



Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología.

Trabajo final de Grado.

Aproximación desde la Psicología a la Discapacidad, Sexualidad y Derecho

La figura del Asistente Sexual en Uruguay

Modalidad: Producción teórica - Monografía

Estudiante: María Pía del Valle

Docente tutor: Prof. Adj. Dra. Julia Córdoba

Docente Revisor: Prof. Agdo. Dr. Pablo López Gómez

Montevideo, febrero del 2026

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A mi tía Paola, por inspirarme a imaginar un mundo mejor.

A mi abuela Tomasa, por su capacidad innata de sostener y cuidar.

A la memoria de mi primer amigo, Lorenzo, a quien dedico especial recuerdo y este logro.

A mis padres y mi hermana, pilares fundamentales, por inculcarme el valor transformador de la educación y por el esfuerzo y sacrificio que dedicaron para mi crecimiento.

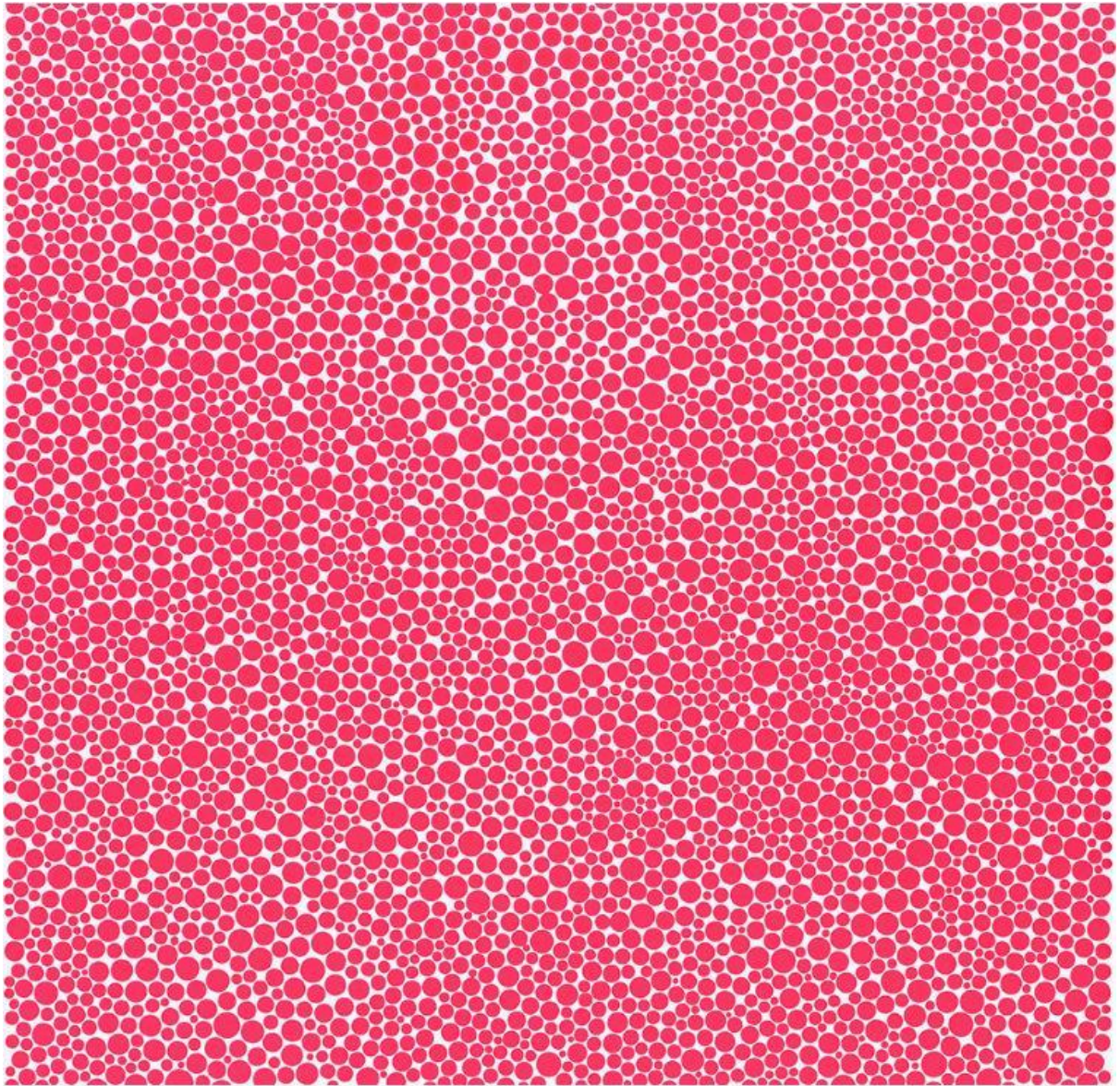
A mi familia en Uruguay y a mis amigos, por su apoyo constante y por permitirme sentir que tengo un hogar en la distancia.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata, por abrirme sus puertas. Y a la Universidad de la República (UDELAR), en especial a la Facultad de Psicología, por mi formación. Mi reconocimiento a esta institución pública, que, a pesar de los desafíos presupuestarios, mantiene su lucha y su compromiso inquebrantable con la educación de calidad.

