



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
-FACULTAD DE PSICOLOGIA-**

Trabajo Integrador Final

*Título: ¿Escuchamos lo invisibilizado? Entrecruzando Discapacidad Intelectual (DI) y Sexualidades*

Modalidad de presentación: ensayo

Autora: Macarena Soledad Flores  
Legajo: F-5072/5  
Docente responsable: Ana Laura Gerez

Año: 2019

## Agradecimientos

A mi casa de estudios, la Facultad de Psicología de la U.N.R., por la existencia de los diversos espacios de formación que me posibilitaron realizar una relación recursiva entre teoría y práctica desde una ética profesional y permitirme ser parte de la militancia por la Educación Pública.

A los grupos que son discriminados y vulnerados día a día, entre ellos las PcD, por transmitir su lucha por el respeto de los DDHH y suscitarse con sus experiencias, la escritura de este Trabajo Integrador Final.

A Ana Laura, en representación de los grandes profesores, por su compromiso y acompañamiento en todo el proceso de escritura. Por confiarme sus libros y habilitar la circulación horizontal de saberes.

A mis padres, por elegir para mí la educación pública desde el nivel inicial hasta el nivel secundario, apoyarme en mi decisión de estudiar en la universidad estatal y acompañarme en todo el camino transcurrido en los años de estudio.

## Resumen

Las Personas con Discapacidad forman parte de los grupos de colectivos vulnerados en el ejercicio de sus derechos. Aquí nos referiremos a un derecho fundamental como es la sexualidad y lo puntualizaremos en la Discapacidad Intelectual. Estos sujetos reciben discriminación por su discapacidad pero también por su cuerpo, género, orientación, identidad sexual, entre otros puntos claves que forman parte de la sexualidad.

Ante los mitos, prejuicios e imaginarios que bifurcan sobre este tema en el discurso social, *¿Escuchamos lo invisibilizado?* se trata de un ensayo mediante el cual se pregunta a fin de escuchar aquello que no está invisible sino invisibilizado anónimamente. Al aparecer el silencio como cómplice de violencias, al mismo tiempo, apuesta a que lo indecible pueda ser nombrado.

Una de nuestras hipótesis radica en que por esta vulneración de derechos, los sujetos implicados reciben un gran impacto subjetivo. Por este motivo, *¿Escuchamos lo invisibilizado?*, además interroga cuáles son las posibilidades de hacer lazos con otros y permite orientarnos a habilitarlos más que rehabilitarlos.

A partir del entrecruzamiento entre la teoría psicoanalítica y el enfoque de Derechos Humanos desde una perspectiva de género ubicado en un Paradigma Social, nos contraponemos Modelo Médico-Rehabilitador y sostenemos ineludiblemente restituir a cada sujeto como sujeto de derechos, sin colocar una etiqueta en la discapacidad que obture las diversas subjetividades. De esta manera, las incumbencias de los profesionales psicólogos sobre la promoción de la vigencia de los Derechos Humanos y las acciones tendientes a la prevención y promoción de la Salud, se hacen manifiestas.

**Palabras claves:** Discapacidad Intelectual (DI)- Sexualidades- Psicoanálisis- DDHH.

## Índice

Abriendo caminos -----	4
Hacia los orígenes y conceptualizaciones: <i>discapacidad y DI</i> -----	4
Pluralizando sexualidades -----	7
Diversidades corporales -----	8
Más allá de las barreras arquitectónicas -----	10
¡ESI, SI!-----	12
¿Escuchamos lo invisibilizado?: <i>reflexiones que vuelven a abrir caminos</i> -----	13
Referencias bibliográficas -----	15

## Abriendo caminos

En el presente Trabajo Integrador Final abordaremos la temática de la discapacidad en relación a las sexualidades desde el enfoque de Derechos Humanos y la teoría psicoanalítica.

Resultaría un trabajo muy arduo si quisiéramos desarrollar todas las discapacidades y se perdería de vista el eje temático que nos convoca. Por lo tanto, puntualizaremos en la Discapacidad Intelectual (DI)<sup>1</sup> que igualmente nos permitirá poder pensar las demás.

La Discapacidad, actualmente, sólo forma parte del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología en algunos Seminarios Electivos de Pregrado y existe un acercamiento en la asignatura Psicología del Lenguaje y del Desarrollo. Se podría interrogar este hecho en relación al lugar que fue erigiendo a lo largo de la historia. Junto a la 'Sexualidad' en la época Antigua, la Edad Media y la Modernidad y, de acuerdo a los paradigmas denominados de Prescendencia y Médico-Rehabilitador, ocuparon un lugar relegado y se consideraron como cuestiones que debían mantenerse ocultas.

Realizar la escritura de este trabajo mediante una modalidad de ensayo, nos permitirá esbozar algunas reflexiones sobre el entrecruzamiento de estos dos grandes ejes que fueron sosteniéndose como tabúes. “¿Existe la sexualidad en la discapacidad?”, “¿De qué tipo de sexualidad estamos hablando? ¿Se trata de una sexualidad ‘especial’?” Interrogantes de esta índole circulan cuando se comienza a hablar de aquello que no se hablaba.

Posicionarnos desde un Paradigma Social significa darle valor a la lucha que se viene gestando por las mismas personas con discapacidad por el cumplimiento de sus derechos. De esta manera, el marco legislativo resulta de suma importancia utilizarlo como herramienta a fin de poner en jaque estos mitos, prejuicios y creencias acerca de la sexualidad en la DI que se naturalizan y se establecen como imaginarios sociales.

Tomar partido desde autorxs de la teoría psicoanalítica como Mannoni (2008) y Levin (1991, 2006) nos habilitará a distinguir entre el concepto de Discapacidad Intelectual (DI) y debilidad o deficiencia mental y, además, pensar la sexualidad desde la singularidad de cada sujetx.

