



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

Trabajo integrador final

“El tabú del sexo en la discapacidad”

Autora: Torreggiani, Sofia.

Legajo: T-5074/1

Docente Graduado: Chamorro, Marisa.

Agradecimientos

Agradezco a la institución de la ciudad de Marcos Juárez por abrirme las puertas. Y especialmente a los/as trabajadores/as, que en los encuentros me permitieron reflexionar el quehacer Psi y el abordaje de la sexualidad- discapacidad, en la experiencia “Prácticas Profesionales Supervisadas”.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Los inicios de un pensamiento crítico sobre la discapacidad.....	7
La dicotomía discapacidad-capacidades.....	9
La imagen y el cuerpo.....	10
Dos tabúes: discapacidad y sexualidad.....	12
Conclusiones.....	16
Referencias bibliográficas.....	18

Resumen

Este trabajo es producto de lo vivenciado durante el tránsito de la práctica profesional supervisada en el año 2017, en una institución de la ciudad de Marcos Juárez, una entidad de formación laboral. En la misma se trabaja con personas con discapacidades intelectuales y/o físicas, a quienes se los prepara con el fin de generar hábitos para una posterior salida al campo laboral. El eje que guió este proyecto fue una situación que emergió ante la noticia de embarazo de una de las operarias del taller, siendo partícipe la directora del establecimiento. Dicha situación me sirvió como disparador para abordar la contextualización sobre la discapacidad, sus inicios y los derechos de las personas con discapacidad. Reflexionar acerca de la dicotomía discapacidad-capacidades en relación a la producción que cotidianamente desarrollan los operarios en la institución. Como también, la imagen y el cuerpo siendo dos elementos fundamentales para poder pensar y/o hablar de sexualidad.

La noticia del embarazo de la operaria, la reacción de la directora ante la misma y el emergente en los discursos de los operarios acerca de la sexualidad, me permitió centrar el escrito en la contextualización del tabú: discapacidad y sexualidad.

Con el paso del tiempo, las PCD dejaron de ser objeto de exclusión y marginación, convirtiéndose ellos mismos en los protagonistas de sus luchas, adquiriendo una participación permanente y activa exigiendo sus derechos. Bajo la tendencia a considerar la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, pudiendo decidir libremente en las tomas de decisiones sobre sus propias vidas. A partir del recorrido por diferentes autores, sabemos que discapacidad y sexualidad fueron tomadas como dos constructos diferentes, aislados. La discapacidad estuvo asociada al padecimiento, la carencia y el sufrimiento de la persona que la padece, no asociando el deseo y el placer como partes necesarias; la sexualidad como parte de la vida de la persona en sus distintas etapas. Se infantiliza a las PCD, pensadas como sujetos asexuados, niños eternos y no se reconoce que la sexualidad es un derecho humano de todas las personas que viven en sociedad. Es así, que la sexualidad en las PCD es un tabú que se vuelve más difícil por el hecho de que está socialmente construido pensar al sexo como un tabú, a la discapacidad como un tabú, siendo dos temas que por diversas razones no nos atrevemos a hablar y/o relacionar. Pero optar por silenciarla no es la solución.

Palabras claves: Derechos, discapacidad, imagen y cuerpo, discapacidad-capacidades, sexualidad.

Introducción

Este escrito consiste en el relato de la experiencia vivida como practicante en una institución de la ciudad de Marcos Juárez, al efectuar la Práctica Profesional Supervisada. Se trata de una entidad de formación laboral, que es un microemprendimiento, una pequeña empresa comunitaria integrada por operarios con discapacidades tales, que les impiden obtener y conservar un empleo competitivo, a quienes se los prepara para el trabajo y una posterior salida laboral.

En la institución las actividades están programadas en función a dos variables: la primera, desde el punto de vista del operario, teniendo en cuenta sus posibilidades y capacidades; la segunda, desde el punto de vista del mercado, según la demanda del mismo.

Cuentan con un espacio edilicio muy amplio dividido en diferentes sectores: panadería y ventas al público, cocina, fabricación de bolsas y sobres de papel para regalería, bolsas de polietileno, embazado y fraccionado de productos de limpieza (todo suelto). Apartado a este espacio que diariamente es compartido por los monitores y operarios, se encuentra la sala de rehabilitación donde se llevan a cabo productos variados (artesanías), con el fin de ir estimulando gradualmente a los operarios desde la motricidad gruesa a la fina. Además, cuentan con un minibús para la utilización de los repartos de sus productos a los diferentes negocios de la ciudad, contando con la posibilidad de que los operarios puedan rotar en dichas salidas. Es importante destacar que son ellos quienes llevan a cabo la entrega de los productos manteniendo relación con los comerciantes y algunos con el manejo del dinero.

Tanto los monitores como los operarios de las diferentes áreas de trabajo tienen la posibilidad de rotar cada seis meses hacia otro sector, lo cual les permite favorecer los vínculos entre ellos y potenciar sus capacidades de trabajo al pasar por las diferentes áreas, pudiendo aprender las distintas actividades que se desarrollan diariamente.

Se encuentran trabajando en la institución 20 monitores (profesionales y no profesionales) y 70 operarios que concurren desde diversas localidades de la zona.

El objetivo principal de la institución es la inserción laboral, generando hábitos para una posterior salida al campo laboral. Para poder lograrlo, se establecen relaciones con las diferentes empresas de la ciudad. Cuando un operario se retira del Taller para comenzar sus jornadas laborales en otras instituciones se continúa teniendo comunicación con las mismas, llevando a cabo un seguimiento y acompañamiento del sujeto hasta que con el tiempo dicho contacto disminuya. “No en todos los casos se logra dicho objetivo, esto dependerá de la discapacidad, pero con el tiempo se observan pequeños avances particulares que son muy significativos”. (Entrevista a la directora de la institución, 2017)

Lo observado dentro de la institución como practicante activa, me permitió realizar un recorte sobre la temática de la discapacidad, con el fin de abordarlo en el presente trabajo integrador final.

