se desarrolla y se expresa de distintas maneras durante la vida de la persona, es así que de los 0 a los 6 años el niño empieza a sentir los primeros

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), *"Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health"*, Ginebra, Pág. 10, disponible en la World Wide Web: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf, citado en 6 de Septiembre del 2011.

⁵⁷ GÓMEZ, Javier, "La Sexualidad en el ciclo vital o Sexualidad y afectividad en personas con discapacidad intelectual. Breve guía para reflexión." Ponencia, "Sexualidad y discapacidad", Libro de Ponencias realizadas el 9 y 10 de julio del 2009, Editorial Cadis Huesca, Pág. 26.

contactos y muestras de afecto que recibe, lo que se denomina la “seguridad básica” que servirá para la socialización. En esta edad se empieza con la adquisición de la identidad sexual, es decir, la toma de consciencia de pertenecer al género masculino o femenino. Además en esta edad el niño empieza a entender el contexto y las relaciones entre hombre y mujer. En la siguiente etapa de 6 a 12 años se empiezan a fortalecer lo aprendido en la etapa anterior, incluso se llega a un proceso de reconocimiento del cuerpo a través de un proceso auto erótico.

En la etapa de los 12 a los 16 años se presentan los cambios físicos más representativos, donde el cuerpo de un niño o niña se convierte en el de un hombre o en el de una mujer, esta conformación reafirma o replantea su identidad de género. Otra de las características de este periodo es el despertar sexual del deseo, donde el auto erotismo o masturbación se expresa así como la necesidad de establecer una relación heteroerótica con una persona del otro género.

El auto erotismo es uno de los primeros comportamientos sexuales, que ha sido estigmatizado desde el siglo XVIII producto de sociedades restrictivas. El auto erotismo o masturbación es *“un conjunto de comportamientos de autoestimulación dirigidos a la obtención de satisfacción sexual a través de la activación del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo.”*⁵⁸

De los 16 años en adelante el deseo sexual se expresa de distintas formas. La persona empieza a buscar posibles contactos sexuales con otros. En nuestra sociedad se piensa que las relaciones sexuales compartidas son muy tempranas en la adolescencia, es mejor llevarlas a cabo cuando una persona es mayor de edad a los 18 años o cuando ya se es independiente, ya que cuando una persona crece el erotismo es proyectado hacia los demás, donde llegar a tener relaciones sexuales con otras personas está mediatizado por elementos psicológicos.

⁵⁸ GÓMEZ, Javier, “La Sexualidad en el ciclo vital o Sexualidad y afectividad en personas con discapacidad intelectual. Breve guía para reflexión.” Ponencia, “Sexualidad y discapacidad”, Libro de Ponencias realizadas el 9 y 10 de julio del 2009, Editorial Cadis Huesca, Pág. 20.

La respuesta sexual humana es uno de los efectos de la nueva organización sexual, que se expresa en: el deseo, la excitación y el orgasmo. El deseo motiva a las personas a buscar satisfacción sexual, se enciende y se apaga como un mecanismo, se relaciona con las fantasías sexuales. Sobre la excitación, es un efecto directo del deseo sexual, se expresa en los genitales tanto de hombres y mujeres, así: erección del pene y lubricación de la vagina respectivamente. Finalmente el orgasmo es la fase última, donde se realiza una descarga de la tensión acumulada en las fases anteriores, se realizan contracciones placenteras llegando así al final del ciclo fisiológico de la respuesta sexual, dando así paso a la normalidad nuevamente.

A la sexualidad se la puede estudiar desde múltiples disciplinas. El comportamiento sexual es producto de la cultura y varía de una cultura a otra.

El tema de la sexualidad, según Michel Foucault⁵⁹ empieza a ser un tema prioritario a partir del siglo XVII, donde la producción del discurso es controlada, seleccionada y redistribuida por ciertos procedimientos, que tienen como función esquivar la materialidad del mismo, y “...las regiones en las que la malla está más apretada, allí donde se multiplican las casillas negras, son las regiones de la sexualidad y la política por el poder...”⁶⁰

5.2 ¿Sexualidad o Sexualidad-es?

El producto busca principalmente considerar la sexualidad desde otra perspectiva, en un campo más amplio, contrarrestando el carácter simplista que asocia sexualidad con coito.

Todas las personas, sin distinción alguna, tienen derecho a ejercer una vida sexual digna, saludable y a ser partícipes del bienestar y seguridad que la misma otorga. Este derecho lo garantiza la constitución en el capítulo sexto: Derechos de libertad,

⁵⁹ FOUCAULT, Michel, “*El sexo como moral*”, disponible en la World Wide Web: http://www.taringa.net/posts/info/2662250/El-sexo-como-moral---Entrevista-con-M_-Foucault.html, citado en 2 de agosto del 2011.

⁶⁰ FOUCAULT, Michel, “*El orden del discurso*”, Fabula Tusquets Editores, 2da. Edición, Buenos Aires, 2005, Pág. 15.

artículo 66, numeral 9⁶¹, se demuestra que, al menos en el Ecuador, según la Nueva Constitución, la sexualidad es una, universal y aplicable a todas las personas por igual.

La sexualidad es una expresión de que estamos vivos; que tenemos sentimientos, sensaciones y estímulos. Un aporte valioso lo plantea María Soledad Arnau Ripolles: *“En estos momentos, es prácticamente mucho más propio hablar de “sexualidad-es” en la medida en que es tan plural y diversa como lo son las personas.”*⁶²

La discapacidad, al ser una condición diversa, tiene distintas formas de llevar a cabo sus actividades cotidianas, también su sexualidad, en este caso, para este colectivo es posible mantener una vida sexual activa, si se toma en cuenta al patrón hegemónico sexualidad-coito, ya que mediante estimulación psicogénicas y directas se puede conseguir una erección en el caso del hombre y un procedimiento de lubricación vaginal en la mujer.

Ampliando el espectro con relación a la temática sexual, desde la diversidad funcional existe otra forma de llevarla a cabo mediante estimulaciones físicas en las zonas más sensibles, mediante relaciones afectivas entre la pareja, interacción con otras personas. Se debe tomar en cuenta que la sexualidad está en la mente y no en los genitales.

La sexualidad busca que la persona pueda disfrutar a plenitud desde las diversas condiciones físicas de quienes la practican, además de otorgar la libertad de elegir su pareja, así como cuántos hijos tener. El hecho que su discurso sobre sexualidad sea construido desde la diversidad, no les niega derechos ni constitucionales ni sexuales.

⁶¹ El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

⁶² ARNAU, Ma. Soledad, *“Sexualidad(es) y discapacidad(es). La igualdad diferente.”* Ponencia presentada para el Seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Del 30-31 de agosto al 3 de septiembre (Santander, 2004). Pág. 7.

Brindar fácil acceso a esta información puede generar condiciones acordes para llevar a cabo conversatorios a la vez que puede servir como intercambio de experiencias entre personas con discapacidad física.

5.3 Sexualidad y diversidad funcional

Hablar de sexualidad en nuestros días es difícil. Para las personas sin ninguna discapacidad física hablar de intimidad se convierte en un tema intocable, se piensa que se atenta contra su integridad. En cuanto a lo diverso, *“Las personas con discapacidad evidentemente son personas sexuadas que se desenvuelven en el mundo y que se expresan como tales. Se integran en la sociedad como hombres o como mujeres. No hay ninguna razón para pensar que su sexualidad es diferente.”*⁶³

El tema in-discutible, con sus ideas preconcebidas, dota de características ajenas a las personas con discapacidad, una de ellas es la asexualidad, *“La sexualidad es una realidad de todas y todos, con y sin discapacidad, por lo que “reconocerlo” es un derecho.”*⁶⁴ se debe proteger este derecho y fomentar que el mismo se cumpla, incluso que se discuta. Al respecto Soledad Arnau menciona *“Una buena educación sexual junto con el potenciar la autoestima, contribuirá a que las personas con discapacidad tengamos menos prejuicios sobre nosotros/as mismos/as, y en caso de que escojamos tener pareja y/o mantener relaciones sexuales, lo hagamos sin prejuicios.”*⁶⁵

La sociedad excluye a lo diverso, *“El miedo ha logrado que la sexualidad de las personas con discapacidad no se haya reconocido, se haya negado y se haya tratado de anular.”*⁶⁶

⁶³ GÓMEZ, Javier, “La Sexualidad en el ciclo vital o Sexualidad y afectividad en personas con discapacidad intelectual. Breve guía para reflexión.” Ponencia, “Sexualidad y discapacidad”, Libro de Ponencias realizadas el 9 y 10 de julio del 2009, Editorial Cadis Huesca, Pág. 14.