Desplegar una escritura de esta índole promoverá la interpelación y reflexión acerca de nuestra labor como psicólogxs, trayendo a colación las incumbencias pertinentes a la temática tales como la promoción de la vigencia de los Derechos Humanos y las acciones tendientes a la promoción y prevención de la Salud.

### Hacia los orígenes y conceptualizaciones: *discapacidad y DI*

Los conceptos, al circular por el discurso social, van ampliando su significación. No son objetivos sino que producen marcas que van dejando huellas e impregnan en nuestra subjetividad. Cuando hablamos de 'discapacidad' no nos remitimos a un término establecido de una vez y para siempre, sino que se fue construyendo y modificando de acuerdo a los distintos contextos socio-históricos.

Tanto desde el discurso científico como desde el social han circulado denominaciones tales como 'incapacitado', 'inválido', 'minusválido', 'impedido', 'anormal', 'disminuido', entre otras. Estos términos no son neutros sino que implican una mirada y determinado posicionamiento. Producen marcas y suelen provocar a la manera de un rótulo el encasillamiento del sujeto en cuestión. Como se expresa en la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2008), se trata de “un concepto que evoluciona” (p. 6). Por lo tanto, primero debemos historizar cómo se fue desarrollando el mismo centrándonos en los distintos paradigmas que fueron desplegándose a lo largo de las diferentes épocas.

---

<sup>1</sup> A lo largo del trabajo utilizaremos “DI” para referirnos a la Discapacidad Intelectual.

El término 'discapacidad' aflora con esta denominación en la época moderna. Sin embargo, con anterioridad –en la Edad Antigua y Edad Media- se pueden vislumbrar ciertas percepciones y concepciones respecto a dicho término. Algunas de esas percepciones aparecen vinculadas a lo infrahumano –aquello que se relaciona con lo animal, lo monstruoso, lo salvaje-, a la posesión de dones y habilidades especiales, a lo malvado o, por el contrario, a la piedad o caridad. Además, han sido percibidas y tratadas como chivos expiatorios, debido a que se los culpabilizaba por la aparición de sequías y malas cosechas, por el desencadenamiento de las crisis económicas, guerras y enfermedades epidémicas. También se los ubicaba como objeto de entretenimiento, ya sea exhibiéndolos o explotándolos y, en otros casos, aparecían relacionados a la pobreza y la enfermedad.

Con respecto a dichas percepciones y concepciones, pueden distinguirse tres paradigmas<sup>2</sup> de interpretación de la discapacidad que han surgido a lo largo de la historia y que se mantienen, en mayor o menor medida, en la actualidad. Encontramos, en primer lugar que en el modelo de 'prescindencia', dotado de una gran influencia religiosa, las personas con discapacidad (PcD)<sup>3</sup> eran eliminadas, debido a que se presentaban ante la sociedad como innecesarias, ya sea "porque no contribuían a las necesidades de la comunidad, porque albergaban mensajes diabólicos, porque eran la consecuencia del enojo de los dioses o porque sus vidas no merecían la pena ser vividas" (Palacios, A. y Romañach, J., 2007, p.39).

Dentro de este modelo, podemos distinguir a su vez dos tipos de submodelos: el eugenésico y el de marginación. El submodelo eugenésico podemos verlo reflejado en la Antigüedad clásica, puesto que las sociedades de Grecia y Roma de esa época consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con discapacidad. El submodelo de marginación, por su parte, podemos encontrarlo en la Edad Media, en el cuál las PcD se hallaban dentro del grupo de pobres y marginados.

El segundo paradigma denominado 'médico-rehabilitador', para el cual las causas que provocan la discapacidad son científicas, sienta sus bases en la Modernidad. Al respecto Foucault (1975), sitúa en esta época la disyunción entre lo normal y lo patológico dentro de lo que denomina la sociedad disciplinaria del poder. Lo normal estaría ligado para él a la norma en tanto regla de conducta pero, además, a una regulación funcional. Esto es "(...) como principio de funcionamiento adaptado y ajustado; lo normal al que se opondrá lo patológico, lo mórbido, lo desorganizado, el disfuncionamiento" (p.155). Este último merece su distinción, ya que al pertenecer al ámbito de la medicina, la discapacidad se jugará en el campo de la salud y la enfermedad. 'Los enfermos deben ser excluidos de la sociedad y encerrados en pos de una rehabilitación que les permita reinsertarse en la sociedad normal'. Desde esta perspectiva, el éxito es valorado en relación a la variedad y cantidad de destrezas y habilidades que puedan adquirir y desplegar estos 'individuos'. Este paradigma se encuentra en concordancia con la culminación de Segunda Guerra Mundial, porque trajo consigo el surgimiento del movimiento médico y la psicología de la rehabilitación.

Un documento que podríamos situar dentro del modelo médico-rehabilitador es la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM) aceptada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a que hace referencia a los niveles, en orden progresivo, de las secuelas de la enfermedad. En primer lugar, define la deficiencia como "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica" (p.77). Puede ser temporaria o permanente, innata o adquirida y progresiva o regresiva. En segundo término, la discapacidad se

---

<sup>2</sup> Si bien Kuhn, T. (1962) definió a los 'paradigmas' en el ámbito científico como "realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (p.12), tomaremos estos lineamientos para referirnos a modelos que datan, en este caso, de distintas concepciones en relación a la discapacidad.

<sup>3</sup> Nos referiremos a las Personas con Discapacidad con la sigla PcD en el ulterior desarrollo.

dispone como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad funcional en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (p.165). Y por último, la minusvalía, aparece caracterizada como “una situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol, que sería normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales” (p.221)

En el año 2001, la OMS realiza una revisión de la CIDD, ya que proponía términos solamente desde el orden de la enfermedad y crea la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) con el fin de ampliar el ámbito de la clasificación con experiencias positivas. En este documento se sostiene que “el objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado” (p.3).