A las mujeres que han guiado mi camino académico. En particular, a Julia, mi tutora, cuya pasión y dedicación son ejemplares; sin saberlo, en una sola clase me enseñó lo que no aprendí en años.

A Berlín y Shiro, por su compañía y su amor incondicional, que me dieron siempre una razón para salir y volver a casa.

Por último, a mi mejor compañero, Santiago. Gracias por ayudarme a no rendirme, por acompañarme en superar el abismo y por hacer que me sienta en casa siempre. Tu apoyo incondicional y tu confianza en mis proyectos son, para mí, la mejor definición de amor.



Fragmento de la obra Puntos infinitos, 1993-1994 de YAYOI KUSAMA

**«¡No hay nada más íntimo, personal y privado,
al mismo tiempo que público y político,
que el sexo!»**

Arnau Ripollés, el 11 de abril de 2015 (Yes, we fvck!)

Índice

Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Marco Teórico.....	7
2.1 Concepto de Sexualidad.....	7
2.2 Definición de Discapacidad.....	11
2.3 Interseccionalidad entre sexualidad y discapacidad.....	13
2.4 Estigma, prejuicios y discriminación en la intersección sexualidad y discapacidad.....	18
2.5 Familia, cuidadores/as y educación sexual.....	21
3. La Asistencia Sexual.....	24
3.2 Panorama internacional y situación en Uruguay.....	26
3.3 Asistencia Sexual vs. Trabajo Sexual.....	28
4. Reflexiones finales.....	31
5. Referencias bibliográficas.....	34
6. Anexo.....	44

Resumen

Este Trabajo Final de Grado (TFG) busca abordar una temática históricamente relegada e invisibilizada: el conflicto en torno al goce y la sexualidad de las personas con discapacidad en el contexto latinoamericano, donde las interseccionalidades (clase, género, acceso a derechos) profundizan las barreras para una vida plena.

Se hará un recorrido entre los conceptos centrales del trabajo, sexualidad, discapacidad, interseccionalidad, estigma, calidad de vida, autonomía, familia y cuidadores. Como último eje y la articulación entre todos los conceptos anteriores, se propone examinar un rol profesional emergente.

Esta problemática constituye un campo de estudio aún incipiente dentro de la Psicología en el mundo, pero especialmente en Uruguay. Ante este vacío, el trabajo tiene la finalidad construir teóricamente y fundamentar la esencialidad de la sexualidad para el bienestar integral de las personas con discapacidad, desde un enfoque biopsicosocial. De igual manera, el problema de la sexualidad en la discapacidad será abordado desde un modelo integrador e interdisciplinario, a causa de que el material disponible proviene de distintas disciplinas.