⁶⁴ ARNAU, Ma. Soledad, *“Sexualidad(es) y discapacidad(es). La igualdad diferente.”* Ponencia presentada para el Seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Del 30-31 de agosto al 3 de septiembre (Santander, 2004). Pág. 10.

⁶⁵ *Ibíd.*

⁶⁶ GÓMEZ, Javier, *Ibid*, Pág. 13.

La sexualidad en personas con discapacidad física ha sido un tema poco tratado tanto por las organizaciones públicas y las privadas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador no posee ningún plan que trabaje sobre temas sexuales en personas con discapacidad física. Los únicos que se han implementado son de prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención del embarazo cuyos destinatarios son el público en general y no grupos específicos.

Llevar una vida sexual activa desde la discapacidad no le resta intensidad. De hecho, *“Se nos dice que la sexualidad es una de las formas más completas de comunicación que tenemos todas las personas, puesto que en ella intervienen los niveles físico, sensorial, mental y afectivo (comunicación verbal, corporal, afectiva, mental, sensorial...)”*⁶⁷

Una persona con discapacidad física puede llevar una vida sexualmente activa, tomando en cuenta ciertas prevenciones, entre ellas están: el control constante de la temperatura corporal, los ejercicios de respiración, reeducar la vejiga, evitar la osteoporosis producida por la inmovilidad para que no cause fracturas, entre otras.

Además la sexualidad también implica interacción, contacto con otras personas, así, *“La sexualidad abarca también la interacción con otras personas, la manera en que damos y recibimos afecto, el prisma a través del cual nos vemos y la forma en que tratamos a otras personas y a nosotros mismos. La sexualidad no se refiere solamente a la función de nuestros genitales”*⁶⁸

La discapacidad no niega la sexualidad de las personas, como lo mencionan varios manuales sobre discapacidad: *“Todos somos seres sexuales, desde la cuna hasta la sepultura, y tenemos el derecho de gozar de nuestra sexualidad.”*⁶⁹

⁶⁷ ARNAU, Ma. Soledad, “Sexualidad(es) y discapacidad(es). La igualdad diferente. Ponencia presentada para el Seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Del 30-31 de agosto al 3 de septiembre (Santander, 2004). Pág. 6.

⁶⁸ ASOCIACIÓN CANADIENSE DE PARAPLÉJICOS, “Vida después de una lesión de la médula espinal”, Biblioteca Nacional de Quebec, 1996, Pág. 55.

⁶⁹ *Ibíd.*

Tomando en cuenta que la diversidad funcional, sea producto de una lesión de la médula espinal, esta afecta menos la capacidad física de la mujer que del hombre para llevar a cabo una relación sexual tradicional que implica coito. Su fertilidad tampoco se ve afectada, aunque el ciclo menstrual puede tener algunas variaciones debido a la conmoción que padece el cuerpo luego de la lesión, sin embargo la mujer es tan fértil como antes, incluso puede tener un parto normal, pero requiere de un control constante, sobre todo prevención. Las mujeres con lesión tiene la posibilidad de recurrir a la utilización de métodos anticonceptivos, tales como: píldora, solo bajo prescripción médica pues, dependiendo del tipo de lesión puede causar coágulos de sangre, depo provera que se inyecta cada 90 días y hace que los ovarios suspendan su función evitando de esta manera que se desprenda el ovulo, Dispositivo intra-uterino, siempre que los órganos internos todavía tengan sensaciones. Para una mujer después de una Lesión requiere de mayor prolongación en el preámbulo sexual para alcanzar el orgasmo.

En el caso de los hombres las erecciones dependen de la lesión y del grado del daño. Las mismas pueden ser de dos tipos: psicogénica y directa. En el caso de la primera se produce por una estimulación no genital, producida por la mente, se trata de un impulso nervioso que parte del cerebro y desciende por la espina dorsal hasta el nivel neurológico T12-L1-L2. A partir de allí, la señal viaja en dos direcciones. Deja la medula y se dirige al pene en donde produce una erección psicogénica, o a la vagina en donde el clítoris y el labio se engrosan y se estimula el reflejo de la lubricación. El impulso también continua a lo largo de la espina dorsal hasta el centro reflejo en donde refuerza la estimulación de la erección. Las fantasías, la visualización de un hombre seductor o la interacción con el amado también estimulan las secreciones: a esto nos referimos cuando hablamos del componente psicogénico. Aun cuando no haya sensación en los órganos sexuales, el deseo sexual y las caricias en los genitales pueden provocar la liberación de secreciones vaginales.

La estimulación directa de los órganos genitales produce un impulso nervioso que afecta el centro reflejo de la medula localizado en el nivel neurológico S2-S3-S4. Este impulso sensorial refleja que no involucra al cerebro. El mismo principio se aplica al hablar sobre la estimulación y la excitación de los órganos genitales femeninos.

La sexualidad para las personas con discapacidad física radica en la comunicación de la pareja principalmente, para que tanto el uno como el otro sepa las necesidades y estimule las zonas donde existe sensibilidad, para esto es necesario que los roles sexuales pasivo y activo se dejen a un lado. Entonces, como lo menciona un manual de Vida después de una lesión medula, *“Es importante vivir sus emociones a medida que van surgiendo: es necesario expresar el dolor. Ocultar lo que le molesta, pretender que esos sentimientos no existen, no es la mejor solución. Tiene que vivirlas.”*⁷⁰ Para vivirlas es necesario dejar de lado el miedo a la exclusión, ya que *“Juan José Borrás, director de Discasex.com, el foro más importante de atención sexológica al discapacitado [apoyado por la Generalitat Valenciana], cree que el "temor al rechazo" -por el entorno social- es uno de los principales inconvenientes para que disfruten de una vida en pareja plena.”*⁷¹

La sexualidad, haciendo referencia al placer puede buscar una satisfacción auto erótica o compartida, esta última genera algunos inconvenientes, pues se manifiesta que la sexualidad compartida es de personas independientes y mayores de edad, considerando que las personas con discapacidad, algunas de ellas, depende de terceros para realizar sus tareas básicas e incluso en ocasiones cuestiones sexuales, esto les impide llevar con normalidad una vida sexual compartida convencional.

La vida sexual compartida tiene algunos comportamientos, una de ellas es la heterosexualidad, es decir la sexualidad compartida con personas de diferente género, una modalidad de esta es la homosexualidad, que sigue siendo incomprendida más aún en la discapacidad de cualquier índole. En las personas con discapacidad física se dan contactos sexuales entre personas del mismo sexo y de la misma condición, que no implica una tendencia homosexual, sino que el escaso contacto que tienen con personas de otro género lo que los motiva, cualquier experiencia sexual consentida por ambos es aceptable. La actividad sexual humana tiene dos ejes: la búsqueda del placer y la fecundidad.

⁷⁰ ASOCIACIÓN CANADIENSE DE PARAPLÉJICOS, *“Vida después de una lesión de la médula espinal”*, Biblioteca Nacional de Quebec, 1996, Pág. 55.

⁷¹ *“Sexo para discapacitados: Habla una especialista de € 200 por hora ”*, disponible en la World Wide Web: http://www.lavoz901.com.ar/despachos.asp?cod_des=73373&ID_Seccion=54, citado en 13 de Junio del 2011.

5.4 Identidad de género

La sexualidad de los animales es una cuestión instintiva más rígida, mientras que el comportamiento sexual de los seres humanos es más flexible. La identidad sexual se construye desde dos puntos: uno biológico que se produce en el embarazo donde una persona se diferencia por su sentido masculino o femenino. Por otro lado, está la condición psicosocial que se refiere a la conciencia propia de pertenecer a un sexo u otro: femenino o masculino, este proceso se lleva a cabo entre los 2 y 4 años. Pertenecer a un género implica socialmente que debe ser atraído por el del sexo opuesto, si ocurre lo contrario, generando así homosexualidad, viene a ser un tema del cual hay que “preocuparse”.

5.4.1 La Masculinidad

Consiste en una serie de significados de orden social que van cambiando y se van construyendo constantemente de acuerdo a las necesidades y funciones que se presentan en una relación de género. La masculinidad no son creadas iguales, van variando de persona a personas. En las sociedades, los hombres tratan de demostrar constantemente que son diferentes a lo femenino, recurriendo a actos violentos y una posición dura y fuerte. Otra de las características considera que el hombre debe controlar sus emociones. La masculinidad desde la antigüedad tiene un rol que le conduce a realizar las tareas difíciles, duras, el control, incluso el poder. Con frecuencia se asegura que la masculinidad son comportamientos y cualidades que se asocian a los hombres dentro de una sociedad.