El trabajo va a tener los siguientes ejes de análisis en el desarrollo del escrito: A) Se hará referencia sobre los inicios de un pensamiento crítico sobre la discapacidad y, los derechos de las personas con discapacidad. B) Las dicotomías socialmente construidas- *discapacidad-capacidades, normales- anormales*. C) La imagen y el cuerpo, dos elementos fundamentales que nos permiten pensar y/o hablar de sexualidad. D) Dos tabúes: Discapacidad y sexualidad.

El objetivo del presente trabajo será un abordaje de manera general relacionado a:

La problemática de la sexualidad en las personas con discapacidad, pudiendo pensarla socialmente como una sola: *La sexualidad humana*. Ya que a veces se pierde de vista que la sexualidad es un derecho que le corresponde a cada individuo que nace en sociedad.

El placer es posible para toda persona que lo desee, en relación a la creencia popular que establece que las personas con discapacidad pierden su sexualidad y con ella toda posibilidad de construir un proyecto de vida familiar; sin embargo la sexualidad está presente en toda conducta humana y además de ser una función biológica es una fuente de intimidad y comunicación de sentimientos y afectos. Viendo la situación actual de cómo es pensada la sexualidad en las personas con discapacidad y los obstáculos tanto personales como sociales que existen para desarrollarla, considero necesario generar posibles soluciones relacionadas con un cambio de actitud, mejorando la información sobre las posibilidades sexuales y anulando los mitos y tabúes respecto a la sexualidad.

Los inicios de un pensamiento crítico sobre la discapacidad

El pensamiento crítico sobre la discapacidad se anuda a un movimiento conocido con el nombre de *vida independiente*, que tiene lugar en los EE.UU en la década de los 60, donde las mismas personas con discapacidad tomaron la iniciativa de luchar con el fin de lograr cambios políticos y sociales. De esta manera produjeron un movimiento por su emancipación, reclamando el derecho a decidir sobre sus propias vidas, por una vida en igualdad de condiciones y autónoma en todos sus sentidos.

Tal es así que, según lo planteado por Ferreira “El colectivo de PCD entienden que han sido objeto de exclusión, marginación y opresión y reclaman el derecho a la independencia en sus decisiones y a llevar una vida según sus propios criterios y no el de los expertos” (Ferreira, 2010, p.1).

A partir del movimiento de vida independiente se comienza a denunciar la tradición histórica de los inicios de la modernidad, donde se ha propiciado a la exclusión de las PCD de la participación en la vida colectiva a través de un proceso de institucionalización. Se crearon instituciones especializadas en el tratamiento de un *problema* definido como la consecuencia directa de una deficiencia fisiológica; de este modo se procede a recluir a dichas personas. En este *modelo médico* de la discapacidad el eje de la intervención es el tratamiento médico: la rehabilitación. “La búsqueda de la *cura* de las PCD en el modelo capitalista, hizo que se instaurara el saber médico como palabra de autoridad y la PCD fue considerada un *enfermo incurable*, resultando ser una carga social” (Chávez, 2012, p.36). Dicho modelo se detiene en observar sólo una parte del problema: lo deficitario, lo que se sale de la norma, *lo anormal*, perdiendo de vista la subjetividad de la persona, su entorno social, etc. Ese movimiento emancipatorio se traslada al campo de la sociología, conocido con el nombre de *modelo social* de la discapacidad, señalando que la discapacidad no radica en la deficiencia fisiológica de la persona, sino en las estructuras sociales en las que éste debe vivir. “La discapacidad no implica personas discapacitadas, sino una sociedad discapacitante” (Ferreira, 2010, p.2). La idea del modelo social frente al modelo médico surge desde la base de poder analizar cuáles son las causas que llevan a una sociedad a asignar menor valor a quienes reúnen ciertas características, denegándoles el acceso a sus derechos mientras que el resto de la población tiene derecho a goce.

Las respuestas a la discapacidad se han modificado desde la década del 70, motivadas principalmente por la propia organización de las personas con discapacidad y la creciente tendencia a considerar la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Logrando con el correr del tiempo abandonar aquellas soluciones que implican segregación o recluir a las PCD en instituciones especializadas.

“El modelo social de la discapacidad plantea una idea revolucionaria: “si el discurso se construye desde afuera, se destruye desde adentro. Así el lema es: *nada sobre nosotros sin nosotros*” (Chávez, 2012, p.40). Esto quiere decir que el discurso ya no es construido por un tercero (médicos, por ejemplo) que detenta poder, sino que las mismas personas con discapacidad son las que asumen el poder de construcción acerca de su propia identidad y su destino social y político. Tal es así que, en la ley n° 26.378 (C.D.P.C.D, 2006), se puede leer un elemento muy importante: *la* democracia *participativa*, siendo ellos mismos los protagonistas en sus luchas, adquiriendo una participación permanente y activa exigiendo sus derechos.

En el preámbulo de la convención los Estados partes deben:

Reconocer la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones y, las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de toma de decisiones (Ley n° 26. 378, 2006, p. 2, 3).

Resulta importante pensar la participación del conjunto social de las PCD, con relación a que son sujetos de derechos, pudiendo ser activos y partícipes en lo que

respecta a su bienestar general, y el pleno goce de sus libertades y derechos, haciendo uso de los mismos. En el artículo 19 de (C.D.P.C.D, 2006) se definen los principios básicos que derivan del movimiento de vida independiente y de desinstitucionalización, entre ellos: la autonomía personal y la autodeterminación política, el derecho a vivir en comunidad y no en instituciones segregadas, el derecho a vivir de acuerdo a sus propios deseos e intereses y no ajustados a un sistema de vida determinado, el derecho a elegir con quién vivir, cómo vivir, dónde vivir y en qué grado las personas con discapacidad desean involucrarse en la vida comunitaria. “Si la discapacidad es un fenómeno social que parte desde una estigmatización de un grupo social sobre el que recaen mecanismos opresivos, el primer principio a reivindicar es la autonomía de ese grupo.” (Chávez, 2012, p.42)

Cuando se habla de autonomía, se lo puede pensar con relación a que:

