UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Vínculos sexo – afectivos en personas con diversidad funcional física o motriz

Modalidad de presentación: Propuesta de intervención en el campo profesional

Autor/a: María Luciana Landi

Legajo: L-1289/1

D.N. I: 34.487.411

email: marialu.landy@gmail.com

Docente responsable: Valeria Anahi Gorosito Bilicich

Año: 2026

Agradecimientos

Es profundamente conmovedor tener la oportunidad de expresar mi gratitud hacia aquellas personas que han dejado una huella imborrable en mi vida. Mis padres, Carmen y Alberto, son verdaderos ejemplos de perseverancia y amor incondicional. Su constante apoyo y sabios consejos han sido el faro que ha iluminado mi camino, guiándome con cariño y dedicación en cada paso que he dado.

La presencia de amigos y compañeros de la universidad ha sido un pilar fundamental en mi trayectoria. Su apoyo incondicional y afecto han sido un sostén en los momentos difíciles y una fuente inagotable de alegría en los momentos de celebración. Su compañía ha enriquecido mi experiencia universitaria y ha transformado cada desafío en una oportunidad para crecer y aprender juntos.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi compañero de vida; su presencia ha sido mi sostén, recordándome que no estoy sola en este viaje. Su amor y confianza en mí han sido el motor de mi perseverancia. Agradezco infinitamente su compañía, sus palabras de aliento y nuestra complicidad en cada desafío y logro compartido.

Asimismo, no puedo pasar por alto la invaluable contribución de los docentes que acompañaron la orientación y lectura de este Trabajo Integrador Final. Mi sincero agradecimiento a Soledad Ríos y Fernando Gómez, profesores del espacio TIF; especialmente a Soledad Ríos, con quien inicié este recorrido y senté las bases de este proyecto, y a Fernando Gómez, quien acompañó y orientó la etapa final hasta su concreción. De igual modo, expreso mi gratitud a Valeria Gorosito, docente responsable del Trabajo Integrador Final, por su dedicación, experiencia y guía fundamental en mi proceso de formación académica. Asimismo, estoy profundamente agradecida con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, mi casa de estudios, con la cual, después de un buen tiempo, nos pudimos reencontrar para cerrar esta etapa tan significativa, brindándome las herramientas y el espacio público para crecer, alojar la vocación y desarrollarme profesionalmente.

Es mi más ferviente deseo que este Trabajo Integrador Final sea de utilidad para otros estudiantes, que inspire y aporte al aprendizaje de quienes lo lean. Creo firmemente en el valor de la producción académica y en la importancia de compartir conocimientos para contribuir al desarrollo de nuestra comunidad. Que este escrito pueda ser un aporte para investigaciones futuras, para la mejora de la calidad de vida de las personas con diversidad funcional y para la motivación de más profesionales a involucrarse en estos ámbitos, alojando la palabra de quienes necesitan ser escuchados.

Índice

Resumen y palabras clave ..... 4 Pág.
Introducción: la dimensión sexo-afectiva en la diversidad funcional en la perspectiva de derecho y psicoanalítica ..... 5 Pág.
Planteamiento de la problemática: silenciamiento sexo- afectivo y desafíos de la autonomía de la diversidad funcional ..... 9 Pág.
Objetivos Generales y Objetivos Específicos ..... 12 Pág.
Del análisis a la acción: planificación e implementación de la intervención ..... 13 Pág.
Plan de intervención profesional ..... 13 Pág.
1. Población destinataria y dinámica de acceso ..... 13 Pág.
2. Temporalidad, frecuencia diagrama del taller ..... 14 Pág.
3. Accesibilidad y recursos ..... 15 Pág.
Acompañamiento familiar ..... 15 Pág.
Evaluación general del dispositivo de intervención ..... 16 Pág.
Conclusión ..... 17 Pág.
Referencia bibliográfica ..... 18 Pág.

Resumen

La presente intervención profesional aborda los vínculos sexo-afectivos en personas con diversidad funcional física o motriz. Se reconoce que esta condición puede implicar determinados desafíos a nivel motor, pero no limita ni condiciona la capacidad inherente de establecer relaciones sexo-afectivas plenas. Desde una perspectiva psicoanalítica, se sostiene que la vida afectiva y sexual constituye un componente esencial en la estructuración de la subjetividad y el bienestar emocional, cuyo desarrollo se configura a partir de una compleja interacción entre las dinámicas intrapsíquicas, familiares e institucionales. Sin embargo, persisten prejuicios, estigmas y barreras actitudinales que tienden a invisibilizar, infantilizar o restringir la sexualidad de estos sujetos, obstaculizando su autonomía y la apropiación activa de su cuerpo. La propuesta se orienta al trabajo clínico con personas con diversidad funcional y sus entornos familiares mediante la constitución de un espacio de acompañamiento y escucha alojadora centrado en la dimensión sexo-afectiva. Este busca favorecer la libre expresión de inquietudes e interrogantes, promoviendo la construcción de vínculos y la legitimación de la privacidad. Se incorpora la Educación Sexual Integral (ESI) como una herramienta ético-política clave para garantizar información accesible. El propósito de esta intervención se orienta a restituir el estatuto del sujeto como un agente activo de su propio deseo, desmontando las posiciones de tutelaje, sobreprotección y pasividad que históricamente han anulado su capacidad decisional. De este modo, se busca garantizar las condiciones de accesibilidad subjetiva y emocional necesarias para la conquista de su autonomía y su autodeterminación afectiva, sexual y vincular dentro del lazo social.

Palabras clave: Vínculos sexo – afectivo, Diversidad Funcional, Sexualidad.

Introducción: La Dimensión Sexo-Afectiva en la Diversidad Funcional desde una Perspectiva de Derechos y Psicoanalítica

Cuestionar los planteamientos tradicionales sobre la discapacidad y avanzar hacia una crítica más profunda que contemple su impacto en la vida de las personas es de carácter fundamental; un nudo problemático que exige un detenimiento riguroso dada su implicancia directa en la constitución subjetiva y el bienestar de los sujetos. Más que una mera condición individual, la discapacidad se entiende como una construcción social que surge de las barreras físicas, culturales y actitudinales que dificultan la plena participación en la vida comunitaria. Reconocer estas barreras es esencial, especialmente en lo que respecta a las relaciones sexuales y afectivas de quienes viven con esta condición. Abordar estos aspectos desde nuevas perspectivas es crucial para promover la inclusión y el bienestar integral de este grupo.