De esta manera, constituye una herramienta para describir y comparar la salud de la población a nivel internacional. Se trata de un concepto de salud amplio que sin embargo, no incluye factores de raza, sexo, religión ni socioeconómicos. Éstos no formarían parte de las restricciones de participación de la salud que clasifica la CIF relacionadas al bienestar como se la plantea desde la OMS. Ferrara, F. (1985) formula una crítica al término ‘bienestar’ entendido este como un ‘sentirse o estar bien’. Concordamos con el autor cuando sostiene que la salud es un proceso permanente, ya que se relaciona con “el continuo accionar de la sociedad y sus componentes, para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de la sociedad” (p.10) y con ello señalamos lo que en la Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, en el Art. 3 refiere a la concepción de Salud Mental, reconociéndola como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social y vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p. 12).

Esto nos permite exponer que junto al paradigma médico surge, en la segunda mitad del siglo XX, otro modelo llamado ‘social’ impulsado por las mismas personas con discapacidad mediante diferentes movimientos sociales. A partir de este momento, comienza a utilizarse el concepto que venimos sosteniendo: ‘personas con discapacidad’ (PcD), lo que posibilita destacar la importancia del sujeto antes que la discapacidad y, además, refiere al ‘tener una discapacidad’ y no al ‘ser un discapacitado’. Nombrar a la persona con discapacidad como ‘discapacitado’ sería seguir instalado en el modelo médico-rehabilitador desde lo que no puede, no es normal y no permite pensar las posibilidades e intereses de cada sujeto más allá de las limitaciones que pueda llegar a presentar.

Las PcD, teniendo como lema *Nada sobre nosotros sin nosotros*, luchan por ser reconocidas como sujetos de derechos en la creación de políticas de inclusión. Esto es, la posibilidad de participar plenamente de la sociedad. El modelo social se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera a fin de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. Entre los diferentes instrumentos pertenecientes al marco legislativo, el más relevante internacionalmente en relación a este nuevo paradigma, es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que citamos en párrafos anteriores, sancionada en Argentina en Mayo de 2008. En el artículo 1 se expresa que: “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p. 9). Nos resulta más completa esta definición que la expresada en la Ley 22.431 “Sistema de protección integral de los discapacitados” (1981). La misma considera en su art. 2 ‘discapacitada’ a “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Aquí nos referiremos a la DI que se denomina habitualmente como retraso/retardo mental u oligofrenia. Cabe realizar primeramente una diferenciación entre la discapacidad o deficiencia intelectual y la debilidad mental, ya que no son conceptos indistintos. La DI estaría determinada por una causa de orden orgánico y la debilidad mental, por su parte, posee un compromiso a nivel psíquico. No se relaciona con una deficiencia o déficit, sino que la debilidad se encuentra en la posición subjetiva. Esto quiere decir que pueden existir sujetos en lugar de debilidad mental que presenten o no DI o algún otro tipo de discapacidad. Mannoni (1982) se interrogó por qué existen “deficientes mentales que son “tontos” y débiles mentales “inteligentes” con CI idénticos” (p.32).

Esta noción de inteligencia difiere de aquella que se piensa desde el campo de la medicina, la psiquiatría y la pedagogía reeducativa teniendo un basamento en criterios psicométricos como ya lo planteaban Binet y Simon con sus aportes a principios del siglo XIX. Para la clasificación de las oligofrenias estos referentes utilizaron “un conjunto de pruebas estandarizadas destinadas a “medir” el rendimiento intelectual con referencia a los promedios de la población infantil considerada normal” a partir de la unidad llamada Cociente Intelectual (CI), que sería “la relación entre la edad mental del examinado y su edad cronológica” (Azcoaga, 1984, p.108)

Desde el psicoanálisis, en cambio, nos interrogamos por la subjetividad de exxs niños, apartándonos en un principio del CI o de la alteración orgánica a fin de escuchar hablar al sujeto para captar, mediante el discurso del niño y el los padres, el sentido que tiene la debilidad mental para ellos. “La debilidad mental concebida como déficit de la capacidad aísla al sujeto en su defecto. Al buscar para la debilidad una causa definida, se niega que pueda tener un sentido, es decir una historia, o que pueda corresponder a una situación” (Mannoni, 1982, p.45). Es importante realizar un diagnóstico diferencial, pero esta importancia radica a fin de saber con quién estamos hablando, con qué sujeto estamos tratando a partir de una construcción diagnóstica. De esta manera, se otorgaría la posibilidad de repensar esta noción de diagnóstico y evitar que se convierta en una etiqueta.

## Pluralizando sexualidades

Al igual que el concepto de discapacidad, el concepto de sexualidad fue modificándose progresivamente. Esto nos permite hoy hablar de ‘sexualidades’ y no de una única sexualidad. A lo largo de la historia ha ocupado un lugar relegado, algo sobre lo que no se podía hablar y que, al no hablarse, parecía no transcurrir. Es por ello que ha sido considerada como tabú.

Actualmente en Argentina, en el marco legal, nos encontramos con leyes y documentos internacionales que expresan la sexualidad como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Por ejemplo, Ley 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, la Ley 26.150 “Educación Sexual Integral” (ESI), la Ley 26.743 “Derecho a la identidad de género de las personas”, entre otras.

En este marco, la OMS define a la sexualidad como:

“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (2018, p.3)

Entonces, la sexualidad iría más allá de la genitalidad y de la reproducción sexual. Partimos comprendiéndola de manera compleja no solo limitándola a los quehaceres sexuales. Los derechos reproductivos -el derecho a decidir si tener o no hijos-, sólo es una parte de la sexualidad. Además, se encuentran los derechos sexuales que reconocen

que todxs tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida, sin presiones, discriminación ni violencia.