Tiene una doble dimensión: moral y como derecho. La autonomía moral es la que nos permite vivir de acuerdo con las reglas que deseamos darnos, es decir vivir con nuestros propios deseos e intereses. Por ejemplo, decidir sobre nuestras vidas afectivas, relaciones personales, entre otros. La autonomía como derecho, consiste en poder vivir de manera independiente, por ejemplo, contar con los medios de accesibilidad, viviendas integradas en la comunidad, etc (Chávez, 2012, p.42)

Por otro lado, según Schorr con el término hacemos referencia a “las posibilidades y limitaciones de una persona de valerse corporalmente para cumplir con el deseo de hacer algo con intencionalidad”. (Schorr, 2005, p.56)

A partir del desarrollo de los autores anteriores me urge el siguiente interrogante: ¿Qué significa discapacidad? Etimológicamente el término remite a: DIS: Prep. Que denota negación o contrariedad como disconforme, disgustar o separación. CAPACIDAD: Fig. Talento o disposición para comprender las cosas. Cualidad de capaz. Por otro lado, Fainblum retoma la clasificación propuesta por la O.M.S en la década del 70, donde el término *discapacidad* remite a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad dentro de un margen que se considera normal para un ser humano. “Representa una desviación de la norma desde el punto de vista de la actuación del individuo, a diferencia de la deficiencia que afecta a un órgano” (Fainblum, 2004, p.22)

La discapacidad como construcción social es un término relativamente moderno, debido a que han circulado en el decir cotidiano y social significantes tales como: incapacitados, inválidos, diferentes, anormales, atípicos. Dichos términos carecen de neutralidad ya que implican una mirada, un posicionamiento del otro, produciendo marcas, *encasillando* o *rotulando* a las personas en cuestión. Tal es así, que se habla de discapacidad como un fenómeno social y variable, teniendo existencia por ser la misma sociedad la que asigna un disvalor a dicha condición. En estos posicionamientos en los que se *rotula* desde un síndrome, la mirada está colocada en la sintomatología y el diagnóstico del sujeto, teniendo efectos en el mismo, la persona queda reducida al *déficit* o pasa a *ser ese déficit*. Se desplaza al nombre propio del sujeto en cuestión, sus subjetividades y condiciones humanas, emergiendo así, *el down*, *el ciego*, generándose efectos de desobjetivación. A esto se lo puede pensar en relación al modelo médico hegemónico basado en la dicotomía salud-enfermedad: “Partiendo de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, olvidando al individuo como ser integral. La salud y la enfermedad no son hechos separables, distinguibles en un ser concreto, sino que forman parte de un proceso” (Belmartino, p.197-198). Se trata de poder ir más allá de la sintomatología, de los diagnósticos, para poder de este modo, privilegiar y potenciar las capacidades funcionales y subjetivas, generando espacios para que los sujetos puedan desplegar todas sus posibilidades.

La dicotomía discapacidad-capacidades

Según Ferreira (2010), existe una división entre *normales* y *anormales* en virtud de la cual las personas con discapacidad son asimiladas a la a-normalidad médica de la enfermedad. De este modo me interrogo: ¿se puede pensar a todo aquello que se *diferencia* del resto, de los *normales*, como lo que puede terminar constituyéndose en alguien extraño, inesperado por lo familiar, lo social?

El nacimiento de un niño con una discapacidad produce efectos en el círculo familiar, afectando la dinámica de la misma. Las reacciones suelen ser diversas: tristeza, dolor, enojo, angustia, aislamiento, negación, caída de lo que estaba en juego en la espera del niño, en el deseo de los padres por ese hijo imaginario, soñado. Según Alicia Fainblum “el niño nacido con una alteración discapacitante no es *el hijo esperado* y suele aparecer como un *intruso*, un *extraño*, como no siendo *su hijo soñado*. (Fainblum, 2004, p.42). Se trata de padres que no saben cómo ser padres de este *otro* niño no esperado. Los padres ante la caída del hijo ideal, atravesarán un proceso de duelo con el fin de poder aceptar al hijo recién llegado, para que pueda ser inscripto como *hijo* en su deseo, inscripto como perteneciente a la familia. “La conmoción narcisista se juega en los padres, pero las consecuencias se producen en el niño” (Fainblum, 2004, p.65). En concordancia con la autora, Silberkasten (2006) postula que:

El nacimiento de un hijo con discapacidad implica un dolor por la destrucción de una imagen que debía ser íntegra y no era tal. Sin embargo, si ese niño no hubiera nacido con discapacidad igualmente se hubiera enfrentado con un padre y una madre, ellos mismos con serios problemas narcisistas (Silberkasten, 2006, p.18)

Cuando se habla del concepto de herida narcisista, Silberkasten (2006) sostiene que es para “poder entender la diferencia entre el padre de un sujeto con discapacidad y el padre de uno sin ella” (Silberkasten, 2006, p.18). Les resulta imposible a los padres de un niño con discapacidad la posibilidad misma de poder ser pensado. A la madre le resulta casi imposible ceder algo de sí ya que no sabe si va a poder. “El cuerpo tiene serias dificultades de devenir propio, el niño porta un cuerpo con el cual no se sabe cómo lidiar, ya que el yo de la madre carece de anclajes identificatorios desde los cuales libidinizarlo” (Silberkasten, 2006, p.20). El proceso de duelo que atravesaran los padres y sus heridas narcisistas, se pueden pensar en relación a la angustia de castración emergente en ellos, debido a que lo que dificulta a la discapacidad es la ausencia de un espacio donde algo haga *falta*, posibilitando la circulación del deseo en los padres del niño.

Es Ferreira (2010) quien postula que, “La dimensión socialmente construida de la discapacidad es solidaria con la de la capacidad, ambas se articulan de manera recíproca y presuponen una falsa universalidad funcional orgánica del ser humano” (Ferreira, 2010, p.15). Un modo racionalista bajo la cual nos hemos acostumbrado a pensar al ser humano como un universal abstracto. Ahora bien, ¿La dicotomía, es socialmente producida? Desde una mirada médico hegemónica se mira mucho más al padecimiento de la persona, que a la misma. Al pensar la disolución de las dicotomías discapacidad-capacidades, es necesario poder reintegrarla en un posicionamiento donde se pueda interpretar al ser humano, considerándolo un sujeto con derechos, a constituirse a partir de otro y a advenir sujeto de deseo, potenciando sus capacidades.

