



Universidad
Nacional
de Rosario

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL
ENSAYO

GRADUADA RESPONSABLE
AYELEN PACE

**PROBLEMÁTICAS QUE ATRAVIESAN A LAS SEXUALIDADES DE PERSONAS
CON DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD**

Autora

GONZALEZ DE GALDEANO MARÍA VICTORIA

G-5398/8

39554629

VICTORIA.GDG@OUTLOOK.COM.AR

- 2024 -

ÍNDICE

Resumen 3 Introducción 4 Desarrollo 5

Sexualidad 5 La mirada social de la diversidad funcional/discapacidad a lo largo de la historia 6 Modelo de prescindencia 7 Modelo médico-rehabilitador 7 Modelo social 8 Capacidad y dis-capacidad 8 Modelo de la diversidad funcional 9 La movida disca 10 Mitos y prejuicios 10 Anormalidad 11 Infantilización 11 Asexualidad e Hipersexualidad 11 Consecuencias 12 Interseccionalidad 14 Salud sexual en personas con diversidad funcional/discapacidad 15 **Reflexiones finales 17 Referencias bibliográficas 19**

2

RESUMEN

El presente escrito es un ensayo sobre las problemáticas que atraviesan a las sexualidades de personas con diversidad funcional/discapacidad partiendo de la hipótesis de que las sexualidades de las personas con diversidad funcional/discapacidad se encuentran atravesadas por problemáticas propias de dicho colectivo. Se desarrollan las categorías de sexualidad, diversidad funcional, discapacidad y derechos sexuales y reproductivos así como un breve recorrido histórico sobre las miradas sociales de la diversidad funcional/discapacidad: modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador, modelo social, modelo de la diversidad funcional y movida disca. Se concluye que la mirada y la respuesta social hacia la persona con diversidad funcional/discapacidad ha

ido cambiando a lo largo de la historia. Se abordan los principales mitos y prejuicios en torno a las sexualidades de personas con diversidad funcional/discapacidad y sus consecuencias, concluyendo que las mismas actúan vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos, impactando negativamente en la salud sexual de dicho colectivo.

Palabras clave: sexualidad, diversidad funcional, discapacidad y derechos sexuales y reproductivos

PROBLEMÁTICAS QUE ATRAVIESAN A LAS SEXUALIDADES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD

INTRODUCCIÓN

Las *problemáticas que atraviesan a las sexualidades de personas con diversidad funcional/discapacidad* refieren a todas aquellas limitaciones y/o barreras que dificultan o impiden el ejercicio de una salud sexual plena.

La reflexión y el análisis del problema a investigar se realizará a través de las categorías de *sexualidad, diversidad funcional, discapacidad y derechos sexuales y reproductivos* mediante un ensayo en donde se expondrá y reflexionará sobre diversos autores como Monjaime, Travesani, Palacios, Romañach, Rodríguez Díaz, Ferreira y Toboso Martín.

Se comenzará definiendo qué se entiende por *sexualidad y salud sexual*, y se

mencionarán los alcances de los *derechos sexuales y reproductivos*. A su vez, se definirá qué se entiende por *persona con diversidad funcional/discapacidad*, lo cual no puede explicarse acabadamente sin antes realizar un recorrido histórico que dé cuenta de las diversas perspectivas y modelos que la han definido según el contexto histórico-social: modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador, modelo social, modelo de la diversidad funcional y movida disca. Cada uno de éstos modelos ha tenido una mirada y respuesta social diversa ante las personas con diversidad funcional/discapacidad y su sexualidad, marcando un camino que comienza desde el exterminio, marginación y exclusión y evoluciona hacia una progresiva conquista de derechos humanos.

El eje epistemológico del presente ensayo se basará en el *modelo de diversidad funcional* entendiendo que las personas son iguales en cuanto a derechos humanos, pero luego pueden ser diversas en todo lo demás. Sin embargo, esa diversidad no debería implicar exclusión, marginación e invisibilización, como muchas veces sucede con las personas que poseen una diversidad funcional física, mental, intelectual o sensorial.

En el plano de la sexualidad, se concluye que las personas con diversidad funcional/discapacidad se encuentran atravesadas por problemáticas propias del colectivo, las cuales han sido consecuencia de numerosos mitos y prejuicios que han promovido diferentes prácticas que vulneran sus derechos sexuales y reproductivos, impidiéndoles vivir y ejercer una salud sexual integral y plena.

Estos mitos y prejuicios han estado presentes en las propias personas con diversidad funcional, en sus familias, en los profesionales de la salud, en los medios de comunicación y en la sociedad toda; por lo que resulta fundamental trabajar y accionar para prevenir y revertir éstas consecuencias negativas y potenciar un futuro en donde las personas con diversidad funcional/discapacidad puedan vivir su sexualidad de manera saludable.

La Ley de Educación Sexual Integral ha constituido un importante avance en pos de éste objetivo, pero aún queda mucho por conquistar en materia de inclusión, diversidad y educación.

DESARROLLO

SEXUALIDAD

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2018, pp. 3)

Basándose en la definición de la OMS, la sexualidad constituye un aspecto importante del ser humano y, por lo tanto, de la Psicología, ya que la forma en que el sujeto viva su sexualidad repercutirá directamente en su salud física, mental y social. Asimismo, la sexualidad no se agota en las relaciones sexuales y mucho menos en la genitalidad, ya que abarca múltiples dimensiones de la vida de la persona y tiene diversos modos de expresión, desde internas (pensamientos, fantasías, deseos, creencias, etc.) hasta externas (comportamientos, prácticas, roles, relaciones, etc.). Les psicólogos

tampoco deben ignorar que la sexualidad no constituye un aspecto aislado, sino que se encuentra íntimamente influenciado por diferentes factores que atraviesan a la persona.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (OMS, 2018, pp. 3)

El efectivo cumplimiento de los *derechos sexuales y reproductivos* es un requisito indispensable para la satisfacción de la salud sexual. En Argentina, éstos derechos se encuentran protegidos por la Constitución Nacional, por los Tratados Internacionales de los DDHH y por Leyes Nacionales, constituyendo así un marco legal que busca garantizar el ejercicio de estos derechos fundamentales.

Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud de la Argentina (2023) así como la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, 2015) reconocen y afirman aquellos aspectos esenciales para el logro de una salud sexual. Se destaca el derecho a disfrutar de una vida sexual plena y saludable, caracterizada por la libertad y la seguridad. Esto implica la capacidad de cada individuo para elegir y controlar sus comportamientos, prácticas sexuales, parejas y relaciones interpersonales, siempre en un entorno libre de presiones y violencias, tanto físicas como psicológicas.