Freud desarrolló en 1905, en su artículo “*Tres ensayos de teoría sexual*”, la presencia de la sexualidad en la infancia caracterizada como perversa polimorfa. Si bien sus lineamientos de ese momento datan de una teoría falocéntrica, resultó ser un gran descubrimiento para la época que escandalizó a la sociedad. Es interesante detenernos en este punto debido a que se sigue sosteniendo al día de hoy el imaginario respecto a que la sexualidad se manifiesta a partir de la adolescencia, que aparece por vez primera en ese rango etario. Desde el Psicoanálisis sostenemos que la sexualidad comienza a delinearse incluso antes del nacimiento. Se empieza a desplegar en el momento que otros adultos significativos le otorgan un lugar en el discurso al sujeto por advenir desde el orden simbólico. También cuando, luego del nacimiento alojan, miran, acunan, en las diferentes rutinas que van apareciendo desde la lactancia, la hora del baño, el cambio de un pañal, el juego, entre otras. Retomando un término que utiliza Levin (2006), el Otro al niñx lx ‘poetiza’.

La sexualidad atraviesa a todxs y forma parte de la vida misma, pero no todxs la atravesamos de la misma manera. Es mucho más compleja de lo que se piensa: existen tantas sexualidades como sujetos y las maneras de expresarlas difieren también de acuerdo al contexto socio-cultural de cada unx. No obstante, nos encontramos a diario con situaciones de discriminación, desigualdades y prejuicios cuando la sexualidad no sigue los mandatos sociales establecidos. Podemos situar aquí el modelo binario, a partir del cual se percibe la realidad organizada en pares de opuestos. Una parte es valorada socialmente –lo bueno, lo normal, lo superior-; y la otra, se discrimina –lo malo, lo anormal, lo inferior-.

### **Diversidades corporales**

*«Me parece muy interesante esto que planteás de estar en el lugar donde no debías. Hacés evidente, de ese modo, que hay normas que establecen dónde deben estar los cuerpos y cómo»* Alberto Canseco a Pablo Tortoriello (2017), Ideas cruzadas. Charla entre un rengo y un puto.

Existen actualmente grupos de colectivos vulnerados a la hora de acceder y ejercer estos derechos. Las PcD son consideradas como uno de estos colectivos y luchan contra esta vulneración, pero también contra el discurso más invisibilizado encarnado en los poderes hegemónicos que no muestra que existen entornos discapacitantes. De esta manera, la lógica de poder siempre tiene su contraparte: el ejercicio del poder contra-hegemónico que se resiste a las normas que aparecen como establecidas y mediante de esta tensión entre diferentes grupos, pugnan por ser reconocidos.

Esto nos habilita a preguntarnos por una concepción fundamental que forma parte de la sexualidad como lo es el cuerpo. ¿Qué lugar encontrará la constitución del cuerpo de las personas con DI en las sociedades occidentales con la bifurcación del capitalismo consumista? En torno a los medios de comunicación, la lógica publicitaria y el marketing se orientan hacia una ‘estética de la perfección’ que intenta mantener en el tiempo los ideales de belleza haciendo referencia a lo juvenil y la delgadez y, en este sentido, las PcD son consideradas como aquello anti-estético. El mito hacia las personas con DI que ‘no son atractivas y no son deseadas’ se puede ubicar en este punto (Parra y Oliva, 2013, p. 26). El cuerpo diverso es el salmón que va a contracorriente de los ideales actuales y la apariencia corporal muestra los rasgos de un real, algo que se presentifica y molesta porque atenta contra la mismidad.

En concordancia con ello, encontramos un avance de la medicalización no sólo en el ámbito científico sino que también “existe, es claro, una práctica de medicalización directamente orientada hacia el cuerpo (del) deficiente, pero existe, sobre todo, una medicalización de la vida cotidiana, de la pedagogía, de la escolarización, de la

sexualidad. En otras palabras: la medicalización debe entenderse como una ideología dominante” (Skliar, 2000, p.115). Podríamos ubicar la medicalización en el paradigma médico-rehabilitador de la discapacidad con el cual contrastamos.

Por nuestra parte no desconocemos que cada niñx nace con un cuerpo orgánico, pero planteamos asimismo que es en relación a Otro que se va constituyendo. Existe una ligazón constante entre los cambios corporales a nivel biológico y el psiquismo que se va construyendo. “El cuerpo se construye, se constituye, a partir de una historia que comienza y se desarrolla sin que el niño pueda elegir nada de ella, está en su origen, lo constituye, lo hace humano” (Levin, 1991, p.47).

Por lo tanto, debemos referirnos a dos conceptos nodales que se encuentran implicados cuando hablamos de cuerpo: el esquema y la imagen corporal desarrollados por Dolto (1979) y retomados por Levin (1991). El esquema corporal “es lo que uno puede decir o representarse acerca de su propio cuerpo. La representación que tenemos del mismo. Es del orden de lo evolutivo, de lo temporal” (p.64). Por su parte, la imagen inconsciente del cuerpo “es constituyente del sujeto deseante y, como tal, es un misterio, no es en absoluto del orden de lo evolutivo, se va constituyendo en el devenir histórico de la experiencia subjetiva (...)”(p.64). Ambas concepciones se encuentran interrelacionadas, ya que el esquema corporal va a repercutir en la imagen que se construya de ese cuerpo y permite que el sujeto se anude a su propio deseo.

Como el esquema es una representación de la realidad del cuerpo, al haber una discapacidad, se presentarán marcas en el sujeto que la porta. El esquema corporal entonces no sería el mismo para todxs, ya que en este punto ese real que se presenta en el cuerpo afectaría en la representación que se produzca de dicho esquema. Además, cabe aclarar que cada sujetx inscribiría la representación de su realidad corporal a partir de diferentes experiencias caracterizadas como singulares e irrepitibles.