La comprensión de la discapacidad ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, pasando de una visión predominantemente médica y estigmatizante hacia una perspectiva más inclusiva y social. En épocas pasadas, las personas con discapacidad eran marginadas y castigadas bajo la creencia de que sus condiciones eran resultado de maldiciones divinas o mensajes diabólicos, lo que llevaba a su exclusión social. Como describe Silvio Rivero (2021) en su libro “Discapacidad e Inclusión”, el tratamiento de la discapacidad ha transitado por diferentes modelos. El modelo religioso, basado en motivos espirituales, justificaba la segregación y el abandono. Posteriormente, el modelo rehabilitador, con un enfoque científico, centró sus esfuerzos en la normalización a través de la rehabilitación física, psíquica o sensorial, marcando un avance al mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. No obstante, es el modelo social el que ha revolucionado nuestra comprensión, al enmarcar la discapacidad no como una limitación individual, sino como una construcción social en la que las barreras y la discriminación son las verdaderas causas de exclusión. En estricta consonancia con la perspectiva de este autor, la presente propuesta de intervención se inscribe firmemente en las coordenadas del modelo social, asumiendo que el obstáculo no reside en la condición orgánica del sujeto sino en los prejuicios instituidos por el entorno. Este enfoque compartido promueve la valoración de la diferencia y el reconocimiento de los aportes de las personas con discapacidad a la comunidad, abogando por una inclusión plena.

En las últimas décadas, ha emergido un enfoque innovador conocido como “Diversidad Funcional”, que propone una visión más inclusiva y respetuosa frente a las diferencias en la manera de funcionar de las personas. Este concepto reconoce que lo que tradicionalmente se ha denominado discapacidad no es exclusivamente una cuestión médica, sino que está profundamente influenciada por factores sociales, culturales y políticos. La diversidad funcional pone de relieve la necesidad de adaptar tanto los entornos físicos como los sistemas sociales para promover la plena participación e inclusión de todas las personas, independientemente de sus capacidades. En lugar de centrarse en las limitaciones, este enfoque destaca que existen diversas formas de funcionamiento, cada una valiosa por derecho propio. El término surgió a principios de la década de 2000 en el “Foro de Vida Independiente”, una comunidad virtual que aboga por el uso de “Diversidad Funcional” en lugar de otros términos que pueden resultar limitantes o despectivos. Este cambio de lenguaje busca reflejar una realidad más inclusiva, donde las personas no son definidas por sus deficiencias, sino por su capacidad de participar y contribuir de manera distinta en la sociedad. Durante años, los defensores de los derechos de las personas con diversidad funcional han promovido el lema “nada acerca de nosotros sin nosotros”, que enfatiza la importancia de incorporar sus voces y experiencias en todos los ámbitos de la sociedad, especialmente en la creación de políticas que afectan directamente su bienestar y derechos.

En coherencia epistemológica y política con el lema internacional “Nada sobre nosotros sin nosotros”, delimita la población destinataria de la presente propuesta de intervención. Se trata de adolescentes y jóvenes con diversidad funcional física o motriz que, distanciándose de la pasividad históricamente impuesta por los discursos médicos

hegemonizantes, emergen desde su propia voz para demandar activamente espacios de acompañamiento, escucha en torno a la sexualidad y la construcción de sus vínculos afectivos. Reconocer su participación activa y su estatuto de sujetos de derecho resulta una coordenada fundamental para garantizar una práctica clínica situada que aloje la alteridad, donde los dispositivos no se determinen de manera vertical u ortopédica, sino que se construyan de forma conjunta. La propuesta está dirigida específicamente a un grupo acotado de jóvenes comprendidos en una franja etaria de 14 a 20 años aproximadamente. La elección de este momento del ciclo vital responde a que la adolescencia y la primera juventud constituyen etapas signadas por la reestructuración de la imagen corporal, la irrupción del despertar pulsional, la búsqueda de independencia y la emergencia de la pregunta por el amor y la erótica. Desde una perspectiva descriptiva y orgánica, el concepto de diversidad funcional física o motriz abarca una variedad de condiciones que comprometen el control motor, la postura y la movilidad, limitando en mayor o menor medida el desempeño en las actividades cotidianas. Estos cuadros pueden presentarse de forma congénita, cuando están presentes desde el nacimiento debido a factores genéticos o perinatales; de forma adquirida, cuando resultan de lesiones traumáticas, accidentes o enfermedades sobrevenidas en épocas posteriores; o bien de forma degenerativa, cuando presentan un curso progresivo y crónico que tiende a agravarse con el transcurrir del tiempo.