De la idea de masculinidad puede desprenderse el machismo, que es una actitud de prepotencia de los varones hacia las mujeres.

5.4.2 La Femenidad

La feminidad es un concepto que alude a los comportamientos y características intrínsecas de la mujer. Desde los griegos el género femenino ha sido, al igual que los esclavos, de carácter pasivo, basados en la naturaleza y en su estatus social. A la

mujer se la ha dado la condición de lo bello, lo débil, la demostración de afecto. Estas características son aprendidas u otras son características específicamente biológicas. Tanto la feminidad y la masculinidad son complementarios.

Las relaciones de género entre hombres y mujeres, así como la creación de identidad se forjó a partir de la división social del trabajo.

A partir del concepto de feminidad surgen procesos de igualdad como lo es la liberación femenina, fomentando la idea de que no hay tareas específicas que solo pueden desarrollar los hombres o son concebidas para lo masculino. De por si, la liberación femenina empieza a cuestionarse el rol de la feminidad dentro de la sociedad.

5.5 Comunicación como herramienta de reconocimiento social y sexual

Se parte de la forma en que la sociedad considera a las personas con discapacidad física: el modelo tradicional de la rehabilitación y el modelo de la autonomía personal o de la vida independiente.

En el primero la persona con discapacidad se ve fundamentalmente como un sujeto de protección o tutela, un ciudadano mantenido perpetuamente en minoría de edad. El problema de la discapacidad se define como un problema del individuo, pues es en su deficiencia y en su falta de destreza donde se localiza el origen de sus dificultades. La solución hay que buscarla, según este planteamiento, a través la intervención profesional de todos los especialistas que constituyen el equipo rehabilitador.

En el segundo caso, surge como reacción ante el modelo de la rehabilitación, frente al poder de los profesionales se demuestra que los pronósticos de vida dependiente e institucionalizada se les asignaban a las personas con graves deficiencias físicas podían ser rotos por ellas mismas.

En otros países existe el debate con respecto a la Sexualidad en personas con discapacidad física, incluso se realizan foros, el problema empieza cuando a esta hay que llevarla a la práctica.

Se considera indispensable fomentar el debate, trabajar desde adentro, desde y con las personas con discapacidad física para empezar a expresar las nuevas necesidades sexuales de este colectivo.

En cuanto a los aspectos íntimos de la relación, es necesario recurrir a la comunicación para satisfacer las necesidades de la pareja.

6.- Producción, participación y terapia

6.1 El video participativo

Se han hecho muchos videos sobre las personas con discapacidad física por parte de medios de comunicación, dando siempre una visión amarillista basada en: los unos filman a los otros, dando la visión de uno sin discapacidad sobre uno con discapacidad. *“Un problema no se resuelve acudiendo a las soluciones que se propusieron en otros tiempos y para otras gentes.”*⁷² Para eso se trabajará sobre el formato de Video participativo.

Esta forma peculiar de hacer video nace en los años 60 en Canadá, su teorización nace en 1999 en Inglaterra en las mentes de Nick y Chris Lurch, con la pretensión de dar conocimientos audiovisuales y todo lo que compone a un barrio, comunidad rural o algún grupo excluido. Se lo podría definir como *“un conjunto de aplicaciones alternativas de las tecnologías audiovisuales en proyectos de desarrollo.”*⁷³ El video participativo es un formato audiovisual que realiza productos con y acerca de grupos sociales que han sido invisibilizados, mediante la participación activa de los mismos en el equipo técnico de producción, desde un inicio hasta el final. *“Ellos no quieren ser parte del star system. Tampoco ser ricos, ni famosos. Las personas menos favorecidas, solo quieren dar a conocer su realidad, sus problemas, ser escuchados y ser incluidos socialmente.”*⁷⁴

⁷² FOUCAULT, Michel, “El sexo como moral” disponible en la World Wide Web: http://www.taringa.net/posts/info/2662250/El-sexo-como-moral---Entrevista-con-M_-Foucault.html, citado en 2 de agosto del 2011.

⁷³ COLLIZZOLLI, Stefano, “Desalajos Cero. Video participativo y dimensión urbana”, disponible en la World Wide Web: <http://www.rizoma-freireano.org/index.php/desalajos-cero-video-participativo-y-dimension-urbana--stefano-collizzolli>, citado en 1 de agosto del 2011.

⁷⁴ MASÍAS, María José, “Video participativo, un medio que cambia vidas” disponible en la World Wide Web: <http://www.infoandina.org/node/29710>, citado en 27 de julio del 2011.

En cuanto al video participativo se manifiesta que “*se asume que da voz a los sin voz, esto es, retrata las realidades políticas, sociales y económicas de las minorías oprimidas y otros a quienes antes se les denegó el acceso a los medios para producir sus propias imágenes*”⁷⁵

El video participativo surge ante la despreocupación de los medios tradicionales hacia grupos menos favorecidos, este formato alternativo resulta ser la mejor opción. El producto se basa en la Inter-creación, es decir la creación entre todos, se crea una mediación de las partes para lograr un entendimiento y un compromiso, en este sentido: el grupo investigador y las personas con diversidad funcional, esto incluye el hecho de compartir el acceso a los equipos de producción y de postproducción. Hay que entender a la producción audiovisual del video participativo enfocada hacia el proceso de interacción, más que a la composición de un equipo técnico de producción tradicional.

Otra de las características del video participativo es la reciprocidad audiovisual, planteado por el cineasta y antropólogo francés Jean Rouch, que constituye en el hecho de mostrar el material filmado y tener acceso a las impresiones de todo el material, por parte de quienes componían el grupo. La idea de trabajar bajo este formato de cine-verdad surgió de lo que plantea Jean Rouch: Ningún extraño puede conocer a una cultura mejor que sus miembros, es así que se busca conocer desde dentro la sexualidad en personas con discapacidad física.

El video participativo busca y crea un nuevo proceso de descentralización audiovisual. Otra de las características de esta herramienta es el término de *prosumer*, es decir: productor y consumidor al mismo tiempo. Sin embargo, se considera que la mejor manera de recurrir a este término es la de prociudadano, dotado de la capacidad de producir y de toma de decisiones, cumpliendo derechos y obligaciones en igualdad de condiciones. Entonces, dentro del video participativo existen facilitadores que dan pautas para empezar a trabajar y son las personas que pertenecen al grupo quienes se encargan de la producción del video, todos realizan

⁷⁵ ENGHEL, Florencia, “*Documental participativo y comunicación para el desarrollo reflexiones a partir de dos experiencias con comunidades indígenas*”, Disponible en la World Wide Web: http://www.alaic.net/ponencias/UNIREV_Enghel.pdf, citado en 27 de julio del 2011, Pág. 10.

tareas de producción, nadie queda excluido, es así que *“Todos filmamos, todos somos filmados y todos nos vemos. El vídeo es el ánimo que nos ayuda a conversar y recordar en nuestras comunidades”*, recuerda Maja Tillmann.⁷⁶

Estos videos son copyleft, de acceso y difusión gratuita, para inspirar a otras personas a realizarlo.

6.1.1 Características del Video Participativo

La base fundamental de este tipo de video consiste en entregar todo el proceso de realización a los grupos con los que se trabaja, existe un facilitador que encamina las tareas para no perder el hilo conductor narrativo, de ahí en adelante, son ellos quienes deciden qué mostrar, cómo mostrar, por qué mostrar, además son quienes manejan todos los equipos de filmación y componen el consejo de edición del mismo.

Entre las características del video participativo tenemos:

- Los participantes, aprenden rápidamente a usar equipos de video mediante juegos y actividades. Los equipos a utilizar son muy simples y sencillos, no profesionales, con la finalidad de que se aprenda fácilmente el manejo de los equipos y se crea conciencia de que existe la capacidad para realizar productos audiovisuales para contar sus formas de ver al mundo.
- Los facilitadores ayudan a los grupos a identificar y analizar temas importantes para ellos, es así que en el tema tratado encontramos la falta de transporte especializado para personas con discapacidad, el tema de la sexualidad, los accesos de la ciudad principalmente.
- Los videos son dirigidos por los participantes, ellos son los que toman la decisión de qué mostrar y como mostrar.
- El producto se muestra a la comunidad y abre espacios de debate.
- Es un proceso dinámico de aprendizaje guiado por un facilitador

Los alcances del video participativo son:

⁷⁶ MASÍAS, María José, *“Video participativo, un medio que cambia vidas”* disponible en la World Wide Web: <http://www.infoandina.org/node/29710>, citado en 27 de julio del 2011.