El contexto de esta monografía es muy particular, donde los derechos fundamentales son sistemáticamente vulnerados por agendas neoliberales y discursos anti-derechos. Se sostiene que la reivindicación de la sexualidad como dimensión esencial de la calidad de vida adquiere una urgencia ética y política. Defender el derecho al goce se convierte así en un acto de resistencia frente a lógicas exclusionarias, que reafirma la plena humanidad y ciudadanía de las personas con discapacidad.

Palabras Clave: Discapacidad, Sexualidad, Asistencia Sexual, Calidad de Vida.

1. Introducción

La elección temática de este Trabajo Final de Grado surge a partir de una motivación personal, acompañada de una práctica que ha marcado toda mi formación y que me moviliza a mirar desde la complejidad problemáticas y fenómenos, la reflexión crítica. A lo largo del trayecto formativo, el ejercicio constante de deconstrucción y revisión teórica me permitió cuestionar dimensiones de la realidad que antes permanecían inadvertidas. Fue así que en el encuentro con personas con discapacidad la curiosidad sobre la dimensión que se abordará constituyó el móvil y motor de esta entrega que culmina mi formación de grado.

Este trabajo se propone colaborar con un enfoque más complejo sobre la sexualidad y la discapacidad, evitando reduccionismos y abstracciones alejadas de la realidad cotidiana. En el ámbito de la salud mental, esta temática adquiere especial relevancia para la psicología, la cual busca generar más conocimiento desde la subjetividad y el deseo de las personas, centrándose en ellas para mejorar su salud mental e integral. Para esto, es necesario contar con bases teóricas y conocimientos que puedan ser conducidos a la práctica, a las intervenciones, al encuentro con el otro (Besoain Saldaña et al., 2019; Navarro & Hernández, 2013).

El desarrollo de este TFG, se focaliza en Uruguay, un país que se ha consolidado como un referente regional en materia de derechos humanos (Lissidini, 2016), con una agenda legislativa progresista que incluye el matrimonio igualitario (Ley N° 19.075), la despenalización del aborto (Ley N° 18.987), la adopción por parejas del mismo sexo (Ley N° 18.590), la Educación Sexual Integral (Ley General de Educación N° 18.437) y, más recientemente, la ley de eutanasia (Ley N° 20.431). No obstante, pese a este marco normativo avanzado, en la práctica persiste una deuda histórica en lo que respecta a los derechos sexuales de las personas con discapacidad.

Con el objetivo de analizar esta problemática, la presente producción escrita se organiza siguiendo un recorrido que explora las bases conceptuales de la sexualidad humana y qué se entiende por discapacidad, para luego adentrarse en la intersección entre ambos campos y los estigmas que allí operan, analizando las tensiones en torno a la autonomía, el rol de la familia y la calidad de vida de las personas con discapacidad. Posteriormente, se examina la figura del Asistente Sexual, un rol emergente de forma internacional. El texto culmina con una reflexión dirigida a repensar el rol del psicólogo frente a estos desafíos profesionales y humanos.

Este trabajo final de grado se elabora en un contexto histórico particularmente crítico para los derechos sociales, especialmente de las personas con discapacidad. Tanto en el Cono Sur como en países del Norte, se observa un retroceso preocupante en las garantías

básicas. Bajo la lógica neoliberal que avanza en la esfera política en gobiernos elegidos, los presupuestos y las políticas dirigidas a las minorías y poblaciones vulneradas, entre ellas las personas con discapacidad, son frecuentemente los primeros en ser cuestionados y desmantelados (Sakellariou & Rotarou, 2017). En este escenario, derechos como la salud, la educación y la inclusión social se ven atentados otra vez más, haciendo aún más urgente una reflexión profunda sobre las garantías para una vida digna y plena para todos/as (Fundación Soberanía Sanitaria, 2025). Además, estas lógicas y modelos de actos antiderecho, una vez instaurados, penetran el rizoma social y cultural, condicionando, de modo similar a como lo hacen los discursos hegemónicos sobre la sexualidad, los futuros cambios políticos y los horizontes de posibilidad para la construcción de una sociedad inclusiva (García, 2005).