Ahora bien, desde la perspectiva psicoanalítica inaugurada por Sigmund Freud, la sexualidad se erige como un concepto sumamente amplio y dinámico que desborda los límites de la biología para desarrollarse a lo largo de la totalidad de la existencia de cada individuo. Para el corpus teórico freudiano, la sexualidad bajo ningún punto de vista se reduce únicamente a la dimensión genital o anatómica, sino que abarca una compleja trama de experiencias, mociones pulsionales, deseos inconscientes y producciones fantasmáticas que se manifiestan activamente desde la más temprana infancia. Este desarrollo psicosexual, lejos de ser lineal, se organiza a través de diversas etapas estructurantes —oral, anal y fálica— y encuentra un momento de encrucijada subjetiva en la tramitación y resolución del complejo de Edipo. Al postular la universalidad de estas etapas constitutivas del aparato psíquico, el psicoanálisis advierte de manera contundente que el advenimiento del sujeto pulsional trasciende por completo las determinaciones biológicas, las regularidades madurativas o las limitaciones de orden anatómico y cognitivo, ubicando al deseo en el centro de la escena humana. Sin embargo, cuando el sujeto adviene al mundo presentando una diversidad funcional física o motriz, el impacto psíquico de esta contingencia orgánica conmueve de forma inmediata a su entorno primordial. Como bien señala Horacio Belgi (1996), la irrupción de la diversidad funcional interrumpe y fractura las expectativas inconscientes y las proyecciones narcisistas de los progenitores, quienes se ven obligados a confrontar lo que clínicamente se nomina como la "falla real" en el cuerpo de su hijo, acontecimiento que suscita una serie de significaciones variadas, defensas y resistencias en el campo del deseo parental. En este complejo escenario, el cuerpo, que en las coordenadas iniciales puede ser percibido defensivamente bajo una impronta de fragmentación, requiere ser reordenado y metabolizado psíquicamente en un nuevo esquema corporal, lo cual implica necesariamente atravesar tiempos lógicos y ritmos libidinales distintos respecto de los parámetros de la maduración estándar. Ante esto, el psicoanálisis ofrece una mirada profundamente integradora al elucidar cómo estos impulsos, afectos y deseos se reconfiguran subjetivamente para sostener una identidad sexual propia, brindando un marco epistemológico esencial para extraer la sexualidad de las personas con diversidad funcional de los manuales médicos y comprenderla desde sus propias vivencias, padecimientos y subjetividades.

Al analizar detalladamente la constitución del cuerpo en estos contextos, se vuelve indispensable identificar y delimitar dos grandes dimensiones teóricas que se encuentran en permanente interrelación. En primer lugar, es menester ubicar al cuerpo en tanto espacio del psiquismo pulsional; bajo este estatuto, no existen diferencias estructurales ni significativas entre el ciclo pulsional y la intensidad de las mociones de un adolescente con diversidad funcional y aquel que no presenta ningún tipo de déficit orgánico. En segundo

lugar, el desarrollo madurativo y genital propiamente dicho ocurre de manera equivalente en la mayoría de los casos, en tanto que la emergencia de la eyaculación en los varones, la aparición de la menarca en las mujeres y la consecuente capacidad reproductiva a nivel biológico se presentan de forma homóloga, exceptuando ciertas coordenadas clínicas muy específicas. En total consonancia con las elaboraciones de Cantis (2001), afirmamos que la diferencia radical no anida en la maduración de los órganos, sino en el modo en que ese cuerpo real es investido libidinalmente, puesto que el esquema corporal no se hereda, sino que se construye artesanalmente a partir de la mirada del Otro primordial. En este sentido, el posicionamiento de la familia se ve directamente influenciado por el modo en que los padres catetizan —es decir, cargan de energía psíquica y afectiva— el cuerpo del niño en la cotidianeidad. Frente a las malformaciones corporales tempranas o las restricciones motrices severas, el núcleo familiar suele experimentar un fuerte impacto de orden estético, entendiendo lo estético no desde una frivolidad superficial, sino como la búsqueda de armonía visual y completud especular.

Es precisamente en este punto de intersección entre la subjetividad y el lazo comunitario donde las formulaciones del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), dependiente del Ministerio de Educación de la Nación, acuden a ampliar y consolidar la comprensión de la sexualidad en el marco institucional. La ESI sostiene firmemente que la sexualidad no se reduce a la genitalidad ni a la actividad coital, sino que abarca una pluralidad de dimensiones intrínsecas e indispensables para el desarrollo humano, amalgamando de forma indisoluble aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Bajo esta perspectiva gubernamental y pedagógica, la sexualidad constituye una vasta gama de prácticas, normatividades, actitudes y discursos que moldean las experiencias identitarias y las trayectorias de los deseos a lo largo de todo el ciclo vital. La promulgación histórica de la Ley 26.150 y la consecuente implementación de la ESI proporcionan un marco jurídico e inclusivo de valor fundamental para reconocer, validar y atender las coordenadas afectivas de todas las personas sin distinción, interpelando directamente las realidades de aquellos sujetos que presentan una diversidad funcional. En estricta consonancia con el espíritu emancipatorio de esta ley, esta propuesta de intervención asume que la articulación armoniosa entre la lectura psicoanalítica y los ejes de la ESI permite concebir la sexualidad como un proceso multifacético y singular, conmovido tanto por la realidad psíquica del sujeto como por los discursos sociales y culturales de su época. Para las personas con diversidad funcional física o motriz, este posicionamiento teórico y político compartido resulta crucial, ya que no solo resguarda y legitima su derecho inalienable a una vivencia afectiva plena, placentera y satisfactoria, sino que también sienta las bases clínicas para la edificación de dispositivos institucionales de acompañamiento que promuevan su desarrollo vincular de manera respetuosa, hospitalaria y absolutamente libre de prejuicios tutelares.

Por otro lado, algunas voces críticas de gran relevancia en este campo, como Desays en Melaval (2012), han denunciado la persistencia de un “régimen de dictadura protectora”, categoría que visibiliza la existencia de enfoques paternalistas que, bajo la apariencia del cuidado y la protección, restringen severamente la autonomía y la libre elección de las personas con diversidad funcional. En total acuerdo con este planteo, consideramos que dicha matriz protectora opera en la realidad clínica como un mecanismo de segregación discursiva que infantiliza al sujeto y obtura el despliegue de su erotismo. Por consiguiente, resulta imperativo deconstruir este posicionamiento hegemónico para sustituirlo por un dispositivo terapéutico que respete la singularidad de sus procesos, posibilitando que las personas con diversidad funcional tomen decisiones informadas, asuman una posición activa frente a sus vidas y ejerzan sus derechos de manera plena, significativa y subjetivada.