¿Qué esquema y qué imagen corporal le queda por construir frente al manipulamiento biológico y medicalizador donde la característica como sujetx se ve suprimida y la distinción entre los espacios públicos y privados, trastocadas? En este marco, sucede muchas veces, que se inicia una circulación laberíntica por un abanico de profesionales de distintas ramas que manipula e instrumentaliza el cuerpo del niñx. “Cuando a un niño se lo mira, se le habla, se lo ubica, o se le organizan actividades pedagógicas-didácticas desde su discapacidad y no desde su subjetividad, el cuerpo en su organicidad pasa a ser objeto de goce. Goce de órgano que lo transforma en una especie de “mutante” orgánico-discapacitado” (Levin, p.1).

En el ‘cuerpo-goce’ el sujeto se ve elidido y por ello sostenemos desde nuestra profesión que son necesarias, en los primeros años de vida, las intervenciones tempranas en familias en las que habría nacido un niñx con un déficit orgánico, a fin promover determinadas operatorias para prevenir la aparición de alteraciones agregadas de orden subjetivo a dicho déficit.

Entre lo silenciado, la información errónea sobre sexualidad y el enmarañamiento entre los espacios públicos y privados aparece cierta confusión en las PcD, aún más con DI. Conductas autoeróticas y masturbatorias en lugares del orden de lo público se manifiestan habitualmente en adolescentes con DI. En este punto la sexualidad aparece como un problema y ante esto los familiares consultan a lxs profesionales para encontrar una solución: ‘educar la sexualidad’.

En las instituciones como centros de día u hogares, no hay espacios pensados para que las personas con discapacidad desarrollen su sexualidad en la intimidad. Allí la intimidad está asociada al concepto de ‘capacitismo’, un cuerpo normativo que “(...) considera esencialmente valiosas ciertas capacidades que se deben poseer, conservar o adquirir” (Toboso M., 2017, p.74). Quienes poseen estas capacidades son considerados superiores a lxs demás. “El capacitismo está conformado por una noción medicalizada del “cuerpo normal” y un patrón de belleza normalizada que es central para la sociedad capitalista (...)” (Peirano, 2015, p.50). De esta manera, habría unos cuerpos capacitados y otros, no. Se demarca y regulariza qué es lo normal y qué no, y por lo tanto, quienes se quedan adentro y quienes, afuera. Entonces por ejemplo podríamos preguntarnos, ¿cuáles

serían los cuerpos habilitados para las 'relaciones sexuales' y, por ende, cuáles los movimientos corporales esperables? Al haber normas que establecen cuerpos y movimientos determinados y correctos su contravención no es gratuita y es sancionada socialmente.

Por todo lo desarrollado con anterioridad, podemos decir que el cuerpo "se construye siempre a partir de *otros* cuerpos, que transmiten a través de sus manifestaciones corporales (contacto, voz, rostro, gestos expresivos, actitudes, etc.) un conjunto de significados, valoraciones y mandatos, en torno a lo que se espera de un *cuerpo femenino o masculino*, en un determinado momento histórico y social" (Lesbégueris, 2009, p.116). El problema surge cuando la imagen del cuerpo del sujetx se transforma en representante de una discapacidad y la discapacidad aparecería como fétetro de la sexualidad, esto es, anónimamente asexualada (Levin, 2000).

### **Más allá de las barreras arquitectónicas**

La sexualidad seguiría formando parte de un tema tabú, silenciado, cargado de mitos, prejuicios e imaginarios sociales en las PcD. Si bien en la actualidad se generó un movimiento de inclusión de las PcD al ámbito laboral y educacional, respecto a la sexualidad aún hoy surge la pregunta si en la discapacidad existe y si la hay, de qué tipo se está hablando al modo de una 'sexualidad especial'.

Particularmente en Argentina, no hay estadísticas sobre la situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las PcD (Manieri, 2017, p. 7). Se halla un avance, con el apoyo de la organización internacional Feminist Review Trust, por parte de la Red por los Derechos de las PcD (REDI), ya que desarrolló una plataforma virtual en Octubre de 2018 ([www.discapacidadyderechossexuales.org.ar/](http://www.discapacidadyderechossexuales.org.ar/)) que cuenta con información acerca de los derechos sexuales y reproductivos, detalla los distintos centros de salud del país y un foro de intercambio de experiencias que atraviesan diferentes personas. Sin embargo, al ingresar al foro notamos que los intercambios no se han manifestado todavía y se siguen reiterando los silencios en materia de sexualidad en discapacidad.

Respecto a los mitos, más allá que puedan tener una connotación positiva por la historia que se transmitía oralmente en la antigüedad pueden remitir también, según la Real Academia Española, a una "persona o cosa a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene". Tomaremos para este eje el *Manual para atención de la diversidad en las personas con DI "Sexualidades diversas"* desarrollado por Parra y Oliva (2013). Lxs sujetxs con DI son percibidxs, en diversas situaciones, como seres 'asexualadxs'. El imaginario que circula socialmente es que 'no quieren o no pueden tener relaciones sexuales' o también que 'el impulso sexual se encuentra apagado' (p. 26). Este mito que se encuentra estrechamente ligado a la imagen de 'eternxs niñxs' detenidxs en una infantilización que perdura, como si la sexualidad y la temporalidad no lxs atravesaría.

Existe un mito que tiene concordancia con la imagen de eterno niñx y se relaciona con asignarle una figura angelical, relacionada a la bondad y caridad. 'Las PcD con DI son buenas y siempre están alegres'. Como todxs, pueden sentir y expresar emociones de alegría, tristeza, miedo, enojo, etc. Y esto también forma parte de la sexualidad porque tiene que ver con la emoción y los vínculos afectivos. Resulta necesario hacer la aclaración debido a que la imagen asexualada, infantil y dependiente sería uno de los principales factores que inciden en la vulneración de sus derechos -en particular de los sexuales y reproductivos- y generan prácticas sociales discriminatorias que impactan en las distintas subjetividades.