2. Marco Teórico

2.1 Concepto de Sexualidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) (2015) se puede entender a la sexualidad como aspecto fundamental de la condición humana a lo largo de la vida y se incluye en las siguientes prácticas y expresiones: el sexo y cualquiera de sus expresiones de relación sexual, las identidades, los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Las personas pueden expresar su sexualidad, tanto en pensamientos, en fantasías, en deseos, en creencias, en sus actitudes, en valores, en sus conductas, en las prácticas, en sus funciones y en sus relaciones, desde su nacimiento hasta su muerte (Fadragas-Fernández, 2024; Ramos et al., 2015).

La sexualidad se construye de manera dinámica a lo largo de la vida, mediante una interacción continua con los entornos sociales, culturales y vinculares. Lejos de ser estática, sus manifestaciones, la emocionalidad que la atraviesa y las motivaciones en cada etapa vital de las personas, se transforman constantemente. Estos cambios no responden únicamente a factores biológicos, sino que están profundamente influidos por factores socio- históricos y normas sociales particulares. Paralelamente, aunque la sexualidad está marcada por el contexto histórico y colectivo, también constituye una de las experiencias humanas más íntimas y personales. La subjetividad de cada individuo permea de manera única su vivencia sexual, así como esta transforma al mismo tiempo su identidad (García, 2005). Esta dimensión personal, el modo en que cada persona asume y experimenta, consciente e inconscientemente, su condición de ser sexuado se teje en una compleja red donde convergen factores como el género, la etnia, la posición socioeconómica y cultural, el

origen geográfico y otros, generando cada trayectoria vital única (López Gómez, 2015).

La experiencia erótica, parte fundamental de la sexualidad, alcanza su plenitud a través de la participación integral del cuerpo y los sentidos. Si bien en ocasiones la sexualidad se suele limitar a la esfera genital, una vivencia completa requiere de la libertad de expresión corporal y emocional, así como también la posibilidad de tomar decisiones y vivir en autonomía. Los sentidos, la vista, el gusto, el tacto, la audición y el olfato, funcionan como canales esenciales de comunicación con los demás órganos y con el entorno. Mientras que el cerebro, como centro regulador, procesa estos estímulos y permite que prácticamente cualquier parte del cuerpo pueda convertirse en una fuente de placer, tanto individual como compartida. Incluso en la intimidad personal, involucrar el cuerpo de manera completa, mediante la caricia, el movimiento libre y la escucha atenta de las sensaciones, profundiza la vivencia erótica. Esto implica que la sexualidad y en particular el placer trasciende la mera genitalidad para abarcar ámbitos subjetivamente contruidos y diversos, donde la emocionalidad, el afecto, el deseo y la satisfacción se erigen como expresiones fundamentales de una experiencia sexual integral (López & Ferrari, 2008). Como se indica en la Declaración de los Derechos Sexuales del 2014 por la Asociación Mundial por la Salud Sexual (WAS en adelante por su sigla en inglés), la dimensión sexual del ser humano, al ser una fuente de placer y bienestar, representa un pilar clave para el proceso de la realización personal y para el logro de una satisfacción existencial plena. Es por tanto, una dimensión constitutiva e inseparable del desarrollo personal y de la salud integral (Mitchell et al., 2021).

En efecto, la sexualidad es fundamental para la salud y el bienestar tanto físico como emocional de todas las personas, las parejas y las familias (OMS - Brief Sexuality-Related Communication, 2015). Los derechos sexuales son derechos humanos universales derivados de la libertad, dignidad e igualdad, y constituyen la base para la salud sexual. La Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología celebrado el 29 de Junio de 1997 en Valencia, España (revisada en 1999 en Hong Kong), estableció por primera vez que estos derechos deben ser reconocidos y garantizados por todas las sociedades, y que son derechos humanos fundamentales y universales (WAS, 1999).

En Uruguay desde el 1º de diciembre del 2008 se aprobó la Ley N° 18.426 en Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva con el Decreto N° 293/010 del 30 de septiembre del 2010. En esta Ley, Uruguay se compromete que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (*Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva – IMPO*, 2012). A partir de esta Ley se establece como objetivos generales de sus políticas y programas los siguientes:

- Universalizar el acceso a una atención integral, oportuna y de calidad en el nivel primario de salud, dotando al sistema de la infraestructura, los recursos humanos y los sistemas de información necesarios.