Asimismo, se prohíben de manera tajante todas las formas de tortura, tratos crueles e inhumanos, así como cualquier manifestación de violencia o coerción relacionada con la sexualidad. Cada persona tiene el derecho inalienable a vivir su sexualidad en privacidad, sin interferencias ni intrusiones arbitrarias, y con la garantía de que su información personal relacionada con la sexualidad no será divulgada sin su consentimiento expreso.

El acceso a información precisa y comprensible sobre la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales es un pilar fundamental para el ejercicio de una sexualidad informada y autónoma. Esto incluye el derecho a recibir una educación sexual integral, adaptada a la edad, científicamente fundamentada, culturalmente sensible y basada en los principios de los derechos humanos.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se debe garantizar a todas las personas una atención integral, respetuosa y confidencial. Los servicios de salud deben ser de calidad, accesibles y aceptables, brindando opciones como la interrupción del

5

embarazo, la reproducción asistida y métodos anticonceptivos de manera gratuita y sin discriminación en establecimientos tanto públicos como privados.

El respeto a la identidad de género y la orientación sexual de cada individuo es un principio irrenunciable en la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Cada persona tiene el derecho de vivir su identidad de género y orientación sexual libremente, sin temor a la discriminación ni a la violencia, y de acceder a tratamientos para la modificación corporal de acuerdo con su voluntad y consentimiento informado.

La libertad de elección en el ámbito de las relaciones afectivas y familiares es otro aspecto importante de los derechos sexuales y reproductivos. Esto incluye la libertad de decidir sobre el matrimonio, mantener relaciones de pareja basadas en la equidad y el consentimiento mutuo, así como la posibilidad de acceder al divorcio cuando sea necesario. Del mismo modo, cada persona tiene el derecho de decidir si desea tener hijos, con quién, cuántos y cuándo.

En la Argentina los derechos sexuales y reproductivos son DDHH los cuales, según Pedro Nikken (2010), se caracterizan por ser: *universales*, inherentes a la condición humana sin discriminación alguna; *indivisibles e interdependientes*, no se aceptan desmembraciones ni jerarquías entre los DDHH, deben ser respetados todos por igual ya que la violación de uno acarrea generalmente la violación de otro; *inalienables e imprescriptibles*, la persona es titular de sus DDHH para siempre, bajo ninguna circunstancia puede ser despojada de los mismos; *irreversibles*, un DDHH formalmente

reconocido es irrevocable; y *progresivos*, es posible extender la protección a otros derechos que antes no gozaban del mismo. Fue mediante su progresividad como ciertos derechos, con el transcurso del tiempo, fueron reconocidos como derechos humanos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos. El mismo autor señala las obligaciones del Estado respecto a los DDHH: reconocerlos, respetarlos, protegerlos, satisfacerlos y garantizarlos.

Según lo extraído de Nikken se puede concluir que, al ser DDHH, las personas con diversidad funcional/discapacidad son también titulares de los derechos sexuales y reproductivos que, según lo desarrollado de los mismos por el Ministerio de Salud y la WAS, constituyen derechos imprescindibles para la consecución de una salud sexual integral. Las personas con diversidad funcional/discapacidad tienen derecho a que sus derechos sexuales y reproductivos sean reconocidos, respetados, protegidos, satisfechos y garantizados.

Según el Código de Ética (2013) los psicólogos se comprometen a respetar los derechos y la dignidad de todas las personas por igual, sin discriminación. A su vez los psicólogos se encuentran comprometidos “a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad” (Fe.P.R.A, 2013, pp 4). ¿Cómo pueden los profesionales de la salud mental restituir y/o promover una salud sexual integral en sus pacientes/consultantes con diversidad funcional/discapacidad? Para lograr éste objetivo resulta fundamental que los profesionales reconozcan que las personas con diversidad funcional/discapacidad son titulares de derechos sexuales y reproductivos. Que a su vez puedan conocer y comprender los alcances de dichos derechos así como visibilizar las problemáticas que atraviesan a las sexualidades de personas con diversidad funcional/discapacidad. Dicha visibilización brindará un marco de conciencia que permitirá visibilizar, prevenir, revertir y/o actuar sobre éstas problemáticas mediante una práctica y rol profesional activo, ético y comprometido con los DDHH.

LA MIRADA SOCIAL DE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define a las *personas con discapacidad* como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Ley 26.378, 2008).

6

Sin embargo, la concepción y mirada general que se ha tenido sobre las personas con diversidad funcional/discapacidad no ha sido siempre la misma sino que a lo largo de la historia han habido y coexistido diversas perspectivas. Estos modelos han ido cambiando y evolucionando a lo largo del tiempo y se encuentran aún vigentes en nuestra sociedad, en mayor o menor medida.

MODELO DE PRESCINDENCIA

Durante la Antigüedad y la Edad Media estuvo vigente el primer modelo, llamado modelo de *prescindencia*. Este modelo se explica a partir de dos presupuestos, uno relacionado con la causa de la discapacidad y otro con el rol de la persona con discapacidad en la sociedad. Respecto del primero, este modelo sostenía que las causas que daban origen a la discapacidad eran religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o bien una advertencia de la divinidad que (a través de una malformación congénita) podía estar anunciando que la alianza ancestral se había roto y que se avecinaba una catástrofe. En cuanto al segundo presupuesto, que identificaba el rol de la persona con su utilidad, partía de la idea de que la persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la sociedad, que era un ser improductivo y, por consiguiente, terminaba transformándose en una carga tanto para sus padres como para la misma comunidad la cual consideraba a estas

personas totalmente innecesarias e inútiles, sus existencias no contribuían en nada a las necesidades sociales, sus vidas carecían de sentido y, por lo tanto, no valía la pena que la vivieran (Palacios y Romañach, 2006).

Este modelo admite dos submodelos: el *eugenésico* y el de *marginación*. En ambos submodelos se prescinde de la vida de las personas con discapacidad, sin embargo, ésta *innecesariedad* adquiere consecuencias distintas. El primer submodelo adopta prácticas eugenésicas hacia ésta población, desde el infanticidio (por ejemplo, en la Edad Antigua) hasta el exterminio (por ejemplo, en el nazismo); mientras que el submodelo de marginación surge en la Edad Media gracias al cristianismo el cual acepta con resignación la condición de discapacidad como situación inmodificable y adopta la exclusión como la mejor solución: las personas con discapacidad eran marginadas al igual que les anormales y les pobres, vivían de la asistencia y la caridad constituyéndose en un grupo marcado por la dependencia y el sometimiento (Palacios, 2008). La vida sexual de las personas con diversidad funcional/discapacidad no era tenida en cuenta, ni siquiera eran consideradas personas. Se les prohibía su reproducción según su casta (Riquelme, s.f.).