Por otro lado, en el otro extremo, las personas con DI son vistas y tratadas como 'hipersexualadxs'. La sexualidad, según este mito, se relacionaría con impulsos sexuales incontrolables (p. 26), como una energía a descargar y aparecería con mayor ímpetu en los varones con DI que en las mujeres. Esta cuestión estaría vinculada a lo que desarrollamos en el punto anterior acerca de las conductas masturbatorias.

Por tener una DI, también se les atribuye que no saben o no entienden qué es una 'relación sexual', y por lo tanto no pueden tomar decisiones racionales sobre su vida, su sexualidad o su reproducción. Cuando sucede la 'relación sexual', nunca es consentida y el mito se sostiene en que se trataría siempre de un abuso sexual. Las personas con DI pueden evitar 'relaciones sexuales' no deseadas como también tener 'relaciones sexuales' consentidas, deseadas y satisfactorias. Por eso es tan importante el conocimiento y la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral (ESI).

Existe otra creencia que implica que las PcD con DI 'no quieren o no pueden tener hijxs' y, si los tienen, no estarían en condiciones de criarlos. Prejuicio que sostiene que "la actividad sexual es para procrear y las personas con discapacidad no pueden ni deben hacerlo" (p.27). Sumado a que no deben reproducirse, y esto está relacionado con el submodelo eugenésico, porque podría transmitirse la discapacidad a su descendencia (p. 26).

El imaginario social que expresa que "no pueden (ni deben) formar pareja ni casarse" (p.26) estaría en correlación a los anteriores. O que si alguna vez tienen una pareja sería con una PcD también y de distinto sexo. La orientación sexual sería solo heterosexual o "no tienen una orientación del deseo sexual definida, más bien aprovechan las oportunidades que tienen" (p. 27) y, además, que "la homosexualidad es producto de la falta de oportunidades con personas de diferente sexo" (p. 27). Estos mitos se entrecruzan y muchos de ellos resultan antagónicos entre sí. Constan de información errónea que se transmite y circula en el discurso social. Ante ello, decimos que las PcD pueden ser heterosexuales, homosexuales, bisexuales como cualquier sujetx, con o sin discapacidad. Se halla un abanico de posibilidades sexuales, diferencias y singularidades que dan lugar a diferentes prácticas, conductas, orientaciones sexuales e identidades de género.

Retomamos este último concepto, el de identidad de género<sup>4</sup>, para poner en jaque el siguiente mito: "no puede haber personas con discapacidad transexuales, eso es una confusión producto de su discapacidad" (p. 27). A través de "El diario" de España conocimos a Jack, la historia de un chico trans con síndrome de Down que representaría la múltiple discriminación que sufren las personas LGTBIQ+ con discapacidad. "Transitamos con paso decidido y en busca del derecho a ser y gozar de una ciudadanía plena. Sí, la de un chico con retardo mental, mi hijo, que decide y sabe lo que quiere" (Entrevista Beatriz, madre de un chico trans con síndrome de Down Diario digital "El Diario" 27/01/2019)

Estos imaginarios se instalan e influyen a tal punto que resulta muy difícil modificarlos, sin embargo es importante visibilizar y reflexionar sobre el papel que cumple la sociedad al respecto, que impacta aún más en las mujeres con discapacidad. Muchas mujeres con discapacidad son sometidas a prácticas de esterilización o se les prescriben métodos anticonceptivos sin su consentimiento. "En otros casos, las mujeres aceptan utilizar un determinado método anticonceptivo, pero su consentimiento está basado en información errónea o sesgada en virtud de estereotipos y prejuicios" (Manieri, 2017, p.4).

Debido a los estereotipos de género hay mayor aceptación social sobre la sexualidad de los hombres con discapacidad que de las mujeres. Ellas son consideradas como sujetos pasivos, dependientes y vulnerables, lo que determina que sean desplazadas como sujetos y fetichizadas como objetos. Serían incapaces de tomar decisiones sobre aspectos fundamentales de sus vidas, incluida su sexualidad y reproducción. En el caso de las mujeres con discapacidad, los estereotipos de género se combinan con estereotipos sobre las PcD dando lugar a dobles, triples o más exclusiones, por ejemplo una mujer con discapacidad lesbiana.

La campaña "#NosotrasTambiénGozamos" lanzada en Argentina muy recientemente en 2018, posee el fin de derribar no sólo los diferentes mitos que se

---

<sup>4</sup> En el art. 2 de la Ley 26.743 (2012), se entiende a la 'identidad de género' como "(...) la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo."

bifurcan sino que, junto a la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, visibilizar sus incumplimientos y violaciones constantes. Asimismo, La Convención Internacional de los Derechos de las PcD adopta “una concepción amplia de la igualdad, que no se queda en un simple trato no discriminatorio. Se orienta al respeto por la diferencia y la aceptación de las PcD como parte de la diversidad y la adopción de medidas que promuevan la participación e inclusión en la sociedad. En el art. 8, uno de los puntos respecto a lo anterior explicita: “luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género y la edad, en todos los ámbitos de la vida” (2008, p. 15)

## ¡ESI, SI!

«Educar y educarnos en sexualidad. No educar la sexualidad. La sexualidad no se educa» Silvina Peirano (2018). Charla Colegio de Psicólogos, Rosario.

En 2006 se vota y se sanciona la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), una herramienta para la ampliación y garantía de los derechos. Los derechos no son cuestiones de cada persona individual sino que se conquistan en pos del beneficio colectivo y van ampliándose. Sin embargo hoy en día, se presentan situaciones que nos colocan en un lugar no de progreso de derechos, sino de defender las leyes que ya se encuentran sancionadas.