- Involucra, pues una herramienta atractiva que da resultados inmediatos
- Empodera, es un proceso riguroso que da a los participantes control sobre los resultados que se van a obtener
- Clarifica, los participantes encuentran su voz y se enfocan en hechos y eventos locales.
- Amplifica, los participantes comparten su voz con otros
- Inclusivo y flexible, puede ser utilizado en diferentes actividades y temas, con distintos grupos y permite adaptarse a los grupos de trabajo.
- Acceso, relativamente fácil acceder a sus herramientas e insumos
- Educa, disemina buenas prácticas y conciencia a la comunidad y otras sobre problemas comunitarios.

6.1.2 Diseño de la Herramienta

El diseño de la herramienta radica en 3 cuestiones:

- El potencial para promover la innovación local y el desarrollo endógeno.- crece desde adentro y está basado en los propios recursos, estrategias y valores de las personas, se convierte en una herramienta con gran potencial para estimular los procesos de innovación local.
- La comunicación horizontal y vertical.- las grabaciones realizadas pueden ser utilizadas para divulgar ideas, incentivar e inspirar, por lo tanto puede aumentar la capacidad de las personas para compartir su conocimiento local. En cuanto a comunicación horizontal porque las personas están usando el video para hacer conexiones, desarrollar la solidaridad y compartir innovaciones e ideas, se conecta con la idea de desarrollo endógeno, ya que los miembros comunitarios son los verdaderos expertos que tienen la energía, incentivo y entendimiento para saber qué iniciativas de desarrolla funcionarán mejor para ellos. La comunicación vertical tiene otro sentido, a más del tradicional de arriba hacia abajo, se trata de comunicación de las personas hacia arriba, creando mensajes para quienes formulan políticas y quienes toman decisiones, para mostrarles realidades y perspectivas locales y argumentar por cambios de política o apoyo externo para sus iniciativas.

- Alfabetización visual.- la documentación visual de la innovación local a través del video participativo proporciona material en una forma que es fácilmente entendida. Esto otorga una ventaja decidida sobre la palabra escrita.

6.1.3 Proceso del video participativo

El proceso del video participativo tiene 2 elementos indispensables: volver a reproducir o vuelta de retroalimentación y la preparación previa evita un mal desempeño. En el caso del primero, la función de reproducción del video permite a quienes elaboran filmaciones ver de forma inmediata lo que se acaba de filmar. Esta posibilidad promueve una ágil retroalimentación y sirve para reflejar nuevamente su realidad. Mirar el metraje se constituye en una experiencia grupal íntima. La segunda afirma que antes de comenzar a trabajar en grupo, los facilitadores deberían determinar los objetivos de su equipo, todo debería estar muy claro para poder explicar a los participantes.

Entre las características del proceso tenemos: el quebrar el hielo, presentar el equipo, entregar el control inmediatamente, aprendizaje técnico, encender/apagar el equipo, consideraciones del sonido.

6.1.4 Graficando el video

Para realizar el video existen dos etapas por las cuales se encamina la elaboración del producto: un método de guión gráfico y los niveles de edición.

En cuanto al método del guión gráfico ayuda a reunir diferentes ideas, puntos de vista, métodos y experiencias en una historia, alrededor de un tema común, motiva a desarrollar el consenso, ayuda a las personas a comunicar ideas y sentimientos en forma visualmente interesante, con diferentes ubicaciones y protagonistas. Adicionalmente ayuda a entender como contar una historia: un comienzo, un desarrollo y un final, fundamentalmente ayuda a crear un plan en particular a partir del cual comenzar la filmación.

En cuanto a la edición, esta tiene 3 niveles. En un primer momento se dibujan las tomas realizadas para ir detallando el orden en que irán las mismas y así llegar a un

consenso de qué se quiere mostrar. El primer nivel de edición radica en la “edición en cámara”, ya que la forma en que los ejercicios y juegos del video participativo están estructurados incentiva preparar la toma en vez de grabar libremente. El segundo nivel es el de edición básica, relativamente fácil de aprender utilizando dos cámaras de video, esta técnica permite a quienes elaboran la filmación cortar las partes que sean inútiles. Finalmente hay un nivel de edición profesional, si la intención es mostrar el material filmado a otros tipos de públicos se debe capacitar a los protagonistas para que colaboren en la edición.

Dentro de la edición hay ciertos puntos a tomar en cuenta: capacitar a los miembros comunitarios, hacer edición en papel, editar con ellos en sus espacios, hacer exhibiciones de lo filmado a medio editar y procurar aportes, discutir las posibles repercusiones negativas, buscar el consenso de todos, buscar el consentimiento y permiso para mostrar la filmación a partes externas

6.1.5 La ética del video participativo

Las implicaciones éticas del video participativo son 6:

- Actitudes y comportamiento: un comportamiento apropiado y buenas actitudes integran o desintegran un proyecto de Video participativo, lo más importante a recordar es ser humilde, respetuoso y tratar a todos por igual, trastocando las relaciones jerárquicas dentro de los grupos.
- Entrega del control: no debe realizarse ninguna filmación hasta que los participantes hayan comenzado a usar las cámaras. El video participativo es diferente de la filmación tradicional y que los facilitadores están a disposición de quienes realizan el video. Conforme el trabajo avanza la división entre facilitador y el participante se reduce y se constituye a todos en miembros del mismo equipo.
- Ser consciente del poder: dentro de las organizaciones o las agrupaciones hay grupos de poder, hay líderes que quieren sobresalir y llevar las riendas del video, así como hay personas introvertidas que no quieren participar, la idea es romper estas relaciones y trabajar con todos en conjunto.

- Propiedad: el producto realizado es de propiedad de quienes participaron en el, los facilitadores entregan todas las tomas así como el producto final a los participantes para que ellos lo guarden o lo difundan.
- Compromisos de honor: es decir, no prometer más que lo que el proyecto puede dar en forma realista.
- Trabajar con mujeres: es indispensable trabajar con mujeres en un producto, así es más participativo y se rompe con procesos de doble o múltiple discriminación.

6.1.6 El presupuesto

Antes de la realización de cualquier obra audiovisual es necesario contar con la información económica más precisa para empezara a desarrollar las acciones. El video participativo al ser una propuesta local que busca el desarrollo, busca recursos propios, que no sean difíciles de manejar para desarrollar los productos. El presupuesto fue contribución de los facilitadores, los equipos de edición y de producción fueron solicitadas a las productoras: Mistudio Sincandado y Touch&Go.

6.2 Elementos para producir

6.2.1 ¿Para qué producir?

La realización del producto busca la democratización de los medios, específicamente los planteamientos de la UNESCO en 1980, a través del informe McBride que propone: *“1) el individuo pasa a ser un elemento activo y no un simple objeto de la comunicación; 2) aumenta constantemente la variedad de los mensajes intercambiados; 3) aumenta también el grado y la calidad de la representación social en la comunicación”*.⁷⁷

Se realiza un producto para abordar un tema social particular de interés y que potencialmente afecta a la audiencia.

Un producto busca principalmente documentar y comunicar experiencias y puntos de vista, en este caso no sólo de un realizador, sino de varios que comparten la producción del mismo.

⁷⁷ TORRES, Javier, *“Democratización y Radiodifusión: la (no) intervención democratizadora del Estado”*, Pág. 1, disponible en la World Wide Web: www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/viewFile/605/516 citado en 25 de julio del 2011

Los grupos invisibilizados por la lógica mediática actual recurren a la utilización de medios alternativos y formatos incluyentes para intercambiar información y experiencias, para que los productos elaborados empiecen a fomentar la toma de conciencia en las personas, sobre problemas determinados, así como el acceso a los medios de comunicación.

Se produce, bajo el formato de video participativo, principalmente para aprender unos de y con otros.

6.2.2 ¿Para quién producir?

Un video reportaje de carácter participativo al ser realizado por muchos, busca como destinatarios a todos quienes componen este grupo de atención prioritaria: las personas con diversidad funcional. Adicionalmente se buscará difundir en personas de 18 años en adelante, pues se trabaja alrededor del tema de la sexualidad.

Por otra parte, se quiere difundir en la mayor cantidad de espacios posibles, es así que el producto no tendrá ningún costo de difusión ni de reproducción, para lograr llegar a más potenciales personas que se interesen por el tema.

6.2.3 ¿Cómo producir?

El video reportaje y el video participativo tiene por característica principal la utilización de imágenes reales, estas son entendidas como nada montado con anterioridad o actuado. Es un proceso de carácter endógeno, es decir que se desarrolla desde dentro, con sus propios recursos, estrategias y valores.