MODELO MÉDICO-REHABILITADOR

Junto con la Edad Moderna y la sociedad industrializada surgió el saber médico especializado y el higienismo como mecanismo privilegiado de control social. Según el segundo modelo, el *médico-rehabilitador*, las personas con discapacidades debían ser sometidas a tratamiento para hacer desaparecer u ocultar sus diferencias, logrando así que sean personas que se ajustaran a los parámetros de normalidad según el saber médico. Aquí, el origen de la discapacidad deja de ser religioso para pasar a ser científico, y el éxito va a radicar en la cantidad de destrezas y habilidades que la persona con discapacidad logre adquirir. Las discapacidades eran percibidas como enfermedades, y las personas que las padecían debían ser reparadas para funcionar normalmente en la sociedad en la que vivían (Palacios y Romañach, 2006). Según el modelo médico-rehabilitador la sexualidad de las personas con diversidad funcional/discapacidad deberá ser arreglada, rehabilitada en la medida de lo posible, para que aquellos que han quedado discapacitados vuelvan a disfrutar de su vida sexual con normalidad (Arnau, 2004). Por regla general, su capacidad legal quedaba totalmente restringida, siendo ésta asumida por un tutor/curador el cual tomaba todas las decisiones sobre la vida de la persona con diversidad funcional/discapacidad, teniendo o no en cuenta su voluntad. Así,

7

la expresión y práctica de su sexualidad se veía gravemente afectada, ya que no se las consideraba como personas capaces de tomar decisiones sobre su propia vida y mucho menos sobre su sexualidad y reproducción.

MODELO SOCIAL

Actualmente nos encontramos con una fuerte presencia del tercer modelo, el *modelo social*, el cual considera que las causas que originan la discapacidad ya no son ni religiosas ni científicas, sino sociales. Este modelo ha impulsado la incorporación de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incentivando valores de respeto por la dignidad humana, la igualdad, la libertad personal y la inclusión social. Bajo ésta perspectiva, la discapacidad es una construcción y un modelo de opresión social, resultado de sociedades en donde no se tienen en cuenta las realidades de las personas con discapacidad ni sus diferencias. Consideran que las personas con discapacidades pueden contribuir a la sociedad en igual medida que el resto de la comunidad siempre y cuando se respete su condición de personas diferentes y se eliminen las barreras sociales que impidan que vivan en igualdad de oportunidades (Palacios y Romañach, 2006). Según éste modelo los derechos sexuales y reproductivos se encuentran garantizados legalmente para las personas con diversidad funcional/discapacidad, sin embargo las limitaciones y problemáticas que se les presentan provienen de la sociedad, no de la

persona con diversidad funcional/discapacidad, y es la sociedad la cual tiene el deber de asegurarlos (Riquelme, s.f.).

Lo que se le ha criticado al modelo social es que sigue sustentándose en el eje teórico de la capacidad y dis-capacidad, sosteniendo la aspiración a una normalidad incompatible con la diversidad que caracteriza a las personas con diversidad funcional/discapacidad. El capacitismo se basa en una lógica capitalista donde el cuerpo debe ser productivo, útil, redituable; lo *normal* es poseer un grado de capacidad mínima para realizar tal o cual tarea, la *forma normal* de hacer las cosas.

CAPACIDAD Y DIS-CAPACIDAD

La *capacidad* de una persona remite a los distintos funcionamientos que puede lograr, sin embargo, las capacidades están condicionadas tanto por la constitución corporal como por las características y requerimientos del contexto sociocultural y económico, resultantes de la evolución histórica. Estos condicionantes contextuales y normativos específicos determinan qué capacidades y funcionamientos serán considerados socialmente valiosos, modelando las funciones de los cuerpos existentes en una sociedad determinada (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2009; Toboso Martín, 2018).

Lo normal es [...] ser propietario de determinadas capacidades demandadas por las necesidades culturalmente asociadas a nuestros patrones de vida (ser laboralmente productivos, ser relativamente competentes intelectualmente —sólo relativamente—, ser independientes en el ejercicio de las actividades de la propia higiene —cuando ha habido sociedades en las que las funciones higiénicas eran encargadas a sirvientes especializados—, ser competentes en el creciente aparato tecnológico que rodea nuestras rutinas diarias, etc.). (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2009, pp. 163)

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud el concepto de *discapacidad* refiere a las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social (OMS, 2001).

El concepto de discapacidad se define, por tanto, como limitación y restricción para llevar a cabo una vida “normal” en virtud de una deficiencia en el orden de lo comúnmente entendido como salud. Implícitas están, como puede observarse, nuestras nociones acerca de lo que es normal y lo que no lo es, de lo que es saludable y lo que no lo es,

8

definiciones que distan mucho de ser algo universal y dado, sino que más bien guardan relación con lo considerado como normal según cuestiones tanto del orden de lo estadístico como del orden de los juicios de valor, es decir, de lo que una sociedad estima como bueno y deseable. (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2009, pp 158)

Teniendo en cuenta lo desarrollado por los autores Rodríguez Díaz y Ferreira puede entenderse que lo que se nombra como capacidad y discapacidad se encuentra supeditado a lo que social, cultural y económicamente se estima como tal, es decir, sufre alteraciones. El recorrido histórico realizado sobre la mirada social que se ha tenido sobre la discapacidad señala que el concepto de discapacidad y la perspectiva sobre las personas con diversidad funcional/discapacidad ha ido mutando según las intenciones estatales sobre ésta población. A su vez, se percibe que gradualmente se ha ido incorporando una mirada más humanitaria hacia las personas con diversidad funcional/discapacidad a medida que han ido ganando terreno los derechos dirigidos a éste colectivo como DDHH. No solo los conceptos de capacidad y discapacidad se encuentran determinados por el contexto histórico, sino también lo que es normal y lo que no lo es. Sin embargo, los márgenes de normalidad resultan muy estrechos, y quedar fuera de ellos no tendría por qué redundar en una pérdida de bienestar ni de la calidad de vida. Las personas con diversidad funcional/discapacidad quedan muchas veces por fuera de ésta normalidad deseada y esto repercute muchas veces en acciones u omisiones que atentan contra sus derechos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

MODELO DE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

Una nueva y reciente perspectiva es el *modelo de la diversidad funcional*, el cual parte de la *dignidad* como eje teórico, dignidad que es inherente a todos los seres humanos y que no está vinculada a la capacidad.