En relación a lo anterior Sousa Campos (1996-97) plantea que, “Es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el ser del enfermo. Por lo tanto, la persona con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar por ejemplo en este caso, a un *discapacitado*” (Sousa Campos, 1996-97, p.2). Coincidiendo con el autor en relación a que en el encuentro con la persona con determinada discapacidad, la mirada del otro queda reducida a lo puramente orgánico.

Una discapacidad puede dificultar una función, pero no impide la estructuración psíquica. Una parálisis cerebral perturbará la marcha pero no impedirá la constitución como sujeto y su dimensión deseante; como tampoco la impide un cromosoma de más en el par 21. Lo que la dificulta es la ausencia de un espacio donde algo haga *falta* y que posibilitaría la circulación del deseo (Fainblum, 2004, p.55).

Sousa Campos (1996) retoma a Amarante para postular que, “si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona, el objetivo de trabajo, y no la enfermedad” (Sousa Campos, 1996-97, p.2).

Por lo tanto, deberá colocarse entre paréntesis a la discapacidad pensada en relación a la mirada médico hegemónico, basado en la dicotomía salud-enfermedad y el foco debe estar puesto en el sujeto, en las personas reales y en su existencia concreta y no sólo en la discapacidad. Así mismo, él entre paréntesis no significa que no haya discapacidad. Con el tiempo se va abandonando el objeto de estudio de la medicina: la enfermedad, y pasa a tener lugar el propio enfermo, siendo éste considerado como un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido.

Mediante lo observado y vivenciado en la institución donde se efectuaron mis prácticas, pude reflexionar que, la dicotomía discapacidad-capacidades es pensada como lo planteaba más arriba Ferreira. De manera articulada recíprocamente, debido a que si bien la misma se encuentra dividida en diferentes talleres, es importante resaltar un elemento muy importante: el de la posibilidad que se les brindan a los operarios de *rotar* cada seis meses por las diferentes áreas de trabajo. Se refleja de este modo como se potencian sus capacidades, más allá de que también se tenga en cuenta la discapacidad de cada uno. Se trabaja por lo tanto desde una retroalimentación entre ambas, un trabajo que constantemente las acopla, las mantiene unidas.

La imagen y el cuerpo

Como practicante fui testigo de una situación puntual en la cual, la protagonista era una de las operarias que concurre al taller, ya adulta, en una relación con su actual pareja. A raíz de la noticia de su embarazo, la directora de dicho establecimiento nos informa de la misma haciendo alusión a comentarios del tipo: ¿Cómo va a quedar embarazada?, ¿Qué vamos a hacer ahora?, ¡Cómo le vamos a decir a *los chicos!*, ¿Qué pensarán cuando se enteren? Haciendo de la noticia un problema, un imposible, pensado de esta manera sólo por ella debido a que la mayoría de los operarios ya lo sabían, y los que se enteraron en ese momento lo tomaron alegremente, de forma muy distinta a como lo dejó entrever la directora, quién mostró una actitud despectiva ante la noticia, reflejando su preocupación por el impacto social que tendría.

En relación a dicha situación, en la ley n° 26.378 (CDPCD 2006) el artículo 23 expresa que, los Estados partes deberán tomar medidas para poner fin a la discriminación contra las Personas con discapacidad en las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad, y las relaciones personales, logrando que estén en igualdad de condiciones que las demás personas, asegurando que:

- a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y formar una familia, sobre la base del consentimiento libre y el de los futuros cónyuges y,
- b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener; a tener acceso a información-educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. (Ley n° 26.378 CDPCD, 2006, p.17,18)

Es necesario aclarar que la responsabilidad que se le demande a la PCD esté en armonía a sus capacidades.

Por esta razón, considero necesario pensar al colectivo de personas con discapacidad como sujetos de derechos que pueden hacer uso de los mismos. Como el derecho a gozar de su sexualidad, el derecho de que una mujer pueda ser madre, como en el caso puntual de la operaria del taller, quién adulta, posee igualdad de oportunidades y condiciones que las demás mujeres. De este modo, poder dejar por fuera la representación socialmente construida de que, *las personas con algún tipo de discapacidad no pueden gozar de su propia sexualidad*. Considerándolos sujetos asexuados, depositando en ellos, una mirada añorada, que obstaculiza esta condición característica del ser humano, con todo lo bueno que ello conlleva, en relación a lo placentero, emocional, la intimidad, el respeto a uno mismo y al otro como un cuerpo ajeno; contrariamente al posicionamiento que tuvo la directora de la institución en relación a la noticia de embarazo.

Según Mireille Maller, “La exclusión o la inclusión de las personas con discapacidad dentro de la vida social es, desde un inicio, un acto social” (Maller, 2010, p.6). Es decir que, la visualización de la sexualidad en las personas con discapacidad es de entrada un acto social, relacionado a la inclusión. Una de las formas de inclusión social, es poder visibilizar y dar lugar a pensar que la sexualidad en las personas con discapacidad *existe*.

Por otro lado, hablamos de la imagen y el cuerpo como dos elementos fundamentales para poder pensar y/o hablar de sexualidad debido a que: “Estamos sometidos a la regulación simbólica de un cuerpo sano, bello y bueno. Se prioriza por lo tanto, en el ideal estético de un cuerpo *perfecto* (Ferreira, 2010, p.17).

La *imagen* es precisamente lo que se deposita sobre el cuerpo:” la imagen del cuerpo perfecto”. Las PCD, de las que se asume que son portadoras de cuerpos por definición no ajustables, cuerpos que son expulsados de la norma y se tornan cuerpos “no legítimos” (por a-normales, irreductibles a la norma). (Ferreira, 2010, p.4).