Al igual que la ONG Insightshare de Perú, pionera en la realización de videos participativos, el producto se basa en algo muy simple, de carácter incluyente y participativo: *“poner las cámaras de video en las manos de los que saben más.”*⁷⁸

⁷⁸ LUNCH, Chris, *“Video participativo como herramienta de documentación”*, disponible en la World Wide Web: <http://www.agriculturesnetwork.org/magazines/latin-america/1-sistematizacion-para-el-cambio/video-participativo-como-herramienta-de>, citado en 1 de agosto del 2011.

Este formato de video no requiere de una gran inversión técnica, sobre equipos a utilizarse, en la actualidad las producciones son realizadas con cámaras no profesionales, incluso caseras para darle un aspecto más verídico al producto.

El proceso de producción de un video participativo tiene los siguientes pasos:

1.- Taller de Encuentro y de manejo de equipos	En un primer momento se desarrollarán dinámicas de reconocimiento e integración para los participantes del taller, para luego entregar la cámara a los participantes para que se entrevisten entre ellos y para que la usen, finalmente se explican aspectos técnicos básicos del video, para finalizar con una dinámica y diálogo sobre la experiencia realizada.
2.- Identificación de temas importantes	Se identifican cuales son los temas importantes a tratar en el caso de la sexualidad, se realiza un debate sobre lo que se debería mostrar y como se lo realizará mediante el video.
3.- Filmación	Cada miembro del taller tendrá la cámara por determinados días para filmar todo lo que se haya planeado previamente, con la asistencia del grupo facilitador.
4.- Edición	Realizada por los miembros del taller con asistencia del grupo facilitador
5.- Reciprocidad Audiovisual	Consiste en mostrar todos los avances de edición, un primer corte y el producto finalizado a quienes participaron en la producción del mismo.

Como cualquier otro tipo de producto audiovisual, no resulta de la improvisación en la filmación, siempre se requiere de una investigación previa para conocer gran parte de los aspectos relacionados al tema tratado. El video busca captar la vida tal y cual como esta desenvolviéndose, además no es una grabación de la realidad, sino otro tipo de representación de la misma.

Dentro de los soportes que tiene el video reportaje tenemos dos: el video y el audio. En cuanto al video tiene algunas características o recursos que se mencionan en el siguiente cuadro:

Grabación en acción	Se busca filmar a gente haciendo actividades diarias, tales como las desempeñadas en sus empleos y las de convivencia, en distintos espacios como oficinas, calles, hogares y todo lugar donde se desarrolle la vida social
Material en stock	Es todo aquel material audiovisual que no ha sido utilizado antes en ningún otro producto.
Entrevistas	Son diálogos entre un entrevistador y un entrevistado, quien contribuye al desarrollo del tema exponiendo sus criterios respecto al mismo. Responden a preguntas formales.
Representaciones del Pasado	Es un signo o una imagen que sustituye a la realidad, en el caso de las representaciones del pasado, son imágenes o dramatizaciones que por su naturaleza no pudieron ser capturadas y que son de mucha importancia para el tema, para lo cual se recurre a representar estos hechos mediante una imagen que la sustituya.
Títulos, encabezados, caricaturas, animaciones, gráficos	Recursos audiovisuales que fomentan un mejor entendimiento y ayudan a explicar de forma clara el tema planteado.
Fotos inmóviles	Sirve para mostrar un hecho, un personaje del pasado, para representarlo dentro de la narración audiovisual
Pantalla en blanco	Busca que la audiencia reflexione y agudice su atención en el sonido ambiente.
Pantalla en negro	Produce en el espectador la idea de que pasó el tiempo y que es otro momento en el que se desarrolla el video.

El otro soporte del video reportaje es el audio, en donde encontramos los siguientes recursos:

Sonido sincronizado	Se refiere a que tanto el video y los comentarios emitidos por las personas deben estar sincronizados con el audio, con lo que se escucha.
	Sonidos y silencios sincronizados que buscan producir cierta

Música	sensación en quien la escucha. En el caso del video se busca reforzar la sensación que produce la imagen.
Silencio	Ausencia de sonido que invita a reflexionar al espectador y tener más atención en la imagen.
Efectos de Sonido	Son sonidos generados artificialmente con finalidades artísticas, estos se graban y reproducen para dar un contenido narrativo o creativo sin el uso de diálogo o música.
Narración	Contar o presentar mediante la palabra una secuencia de eventos

6.3 Productos Relacionados

6.3.1 Cine y Discapacidad

El cine y los productos audiovisuales en las últimas décadas han empezado a trabajar más sobre el tema de la discapacidad, no sólo física, sino sensorial y mental. Es así que empiezan a aparecer nuevas investigaciones alrededor del cine y la discapacidad, donde la función principal del cine *“es ayudar a comprender, aceptar e integrar a las personas con discapacidad”*.⁷⁹

Esta nueva tendencia del cine se viene dando producto de la inclusión social de las personas con discapacidad, demostrando que ya no se encuentran al margen de la sociedad, sino son parte de ella.

El hecho de que el cine empiece a tomar en cuenta a las personas discapacidad motiva a la visibilización de realidades que permanecían ocultas. Una de las ventajas de este nuevo formato de cine es que se maneja un lenguaje no discriminatorio hacia las personas con discapacidad física, además que el tratamiento del tema ya no cae en el drama o melodramático de producciones anteriores, dando paso a una visión mas realista, positiva e incluyente.

⁷⁹ GARDOKI, Edortza, “El tratamiento de la discapacidad en el cine”, en Aula y docentes, Pág. 1, disponible en la World Wide Web: http://www.techtraining.es/revista/numeros/PDF/2011/revista_32/35.pdf.

6.3.2 Almas con sexo

Documental dirigido y escrito por Pilar González Rams, difundido por RTVE TV2 de España y que en la actualidad se encuentra colgado en youtube⁸⁰, en el que se realiza una incursión en la sexualidad de las personas con discapacidad en dos países: España y Dinamarca.

El video habla de la sexualidad en personas con distintas discapacidades físicas, desde personas con enfermedades congénitas hasta lesionados de la medula espinal. Entre los aportes del documental tenemos: La sexualidad da seguridad a las personas con discapacidad física, que también lo intenta demostrar el film Nacional 7 de Jean Pierre Sinapi producido en el 2000.

Almas con sexo demuestra que las personas con discapacidad física están en la capacidad de llevar una vida sexualmente activa, esto conlleva reconocerse sexualmente como hombre o mujer, como persona capaz de dar y recibir placer; para esto se elaboran talleres y encuentros para hablar de sus sexualidades, incluso se realizan dinámicas donde los participantes se estimulan unos a otros mediante el tacto.

El Sexo, en el documental, es visto como práctica y como necesidad entre las personas con discapacidad física.

Las personas que asisten en las tareas básicas a las personas con discapacidad física, no están obligadas a auxiliar en cuestiones sexuales, por tal razón se recurren a Puticlubs, en donde la prostitución se convierte en el único contacto sexual para las personas con discapacidad física, sobre todo del género masculino.

Otro de los problemas visibles es cuando las personas con diversidad funcional que forman parte de instituciones, se enamoran de las personas que les asisten, pues se convierten en el único contacto físico y sentimental que mantienen.

⁸⁰ GÓMEZ, Pilar “Almas con sexo” Documental de televisión, disponible en la World Wide Web: <http://www.youtube.com/watch?v=q5BUr45fXaY>, citado en 1 27 de julio del 2011.

Uno de los especialistas en Discapacidad de España, el Doctor Joan Vidal, director de la Unidad de Rehabilitación Sexual del Instituto Guttmann de Barcelona, afirma que *“a las personas con discapacidad física, después de una lesión, lo que les preocupa es el control de esfínteres y la sexualidad, mucho antes que caminar.”*⁸¹

Para conseguir una erección se recurre a la utilización de fármacos, que son financiados por el Estado. Las personas con discapacidad física y los representantes de las instituciones buscan obtener del Estado el financiamiento del Viagra, para lograr un proceso de erección. Lo que resalta de la obtención de fármacos y el apoyo del Estado es el plan de seguridad social.

El documental afirma que *“el sexo afecta a la esfera psicológica de la persona”*.⁸² La entrevista realizada a Javier Romañach, promotor del Movimiento de Vida independiente que lucha por los derechos de las personas con discapacidad en España, quien hablando con respecto a la asistencia menciona: *“No se tratan de que me cuiden, sino de que yo gestione la ayuda que necesito para poder desarrollar mi vida diaria.”*⁸³ Afirma que el problema no es de la persona con discapacidad física sino de la sociedad y de los servicios que presta, no se niega a la creación de residencias, pero le parece absurdo que no haya planes para sacar a las personas con discapacidad física de las residencias, pues en la lógica de la sociedad, la gente no vive en residencias sino en pisos. Si se mantienen las residencias, considera que es necesario hablar de sexualidad de manera urgente, pues estas instituciones la excluyen.