El concepto de Diversidad Funcional nace en España en 2005, dentro del colectivo de personas con discapacidad esgrimiendo su derecho a decidir quiénes son por sí mismos. Difundieron este término como una propuesta emancipadora, reivindicando sus derechos a tomar decisiones y pretendiendo abandonar la discriminación, marginación y exclusión social a la que tradicionalmente han sido sometidos. El concepto se sustenta en la Filosofía de Vida Independiente, superando las definiciones negativas (discapacidad, minusvalía) reclamando el derecho al pleno reconocimiento de su dignidad como una expresión más de las muchas diversidades que actualmente son reconocidas positivamente en la convivencia colectiva. Se trata de una transformación de la percepción de las personas con discapacidad, de su forma de existir en el mundo, de su experiencia cotidiana como seres humanos (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2009).

Este marco teórico epistemológico reinterpreta a la discapacidad como una forma más de la diversidad humana. Se propone una superación de las dicotomías *discapacidad* y *capacidad* sosteniéndose que cada persona posee un modo particular y propio de funcionamiento tanto físico como psíquico y sensorial, considerándose valiosas todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles (Toboso Martín, 2018).

Las sociedades occidentales avanzadas se han instalado en la "lógica de la diversidad": nos hemos acostumbrado a vivir y convivir con lo diverso; diversidad de etnias, de culturas, de credos religiosos, de ideologías políticas, de condiciones socio-laborales coexisten en ellas; lo "diferente" es lo habitual, lo heterogéneo es lo cotidiano.

Sin embargo, [...] bajo esa pauta diversificadora operan fuerzas de largo alcance que instalan fuertes tendencias homogeneizadoras. Diversidad sí, pero dentro de un límite. (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2009, pp. 156).

Como establecen Rodríguez Díaz, Ferreira y Toboso Martín, la perspectiva de la diversidad funcional considera a *la diversidad como una característica inherente a la*

9

condición humana. Hay personas cuya existencia cotidiana es distinta a la del resto, realizan sus actividades de manera diferente a la mayoría de las personas debido a que poseen un condicionamiento fisiológico que les impone un funcionamiento distinto. Reflexionando sobre éstos puntos, lo que la perspectiva en diversidad funcional propone es que la sociedad pueda asimilar una diversidad más junto a las tantas otras a las que ya se ha acostumbrado. Se busca seguir ampliando ésta aceptación de lo diverso para incluir a todas las personas con diversidad funcional/discapacidad barriendo con los intentos de normalizarles, homogeneizarles.

En el plano de la sexualidad, se puede concluir que la perspectiva en diversidad funcional propone la visibilización y el reconocimiento de las distintas sexualidades que pueden encontrarse, no solo en toda persona, sino particularmente en las personas con diversidad funcional. Este colectivo requiere re-pensar la sexualidad desde otras ópticas, donde las prácticas sexuales muchas veces distan de aquellas que habitualmente se reconocen como normales. La aceptación y el respeto a ésta diversidad resulta fundamental para el respeto y pleno ejercicio de los DDHH de las personas con diversidad funcional/discapacidad.

El modelo de diversidad funcional también ha recibido críticas. Se alega que es otra forma de nombrar a la discapacidad pero de una manera que incomode menos a la sociedad, ya que vuelve a poner el eje en la persona y su individualidad dejando por fuera las barreras del entorno. La falta de accesibilidad (en todos sus sentidos) pone de continuo barreras que discapacitan a las personas con diversidad funcional/discapacidad,

les ponen en desventaja frente a otras personas que sin accesibilidad (adaptada) pueden desarrollar sus vidas sin ningún impedimento o barrera capacitista (Travesani, 2021).

LA MOVIDA DISCA

El *activismo disca* reivindica el término *discapacidad* como una categoría de lucha quitándole la carga negativa y construyendo el orgullo en su identidad discapacitada que a la sociedad le avergüenza y pretende ocultar (Travesani, 2021). Su eje se encuentra en fomentar la participación política y social de las personas con diversidad funcional/discapacidad desde una mirada anticapacitista, utilizando la *discapacidad* como identidad política, luchando contra los discursos de odio, lástima, piedad, compasión y desventaja. Históricamente fueron los profesionales, familiares y otros actores quienes han hablado de y en nombre de las personas con diversidad funcional/discapacidad. Ahora son ellos quienes toman la palabra buscando su visibilización e inclusión social y política exigiendo el respeto de su condición de sujetos de derecho (Ardizzone, 2020).

Luego de haber realizado un recorrido sobre los distintos modelos es notable que la mayor presencia de uno o de otro va a impactar y condicionar el quehacer y la tarea profesional. A su vez, la práctica se va a ver condicionada según los mitos y prejuicios que le profesional tenga sobre las personas con diversidad funcional/discapacidad en líneas generales y particularmente en relación a la sexualidad.

MITOS Y PREJUICIOS

En el ámbito de la sexualidad, las personas con diversidad funcional/discapacidad se encuentran con numerosas barreras que le impiden llevar una vida sexualmente plena ya que dicho colectivo ha padecido (y padece) a lo largo de la historia de numerosas etiquetas y tratos sociales: prohibiciones de prácticas sexuales, infantilización, asexualidad, hipersexualidad, dependencia, vulnerabilidad, anormalidad, etc. (Riquelme, s.f.). Estos prejuicios, voluntarios o no, generan prácticas discriminatorias que afectan a las personas con diversidad funcional/discapacidad en el acceso a sus derechos.

10

ANORMALIDAD

Gran parte de las problemáticas que atraviesan a las sexualidades del colectivo analizado derivan de su condición misma de personas con diversidad funcional/discapacidad al no cumplir con gran parte de los parámetros de *normalidad* establecidos social, histórica y culturalmente.

En una primera instancia, las personas con diversidad funcional/discapacidad no cumplen con los estereotipos sociales de belleza. Por lo tanto, existe el mito de que son personas con poco atractivo. Como consecuencia de ésto también se sostiene la idea de que una persona con diversidad funcional/discapacidad solo podría tener como pareja a otra persona que se encuentre en su misma situación (formando parte también de dicho colectivo). Cuando una persona sin diversidad funcional/discapacidad se siente atraída y se acerca a una persona que sí forma parte del colectivo, se piensa que tiene intenciones de abuso, o de sacar algún provecho, o también puede suceder que sea objeto de burlas o comentarios descalificantes (Monjaime, 2015).

Este prejuicio viene de la mano con otro mito contradictorio: las personas con diversidad funcional/discapacidad no son objeto de abuso. Al pensarse que no son atractivos, nadie les desearía, sin embargo de ésta manera se pasa por alto lo que verdaderamente se pone en juego en un abuso: el poder y el sometimiento. Esta invisibilización genera mayor vulnerabilidad en el colectivo de personas con diversidad funcional/discapacidad al encontrarse muchas veces desprotegidas frente a situaciones abusivas (Monjaime, 2015).