Entendiendo al cuerpo como un entramado subjetivo de singularidades, como un medio de sociabilidad con los otros, un cuerpo único y entidad con la cual se despliegan cotidianamente nuestras capacidades perceptivas, afectivas y experiencias subjetivas. Un espacio de sensibilidad y deseo, de intimidad y decisiones sobre el mismo.

La discapacidad supondría asumir la ficción de un ser humano sin cuerpo. Porque el cuerpo de la discapacidad es un cuerpo que no puede ser obviado, reprimido, evacuado; pues en ese cuerpo reside y se inscribe, la singularidad de la discapacidad en cuanto experiencia humana. (Ferreira, 2010, p. 6)

Según los autores Keipen y Lipschitz, el concepto de *cuerpo deficitario* difiere a *cuerpo discapacitado* y del fantasma de cuerpo normal, hábil, potente.

Para concebir un cuerpo como deficitario se lo debe oponer a la noción de cuerpo normal. La normalidad y su ideología normalizadora son una construcción, en un tiempo y espacio determinado, fruto de relaciones de desigualdad que permiten a un grupo instalar ciertos criterios para delimitar qué es y qué *no* es. Criterios que aparecen como únicos e incuestionables (Keipen y lipschitz, 2009, p.118).

Es el discurso médico hegemónico el que instala la noción de déficit como causa última de la discapacidad, ubicando al cuerpo, tanto normal como deficitario, en el lugar de la norma natural. (Keipen y lipschitz, 2009, p.122). Considero necesario hacer visible esos cuerpos y poder situar los discursos, las voces, las decisiones y los deseos de las PCD sobre sus propios cuerpos, como sujetos de derechos, haciendo uso del mismo. Es Ferreira (2010) quien postula a “*la discapacidad como cuerpo socialmente construido y culturalmente reprimido*” (Ferreira, 2010, p.16).

Dos tabúes: discapacidad y sexualidad

En torno a la discapacidad y la sexualidad se van construyendo identidades negativizadas en relación a la diversidad sexual y la discapacidad. Es Peirano (2014) quien sostiene que, “es la propia construcción del concepto de *discapacidad* la que actúa en negativo sobre la sexualidad” (Peirano, 2014, p.6). Por lo que es necesario, partir de la convicción de que la sexualidad es una sola: *La sexualidad humana*.

Pero, ¿Qué entendemos por sexualidad? En el diccionario de psicoanálisis podemos leer que:

La palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (hambre, respiración, etc) y que también se encuentran en la forma llamada normal del amor sexual (Laplanche, 2004, p.401)

Por otro lado para Peirano (2011), “La sexualidad es algo fundante que nos permite ser, reconocernos del otro, con el otro y como hombre o mujer. Es un espacio igualitario, plural, necesario y deseable para todas las personas” (Peirano, 2011, s/a). Somos seres sexuados desde el mismo momento del nacimiento. La sexualidad está marcada en primer lugar, por la relación madre-hijo: en el momento en que lo mira, lo acaricia, le habla. Es un acto de amor. La sexualidad no sólo es sinónimo de genitalidad, sin embargo todos relacionamos a la sexualidad con sexo, pero, afortunadamente es mucho más que eso: son caricias, son besos, son abrazos, la forma en que uno se siente hombre o mujer y el modo de relacionarse con el otro. Por otro lado, sabemos que las necesidades sexuales para el ser humano no son como en el resto de los seres vivos, solamente un llamado a la reproducción, sino que se relaciona con la autoestima, el placer, los sentimientos, la moral, las costumbres, las religiones, el derecho, los proyectos de vida, el género, etc. Freud postulaba en tres ensayos para una teoría sexual (1905) que “la excitación sexual no es producida únicamente por los órganos llamados sexuales, sino por todos los del cuerpo” (Freud, 1905, p. 198). En ese mismo año planteaba la idea de representación psíquica denominada *libido del yo*, la cual “es asequible cuando ha encontrado el empleo psíquico en el revestimiento de objetos sexuales, esto es, cuando se ha convertido en libido de objeto” (Freud, 1905, p. 198). Libido que puede fijarse a los objetos o abandonarlos, pasar de unos a otros, y a partir de estas posiciones, se va a guiar el quehacer sexual del individuo, el cual lleva a la satisfacción, es decir, la excitación temporaria y parcial de la libido. Además, planteaba que la sexualidad está presente desde la infancia y se desarrolla hasta la edad adulta y definitivamente los niños/as no experimentan las pulsiones sexuales del modo en que lo hacen los adultos. Cuando existe una discapacidad suelen presentarse dificultades en la estructuración subjetiva que afectan también su sexualidad. En algunas ocasiones sus expresiones suelen ser más desinhibidas a causa de la falta de diques anímicos como el asco, el pudor y la vergüenza.

¿Qué es lo que ocurre con la persona con discapacidad? Socialmente hay una preocupación por su rehabilitación física y la predisposición a integrarlo en la sociedad a niveles culturales y productivos. Pero lo que aún resta para Schorr (2005) es “admitir que tienen una sexualidad a la que hay que dar respuestas y soluciones en función de las dificultades específicas que presentan” (Schorr, 2005, p.53)

Es necesario poder respetarlos en lo que son, más allá de su discapacidad. Verlos en la etapa de desarrollo que están transitando: son niños, adolescentes o adultos, no son niños en un cuerpo de adulto. Muchas personas con discapacidad parecen no haber sido habladas, ni pensadas, ni tener cuerpo. Se centra la sexualidad en la patología y se piensa en cómo será la sexualidad del sordo, del ciego, del down.

Se identifica a una madre que no se relaciona con un hijo sino con el síndrome, del cual puede dar más cuenta que del niño. Es el lugar del orden de lo real en el que él queda ubicado, al que pareciera que se lo atiende sólo en relación a nivel de la satisfacción de las necesidades (higiene, alimentación, sueño). (Fainblum, 2004, p. 79)

Debemos recordar que estamos hablando de cuerpos constantemente sometidos a rehabilitación- ahora toca caminar, ahora toca escribir. “Las personas discapacitadas están acostumbradas a que se manipule e invade sus cuerpos para la rehabilitación, pero no para el placer” (Peirano, 2011, s/a).