Las personas con diversidad funcional constituyen un colectivo que históricamente ha sido segregado, viéndose obstaculizado su acceso al lazo afectivo y al despliegue de su dimensión erótica y sexual. Por ello, resulta fundamental diseñar dispositivos que aborden profundamente la sexo-afectividad, reconociendo que el ejercicio del placer y la intimidad constituyen derechos humanos inalienables que el entorno no debe vulnerar. En

perfecta sintonía con las formulaciones de Rodríguez Mayoral et al. (2006), esta propuesta de intervención asume el compromiso ético de conmover las barreras instituidas que restringen este derecho, restituyendo al sujeto la posibilidad de interrogar sus deseos. De este modo, el abordaje clínico propuesto no se limita a una función meramente informativa, sino que se posiciona como un espacio de acompañamiento que valide la singularidad de los cuerpos y promueve la autonomía en la construcción de los vínculos afectivos.

Planteamiento de la Problemática: Silenciamiento Sexo-Afectivo y Desafíos de la Autonomía en la Diversidad Funcional

Si bien existen múltiples razones sociales, éticas, clínicas e institucionales que fundamentan y justifican la necesidad de llevar a cabo esta intervención profesional, es indispensable señalar que resulta imperativo abordar esta problemática debido a la complejidad de las dimensiones subjetivas y vinculares que atraviesan los adolescentes y jóvenes con diversidad funcional motriz. Frente a este entramado, la intervención profesional se orienta éticamente a alojar a estos sujetos en su más absoluta singularidad, promoviendo el ejercicio pleno de su autonomía subjetiva y su capacidad deseante.

Un componente clave de este enfoque es el empoderamiento de las personas con diversidad funcional para que tomen decisiones autónomas y se respete de manera irrestricta su capacidad jurídica. Es crucial reconocer que, cuando el entorno decide, interpreta o actúa en nombre de estas personas siendo capaces de hacerlo por sí mismas, se restringe severamente su capacidad de expresión y se les niega la oportunidad de elegir sobre aspectos estructurantes de su existencia, incluyendo la configuración de sus deseos y sus preferencias sexuales.

Al abordar la diversidad funcional motriz desde la praxis analítica, se vuelve clínicamente indispensable interrogar el modo en que el cuerpo es vivido, investido y simbolizado por el sujeto, puesto que la experiencia corporal ocupa un lugar nodal en la estructuración de la subjetividad y en el advenimiento de la sexualidad humana. En este horizonte, algunas discapacidades físicas específicas conllevan la presencia intrusiva de dolor crónico u orgánico, una variable fenoménica que altera de manera profunda la percepción e imagen que la persona construye de su propia corporalidad. Desde la lectura de la clínica del caso por caso, es evidente que no es lo mismo habitar y significar un cuerpo atravesado por el padecimiento y el dolor constante, que uno libre de dicha interferencia somática; esta divergencia influye de manera directa e inconsciente en la economía libidinal, en la construcción del erotismo y en los modos singulares de vincularse tanto con el propio cuerpo como con el del prójimo.

Asimismo, al pensar las coordenadas de la diversidad funcional motriz, nos enfrentamos con realidades donde los cuerpos, desde etapas sumamente tempranas de la infancia, han sido constantemente manipulados, auscultados, intervenidos médicamente y posicionados en el espacio físico por un Otro (padres, cuidadores o profesionales de la salud). Como bien señala Cantis (2020), esta experiencia reiterada de asistencia obligatoria y de intrusión sobre la anatomía genera serias dificultades para lograr una apropiación subjetiva y un sentimiento de propiedad respecto de la propia masa corporal. Compartimos plenamente la lectura clínica de Cantis al advertir que esta combinación de elementos genera interferencias directas en la construcción activa del erotismo y en el reconocimiento de las zonas erógenas, fijando muchas veces al sujeto en un estado de pasividad emocional y afectiva que no deriva mecánicamente de su déficit motriz, sino de la posición de objeto en la que ha quedado colocado frente al deseo y la mirada del Otro, lo que obstaculiza la emergencia de un posicionamiento activo en el despliegue de su sexualidad.

En esta misma línea, es imperativo advertir que los niños con limitaciones en su movilidad suelen enfrentar severas vicisitudes para explorar su propia corporeidad a nivel táctil, lo que produce una falta de contacto directo y autónomo con las diversas zonas de su cuerpo a través del juego. Coincidiendo con los planteos de Szwarc (1995), consideramos que esta limitación en la autoexploración táctil redobla la dependencia del sujeto respecto de la manipulación ajena, volviendo fundamental la intervención psicológica para propiciar que dicho cuerpo no quede capturado en una función meramente orgánica o de cuidado médico, sino que pueda erogenizarse, metaforizarse y simbolizarse.

Aunado a este complejo panorama subjetivo, las personas con diversidad funcional física se topan cotidianamente con severas barreras arquitectónicas, sociales y actitudinales que restringen su acceso a una vida social plena, incluyendo la obturación y el silenciamiento de sus dimensiones sexo-afectivas. Estas necesidades e inquietudes vinculares, lejos de ser secundarias, resultan fundamentales para el sostenimiento de su equilibrio emocional y su lazo social; no obstante, a menudo son ignoradas, reprimidas o

subestimadas por el entorno institucional y familiar bajo mitos de desexualización o infantilización. En estricta consonancia con las formulaciones teóricas de Rodríguez Mayoral et al. (2006), reafirmamos que estos sujetos luchan históricamente por ser reconocidos en su estatuto de sujetos deseantes y de derecho, cuyas demandas de intimidad merecen ser respetadas, alojadas y escuchadas en su dimensión más radical. Por ello, resulta éticamente esencial que los profesionales de la salud mental abandonemos las posturas tutelares o normativas y adoptemos una escucha atenta y comprensiva, brindando un dispositivo de acompañamiento que garantice las condiciones de accesibilidad subjetiva y emocional necesarias para que el sujeto tramite sus lazos afectivos de manera autónoma.

Uno de los mayores obstáculos que se erigen en torno a la manifestación de la sexualidad en la diversidad funcional es el espeso muro de silencio y represión que históricamente la ha rodeado. Este mutismo discursivo, sostenido bajo la coartada inconsciente de brindar una supuesta “protección”, termina por reforzar los prejuicios segregativos, la desinformación y la destitución del apoyo necesario para el despliegue de una vida erótica y vincular subjetivada. La percepción social e institucional de que la sexo-afectividad en este campo constituye un terreno “delicado” o “inapropiado” devela la persistencia de miradas asistencialistas, tutelares y paternalistas. Frente a esta encrucijada, la propuesta de intervención encuentra su justificación en la urgencia ético-clínica de conmover dicho silencio, apostando a que estos adolescentes y jóvenes dejen de ser tratados como objetos de cuidado médico y sean plenamente alojados como sujetos activos de deseo. Reconocer su capacidad para amar, elegir, consentir y experimentar placer constituye un acto ético ineludible hacia una praxis respetuosa de la diversidad humana.