En segundo lugar, existe la idea de que las personas con movilidad reducida no pueden concretar un coito o penetración en sus relaciones sexuales. Aquí también se encuentra una idea de relación sexual *normal*. Ésta afirmación se trata de un mito, ya que muchas personas con movilidad reducida pueden mantener relaciones sexuales con penetración (Monjaime, 2015) y, aunque no pudieran (o quisieran) llevar a cabo ésta práctica, existen numerosas formas de llevar a cabo una sexualidad saludable y placentera.

Un tercer mito en relación a la *anormalidad* en personas con diversidad funcional/discapacidad es la creencia de que no pueden/deben materner-paternar. Esto se basa en algunos prejuicios sobre dicho colectivo: no son capaces de cuidar de sus hijos; como madres/padres van a resultar una carga para sus hijos; van a transmitir su discapacidad a las siguientes generaciones, etc. (Monjaime, 2015).

INFANTILIZACIÓN

Muchas veces se percibe a las personas con diversidad funcional/discapacidad como *angelitos*, personas ingenuas y dependientes, se les infantiliza negando la etapa evolutiva en la que se encuentren y su condición de persona sexuada. Este prejuicio genera rechazo y ve como perversión cualquier acercamiento a la sexualidad que manifieste la persona con diversidad funcional/discapacidad (Monjaime, 2015).

A su vez esta idea de ingenuidad y dependencia alimenta el prejuicio de que dichas personas son siempre objeto de abuso ya que no podrían entablar genuinamente una relación de atracción y respeto mutuo por voluntad propia, sus relaciones sexuales serían obra de la manipulación de un tercero hacia su persona (Monjaime, 2015).

ASEXUALIDAD E HIPERSEXUALIDAD

Se encuentra muy difundido el mito de que las personas con diversidad funcional/discapacidad no tienen deseos sexuales ni piensan en tener relaciones sexuales, su única necesidad es la del cariño. Sin embargo, sí piensan en su sexualidad y la ejercen (muchas veces) con numerosos obstáculos y de manera clandestina debido a éstos prejuicios, a la falta de información y sentimientos de culpa. Las sexualidades de las personas con diversidad funcional/discapacidad son tan importantes para sus vidas

11

como para el resto de las personas y solo cada cual debe determinar cómo vivir su sexualidad y qué prácticas quiere/necesita realizar (Monjaime, 2015). También se presenta la idea contrapuesta, la hipersexualidad: la sexualidad de las personas con diversidad funcional/discapacidad sería irrefrenable e incluso pueden ser abusadores (Monjaime, 2015).

Según lo expuesto por los autores, se puede concluir que existen numerosos mitos y prejuicios en relación a la sexualidad de las personas con diversidad funcional/discapacidad. Esto impacta negativamente en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de dicho colectivo impidiéndoles vivir y ejercer plenamente su sexualidad de forma saludable, ya que éstos mitos y prejuicios se trasladan a las prácticas de los profesionales, las familias, los amigos, los ciudadanos, etc. con quienes las personas con diversidad funcional/discapacidad conviven, trayendo consigo numerosas consecuencias.

CONSECUENCIAS

Entre las principales consecuencias de éstos mitos y prejuicios nos encontramos con la prohibición de prácticas sexuales, el aislamiento, la administración compulsiva de medicación, la falta de acceso a la educación sexual, violencia, abuso y, en líneas generales, la vulneración de derechos esenciales como la salud, dignidad, libertad,

autonomía e intimidad.

Las personas con diversidad funcional/discapacidad, y especialmente las personas con discapacidad intelectual, se encuentran especialmente vulnerables ante una de las prácticas más violentas: el abuso sexual. Cuando su autonomía se ve limitada por la necesidad de que otra persona se ocupe de su cuidado personal, la persona con diversidad funcional/discapacidad corre el riesgo de interiorizar la creencia de que su cuerpo es accesible a les demás. Sumado a ésto, su dependencia favorece la sumisión y obediencia ya que intentará evitar el conflicto y contentar a las personas de su entorno por miedo a que se le retire el apoyo que necesita. Además, la falta de educación sexual les impide discriminar un acto abusivo del que no lo es, así como las vías apropiadas para denunciar (Recio et al. 2013).

Un agravante de ésto es que los medios masivos de comunicación no visibilizan a las personas con diversidad funcional/discapacidad y cuando lo hacen son utilizadas como modelos de inspiración, ejemplos de vida, desde miradas que promueven la compasión y el paternalismo. Es escasa la difusión de sus derechos humanos y menos aún de sus derechos sexuales y reproductivos, por el contrario, se les infantiliza y paternaliza, se les ve frágiles, *especiales*, objetos de cuidado, incapaces de tomar decisiones sobre su vida y cuerpo.

Esto se ve reflejado en numerosas prácticas sociales. Un ejemplo fácilmente visible son los baños para personas con diversidad funcional/discapacidad. En muchos lugares no hay, y cuando los hay, tienen carteles sin género; esto no es debido a una idea progresista sino porque a éste colectivo se lo piensa sin identidad de género. Lo único socialmente reconocible de éste colectivo es su diversidad funcional/discapacidad, motivo por el cual tienen un baño, separado además de los otros baños para personas *normales*. Al mismo tiempo éstos baños carecen de cambiadores para bebés o para personas grandes. No se piensa en que haya personas con diversidad funcional/discapacidad que sean madres/padres y que tengan que cambiar el pañal de sus hijes, o incluso haya una persona adolescente o adulta que necesite cambiar su propio pañal. “Parece que las únicas identidades discapacitadas susceptibles de ser aceptadas son aquellas que se encuentran más cerca de la norma, es decir, las que menos incomodan o menos accesibilidad requieren” (Travesani, 2021, pp 212).

Los discursos mediáticos reproducen y producen discursos y prácticas sociales donde las personas con diversidad funcional/discapacidad no ocupan el mismo lugar simbólico que el resto de la población y menos aún de aquellos modelos hegemónicos de

12

belleza imposibles de alcanzar aún para las personas que no tienen una diversidad funcional/discapacidad. Esto genera exclusión e influye negativamente en la construcción de la propia imagen y autoestima.

Cuerpos nada deseables, cuerpos invisibilizados, cuerpos que no pueden adaptarse a los cánones de belleza, de juventud, de salud, de energía, de movilidad. El cuerpo es símbolo de estatus a través de esas características y en ese sentido las PcD son situadas en lo más bajo del estatus social y más abajo aún si son mujeres. (Monjaime, 2015, pp 35).