En medio del debate y lucha por la implementación de la ley del aborto legal, seguro y gratuito cuestiones que ya se encuentran vigentes en las leyes, aparecen nuevamente como tema de discusión. Una de las situaciones que se manifestó luego de ello fue la campaña “Con mis hijos no te metas”, a partir de una cartelera dividida a la mitad por colores rosa y celeste. Ante este hecho, sostenemos que la Ley 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes” lxs considera como sujetxs de derechos y ya no como una propiedad que pertenece a la familia. Y además lo que ratifica la ley de ESI, pues la división de los colores no es casual, el mensaje está dirigido en su contra. En su art. 3 uno de los puntos es “procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.” (p. 2)

Desde el Estado existe la presencia de políticas asistencialistas, derivadas del gobierno neoliberal, que se centran en responder a las ‘necesidades’ y no en promover el protagonismo de las PcD como ciudadanxs. Captamos por ejemplo que “los adolescentes y adultos con discapacidades quedan excluidos más a menudo de los programas de educación sexual.” (OMS y Banco Mundial de la Salud, 2018.) Algunos mitos corresponden a que las PcD “no necesitan acceder a la ESI” y que “no deben tener información con contenido sexual para no despertarlo”, es decir, la idea equívoca que la ESI incita e incrementa las conductas sexuales. Por el contrario, el derecho a la educación y el derecho a la información son componentes fundamentales de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Apuntamos a que devengan prácticas generadoras de ciudadanía vinculada al ejercicio de las libertades y no a su restricción, a partir de la implementación de políticas públicas para garantizar el ejercicio nuestros derechos.

Respecto a la ESI, en el art. 4 se destaca que “las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. (p.2). Resulta fundamental que todxs, con o sin discapacidad, recibamos ESI en todos los niveles educativos. La educación también se produce a partir del silencio o desinformación. La falta de oportunidades para aprender a vincularse afectivamente aumenta la posibilidad de embarazos no deseados, las conductas agresivas y masturbatorias, enfermedades de transmisión sexual y vulnerabilidad de lxs sujetxs a padecer abusos sexuales. Tomamos el desarrollo de Tajer (2018) sobre las víctimas de violencia de género en relación a la salud mental para pensar nuestra profesión con las PcD. La autora sostiene que “primero hay que restituir ciudadanía,

dignidad y autonomía para luego ver qué se puede hacer desde ese lugar, entendiendo que, en esos contratos, no hay libertad para pensar la responsabilidad.” Estarían en lugar de víctimas porque sufren los costos por la hegemonía del poder y de no poder hacer todo lo que desean y esto afectaría a su vida.

Para nosotrxs es importante llevar a cabo en la práctica la ESI, ya que permitirá distinguir entre otras cosas, a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, cuáles son expresiones afectivas o prácticas sexuales que pueden ser expresadas en público y cuáles corresponden al ámbito privado e íntimo. Una intimidad necesaria y que el entorno debe favorecer. Por ello, “promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas” (p.3) sería indispensable.

Ubicamos que “las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades solo raras veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad.” (OMS y Banco Mundial de la Salud, 2018). La ESI tanto en hombres como mujeres con o sin DI, no debe centrarse sólo en la prevención de riesgos. Claro está, que es muy importante prevenir abusos sexuales, embarazos, enfermedades que se dan aún más en las PcD con DI, pero también debemos situar la prevención de la Salud Mental desde el planteamiento que nos aporta Stolkiner (2013). La autora sostiene a la prevención como aquello que se dirige “al desanudamiento de situaciones sociales problema, cuyas acciones se orientan a facilitar procesos donde se enuncian conflictos y se develan problemas a elaborar. Su objetivo es que los sujetos puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar” (p.114). Esto significa que el conflicto se encuentra ligado íntegramente a la salud y no se relaciona con la supresión del mismo ni con una cuestión adaptativa en relación a los cánones sociales, sino con la posibilidad de los sujetxs implicadxs de poner en juego herramientas o recursos para el enfrentamiento y la resolución de dichos conflictos, los cuales responden a determinado modelo de producción socio-histórico. Sumado a que se debe tener en cuenta la promoción de la salud desde una perspectiva de género, respecto a tener una vida sexual, afectiva y reproductiva si lxs sujetxs lo desean. Trabajar con ellxs desde las posibilidades y favorecer espacios, tiempos y formas para que puedan expresarse, encontrarse, interactuar y disponer de intimidad sobre todo.

Debemos necesariamente tensar lo político con lo psíquico, lo social con lo subjetivo, los DDHH con el psicoanálisis, con nuestra práctica desde una perspectiva de género. Pensar todos estos entrecruzamientos para dar lugar a la diversidad a partir de una equidad. La perspectiva de género utilizada como herramienta de trabajo para identificar las diferentes relaciones de poder asimétricas que se presentan en una sociedad. “Específicamente, como psicólogos/as, trabajar en promoción de la salud implica que podamos reconocer y rescatar aquellas creencias, mitos, imaginarios sociales, etc., que construyen las subjetividades a fin de visibilizar y transformar los malestares, las inequidades y las formas opresivas de existencia que impactan en la salud de las personas” (Attardo, 2012, p. 140)

### **¿Escuchamos lo invisibilizado?: reflexiones que vuelven a abrir caminos**

«Si nos cruzamos de brazos seremos cómplices de un sistema que ha legitimado la muerte silenciosa». Ernesto Sábato. Ensayo “La Resistencia”.

A este punto del trabajo optamos por llamarlo ‘reflexiones’ y no ‘conclusiones’, ya que esta última pareciera ser una palabra que se cierra en sí misma. Las reflexiones admiten a dar un paso más, dejar planteamientos inconclusos, hipótesis presuntivas y pensar nuestra labor profesional.

En el discurrir de este escrito logramos ir atravesando por diferentes conceptos ubicándolos en la historia y pensando la manera en la que impactan en nuestras subjetividades. Conceptos como Discapacidad, DI, Sexualidad –cuerpo, orientación sexual, identidad de género, vínculos afectivos, etc.- resultaron aquí fundamentalmente centrales.