- Garantizar la calidad de las prestaciones, asegurando la confidencialidad, la privacidad y el respeto a una perspectiva de género, para que las personas puedan tomar decisiones libres e informadas.
- Proteger los derechos de las personas institucionalizadas, reconociendo su salud sexual y reproductiva como parte integral de su bienestar biopsicosocial.
- Capacitar al personal docente de todos los ciclos educativos para que puedan educar en derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena.
- Fomentar en la población la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención prioritaria de estos temas en las instituciones de salud.
- Promover la coordinación entre instituciones y la participación de redes sociales y usuarios para el intercambio de información, la educación y el apoyo solidario

La discusión sobre la sexualidad humana ha logrado, en las últimas décadas, trascender progresivamente el ámbito estrictamente privado para instalarse en debates sociales públicos, políticos y académicos (García, 2005). Tradicionalmente, se reconocen dos fines últimos de la sexualidad: el placer erótico y la reproducción. Sin embargo, ha sido este último el que históricamente ha dominado las conceptualizaciones y los discursos sobre ella. Como consecuencia, las dimensiones simbólicas, culturales y emocionales ligadas al erotismo y al goce sexual no han ocupado centralidad en los debates, a causa de estar rodeadas de tabúes y sujetas a mecanismos de represión y discursos dominantes (López Gómez, 2015).

Cabe añadir que las teorías que intentan explicar la sexualidad suelen agruparse en dos grandes grupos: las esencialistas y las constructivistas. Los enfoques esencialistas la conciben como una expresión de una naturaleza interna, universal y fija del ser humano, que puede verse limitada o influenciada por las distintas culturas. Es precisamente desde esta mirada que se ha naturalizado la función reproductiva de la sexualidad, relegando su dimensión placentera. Por su parte, las perspectivas constructivistas sostienen que la sexualidad es una realidad social e históricamente construida, marcada por relaciones de poder y sólo comprensible dentro de su contexto particular y social específico (López Gómez, 2015). Este último paradigma implica un avance en la medida en que se orienta hacia una mirada más compleja y amplia sobre la sexualidad y a los factores que la afectan, así como percibirla como un campo de disputa política y de transformación social, dejando atrás el estudio reduccionista y naturalista del enfoque esencialista.

A pesar de este avance teórico hacia el modelo constructivista, cuando se promueve una vida sexual saludable y plena, el enfoque práctico suele centrarse en aspectos patológicos o preventivos, tomando un enfoque más esencialista y descentralizando el placer y la satisfacción sexual como parte importante del bienestar. Se reconoce por tanto

que tener salud sexual no es simplemente el estado de estar libre de enfermedades o dolencias, sino más bien un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos que la sexualidad y la reproducción implican (Pérez - Curiel et al., 2023). En gran parte de las comunicaciones, estudios e intervenciones educativas, la sexualidad se aborda desde lo que se debe evitar, enfermedades, riesgos o cuidados, más que desde una perspectiva positiva que destaque el deseo, el disfrute y el bienestar erótico. Esta omisión refleja que, aún hoy, el placer no es considerado un aspecto fundamental para la salud integral de las personas ni recibe el reconocimiento debido como elemento intrínseco a la salud, la plenitud personal y el bienestar general (Sladden et al., 2021).

En respuesta a esto, el Consejo Asesor Global (a partir de ahora GAB, 2020) para la salud sexual y el bienestar propone una definición de la sexualidad como un triángulo compuesto por tres dimensiones centrales e interconectadas: la salud sexual, el placer sexual y los derechos sexuales, donde cada una depende de las otras. Este marco avanza además en la conceptualización del placer sexual, definiéndolo como “la satisfacción y el disfrute físico y psicológico derivado de experiencias eróticas individuales o compartidas, incluyendo pensamientos, sueños y autoeroticismo” (párr. 5). Cabe añadir que movimientos sociales, organizaciones y profesionales se organizan, actualmente, en virtud de defender la visión positiva de la educación sexual, la satisfacción y el placer (López & Ferrari, 2008; Sladden et al., 2021).