En lo que respecta a la *atención en servicios de salud sexual y reproductiva* las personas con diversidad funcional/discapacidad se encuentran con obstáculos de accesibilidad física y actitudinal por parte de les agentes de salud que muchas veces se encuentran influenciados por los mitos, prejuicios y prácticas anteriormente descritos.

Uno de los principales obstáculos se relaciona con la *accesibilidad física*. Las personas con diversidad funcional/discapacidad a menudo enfrentan dificultades para trasladarse al centro de salud, ya sea por la falta de transporte adecuado o por la inaccesibilidad de las instalaciones. En muchos casos, el ingreso y la circulación dentro del centro de salud o consultorio representan un desafío considerable. La ausencia de rampas y ascensores, la falta de carteles en braille o avisos sonoros, puertas pesadas, pasillos estrechos y mostradores altos son solo algunas de las barreras físicas que dificultan el acceso y la movilidad. Además, la falta de espacios adecuados para

maniobrar con sillas de ruedas, andadores o bastones, así como el uso de mobiliario y equipos inadecuados, como camillas de altura inapropiada, agravan aún más la situación (Travesani, 2021).

En lo que respecta a los *obstáculos actitudinales* por parte de los agentes de salud, siguiendo lo desarrollado por Monjaime (2015), se observan patrones de comportamiento que reflejan una falta de sensibilidad y conciencia respecto a las necesidades y derechos de las personas con diversidad funcional/discapacidad.

Uno de los principales obstáculos radica en el trato infantilizado que reciben estas personas. Por ejemplo, se les suele insistir en que acudan acompañadas a la consulta, lo cual menoscaba su autonomía, privacidad y capacidad de decisión sobre asuntos relacionados con su salud.

Además, se evidencia una actitud de indiferencia por parte de algunos profesionales de la salud, quienes dirigen su atención y comunicación hacia el acompañante de la persona con diversidad funcional/discapacidad, en lugar de dirigirse directamente a la persona misma.

Otro aspecto problemático es la presencia de dudas por parte de los profesionales de la salud respecto a la capacidad de comprensión y toma de decisiones de las personas con diversidad funcional/discapacidad. Se cuestiona su capacidad de entender información médica y de participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y su sexualidad. Esta falta de confianza en la capacidad de las personas con diversidad funcional/discapacidad para ejercer su autonomía y tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida sexual se manifiesta en la reticencia a abordar temas relacionados con la sexualidad y la reproducción durante las consultas médicas. Se omite así la oportunidad de ofrecer información y apoyo adecuados en aspectos importantes de la vida sexual de estas personas.

Asimismo, existe una falta de reconocimiento y comprensión de las diversas orientaciones sexuales e identidades de género que pueden presentar las personas con diversidad funcional/discapacidad. En general, no se prevé que una persona con diversidad funcional/discapacidad pueda tener una orientación sexual distinta a la hegemónica, es decir a la heterosexual; o que pueda tener una identidad de género distinta a la asignada al nacer. Esto limita el acceso a servicios y recursos específicos para personas LGBTQ+ con diversidad funcional/discapacidad.

La falta de conocimiento y la ausencia de personal capacitado en la interpretación de lengua de señas constituyen otro obstáculo significativo para la comunicación efectiva con personas con discapacidad auditiva.

13

INTERSECCIONALIDAD

La *interseccionalidad* refiere a la opresión, discriminación y violencia cruzada que puede sufrir una persona cuando en ella coexisten dos o más características de posible vulnerabilidad: raza, género, etnia, edad, diversidad funcional/discapacidad, pobreza, orientación sexual, identidad de género, etc. Este término visibiliza las distintas opresiones simultáneas y entrecruzadas que puede sufrir una persona (Travesani, 2021).

Las *mujeres con diversidad funcional/discapacidad* se encuentran expuestas a una doble discriminación: por su diversidad funcional/discapacidad y por su género; lo cual incrementa su situación de vulnerabilidad. La invisibilidad de las mujeres con diversidad funcional/discapacidad unida a la invisibilidad de la violencia sexual genera una doble dificultad a la hora de identificar, prevenir y actuar sobre la vulneración de sus derechos.

Mientras algunas mujeres luchaban contra el mandato de tener hijos/as de manera obligatoria, las mujeres con discapacidad aun continúan reivindicando su derecho a la maternidad por ser víctimas de esterilizaciones compulsivas o, en menor grado, de mandatos más sutiles -pero no menos opresivos- como el de “no debes tener hijos/as”. (Monjaime, 2015, pp 17)

Es común que se les impida ejercer su derecho a la maternidad, se decide e interviene sobre sus cuerpos sometiéndolas a prácticas invasivas y dolorosas como el

aborto o la esterilización forzada. Una consecuencia de la esterilización es el sometimiento y encubrimiento de abusos y violaciones de las cuales son víctimas las niñas y/o mujeres con diversidad funcional/discapacidad al eliminar el signo notorio del embarazo. Al mismo tiempo se puede hallar latente una profunda matriz racista al evitar su reproducción.

También es común que se utilicen métodos más sutiles como el suministro de anticonceptivos sin explicación y sin que la adolescente/mujer tenga espacio a la oposición o, al menos, a cuestionar.

Aún las mujeres con diversidad funcional/discapacidad que deciden maternar reciben de continuo cuestionamientos a su derecho de tener hijos, a su capacidad de cuidado y al modo de ejercer su maternidad.

Una mujer con diversidad funcional/discapacidad víctima de violación y/o abuso se encuentra altamente vulnerabilizada ya que generalmente no encuentra o no puede acceder a canales de denuncia y, cuando lo logra, muchas veces su relato se pone en cuestión por su género y por el hecho de tener una diversidad funcional/discapacidad. Peor aún es para las personas con diversidad funcional/discapacidad con orientaciones sexuales y/o identidades de género fuera de la norma cis, según la cual en las personas correspondería su sexo biológico con su identidad de género, su rol de género y orientación sexual (heterosexual).

En general no se contempla que una persona con diversidad funcional/discapacidad pueda tener una orientación sexual diversa a la heterosexualidad y, más aún, no se tienen en cuenta otras identidades de género como las identidades no binarias (Travesani, 2021).

La comunidad de *personas con diversidad funcional/discapacidad LGBTIQ+*, sufren discriminaciones cruzadas por su discapacidad y diversidad sexual. Aunque existen escasos trabajos que aborden la diversidad sexual en personas con diversidad funcional/discapacidad, podría remarcarse que el principal obstáculo que encuentran éstas diversidades es la invisibilidad. Es normal que la persona con diversidad funcional/discapacidad sea invisibilizada y más aún se ignore sus otras posibles diversidades en materias de sexualidad: identidad y/o rol de género diverso, orientación sexual distinta a la heterosexual (Pace, 2022).