En este horizonte, los sujetos confrontan el desafío de desenvolverse dentro de una matriz tradicional del cuidado donde la sobreprotección opera como un obstáculo para la individuación. Esta tensión estructural entre la necesidad de asistencia biológica y la búsqueda de autonomía libidinal revela la complejidad intrínseca de garantizar un bienestar subjetivo. Limitar la posibilidad de que el sujeto asuma los riesgos inherentes al lazo social o explore nuevas experiencias corporales no hace más que estancar su crecimiento emocional. Abordar este nudo crítico desde la escucha psicoanalítica permite advertir que el exceso de protección parental y el control sobre los cuerpos encubren angustias, temores y resistencias inconscientes del entorno frente al advenimiento de la sexualidad del hijo. Este aprisionamiento actitudinal incide directamente en la cancelación de la intimidad. Sabiendo que las expresiones más saludables de la sexualidad precisan de espacios privados, cuando estos lugares subjetivos y materiales son vigilados por la familia, se restringe la exploración del propio cuerpo. Legitimar la privacidad como un espacio éticamente necesario favorece el erotismo consensuado e introduce la dimensión del autocuidado.

Esta resistencia se escenifica con singular fuerza en el interior de las dinámicas familiares. Como puntualiza con lucidez Jiménez Albundio (2020), expresiones naturales y fundantes de la autoeroticidad, tales como la masturbación, suelen ser significadas por los padres o cuidadores como conductas patológicas, inapropiadas o peligrosas, reforzando el estigma sobre el placer y forzando la represión del cuerpo. Esta falta de reconocimiento no responde a una supuesta "infantilidad" del sujeto con diversidad funcional, sino al malestar y la angustia que su libre expresión genera en el lazo social.

Finalmente, la exclusión de estos sujetos se ve profundamente agravada por la histórica falta de acceso a una Educación Sexual Integral (ESI) adaptada a sus realidades motrices. La ESI no se reduce a la transmisión de contenidos de orden biológico o profiláctico; constituye una herramienta política y clínica orientada a la apropiación del cuerpo bajo el eje del respeto, el consentimiento y el lazo con la alteridad. Su ausencia sistemática sume al sujeto en una desinformación que desdibuja los límites entre lo público y lo privado, exponiéndolo a situaciones de extrema vulnerabilidad subjetiva o desamparo frente a riesgos de abuso. Esta realidad denuncia la carencia de dispositivos pedagógicos y terapéuticos específicos. Por consiguiente, la intervención asume el compromiso de

introducir recursos variados —soportes visuales, táctiles, auditivos— que operen como mediadores discursivos claros. Hablar con naturalidad y rigor clínico sobre las metamorfosis del cuerpo, la privacidad, el rechazo y las fronteras personales permite erradicar los tabúes y restituir la confianza necesaria para el lazo social. Promover el ejercicio del consentimiento y la autodeterminación afectiva es la condición de posibilidad material y simbólica para que el sujeto abandone la pasividad, fortalezca su autoestima y conquiste un lugar digno y autónomo en el concierto de las relaciones humanas.

Objetivos General y Específicos

El presente proyecto de intervención, propone una serie de objetivos que guían su desarrollo. Estos permiten estructurar y ejecutar estrategias concretas, diseñadas específicamente para responder de manera efectiva a las necesidades identificadas en este ámbito.

Objetivo General:

Promover un dispositivo clínico de escucha, palabra y elaboración subjetiva orientado al fortalecimiento de la autonomía sexo-afectiva, el despliegue de la construcción de lazos vinculares en adolescentes y jóvenes con diversidad funcional física o motriz en el ámbito de un Centro de Día.

Objetivos Específicos:

1. Brindar información accesible sobre Educación Sexual Integral (ESI) adaptada a las realidades motrices y singularidades de las personas con diversidad funcional física, que trascienda los enfoques profilácticos o higienistas para promover la apropiación subjetiva del cuerpo, la intimidad y el autocuidado.
2. Propiciar el desarrollo de recursos y habilidades comunicativas que posibiliten al sujeto la articulación y expresión autónoma de sus deseos, preferencias, inquietudes y límites en la esfera sexo-afectiva, fortaleciendo el ejercicio del consentimiento mutuo y la construcción de lazos de alteridad saludables.
3. Promover la autonomía subjetiva, la capacidad jurídica y el empoderamiento decisional en las elecciones sexo-afectivas, interpelando las posiciones de infantilización, sobreprotección y sustitución de la voluntad que limitan el despliegue de una vida sexual y vincular plena.
4. Fomentar espacios de autoexploración erógena y elaboración simbólica del propio cuerpo, favoreciendo la aceptación de la identidad sexual y de género, la deconstrucción de los mitos de desexualización y el posicionamiento activo frente a la pasividad impuesta por las intervenciones sobre el cuerpo.