Coincido con Schorr (2005), cuando menciona algunos de los derechos sexuales de todas las personas, como: El derecho a ser informados: sabemos que las PCD están menos informados sobre el tema que el resto. El derecho a recibir educación sexual: este es un problema que afecta a todos por igual pero se agrava en las personas con discapacidad. El derecho a la expresión sexual: masturbación, fantasías, relaciones con otras personas y el derecho a formar pareja. “Hablar de la sexualidad de las personas con discapacidad es un acto de discriminación, es hablar de alguien que no tiene identidad. La sexualidad es de las personas, de los hombres, de las mujeres”. (Peirano, 2011, s/a). La sexualidad es un hecho que nos iguala. Todos somos sexuados, sexuales, eróticos.

Por otro lado, existen diversos mitos de la sexualidad en las personas con discapacidad, pero los más comunes son, en primer lugar: no hay, no existe o no ejercen su sexualidad porque son solamente afectuosos o cariñosos; y el segundo, es que no tienen ningún tipo de sexualidad porque son tratados como niños. Ambos tienen que ver con la negación de la sexualidad en las personas con discapacidad, negación social, familiar y cultural. Por lo tanto, no podemos seguir pensando a las personas con discapacidad como si fuesen ángeles inmaculados e inocentes, porque no lo son. “Los cuerpos desnudos, con o sin discapacidad, son un lenguaje en sí mismo, que nos ayudan a superar la pregunta mitológica: ¿Es que éstos angelitos tienen sexualidad”? (Peirano, 2011, s/a).

También nos encontramos con los miedos hacia la sexualidad- miedo a lo que vendrá- existen miedos injustificados y otros justificados como, embarazos no deseados, abuso sexual, problemas que pueden tener al expresar la sexualidad de forma desinhibida, como una masturbación en público, etc. Algunos de estos miedos son en realidad temores de aquello que queda por fuera del control de los padres o de quienes estén a cargo de la persona, cuidadores o el personal de alguna institución, como la situación que emergió durante mis prácticas.

Cuando los chicos y las chicas llegan a la edad adulta la sexualidad empieza a ser un problema y comienzan a aparecer los miedos y las demandas de los padres a los profesionales, solicitando que se modifique en ellos tal o cual conducta, como noviazgos, el comienzo de salidas nocturnas, los vínculos con nuevas personas, entre otras. Como también aquellas conductas patológicas: masturbación compulsiva, conductas exhibicionistas, querer tocar a los compañeros o a la profesora; diferentes formas de expresión de una sexualidad que está desinhibida. Y es así que los padres suelen preguntarse: ¿Qué hago?, ¿A dónde lo llevo?, ¿Cómo hacemos para frenar sus conductas?, ¿Cómo las modificamos?, ¿Es necesario informarles sobre el sexo?, ¿Cómo? En estos casos, se tratará de trabajar con los familiares o personas encargadas de su cuidado, para que sean ellos los que modifiquen su actitud frente a la sexualidad de sus hijos. Siendo ésta silenciada, se invisibiliza la diversidad y se considera peligrosa e innecesaria la educación sexual, por lo tanto, se evita y se reprime, limitando el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Además, según lo expresado por Mannoni (1996) es de fundamental importancia considerar el aspecto social, con sus mitos y representaciones, en la medida en que “es la sociedad con sus mecanismos de habilitación o punición, la que sanciona que hacer ante el deseo del discapacitado y su satisfacción” (Mannoni, 1996, p. 143). La curiosidad

de las personas se encuentra orientada por la pulsión de investigación y será el motor de la constitución del deseo de saber. Dicho deseo expresado por los jóvenes es el que debe ser aceptado por los adultos, pudiendo responder a las preguntas que aparecen en los adolescentes o evacuar las dudas que se les presenten. Pero suele ocurrir que aquella curiosidad es anulada por los adultos ante la imposibilidad de tolerar una pregunta en relación a lo sexual, donde las respuestas significan para los padres ahondar en un tema tan amplio que muchas veces se torna dificultoso dialogarlo con sus hijos. Pero no se trata sólo de responder a preguntas complicadas y salir de dicha situación con soltura, sino también de que los padres puedan asumir que los niños están dejando de ser niños. A veces al tratar temas que nos incomodan, tendemos a evitarlos, pero el silencio no es la solución. Además, creo que no es necesario que los padres esperen a que se les pregunten para hablar de los aspectos más importantes de la sexualidad de sus hijos. “Esta instancia puede desvirtuarse cuando se promueve una transmisión mecánica de contenidos, creándose tanto para el enseñante como para el aprendiente una distancia negadora del tema” (Mannoni, 1996, p. 146). Así, la ignorancia comienza a aparecer en el proceso de aprendizaje y búsqueda de conocimiento en la vida del niño y en su proceso de crecimiento. También es importante aquello que *no se dice* debido a que no sólo las palabras transmiten un mensaje, sino también las formas de decirlas. Si con el lenguaje no verbal los padres expresan actitudes de desagrado o censura respecto a la sexualidad, promoverán una imagen negativa de la misma. Lo importante a la hora de hablar de sexo con sus hijos es que se entienda que debe ser algo íntimo, pero no algo prohibido.

La sexualidad de las personas con discapacidad no es mejor ni peor que la de los demás. Es la suya propia y se expresa en su forma de vivirla y experimentarla. Por otro lado, los mayores problemas provienen de la resistencia de los padres al enfrentarse con la sexualidad de sus hijos. Por lo tanto, considero que en la medida en que asumamos que la sexualidad es un derecho básico de toda persona, sana o enferma, joven, adulta o vieja, y que la sexualidad es constitutiva del sujeto, podremos ir abriéndonos a la problemática de la sexualidad en las PCD desde una perspectiva abierta y no limitada, prohibida o represiva. Es también una tarea que la sociedad tiene por delante al no dejarla de lado en la medida que va produciendo un progreso.

A partir de lo desarrollado me surgen los siguientes interrogantes: ¿La sexualidad en las personas con discapacidad, es un tabú en la sociedad?, ¿Qué se entiende por tabú?