Es habitual que se les impida la transición a otro género o la sola expresión de un rol de género distinto a la norma, en situaciones que se expresan desde la dependencia

14

para vestirse y peinarse, hasta la influencia en sus opiniones, decisiones y autonomía, obstaculizando su propia autodeterminación.

Otro ejemplo de interseccionalidad son aquellas *personas con diversidad funcional/discapacidad institucionalizadas*, las cuales “se encuentran mucho más expuestas a la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que la situación de semientierro facilita las condiciones para el abuso de poder” (Monjaime, 2015, pp 45-46).

En las instituciones suelen estar ausentes espacios de intimidad para las personas con diversidad funcional/discapacidad, ya sea porque no se les destina un espacio físico o lo suficientemente aislado o porque simplemente no se respeta su privacidad aunque se disponga del espacio físico adecuado. Es habitual que les asistentes invadan o expongan la privacidad de las personas con diversidad funcional/discapacidad sin aviso o permiso previo (entrando a sus habitaciones, interviniendo y exponiendo sus cuerpos, divulgando información privada, etc.). Normalmente, las prácticas sexuales están prohibidas ni están previstas que se ejerzan (Monjaime, 2015).

En general, como consecuencias se pueden encontrar afectaciones en la propia imagen, baja autoestima, carencia de habilidades sociales, dificultades en la interacción social, disfunciones sexuales. En casos de abuso se pueden presentar además trastornos emocionales, alteraciones del sueño y la alimentación, trastornos conductuales y comportamentales, trastornos obsesivos, paranoides, depresivos y de ansiedad, alteraciones en el desarrollo evolutivo y en su capacidad física (Millán, s.f.).

Según lo expuesto, podría afirmarse que cada una de éstas consecuencias

derivadas de los mitos y prejuicios tienen repercusiones importantes en las sexualidades de las personas con diversidad funcional/discapacidad. Se les extirpa el deseo, se les imposibilita el disfrute, la vida social activa, los encuentros, las salidas, el acceso efectivo a las tiendas de ropa y calzado. Se les niega e invisibiliza. Se les veda de una educación sexual y de sus derechos. Se vulnera su intimidad, exponiendo innecesariamente sus cuerpos e interviniendo sobre los mismos sin permiso o consentimiento. Se les niega la capacidad de equivocarse y de asumir la dignidad del riesgo, así como la decisión de maternar/paternar. Se les priva de intimidad y privacidad para estar a solas con su propio cuerpo, y más aún con un otre. La vigilancia y alerta continuas reprimen su curiosidad, ganas y deseos al generar la sensación de que lo que hacen o quieren hacer con su intimidad está mal. Se les obstaculiza su autonomía, libertad e independencia.

Para evitar o revertir ésta situación resultaría imprescindible que cada cual comenzara a visibilizar y tomar conciencia sobre cuántos de éstos mitos y prejuicios, cuánto de éstas prácticas, está sosteniendo actualmente. A su vez, para comenzar a tomar conciencia del camino a seguir hacia el respeto y la promoción de la salud sexual de las personas con diversidad funcional/discapacidad es importante poder contar con los recursos y conocimientos apropiados para ello.

SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD

En Argentina, la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) (2006) se ha constituido en una propuesta pedagógica que intenta articularse con centros de salud, organizaciones sociales y familias. Propone el abordaje de la sexualidad desde una mirada integral, articulando sus aspectos biológicos, sociales, afectivos y éticos. Reconoce el derecho de todes les niñes y adolescentes a recibir educación sexual integral con conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados en todas las escuelas del país.

Para promover la salud sexual en las personas con diversidad funcional/discapacidad es fundamental brindarles acceso real, efectivo y adecuado a la ESI para permitirles desarrollar una vida sexual saludable y placentera, vivir su

15

sexualidad con dignidad y responsabilidad, y cultivar habilidades sociales y de autocuidado necesarias para su bienestar integral.

La ESI también les brinda la oportunidad de desarrollar una autoestima positiva, confianza en sí mismos y una comprensión plena de su identidad de género y sexualidad. Además, les proporciona herramientas para reconocer y respetar el consentimiento en todas las interacciones físicas, identificar situaciones de abuso y acceder a los recursos necesarios para denunciarlas de manera accesible y adecuada.

Asimismo, la educación sexual integral les permite comprender su derecho a la intimidad y la privacidad, recibir información y educación sobre reproducción y planificación familiar, así como acceder a los apoyos necesarios para ejercer su derecho a la maternidad/paternidad de manera autónoma y con el respaldo adecuado.

La ley de ESI no solo reconoce los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, sino que también reconoce la importancia de abordar la diversidad funcional/discapacidad dentro de este marco educativo. Es fundamental que las políticas y prácticas educativas promuevan la inclusión y el respeto a la diversidad en todas sus formas, garantizando así el ejercicio pleno de los derechos y la autonomía de todas las personas, independientemente de su condición física o funcional.

Es importante recordar que las leyes atinentes a la protección de los derechos sexuales y reproductivos es tarea de toda la sociedad. Se considera fundamental realizar mayores esfuerzos en relación a la formación, control y supervisión del accionar de les trabajadores y de las autoridades que manejan las instituciones. Resultaría conveniente que las instituciones diseñen e implementen protocolos y pautas sobre cómo actuar en situaciones y cuestiones relacionadas a las sexualidades de las personas con diversidad

funcional/discapacidad (intimidad, conductas inadecuadas, violencia de género, etc.), así como la realización de informes para poder unificar las expectativas sobre el trabajo y los abordajes, dejando por sentado cómo y cuánto se trabaja para un adecuado seguimiento y control. En éstos protocolos sería conveniente que participen no solo los profesionales sino también las propias personas con diversidad funcional/discapacidad y sus familiares.

También resulta necesaria la formación y actualización de todos los profesionales y agentes de salud que trabajan con personas con diversidad funcional/discapacidad en cuanto a sus derechos humanos y, específicamente, sus derechos sexuales y reproductivos.

Es fundamental que los profesionales reconozcan que las leyes destinadas a proteger los derechos sexuales y reproductivos también se aplican a las personas con diversidad funcional/discapacidad, y que deben respetar lo que estas leyes establecen en igualdad de condiciones para todos.

Además, es necesario que se asegure y respete siempre el consentimiento informado de las personas con diversidad funcional/discapacidad. Incluso cuando puedan tener limitaciones en su capacidad legal o de comprensión, es deseable tener el asentimiento y acuerdo que la persona pueda dar.

El respeto por la autodeterminación de estas personas también es fundamental. Deben tener la capacidad de hacer elecciones y tomar decisiones libremente, sin interferencia ni manipulación externa por parte de los profesionales de la salud u otros actores involucrados en su cuidado.