"Del análisis a la acción": planificación e implementación de la intervención

Como señala Carballeda, "La complejidad de las problemáticas sociales actuales exige el abordaje desde nuevas perspectivas que permitan reinterpretar la intervención y construir respuestas ante los nuevos escenarios" (Carballeda, 2023, p. 102). En el marco de la praxis psicoanalítica, este enfoque subraya la necesidad de que el profesional decline la aplicación de técnicas estandarizadas o predefinidas, asumiendo en su lugar una posición analítica que privilegie la dirección de la cura bajo la lógica del caso por caso. Se trata, fundamentalmente, de un "trabajo artesanal" donde la escucha atenta a la transferencia exige una constante exploración y una plasticidad clínica dispuesta a amoldarse a la singularidad de cada sujeto. Desde esta perspectiva, el rol del psicólogo se descentra de la mera búsqueda de adaptación social para focalizarse en el alojamiento del padecimiento y en la emergencia del deseo inconsciente. Este quehacer artesanal requiere que el analista sostenga una ética de la pregunta, dialogue de manera intersubjetiva con otros actores del campo institucional y familiar, y despliegue estrategias clínicas que operen como verdaderos soportes para la subjetivación y el despliegue sexo-afectivo del sujeto. En consonancia con este posicionamiento, Emiliano Galende plantea una crítica contundente a ciertas prácticas terapéuticas que se basan en teorías abstractas y en el ejercicio de la autoridad y disciplina sobre el otro, advirtiendo que ninguna relación puede considerarse terapéutica cuando se trata de teorías abstractas que tratan de construir explicaciones para sostener una práctica basada en la sola autoridad y ejercicio disciplinario sobre el otro negado como semejante, tratado como un objeto para su tratamiento (Galende, 2015). Esta reflexión es especialmente relevante en el contexto de las personas con diversidad funcional, donde a menudo se enfrentan a lógicas paternalistas y sobreprotectoras que limitan su agencia y autonomía. En lugar de acompañar a los sujetos para que asuman elecciones informadas sobre su bienestar, estas prácticas normativas perpetúan la idea de que son incapaces de ejercer el control sobre sus propios cuerpos. En este sentido, se vuelve fundamental promover enfoques terapéuticos que reconozcan su autodeterminación a través de una relación analítica basada en el respeto mutuo, donde el relato personal se considere una herramienta nodal para el análisis. A través de entrevistas es posible recuperar, explorar y reinterpretar aspectos históricos y sociales significativos, reconociéndolos como portadores de múltiples representaciones.

Lejos de asumir que las personas con diversidad funcional no tienen nada que decir, brindar estos encuadres significa habilitar la palabra, permitiendo que expresen dudas, intereses y deseos desde sus propias voces, lo cual suele conmover las suposiciones previas del equipo técnico y enriquecer el acontecer analítico.

Plan de Intervención Profesional: Dispositivo Clínico en Centro de Día

El presente Plan de Intervención constituye el núcleo de la propuesta y se estructura como un dispositivo de taller clínico, proyectado para llevarse a cabo en el ámbito de un Centro de Día destinados al acompañamiento. La elección de este contexto se fundamenta en que el Centro de Día constituye un espacio de cotidianeidad, referencia y lazo social para los jóvenes, ofreciendo un marco de contención preexistente idóneo para el despliegue del taller. Su propósito central es habilitar un espacio de escucha, palabra y elaboración subjetiva en torno a los vínculos sexo-afectivos, la intimidad y el deseo en adolescentes y jóvenes con diversidad funcional.

Así estructurada, la estrategia clínica se desplegará a partir de un diseño flexible y progresivo que se adapta a la complejidad de las temáticas tratadas, articulándose bajo la coordinación de un profesional de la Psicología, cuya función es sostener el encuadre, la atención flotante, la abstención y el alojamiento de la transferencia grupal. Asimismo, el plan contempla la articulación y comunicación periódica con el equipo interdisciplinario del Centro de Día (trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, médicos), a fin de acompañar la transferencia institucional y sostener la viabilidad de la propuesta.

1. Población destinataria y modalidad de acceso

La propuesta está dirigida a un grupo reducido de 8 a 10 jóvenes con diversidad funcional física o motriz, en un rango etario comprendido entre los 14 y los 20 años. Esta elección acotada responde a una razón clínica y metodológica: un número reducido de integrantes permite resguardar la dimensión de la palabra singular, alojar la transferencia en el espacio grupal, cuidar la intimidad y propiciar un clima de confianza donde la temática sexo-afectiva pueda ponerse en juego entre pares sin masificar la experiencia.

El acceso al dispositivo no reviste un carácter obligatorio ni se plantea como un taller impositivo dentro de la grilla institucional, sino que se funda estrictamente en la participación voluntaria motorizada por el interés y el deseo de cada sujeto. Se busca que la decisión de habitar el espacio responda al propio deseo del participante y no a una mera respuesta a las expectativas institucionales.

Para propiciar que el deseo emerja y la demanda propia pueda construirse, la incorporación se organiza en tres etapas progresivas:

- **Estrategia de difusión inicial e informal:** Antes de formalizar un llamado tradicional, el profesional realiza intervenciones e intercambios espontáneos en los espacios comunes del Centro de Día (comedores, pasillos, talleres recreativos). Mediante comentarios al pasar y preguntas abiertas, se instala la inquietud y se da a conocer la propuesta de un espacio para hablar de "lo afectivo, el cuerpo, los vínculos y el enamoramiento", destrabando la rigidez que suele generar la convocatoria formal a talleres.

- **Construcción y circulación de la demanda:** A partir de los primeros guiños informales, se convoca a entrevistas individuales de evaluación, recepción y alojamiento. Estas primeras entrevistas no se estructuran como un interrogatorio formal ni como una evaluación diagnóstica orientada a la etiqueta médica, sino como un espacio para hacer circular la demanda, conmoviendo la categoría clínica para dar lugar a la singularidad del caso. Se escuchan los goces, preguntas, curiosidades o malestares de cada joven, transformando la oferta institucional en una demanda propia y estableciendo coordenadas terapéuticas realistas basadas en sus propios deseos y en las posibilidades singulares de su condición orgánica.

- **Encuadre y consentimiento/asentimiento informado:** Una vez que el o la joven manifiesta su deseo de sumarse, se explicita el encuadre (fijando días, horarios y el resguardo de la confidencialidad de la palabra en el grupo) y se formaliza el acuerdo de asistencia. Dada la franja etaria, se articula el asentimiento del adolescente con el consentimiento y respaldo de las familias o tutores responsables —según corresponda formalmente en la institución—, cuidando rigurosamente que la intervención con los adultos no obture ni sustituya la decisión y el deseo singular del joven de formar parte del espacio.