En el diccionario de la lengua española se define a tabú como: Proveniente del polinesio: *lo prohibido*. Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar. Es Freud (1912-1913) quien hace uso del término sosteniendo que, “el tabú presenta dos significaciones opuestas: la de lo sagrado o consagrado y la de lo inquietante, peligroso, prohibido o impuro. El tabú se manifiesta esencialmente en prohibiciones y restricciones” (Freud, 1912-1913, p.21). Considero que es imprescindible quitar o correr el tema de un lugar de tabú, debido a que se torna más difícil por el hecho de que está socialmente construido pensar al sexo como un tabú, a la discapacidad como un tabú, siendo dos temas que por diversas razones no nos atrevemos a hablar y/o relacionar. En principio, creo que no nos atrevemos porque lo desconocemos, como también desconocemos a aquellos que designamos como personas con discapacidad. A pesar de que los jóvenes relacionan el concepto de sexualidad con el amor y la felicidad, es todavía en el seno de la familia un tema tabú del cual está prohibido hablar o informar a sus hijos. Un tabú que nunca se va a disolver sin lograr incorporar en los grupos familiares, instituciones, y en la misma sociedad, la educación sexual como una herramienta para la divulgación de información sobre un tema que está silenciado desde el desconocimiento. “Cuando un tema es negado en el medio familiar, no hablar de ello, remite a la inexistencia ilusoria, pero todos saben que no hablar de *eso* no significa que no exista, pero de ello, sin embargo, no se debe saber” (Mannoni, 1996, p. 147).

Debemos empezar a replantearnos cuál es la idea de sexualidad con la que nos manejamos cuando nos remitimos a una persona con discapacidad, ya que se suele ocultarla. Como si sexualidad y discapacidad fueran dos cosas imposibles. La responsabilidad es del educador, padres o adulto a cargo de las PCD en no proyectarle sus propios deseos, fantasías, miedos y frustraciones, en relación a lo que expresa Mannoni (1996) de que lo anteriormente mencionado está relacionado con “nuestra capacidad de poder analizar las expresiones eróticas de los discapacitados y develar que nada se oculta detrás de ellas más que la misma manifestación” (Mannoni, 1996, p.151). Dichas reacciones de los adultos ante sus hijos lleva al sujeto con discapacidad a reprimir sus impulsos, sin que ello implique que no aparezcan luego conductas compulsivas, o a escondidas y con un sentimiento de culpa.

Finalizo el desarrollo con dos frases que expresan y sintetizan en toda su simpleza, el abordaje sobre el tema de la sexualidad en las personas con discapacidad: “Creo que la sexualidad es parte de la identidad, una forma de expresión y, si te la quitan, dejas de ser vos. Es un falso paradigma hablar de la sexualidad en discapacidad, espero que algún día solo podamos hablar de sexualidad” (Peirano, 2013, s/a).

“Si se habla de ella es porque constituye un problema, pues hay que recordar el siguiente principio: el hecho de que en una sociedad se hable de algo no significa que se lo admita” (Foucault, 2013, p.15).

Conclusión

Todos y todas nacemos como seres sexuales, nos constituimos como sujetos deseantes, varones y mujeres sexuados y a la vez vamos haciendo y construyendo nuestras identidades sexuales. La condición que nos iguala es que, todos y todas, con o sin discapacidad, somos seres sexuales, sexuados y eróticos, por lo tanto la sexualidad especial no existe, sí hay distintos tipos de acceso a la sexualidad. En tal sentido, es muy importante propiciar nuevos debates, desaprender pensamientos y conductas que tenemos en relación a nuestras propias historias sexuales y a la sexualidad de los otros. Además, es importante resaltar que, sexualidad no es sólo sinónimo de genitalidad, sino mucho más que eso, afortunadamente son besos, abrazos, caricias, contención, la forma en que alguien se siente hombre o mujer, el modo de relacionarse con el otro.

Por lo tanto me pregunto, si como ciudadanos todos somos sujetos de derechos: ¿Por qué las personas con discapacidad no pueden gozar de su cuerpo y sexualidad , ¿Por qué obstaculizar el deseo de toda mujer de ser madre?, ¿Por qué no permitir la capacidad de amar y ser amado por otro?

De este modo, propongo pensar a la sexualidad como una sola: La sexualidad humana y que la discapacidad de una persona no sea una limitación que lleve a pensarla así. Me pregunto: ¿Qué impide hablar de sexualidad humana cuando comúnmente es nombrada como: “la sexualidad en la discapacidad?”, como si se colocara a la enfermedad delante de la persona y como si la sexualidad fuera diferente para estos sujetos. Tal como sentí que ocurrió en ese momento cuando puede ser partícipe de la actitud de la directora ante la noticia del embarazo de una de las operarias de la institución. Aquí me urgen los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los temores que aparecen en el personal de la institución?, ¿cómo trabajar dichos temores? Considero oportuno el hecho de establecer en las instituciones espacios de reflexión y debate, ya que esto hace que el profesional habite un lugar diferente dentro de la institución, revitalizándola y produciendo afiliación. Es así, como se van generando encuentros compartidos de trabajo con el otro, tejiendo y construyendo la experiencia colectivamente. Se tiende a infantilizar a las PCD, pensarlas como personas asexuadas, bajo la creencia de que por tener tal discapacidad su sexualidad se encuentra dañada y nunca aparecerá o, por el contrario, que al despertar, ésta puede llegar a ser incontrolable, perversa, impulsiva, entonces creen conveniente no fomentar nada que se relacione con la temática. En el caso de los adultos se niegan a ayudar a sus hijos a experimentar su sexualidad por sus propios tabúes y represiones, y otros que tienen miedos, inseguridades, desconocimiento y no saben cómo hacerlo o les da vergüenza hablar de esta temática con sus hijos.

Por otro lado, ¿Cómo nos relacionamos con la discapacidad? Podemos relacionarnos con *la persona* o *el diagnóstico*; y la gran mayoría de las veces nos relacionamos más con el padecimiento de la persona que con *fulano*.