En cuanto a la comparación del trato que reciben las personas con discapacidad física, entre España y Dinamarca, esta última destina más dinero en beneficio de las personas con discapacidad física, sobre todo para llevar a cabo una vida sexual activa. Ejemplo de esta realidad es un caso en Dinamarca donde existe una prostituta con discapacidad física.

⁸¹ Documental *“Almas con sexo”*, 2002, Pilar González Rams, disponible en la World Wide Web: <http://www.youtube.com/watch?v=q5BUr45fXaY>, citado en 12 de julio del 2011.

⁸² *Ibídem.*

⁸³ *Ibídem.*

Uno de los problemas de la Sexualidad en este grupo de atención prioritaria es la intimidad, pues son los ayudantes quienes frecuentan desvestirlos y ponerles los preservativos para poder consumir el acto. El principal aporte del documental es que la sexualidad no está en los genitales sino en el cerebro.

6.4 Producción como terapia

Dentro de la producción como terapia se identifican 2 grupos de personas, según lo que plantea Goffman: El igual y el sabio. En cuanto al igual son personas *“Conocedoras por experiencia propia de lo que se siente al poseer ese estigma...”*⁸⁴ Por su parte, el sabio, son *“...personas normales cuya situación especial las lleva a estar íntimamente informadas acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y a simpatizar con ellos...”*⁸⁵

El video participativo nos acerca más a la población y nos permite desarrollar actividades preventivo promocionales de salud de manera más adecuada. *“La experiencia ha demostrado que las personas que son consideradas sujetos de un proceso investigativo, si son involucradas desde el inicio, muestran una tendencia a insertarse activamente en las actividades y a asumir como propio dicho proceso, lo cual permite dar sostenibilidad al proyecto.”*⁸⁶

Se debe entender a este formato de video participativo como un proceso de transformación.

⁸⁴ GOFFMAN, Erving, *“Estigma. La identidad deteriorada”*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Décima reimpresión, 2006, Pág. 32.

⁸⁵ *Ibíd.*

⁸⁶ CEVALLOS, María del Carmen, *“Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente”*, disponible en la World Wide Web: <http://www.ciespal.net/ciespal/images/docu/produccionacademica/Ponencia%20Ma.%20del%20Carmen%20Cevallos.pdf>, Pág. 4, citado en 5 de Agosto del 2011

7.- Conclusiones y recomendaciones

Conclusión 1.- Existe un enfoque reduccionista por parte de los medios en el manejo de temas desconocidos y de gran interés social, aquí suele ocurrir que la comunicación no solamente es una herramienta para difundir criterios unilaterales que invalidan la existencia y el espacio de reivindicación de los diferentes puntos de vista, sino que además estigmatiza y crea imaginarios degradantes que producen una especie de desorden informativo donde la desinformación e ignorancia se sobreponen al sentido común y el acceso a información objetiva.

Recomendación 1.- Hay que ver a la comunicación no como una herramienta para difundir realidades o realizar productos, hay que entenderla en su capacidad de crear espacios de interacción y de intercreación, que pueda contribuir a la consolidación de una comunicación más democrática y dinámica donde la sociedad fuese la beneficiada.

Conclusión 2.- Producto de lo citado anteriormente, existe desconocimiento por parte del resto de la sociedad sobre la sexualidad en las personas con discapacidad física. La gran mayoría de las personas no discapacitadas que se abordó creen que los discapacitados son personas asexuadas y sin ningún interés -ni actividad- sexual.

Recomendación 2.- Se debe emprender campañas masivas de información y educación sexual de personas pertenecientes a este grupo de atención prioritaria. Desde la base de la sociedad, es decir la familia, hasta los centros educativos deberían adscribir a su pensum la sexualidad desde lo diverso, sería una buena manera de naturalizar las diversas formas de sexualidad.

Conclusión 3.- Durante el desarrollo del presente producto, mientras se acompañaba a los participantes en el video reportaje, se pudo notar la dificultad en su movilización, accesibilidad y por ende vinculación como ente social, pues esto los sitúa en la dolorosa posición de aparente inexistencia en una ciudad pensada y construida para personas sin discapacidad física.

Recomendación 3.- Se debe obtener el compromiso del gobierno a reestructurar espacios donde las personas con discapacidad física no tengan inconvenientes de accesibilidad. Sino todos los espacios, al menos aquellos donde hay más concurrencia y obviamente, los planes arquitectónicos presentes y futuros también deberían concebirse teniendo en cuenta este compromiso.

Conclusión 4.- La sexualidad en un grupo de atención prioritaria es tan importante como cualquier otra área de la salud o derechos civiles.

Recomendación 4.- Dar importancia con carácter prioritario a la salud sexual de las personas discapacitadas y facilitarle todos los mecanismos de información, prevención y reproducción sexual. Es menester que en la implementación de las políticas sociales gubernamentales se apoye además a la consecución de fármacos, medicinas y rehabilitación de personas discapacitadas.

Conclusión 5.- Existe falta de interés en la mayoría de personas discapacitadas por vincularse en actividades por temor a sentirse rechazadas.

Recomendación 5.- Como suele ocurrir en la mayoría de los casos, lo diverso causa rechazo. Lo recomendable sería implementar campañas para sensibilizar a las demás personas, pero es una titánica tarea que sin el respaldo de todos no tendría éxito. Entonces se debe crear las condiciones y términos para llegar a un acuerdo social donde los discapacitados puedan llevar una vida en condiciones dignas y sin prejuicios, solo así la sociedad no se privaría de la gran contribución y lección de vida que las personas pertenecientes a un grupo de atención prioritaria le dan día a día.

8.- Sistematización de la propuesta

La idea fue hacer un producto incluyente, dónde las personas que participen sean quienes se apropiaran del proyecto, en el que simplemente se desempeñaría la labor de facilitadores o intermediarios.

El primero paso fue realizar un cronograma de trabajo con los participantes, el que se desarrolló una vez obtenida la aprobación de la parte teórica del producto por parte del tutor de tesis.

Se visitó varios centros que trabajan con personas discapacitadas en busca de posibles voluntarios que quisieran participar en el video reportaje, pero los mismos nos dieron poca ayuda, además tenían muy poca información disponible de acuerdo al tema a tratar y al grupo objetivo. También se recorrió por lugares donde suelen reunirse personas con discapacidad para realizar actividades, tales como el parque La Carolina y Centros Comerciales de la ciudad de Quito, pero en la mayoría de casos se notó poco interés en colaborar con la presente propuesta.

Después de intentar contactar a algunas personas infructuosamente, y con el antecedente de individuos que se comprometían a apoyar pero que en el momento decisivo se retractaban, recibimos la confirmación de 8 personas, a las que pudimos contactar mediante la Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física FENEDIF y quienes se comprometían a participar en un taller que organizamos en un aula de la Universidad Politécnica Salesiana, campus El Girón, el día sábado 20 de agosto del 2011, pero el resultado fue el mismo: no asistieron 7 de los 8 invitados que habían asegurado su participación, y la única persona que sí hizo acto de presencia, luego de este acontecimiento, también desistió de su idea de participar.

El encuentro decisivo fue cuando se contactó al señor Marcos Avellán, a quien de manera informal e imprevista se abordó en la calle y se mostró interesado en el proyecto. Tanto él -y mediante un contacto de un miembro del grupo- como Carlos García, dieron su palabra para participar de forma voluntaria en el Video reportaje. En una primera instancia, se visitó sus casas y se les explicó a fondo la intención del

presente proyecto, luego se acordó organizar en conjunto y en cada una de sus casas, unos pequeños talleres de capacitación técnica, que se llevó a cabo los días 15, 16 y 17 de septiembre y se dejó las cámaras para que pudieran familiarizarse con las mismas. Las cámaras con las que se trabajaron fueron dos: una filmadora Sony Digital Handycam Steadyshot DCR-TRV240 NTSC que utiliza casetes de 8mm y una cámara de fotos Sony de la serie alpha numeración 33 que tiene una memoria interna para registrar las tomas. Ambas cámaras fueron configuradas en resolución 720x480. Adicionalmente, se conto con un sistema inalámbrico de micrófono Radioshack para solapa, de VHF de 170 Mhz de dos canales y una grabadora digital de voz marca Sony ICD-PX312.