Asimismo, logramos plantear algunos interrogantes generando disparadores y visibilizando cuestiones que se encuentran instaladas socialmente a modo de imaginarios, creencias o mitos en relación a las sexualidades en la DI que vulneran los derechos de estxs sujetos.

Entrecruzamos lo universal como son los DDHH y la singularidad a partir nuestra práctica, para pensar concretamente la temática de la sexualidad en la DI. Esto nos permitirá también reflexionar no sólo sobre las demás discapacidades sino también transpolarlo a los distintos grupos de colectivos que a diario sufren discriminación y exclusión.

Afirmamos como sumamente importante que la ESI no quede solamente plasmada escrita en los papeles y se lleve a cabo en la práctica en todos los niveles de la currículas formales como también poder vislumbrar qué tipo educación aparece en los demás espacios e intersticios de la vida cotidiana.

Por todas estas razones, *¿Escuchamos lo invisibilizado?* se trata de un envite a partir de la pregunta para poder empezar a escuchar aquello que no está invisible sino invisibilizado anónimamente, como la sexualidad en la DI por ejemplo. Y además, que algo de lo indecible pueda ser dicho, esto es, que algo de lo no dicho tenga la posibilidad de ser nombrado. Sostenemos que el silencio es una manera de educar en sexualidad y cómplice de violencias. Por ello, lxs sujetxs reciben un gran impacto subjetivo debido a esa vulneración de derechos. Como profesionales, desde la ética, nos vemos atravesadxs necesariamente por la responsabilidad en el marco de esta vulneración por parte de las asimetrías de poder hacia lxs sujetxs considerados como ‘diferentes’.

*¿Escuchamos lo invisibilizado?* interroga cuáles son las posibilidades de hacer lazos con otrxs. Interroga las maneras en que podemos habilitar estas subjetividades. Habilitar más que rehabilitar. Esa es nuestra apuesta. Habilitar desde lo simbólico, desde la invención de posibilidades subjetivantes sin colocar una etiqueta en la discapacidad que obture las subjetividades de cada unx y, sobre todo, alojarlxs y acompañarlxs. Alojarlxs desde la construcción de espacios de contención y escucha no ‘para’, sino junto a las PcD; y acompañarlxs desde un lazo transferencial posible tratando de que sus vidas puedan realizarse en mejores condiciones de las que se encontraban anteriormente y llevar a cabo distintas elecciones desde su propio deseo y no desde Otro que decida por ellxs.

*¿Escuchamos lo invisibilizado?*, permite al mismo tiempo dejar planteamientos inconclusos. Por ejemplo, si bien se hizo hincapié en la situación de vulnerabilidad que atraviesan las mujeres con discapacidad respecto a su sexualidad, no fue estudiada en profundidad. Posiblemente, un escrito de esta índole sirva para poder realizar investigaciones futuras sobre este eje sumamente importante.

## Referencias bibliográficas

- Attardo, C. (2012). Psicólogos y psicólogas por el cambio. ¿Por qué es pertinente incluir la perspectiva de género cuando trabajamos en la promoción de la salud? En Tajer, D. (comp.) *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar.
- Azcoaga, J. (1984). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Bang, C y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes en Humanidades y Ciencias Sociales. Año XXIV, nº 46, Bs As, 110-114.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Cap. 1: conceptualización del campo de la salud, Buenos Aires: Catálogos.
- Freud, S. (1905). Obras completas. Tomo VII: *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Clase 12 de Febrero de 1975. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Kuhn, T. (1962). *Las estructuras de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Lesbégueris, M. (2009). *Infancias del cuerpo*. Cap. 3: corporeidades femeninas en Calmels, D. (comp). La infancia. Buenos Aires: Puerto creativo.
- Levin, E. (1991). *La clínica Psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2006). *Discapacidad, clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (s.f.) Belleza y Discapacidad: ¿un paradigma posible? Recuperado de [http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos\\_PDF/Belleza%20y%20discapacidad.Un%20paradigma%20posible.pdf](http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos_PDF/Belleza%20y%20discapacidad.Un%20paradigma%20posible.pdf)
- Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. Buenos Aires, Argentina. (16 de Marzo de 1981). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>
- Ley 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Buenos Aires, Argentina. (23 de Octubre de 2006). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley26150-58ad9d8c6494a.pdf>
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires, Argentina. Artes gráficos papiros S.A.C.I. (2 de Diciembre de 2010).
- Ley 27.743. Identidad de género. Buenos Aires, Argentina. (23 de Mayo de 2012) Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>
- Manieri, S. (2017). *El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino*. Buenos Aires. Recuperado de [http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres\\_20-preguntas.pdf](http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_20-preguntas.pdf)
- Manonni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS. (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (C.I.D.D.M.)*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131983/8486852455-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F)*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1)
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

OMS y Banco Mundial de la Salud (2018). *Discapacidad y Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

ONU. (2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

Palacios, A. y Romañach, J. (2007). *El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Diversitas. Recuperado de [http://www.diversocracia.org/docs/Modelo\\_diversidad.pdf](http://www.diversocracia.org/docs/Modelo_diversidad.pdf)

Parra, N. y Oliva, M. (2013). *Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Madrid: FEAPS Canarias.

Peirano, S. (2015). *Curso de posgrado: Sexualidad con perspectiva en diversidad funcional/discapacidad*. Rosario: CURI (Centro Universitario Rosario Inclusiva).

Skliar, C. (2000). Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. En Gentili, P. (Comp.) *Código para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Santillana.

Tajer, D. (Marzo de 2018). Género, Salud Mental y DDHH. Topia. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>

Toboso M., (2017). Capacitismo en Platero, L., Rosón, M. y Ortega, E. (eds.). *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona: Bellaterra. Recuperado de [http://digital.csic.es/bitstream/10261/153307/1/2017\\_Capacitismo\\_Cap\\_Barbarismos%20queer.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/153307/1/2017_Capacitismo_Cap_Barbarismos%20queer.pdf)