Como seres humanos debemos replantearnos y repensar muchas de las cuestiones que están en juego en esta representación social, negativizada culturalmente. Con el fin de poder descentrarnos de *rotular* desde el síndrome, donde la mirada queda detenida sólo en los diagnósticos de las personas, y poder desplazar éstos, al nombre propio del sujeto, sus subjetividades y condiciones humana. Debemos respetar el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable en todos los asuntos de su vida. Si bien dicha responsabilidad a veces puede obstaculizarse debido al grado de discapacidad que cada sujeto tenga.

Considero necesario poder disolver los diversos mitos que existen acerca de la sexualidad en las personas con discapacidad, tales como: no hay, no existe o no ejercen su sexualidad porque son solamente afectuosos o cariñosos, o, no tienen ningún tipo de sexualidad porque son tratados como niños. No podemos seguir pensando a las personas con discapacidad como si fuesen ángeles inmaculados e inocentes o niños en un cuerpo de adulto, o personas asexuadas, porque no lo son. Entonces, ¿Cómo trabajar los temores de los padres acerca del desarrollo de la sexualidad de sus hijos?

Otro tema importante a re- trabajar, son los prejuicios y la mirada que tenemos sobre la persona con discapacidad y poder comprender o hacerles comprender sobre todo, a los familiares de la persona o quien esté a cargo de su cuidado, que es más beneficioso formar, informar, proteger y brindar herramientas de autocuidado, en lugar de sobreproteger y negar la existencia de la sexualidad en sus hijos. Uno de los puntos fundamentales sobre el abordaje de este tema sería comenzar a pensar, hablar y trabajar la implementación de la ley 26.150 (ESI) "Educación sexual integral" (2006) debido a que está silenciada y por lo tanto hay una gran desinformación sobre el tema en todos los ámbitos que nos competen. Se entiende por educación sexual integral a aquella que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Con el objetivo de poder incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas. Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad. Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; y, procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Sería importante que las propias personas con discapacidad se capaciten y sean ellas mismas las difusoras de esta temática, tomando los testimonios reales de sus sexualidades. Como también la capacitación de los profesionales pudiendo romper la barrera de silencio frente a dicha temática y derribar los prejuicios y tabúes, para así poder ayudar a las familias con personas con determina discapacidad a perderle miedo al tema de la sexualidad y mejorar la calidad de vida de éstos.

Es necesario hacer visible esos cuerpos y poder situar los discursos, las voces, las decisiones y los deseos de las personas con discapacidad sobre sus propios cuerpos, como sujetos de derechos. Pudiendo contar con toda la información necesaria acerca de la sexualidad integral, debido a que hay un silencio que rodea la sexualidad en las personas con discapacidad. Se los educa desde el silencio, como si ese silencio los fuera a proteger de embarazos no deseados, agresiones, abusos, etc, pero el silencio no elimina su sexualidad, ni calla sus deseos, ni frena su desarrollo.

Referencias bibliográficas

- Angelino, María Alfonsina, (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad, desnaturalizar el déficit*. Cap. V. Kipen, Esteban, y Lipschitz, Aarón. *Demasiado cuerpo*. Buenos Aires. Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- Belgich, Horacio, (1996). *Discapacidad, sexualidad, subjetividad*. Cap. I. Mannoni, Maud. *La discapacidad mental y la sexualidad*. Rosario. Ediciones de la sexta.
- Belmartino, Susana. *Modelo médico hegemónico*. Rosario. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Chávez, Facundo, (2012). *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: REDI, 2012.
- Fainblum, Alicia, (2004). *Discapacidad: Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. Buenos Aires: TEKNÉ.
- Ferreira, Miguel, (2010). *Discapacidad y corporalidad: una aproximación genealógica*. Madrid, España. Recuperado de: http://www.mferreira.es/Documentos_nuevo/ontogenesis_disca.pdf
- Foucault, Michel, (2013). *La inquietud por la verdad: Escritos por la sexualidad y el sujeto*. Buenos Aires: Siglo veintiuno, editores. Recuperado de: http://www.sigloxxieditores.com.ar/pdfs/foucault_la_inquietud_por_la_verdad.pdf
- Freud, Sigmund, (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, Sigmund, (1912-1913). *Totem y tabú*. Cap II. *El tabú y la ambivalencia de los sentimientos*. Buenos Aires. Amorrortu T. XIII. Recuperado de: <http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/librosdigitales/Sigmund%20Freud%20-%20Totem%20y%20Tab%C3%BA.pdf>
- Laplanche, Jean, y Pontalis, Jean Bertrand (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Ley 26.378. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. (2006). Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Ley 26.150. *Educación sexual integral*. (2006). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Maller, Mirelille, (2010). *Inclusión social de personas con discapacidad*. Recuperado de: <http://infoinclusion.blogspot.com/2010/10/inclusion-social-de-personas-con.html>
- Peirano, Silvina, (2011). *Blog sobre el sexo seguro y los derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de: <http://www.condonesysexo.com/silvina-peirano-sexualidad-en-discapacidad/2011/09/06/>
- Peirano, Silvina, (2014). *Blog: Mitología de la sexualidad especial: el devenir del deseo en minusvalizantes necesidades*. Recuperado de: <https://docs.google.com/document/d/1MRysVDWhCciKLaN4Rm7HJ3SLyONsVYSTf0djCID3k80/edit>
- Silberkasten, Marcelo, (2006). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Sousa, Campos, (1996-1997). *La clínica del sujeto: Gestión en salud*. Brasil. Recuperado de: https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
- Tallis, Jaime (Comp.), (2005). *Sexualidad y discapacidad*. Cap. III. *Discapacidad motora y sexualidad*. Rchorr, Alberto (p. 51-62). Editorial: Niño y Dávila. Recuperado de:

<https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=MuUsx0sz8xUC&oi=fnd&pg=PA44&dq=sexualidad+y+discapacidad&ots=-IEVX9iPP2&sig=xahfRYsFV2TnsNUD83lz11b7IR8#v=onepage&q=sexualidad%20y%20discapacidad&f=false>