Las personas que participaron en el presente producto son Carlos García, Marcos Avellán y Ximena Vinuesa. El primero de ellos, Carlos García, tiene 25 años, es bachiller oriundo de la provincia de El Oro, vive en unión libre con Ángela Morales desde hace 3 años, se conocieron hace 10 cuando estudiaban en el colegio, quedó en silla de ruedas luego de un accidente de tránsito y ansía tener un hijo con su mujer. Trabaja en la Corporación Nacional de Telecomunicaciones CNT.

El segundo de ellos es Marcos Avellán, de 42 años de edad y con un nivel de instrucción secundaria. Practica el básquetbol. Trabaja desde hace 3 años en la Corporación Nacional de Telecomunicaciones CNT, de estado civil divorciado, y como producto de su primer matrimonio a los 19 años de edad tuvo su único hijo Xavier Eduardo. Se ha divorciado en 3 ocasiones. Tiene una lesión medular. A finales de Septiembre del 2011 se cumplieron 21 años de su lesión.

Y por último, la tercera en orden de contacto y aparición, Ximena Vinuesa, una ex modelo de 31 años de edad. Es Licenciada parvularia en Ciencias de la Educación Infantil. Trabaja desde hace 2 años y 4 meses en la Corporación Nacional de Telecomunicaciones CNT y está casada con Vladimir Dacto.

Luego de estos encuentros, se inició con el proceso de rodaje en los cuales se asistió en tomas que por dificultades físicas no podían llevar a cabo los participantes del video reportaje, también se tuvo que apoyar en labores logísticas y de soporte técnico. Cada una de estas experiencias ayudó a fomentar un pequeño ambiente de camaradería donde se intentó aprovechar al máximo este nuevo espacio creado y se

trabajó con seriedad y ganas de aportar a una nueva comprensión de la sexualidad en personas con discapacidad física.

Al finalizar cada entrevista, se mostraron las tomas recogidas a los participantes para que opinen sobre qué planos e intervenciones se deberían poner dentro del producto final.

Para las tomas en exteriores -cuando Carlos García intenta tomar un taxi concretamente- se necesitó de las dos cámaras que ubicadas estratégicamente –según sugerencia de Carlos- y fuera de la vista de las personas que participaban en las mismas, daban la sensación de espontaneidad y credibilidad que se necesita impregnar en trabajos de alto nivel académico como lo es una tesis.

Con el afán de darle un contexto a la situación excluyente que tienen las personas con discapacidad física, se consultó al Docente Investigador Máster Christian Arteaga del Instituto de Altos Estudios Nacionales IAEN, quien brindó aportes teóricos con respecto a la exclusión social, el estigma y la sexualidad.

El aporte desde la medicina, para entender la discapacidad física, lo brindó el Dr. Carlos Moreta, director del área de medicina de la Universidad Escuela Politécnica Javeriana del Ecuador, quien realizó comentarios alrededor de los orígenes de la discapacidad y las distintas formas de sobrellevarla.

Con todo el material audiovisual recogido, se realizaron tomas de la ciudad para dar a entender que las personas con discapacidad física pertenecen a este espacio y que su vida se desarrolla al igual que las demás personas que componen una sociedad.

El proceso de edición se realizó en conjunto con cada uno de los participantes, a quienes se les consultó sobre como estructurar el producto final, siempre teniendo en cuenta que el tema a tratar eran las expresiones de la sexualidad en personas con discapacidad física.

Al finalizar el producto, con su respectiva portada y caja, se reprodujeron 50 copias para difusión en instituciones relacionadas con discapacidades físicas, mentales y sensoriales. Se hizo la entrega respectiva a cada uno de los participantes de una copia del producto finalizado.

Bibliografía

Libros:

- ASOCIACIÓN CANADIENSE DE PARAPLÉJICOS, “*Vida después de una lesión de la médula espinal*”, Biblioteca Nacional de Quebec, 1996, Pág. 55.
- BERELSON, Bernard, STEINER, Gary, “*Human Behavior*”, New York; Harcourt, Brace and World, Inc., 1964
- FOUCAULT, Michel, “*El orden del discurso*”, Fabula Tusquets Editores, 2da. Edición, Buenos Aires, 2005, Pág. 15.
- FREIRE, Paulo, “*Extensión o Comunicación*”, *La Concientización en el Medio Rural*, Siglo XXI Ed., México, 1988, Pág. 53.
- GOFFMAN, Erving, “*Estigma. La identidad deteriorada*”, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Décima reimpresión, 2006, Pág. 15.
- MATTELART, Armand y Michèle, “*Historia de las teorías de la comunicación*”, Impreso en España, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1997
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1996): “*Modelos y Teorías de Comunicación en Salud*”. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud (2006), *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*, Geneva.
- WATZLAWICK, P., HELMICK, J. JACKSON, D. “*Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*”, Cuarta Edición en castellano, Editorial Herder, 1985.

Páginas Web:

- “*Apuntes de Sofovial sobre Comunicación en Salud*” disponible en la World Wide Web: <http://www.sofovial.blogspot.com>, citado en 2 de Junio del 2011.
- BELTRÁN, Luis Ramiro, “*La comunicación para el Desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo*”, Julio 12-16 2005, Buenos Aires Argentina, P. 15, disponible en la World Wide Web: www.infoamerica.org/teoria_textos/lrb_com_desarrollo.pdf, pág. 15, citado en 17 de marzo del 2010.

- BELTRAN S., Luis Ramiro. “*Un adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal"*”. *Punto Cero*. 2007, vol.12, no.15, p.69-92. Disponible en la World Wide Web: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762007000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1815-0276 citado el 2 de Marzo del 2010.
- BOX, Enrique, “*La muralla de invisibilización, uno de tantos métodos del poder mediático. Antídoto*”, disponible en la World Wide Web: <http://soydondepienso.wordpress.com/2011/08/01/la-muralla-de-invisibilizacion-uno-de-tantos-metodos-del-poder-mediatico-antidoto/>, citado en 9 de Agosto del 2011.
- CAMACHO, Carlos, “Estrategias de Comunicación para la Salud en la Construcción de Ciudadanía”, disponible en la World Wide Web: http://carloscamacho.net/articulos/comunicacion_desarrollo/comunicacion_para_la_salud_y_ciudadania.pdf, Pág. 4, citado en 4 de Agosto del 2011.
- “*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*”, disponible en la World Wide Web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>, pág. 1, citado en 3 de Agosto del 2011.
- Constitución de la República del Ecuador, Capítulo Tercero, Sección Sexta, Artículo 47, numeral 11, Pág. 37, disponible en la World Wide Web: www.asambleanacional.gov.ec/.../constitucion_de_bolsillo.pdf, citado en 2 de junio del 2011.
- CEVALLOS, María del Carmen, “*Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.ciespal.net/ciespal/images/docu/produccionacademica/Ponencia%20Ma.%20del%20Carmen%20Cevallos.pdf>, Pág. 1, citado en 5 de Agosto del 2011.
- CHOQUE, Raúl, “*Comunicación en Salud*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.slideshare.net/rchoquel/comunicacion-en-salud-presentation>, citado en 31 de agosto del 2011.
- CHOQUE, Raúl, “*Educación y comunicación (educación) para la promoción de la salud*”, Disponible en la World Wide Web:

www.portaldelajuventud.org/.../Educomunicación%20en%20salud%202005.
Doc, citado en 18 de mayo del 2011.

- COLLIZZOLLI, Stefano, “*Desalajos Cero. Vídeo participativo y dimensión urbana*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.rizoma-freireano.org/index.php/desalajos-cero-video-participativo-y-dimension-urbana--stefano-collizzolli>, citado en 1 de agosto del 2011.
- COLUSSI, Marcelo, “*Medios de comunicación alternativos: Una guerra popular*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.voltairenet.org/article138301.html>, citado en 20 de mayo del 2011.
- *Congreso Internacional Comunicación para la Salud*, disponible en la World Wide Web: http://www.comunicacionparalasalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=27, citado en 20 de mayo de 2011.
- DE LA PEÑA, Gabriela, “*Simmel y la Escuela de Chicago en torno a los espacios públicos en la ciudad*”, Disponible en la World Wide Web: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/pena03.htm>, citado en 17 de mayo del 2011
- DELGADO, Pedro, “*Visibilizar la discapacidad*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.latribunadealbacete.es/noticia.cfm/Vivir/20100909/visibilizar/discapacidad/F20FBD3C-E5A0-E312-DDDA9710E5CF2652>, citado en 15 de Agosto del 2011.
- DIAZ, Laura, “*Comunicación para la Salud: Su propósito educativo*”, disponible en la World Wide Web: http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res055/art6.htm, citado en 20 de marzo del 2011.
- DIAZ, Hernán, URANGA, Washington, “*Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria.*”. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1, disponible en la World Wide Web: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/23/23>, citado en 3 de Agosto del 2011.
- ENGHEI, Florencia, “*Documental participativo y comunicación para el desarrollo reflexiones a partir de dos experiencias con comunidades*

indígenas”, Pág. 10, Disponible en la World Wide Web: http://www.alaic.net/ponencias/UNIrev_Enghel.pdf, citado en 27 de julio del 2011.