2. Temporalidad, frecuencia y dinámica del taller

La intervención contempla una extensión total de 8 a 10 encuentros semanales (con un desarrollo temporal estimado de 2 meses a 2 meses y medio), una duración acotada que ayuda a sostener la motivación sin desgastar la asistencia. Se fijará una frecuencia semanal de un encuentro por semana, en un día y horario fijo para favorecer la construcción del encuadre y la previsibilidad para los jóvenes.

Cada taller tendrá una duración de 60 minutos, constituyendo el tiempo justo para permitir el inicio, el desarrollo de la actividad y un cierre reflexivo sin generar fatiga.

La dinámica de los encuentros se distribuirá en tres momentos clave:

- **Inicio:** Implementación de una consigna disparadora corta, pregunta abierta o recurso lúdico/visual para romper el hielo y situar la temática del día.

- **Desarrollo:** Trabajo con la palabra, debate a partir del recurso presentado (análisis de escenas, viñetas, fragmentos de canciones o videos) centradas en la tramitación

subjetiva de la sexualidad, los vínculos afectivos, el despliegue de la autonomía y la comunicación.

- **Cierre o Puesta en común:** Circulación de la palabra para sintetizar lo trabajado, alojar las preguntas que queden abiertas y anticipar el eje de la siguiente semana, respetando rigurosamente los tiempos lógicos y los procesos asociativos de cada participante.

3. Accesibilidad y recursos

Al tratarse de una intervención situada, el encuadre debe garantizar las condiciones materiales de posibilidad para que la palabra y el cuerpo se pongan en juego de manera autónoma. Por esta razón, los recursos didácticos no se plantean desde una perspectiva ortopédica o de rendimiento, sino como herramientas de mediación subjetiva que priorizan la accesibilidad.

El dispositivo incorporará de manera creativa elementos de fácil manipulación, materiales con apoyos visuales o táctiles, videos, relatos y tecnologías de apoyo adaptadas. Si bien la carencia actual de contenidos específicos en el mercado y el alto costo de los recursos tecnológicos representan una limitación concreta, esto exige un ejercicio constante de adaptación por parte del equipo para aprovechar las alternativas del entorno, logrando que estos soportes actúen como herramientas pedagógicas y terapéuticas eficaces para remover las barreras orgánicas, restituyendo al sujeto su capacidad de elección en la construcción de su dimensión sexo-afectiva.

Para la implementación concreta de la propuesta se requieren recursos de fácil consecución, lo que garantiza la viabilidad del proyecto:

- **Recursos espaciales:** Un aula, taller o sala de reuniones dentro del Centro de Día que resulte accesible en términos de movilidad y que garantice el aislamiento acústico y la privacidad necesaria para el resguardo del secreto profesional y la confidencialidad.

- **Recursos materiales:** Materiales de papelería (hojas, cartulinas, marcadores, cinta adhesiva), tarjetas con frases o viñetas impresas, un buzón físico para preguntas anónimas y equipamiento audiovisual básico (computadora o proyector con parlantes) para la reproducción de fragmentos de videos, imágenes o canciones disparadoras.

Acompañamiento Familiar

De manera complementaria e interrelacionada al abordaje con los jóvenes, se implementarán espacios de acompañamiento familiar con una frecuencia quincenal, estructurando una red de apoyo simultánea que favorezca el bienestar subjetivo desde una perspectiva de derechos. Para la viabilidad e implementación de esta propuesta, resulta fundamental diseñar una convocatoria estratégica dirigida a la totalidad del entramado familiar —priorizando la implicación de padres, madres y hermanos— enmarcada en el paradigma del desarrollo integral y la autonomía.

Esta aproximación busca anticipar y alojar las resistencias propias de la temática, reconociendo que abordar la sexo-afectividad de los hijos suele suscitar ansiedades, temores o rechazos debido a la persistencia de mitos sociales que obturan su erotismo mediante la desexualización o la infantilización. Ante este panorama, el dispositivo familiar propone un ingreso respetuoso y progresivo, descentrando la convocatoria de la dimensión estrictamente genital para inscribirla en un marco amplio de derechos, cuidado mutuo y subjetivación autónoma.

Lejos de constituir un esquema rígido, la planificación de estos encuentros quincenales se articulará de forma dinámica a partir de las producciones, emergentes y demandas detectadas en el espacio de taller con los jóvenes, sosteniendo una estricta sintonía con sus vivencias singulares. Esta inclusión del núcleo primario responde a la

necesidad de comprometer a la familia como soporte subjetivo ante el advenimiento de la adolescencia, etapa jalonada por la emergencia de nuevos intereses pulsionales que conmueven la dinámica del hogar.

Para ello, la intervención interpelará la propia historicidad de los adultos a cargo, invitándolos en las reuniones grupales a poner en juego sus resonancias subjetivas frente a la adolescencia, tales como sus propios silencios, faltas de información y secretos reprimidos. Intervenir sobre estos puntos ciegos parentales resulta imperativo, puesto que suelen operar como obstáculos inconscientes que restringen el desarrollo erótico y afectivo de las personas con diversidad funcional, permitiendo transformar las barreras familiares en apoyos efectivos para la autonomía.

Por consiguiente, el acompañamiento propuesto descentra la mirada del déficit individual para interrogar la estructura vincular en la que el sujeto se constituye, ayudando a las familias a transitar sus temores a través del diálogo abierto sobre las dimensiones sexo-afectivas. Al promover el aprendizaje del autocuidado, el respeto por el consentimiento, la aceptación del rechazo del otro, entendidos como parte de la salud cotidiana, se apuesta a conmover los prejuicios endogámicos, facilitando las condiciones de posibilidad para que el sujeto construya relaciones afectivas saludables, placenteras y autónomas.

Evaluación general del dispositivo de intervención

La evaluación de la presente intervención se distancia de las mediciones cuantitativas tradicionales y de las evaluaciones de rendimiento de carácter normativo o estandarizado. En coherencia con el marco teórico psicoanalítico y la orientación clínica que sustenta este trabajo, la evaluación se concibe como un proceso continuo, cualitativo y reflexivo, orientado a sistematizar y leer los efectos subjetivos, grupales e institucionales que genera la propuesta en el Centro de Día.