En cuanto a la comunicación, es esencial que se transmita información adecuada, clara y comprensible, adaptando el lenguaje a diferentes formatos y necesidades individuales, como formatos visuales, sonoros, táctiles y didácticos.

Por último, es imprescindible brindar una adecuada asistencia, intervención y defensa a las víctimas de violencia sexual que tienen diversidad funcional/discapacidad. Se deben evitar los procesos de victimización primaria y secundaria, garantizando que reciban el apoyo y la protección necesarios así como el acceso a la justicia de manera efectiva.

Será necesario eliminar, no solo las barreras físicas y arquitectónicas, sino también las actitudinales, sociales y educativas que impiden a las personas con diversidad funcional/discapacidad la accesibilidad a una vida sexual saludable.

REFLEXIONES FINALES

Luego de haber realizado un recorrido histórico sobre la mirada social de la diversidad funcional/discapacidad se concluye que no siempre se ha concebido, nombrado y tratado a las personas con diversidad funcional/discapacidad de igual forma. La respuesta social hacia éstas personas ha variado de acuerdo a la perspectiva o modelo socialmente vigente históricamente: infanticidio, exterminio, marginación, rehabilitación, inclusión. En los últimos años, se han reconocido ciertos derechos a éste colectivo y actualmente se les reconoce como sujetos plenos de derecho. Sin embargo, aún hoy sus derechos son vulnerados.

En lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos, se concluye que las personas con diversidad funcional/discapacidad se encuentran atravesadas por problemáticas propias de dicho colectivo; problemáticas que dificultan la vivencia y el ejercicio de una salud sexual plena debido a numerosos mitos y prejuicios instaurados socialmente sobre su sexualidad: anormalidad, infantilización, asexualidad e hipersexualidad, entre otros. Estos mitos y prejuicios traen consecuencias negativas como la prohibición de prácticas sexuales, el aislamiento, la administración compulsiva de medicación, la falta de acceso a la educación sexual, violencia, abuso y, en líneas generales, la vulneración de derechos esenciales como la salud, dignidad, libertad, autonomía e intimidad. Teniendo en cuenta que el ser humano es integral, sus problemáticas en el plano de la sexualidad no solo repercutirán en su salud sexual, sino también en su salud integral general, física, mental y social. Por lo tanto, resulta fundamental la formación de profesionales en el estudio del concepto de diversidad

funcional/discapacidad como categoría política, visibilizando que la condición de diversidad funcional/discapacidad no habilita a la exclusión y que cualquier persona (más allá de su condición) se le debe asegurar y hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

Si bien lo sexual ya no es un completo tabú y se han acortado distancias en materia de inclusión, diversidad y educación, aún queda mucho por hacer. Además de establecer un marco legal e institucional que reconozca los derechos y fomente la inclusión, es crucial dismantelar estereotipos para que las personas con diversidad funcional/discapacidad puedan experimentar su sexualidad de manera digna y sin tener que enfrentar barreras adicionales que limiten su plenitud en este aspecto de la vida. Para mejorar las condiciones de vida de las personas con diversidad funcional/discapacidad, no es suficiente asumir presupuestos morales, consensuar sensibilidades y elaborar escritos teóricos. Resulta imprescindible realizar una profunda reconfiguración de los esquemas de pensamiento, formando profesionales para que puedan tomar medidas prácticas sustentadas en los derechos humanos.

Para promover prácticas éticas con un rol activo, promotor de la inclusión y respeto, es necesario incorporar y ampliar los conocimientos respecto a las personas con diversidad funcional/discapacidad, sus particularidades y problemáticas. Los medios masivos de comunicación juegan aquí un papel central en la construcción y difusión de cierta imagen y concepción sobre dicho colectivo. Resulta pertinente modificar los mensajes compasivos y paternalistas para que la sociedad comience a visualizar de otra manera a las personas con diversidad funcional/discapacidad y tome noción de todas aquellas prácticas sociales que discapacitan a éstas personas, para poder revertirlas y modificarlas.

En materia educativa se ha avanzado mucho con la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral. Queda pendiente profundizar sobre las sexualidades de las personas con diversidad funcional/discapacidad, dejar de invisibilizarlas. También, hacer la ESI realmente accesible y extensible en la práctica a niñas y adolescentes con diversidad

funcional/discapacidad, adaptarla a su comprensión, para que puedan formarse en una sexualidad plena, sin violencia, miedos ni represiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardizzone, M. (22 de septiembre de 2020). Activismo Disca. *Viento Sur*.
<https://vientosur.unla.edu.ar/index.php/activismo-disca/>

Arnau, S. (2004). Sexualidad(es) y disCapacidad(es): La igualdad diferente. En Seminario

- “Discapacidad y Vida Independiente”.
- Fe. P. R. A. (2013). Código de Ética Nacional. Argentina.
- Ley 26.150 de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 de octubre de 2006. (Argentina). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto>
- Ley 26.378 de 2008. Por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. 6 de junio de 2008. D.O. No. 267. (Argentina). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>
- Ministerio de Salud. (9 de octubre de 2023). Derechos sexuales y derechos reproductivos. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>
- Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (s.f.). Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Personas con Discapacidad. Andalucía, España.
- Monjaime, M. (2015). *Sexualidad sin barreras. Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*. INADI. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Argentina.
- Nikken, P. (2010). La protección de los derechos humanos: haciendo efectiva la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales. *IIDH, Vol 52*, 55-140.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
- Pace, A. (2022). Diversidad sexual e identidad de género en personas con diversidad funcional-discapacidad: ¿Cómo es “salir del closet” cuando este tiene doble cerradura?. *Boletín electrónico oficial Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual* (2). 13-18.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca. Madrid. España.
- Palacios, A. & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)*. Ediciones Diversitas. Recuperado en: <http://www.asocios.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Problema. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 05 de agosto de 2023, de <https://dle.rae.es/problema?m=form>
- Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaró, G. y Martorell, A. (2013). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y actuación*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce. España
- Riquelme, A. (s.f.). Guía de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad orientada a profesionales. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_personas_con_discapacidad_orientada_a_profesionales_versi_on_pdf.pdf
- Rodríguez Díaz, S. & Ferreira, M. (2009). Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 28, num 1 : 151-172. Madrid, España.

- Toboso Martín, M. (2018). Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre discapacidad. *Política y Sociedad*. 55 (3): 783-804. Madrid, España.
- Travesani, D. (2021). *Me proclamo disca me corono renga*. Insomnes. Rosario, Argentina.

WAS. (2015). Declaración de los Derechos Sexuales. Recuperado de https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014_b.pdf