- FOUCAULT, Michel, “*El sexo como moral*”, disponible en la World Wide Web: http://www.taringa.net/posts/info/2662250/El-sexo-como-moral---Entrevista-con-M_-Foucault.html, citado en 2 de agosto del 2011.
- FUHRMANN, Ingeburg, “*Vida en pareja y discapacidad*”, Pág. 2, disponible en la World Wide Web: [http://www.capaces.org/upload/fckeditor/File/Ingeburg%20-%20Pareja%20y%20discapacidad%20-%20Art%C3%ADculo\(1\).pdf](http://www.capaces.org/upload/fckeditor/File/Ingeburg%20-%20Pareja%20y%20discapacidad%20-%20Art%C3%ADculo(1).pdf), citado en 1 de Agosto del 2011.
- GARCÍA, Janeth, “*Interacción y Comunicación para la Salud, fundamento para la implementación de programas de sexualidad y VIH/Sida*” http://www.alaic.net/portal/revista/r6/ccientifica_05.pdf, pág. 3.
- GARDOKI, Edortza, “El tratamiento de la discapacidad en el cine”, en Aula y docentes, Pág. 1, disponible en la World Wide Web: http://www.techtraining.es/revista/numeros/PDF/2011/revista_32/35.pdf
- GONZALEZ, Pilar, “*Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades: un colectivo todavía invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las Agencias de Cooperación Internacional*”, disponible en la World Wide Web: http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf, Pág. 4, citado en 6 de Agosto del 2011.
- GONZALEZ, Pilar, “*Violencia de Género contra la(s) Mujer(es) con disCapacidad(es)*”, disponible en la World Wide Web: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/ciclo/discapacidades.pdf>, Pág. 8, citado en 6 de Agosto del 2011.
- LUNCH, Chris, “*Video participativo como herramienta de documentación*”, disponible en la World Wide Web: <http://www.agriculturesnetwork.org/magazines/latin-america/1-sistematizacion-para-el-cambio/video-participativo-como-herramienta-de>, citado en 1 de agosto del 2011.

- MASÍAS, María José, “*Video participativo, un medio que cambia vidas*” disponible en la World Wide Web: <http://www.infoandina.org/node/29710>, citado en 27 de julio del 2011.
- OBREGÓN, Rafael, “*Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud*” Tomado de la Revista Flolios, No. 23, disponible en la World Wide Web: http://www.comunicacionparalasalud.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=11, citado en 18 de marzo del 2010.
- OÑA, Fernando, “Grupos de atención prioritaria en la Nueva Constitución”, disponible en la World Wide Web: <http://www.voltairenet.org/Grupos-de-atencion-prioritaria-en>, citado en 4 de Agosto del 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), “*Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*”, Ginebra, Pág. 10, disponible en la World Wide Web: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf, citado en 6 de Septiembre del 2011.
- Real Academia de la Lengua, Disponible en la World Wide Web: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=poder, citado en 26 de julio del 2011.
- SEDANO, Vladimir, “*La Comunicación para el Desarrollo*” disponible en la World Wide Web: <http://www.zonaeconomica.com/comunicacion-desarrollo>, citado en 10 de Marzo del 2010.
- “*Sexo más allá del movimiento*” disponible en la World Wide Web: <http://www.discapacidadonline.com/sexo-mas-alla-del-movimiento.html>, citado en 30 de junio del 2011.
- TORRES, Javier, “*Democratización y Radiodifusión: la (no) intervención democratizadora del Estado*”, Pág. 1, disponible en la World Wide Web: www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/viewFile/605/516 citado en 25 de julio del 2011.

Películas:

- SINAPI, Jean Pierre, “Nacional 7”, La Sept-Arte, Francia, 2000.

Documentales:

- GONZÁLEZ, Pilar, “*Almas con sexo*”, 2002, España-Dinamarca, disponible en la World Wide Web: <http://www.youtube.com/watch?v=q5BUr45fXaY>, citado en 12 de julio del 2011.
- TORO, Frank, “El Sexo de los angeles” 2008, España, disponible en la World Wide Web: <http://www.youtube.com/watch?v=Uj172Q7R368>.

Reportajes:

- FEDERACIÓN NACIONAL DE ECUATORIANOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA, “Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad SIL”, Quito-Ecuador, 2010.

Ponencias:

- ARNAU, Ma. Soledad, “*Sexualidad(es) y discapacidad(es). La igualdad diferente.*” Ponencia presentada para el Seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 3 de septiembre (Santander, 2004).
- GÓMEZ, Javier, “La Sexualidad en el ciclo vital o Sexualidad y afectividad en personas con discapacidad intelectual. Breve guía para reflexión.” Ponencia, “Sexualidad y discapacidad”, Libro de Ponencias realizadas el 9 y 10 de julio del 2009, Pág. 26, Editorial Cadis Huesca.

Revistas:

- HERNÁNDEZ, Ileana, “*Los estudios sobre comunicación masiva en América Latina*”. Revista de Comunicación Social. La Laguna, Tenerife, 1998, Número 1.

Tesis:

- LÓPEZ H., Ubaldo. “*¿Es posible establecer un sistema de comunicación televisiva como sistema de comunicación educativa?*” Tesis Profesional UIA, México, 1979, Pág. 285.

<i>Introducción.</i>	2
1.- Algunas Escuelas de Comunicación	3
1.1.- Escuela de Chicago	3
1.2.- Escuela de Frankfurt	5
1.3.- Escuela de Palo Alto	6
1.4.- Cuadro comparativo entre Escuelas de la Comunicación	7
2.- Las Tres C: Comunicación, Comunicación para el Desarrollo y comunicación para la Salud	8
2.1 Conceptualización Tradicional de Comunicación	8
2.2 Crítica a la Construcción Tradicional de Comunicación o Comunicación Vertical	10
2.3 Comunicación horizontal	11
2.4 Comunicación para el Desarrollo	12
2.5.- Comunicación para la Salud	15
2.5.1.- Teoría de etapas o estados del cambio	16
2.5.2.- Teoría de aprendizaje social o cognoscitivo	17
3.- La Comunicación para la Salud y su entorno	19
3.1.- Principales características y aportes a la sociedad	19
3.2.- Elementos de la comunicación para la salud	20
3.3.- Comunicación para la Salud y Grupos de Atención Prioritaria	21
3.4.- Comunicación para la Salud en América Latina y Ecuador	22
3.5.- Principales políticas que el Estado que debería impulsar	24
3.6.- Salud y Medios de Comunicación Alternativa o Micromedios	27
4.- Discapacidad o Diversidad funcional	28
4.1 Construcción de Diversidad Funcional	28
4.2 El tema in-discutible	30
4.3 Trato Social	31
4.4 Inclusión Laboral	34
4.5 Comunicación para visibilizar realidades	35
5.- Sexualidad	36
5.1 La construcción Social del discurso de la Sexualidad	36
5.2 ¿Sexualidad o Sexualidad-es?	39
5.3 Sexualidad y diversidad funcional	41

5.4 Identidad de género	45
5.4.1 La Masculinidad	45
5.4.2 La Femenidad	45
5.5 Comunicación como herramienta de reconocimiento social y sexual	46
6.- Producción, participación y terapia	47
6.1 El video participativo	47
6.1.1 Características del Video Participativo	49
6.1.2 Diseño de la Herramienta	50
6.1.3 Proceso del video participativo	51
6.1.4 Graficando el video	51
6.1.5 La ética del video participativo	52
6.1.6 El presupuesto	53
6.2 Elementos para producir	53
6.2.1 ¿Para qué producir?	53
6.2.2 ¿Para quién producir?	54
6.2.3 ¿Cómo producir?	54
6.3 Productos Relacionados	57
6.3.1 Cine y Discapacidad	57
6.3.2 Almas con sexo	58
6.4 Producción como terapia	60
7.- Conclusiones y recomendaciones	61
8.- Sistematización de la propuesta	63
Bibliografía	66