En primer lugar, se establece una evaluación de proceso y seguimiento**,** que se despliega a lo largo de todos los encuentros. Esta instancia se instrumenta mediante la elaboración de un cuaderno de registro detallado por parte del profesional a cargo al finalizar cada taller. Allí se vuelcan los principales emergentes grupales, la circulación de la palabra, los giros discursivos, los silencios y las preguntas planteadas por los participantes. La meta central de esta lectura procesual radica en evaluar los pasajes subjetivos de los jóvenes, observando si se produce un tránsito desde una posición tutelada o pasiva hacia un posicionamiento de mayor apropiación de su intimidad, sus límites y sus decisiones afectivas.

En segundo lugar, se contempla una evaluación de cierre con los participantes reservada para el tramo final del dispositivo. En esta etapa se promueve un espacio de conversación abierta y devolución colectiva, donde los y las jóvenes pueden poner en palabras lo experimentado durante los talleres, los descubrimientos logrados y los interrogantes que quedan abiertos. Esta instancia se complementa con la elaboración de una producción colectiva, que funciona como testimonio del recorrido realizado.

Por último, la evaluación incluye un encuentro de trabajo con el equipo interdisciplinario y las autoridades del Centro de Día con el propósito de compartir impresiones generales y reflexiones clínicas, resguardando en todo momento el secreto profesional y la intimidad de lo dicho por los participantes. Esta reunión permite ponderar en qué medida la implementación de la propuesta logró conmover los prejuicios o la mirada tutorizadora sobre la sexualidad y la autonomía en la vida cotidiana de la institución.

Conclusión

Esta propuesta de intervención profesional se sustenta en la premisa irrenunciable de que la afectividad y la sexualidad constituyen dimensiones estructurantes, constitutivas e integrales de la experiencia humana, extensión que resulta éticamente insoslayable para las personas con diversidad funcional física o motriz. A lo largo del presente trabajo, el propósito se ha centrado en visibilizar y alojar las necesidades sexo-afectivas específicas de esta población, analizando en simultáneo las complejas barreras actitudinales, sociales e institucionales del entorno que obturan su pleno desarrollo y la vivencia libre de su cuerpo.

Desde el campo profesional de la psicología, se vuelve imperativo habitar y consolidar estos espacios de intervención, promoviendo la inclusión afectiva y la Educación Sexual Integral (ESI) como fundamentos transversales e interdisciplinarios de nuestras prácticas. Esta praxis implica colaborar estrechamente con instituciones educativas, centros de día y organizaciones de la comunidad, desarrollando dispositivos formativos y talleres específicamente diseñados para jóvenes con diversidad funcional. En este proceso, la adaptación artesanal de materiales y recursos —soportes táctiles, visuales y discursivos— resulta indispensable para garantizar las condiciones materiales y simbólicas de accesibilidad. Asimismo, nuestra labor exige brindar un sostén emocional sólido, favorecer el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones autónomas, y facilitar el acceso efectivo a servicios orientados a la salud sexual. Participar activamente en instancias de sensibilización y capacitación dirigidas a profesionales de la salud, educadores y familias es fundamental para erradicar los mitos segregativos e infantilizadores, garantizando que los derechos sexo-afectivos sean plenamente reconocidos y respetados en el plano social y político.

A modo de cierre, esta propuesta invita a continuar interrogando de manera crítica aquellas prácticas y discursos asistencialistas que, bajo la coartada inconsciente del cuidado y la sobreprotección, terminan por limitar la autonomía y destituir a las personas con diversidad funcional de su estatuto de sujetos deseantes. Desde la praxis psicológica en la que nos posicionamos, el desafío ético y clínico no radica en prescribir modos normativos o "adecuados" de habitar la erótica o construir vínculos, sino en propiciar condiciones de escucha y alojar la singularidad irreductible de cada sujeto: sus elecciones, sus límites, sus fantasías y sus posibilidades. En última instancia, pensar una verdadera inclusión en la diversidad motriz implica restituir el derecho inalienable a la intimidad, al placer consensuado, a la autodeterminación y a la construcción de lazos afectivos significativos desde la propia experiencia encarnada.

Referencia bibliográfica

- Belgich, H. (1996). *Discapacidad, sexualidad, subjetividad*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

- Carballeda, A. J. M. (2023). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales* (3.ª ed.). Editorial Margen.

- Cantis, J. G. (2020). *Discapacidad: reflexiones psicoanalíticas e intervenciones posibles. Familias – subjetividad – terapeutas* (1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Ricardo Vergara.

- Cantis, J. (2001). *Discapacidad, familia, vitalidad interior y subjetividad en trabajos psicoanalíticos con niños*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

- Desays, E. (2012). Prólogo / Introducción en: Maleval, J.-C. *El autismo y su voz*.

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual* [Edición en castellano]. Amorrortu Editores.

- Galende, E. (2015). *Conocimiento y práctica de la salud mental* (1.ª ed.).

- Jerusalinsky, A. (1982). *La sexualidad del deficiente mental* [Ponencia]. 4.º Congreso Ibero-Latinoamericano para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental.

- Ministerio de Educación de la Nación. (2011). *Educación sexual integral para charlar en familia* (1.ª ed.). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. https://www.argentina.gob.ar/educacion/escolar/esi

- Núñez, B., Caniza de Páez, S., & Pérez, B. (2017). *Futuro, familia y discapacidad* (1.ª ed.). Lugar Editorial.

- Rivero, S. (2021). *Discapacidad e inclusión: Abordaje integral. Abordaje interdisciplinario* (1.ª ed.). Letra Viva.

- Rodríguez Mayoral, J. M., López, F., Morente, R., & Arias, B. (2006). *Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual: Una propuesta de trabajo*. Asprona; Universidad de Salamanca; Universidad de Valladolid.

- Szwarc, L. (1995). Cuerpo del adolescente discapacitado. *Cuadernillo de ASAPPIA* Nº 2: *Ayer y hoy de la discapacidad*.