En la contemporaneidad, la regulación de la sexualidad de todas las personas no ha desaparecido (Arnau, 2018), sino que se ha transmutado hacia estándares más sutiles y difíciles de localizar, que se instalan en medios, redes sociales, publicidad, arquitectura, diseño y otras vías de consumo. Estos estándares se materializan en vínculos, deseos, pensamientos y toda forma de expresión. Un potente aliado en esta hegemonización de pensamiento sobre la sexualidad de todas las personas es el mercado pornográfico mainstream, que promueve y refuerza una estética de cuerpos "perfectos", hiperestilizados, depilados y performativos, erigiendo un nuevo ideal inalcanzable (Blond, 2008) en particular para las personas con discapacidad. Así, la sexualidad queda cercada desde múltiples frentes: por los viejos mandatos morales que persisten y por los nuevos imperativos de consumo que, bajo una apariencia de liberación, instauran normas rígidas sobre los cuerpos y el placer (García, 2005). Como señalaba Foucault (1991), la sociedad moderna no ha rechazado el discurso sobre el sexo, sino que ha desplegado un aparato para producir sobre él "discursos verdaderos". Así, los dispositivos de poder, saber y placer no son meramente secundarios o represivos, sino productivos: multiplican discursos, inducen placeres y generan normas. Esta perspectiva invita a analizar no sólo lo prohibido, sino también los mecanismos positivos que distribuyen y administran las formas de lo sexual,

junto con las restricciones que les son inherentes en la participación y el ejercicio de espacios vitales como la intimidad, la corporalidad y la vinculación.

2.2 Definición de Discapacidad

Históricamente, el concepto de discapacidad se ha asociado a una condición de salud que puede haber sido adquirida, a causa de un accidente o enfermedad, o de manera congénita. Esta condición implicaba un impedimento para el desempeño de las funciones, consideradas normales o esperadas, para un individuo. Asimismo, se solía vincular la discapacidad principalmente con deficiencias de tipo físico o con retrasos cognitivos, pero que podían ser rehabilitadas o tratadas. Esta conceptualización ha evolucionado desde un enfoque biomédico rehabilitador, centrado en la deficiencia corporal considerada como una tragedia personal, con una mirada de un cuerpo que debe ser tratado y corregido para acercarse a los estándares sociales esperados (Castro & García-Santesmases, 2016; Palacios, 2008). Este modelo teórico se fundamenta en conceptos hegemónicos de “normalidad” en los que se definen parámetros a partir de los cuales las personas con dificultades psíquicas, físicas, mentales o sensoriales, que se alejaban de estas pretensiones, debían ser tratadas para su rehabilitación. Discursos que, pese a su obsolescencia teórica, aún persisten en la actualidad (Arnau, 2018; Pérez & Chhabra, 2019).

En oposición a este paradigma, se construyó el modelo social de discapacidad, que desplaza y descentraliza el problema del cuerpo, situándolo hacia las barreras sociales y ambientales del entorno de la persona. De esta forma, las limitaciones que experimenta una persona no dependen esencialmente de su condición de salud y su posible impacto funcional, sino de los obstáculos que impone el entorno. A su vez, estas barreras pueden ser físicas, actitudinales y estructurales. Según este segundo marco teórico, no es la condición corporal en sí lo que produce discapacidad, sino un entorno que no está diseñado para la diversidad funcional humana (Pérez & Chhabra, 2019).

Un tercer modelo, el biopsicosocial, propone que la discapacidad constituye un fenómeno complejo que surge tanto de la interacción entre las características individuales de la persona como de las condiciones sociales en las que vive (Cuenot, 2018). En consecuencia, la integración plena de todos los sujetos sería posible en una sociedad que contemple y responda a la diversidad y donde la vida no implique adaptarse sino desplegarse sin restricciones. Adicionalmente, este enfoque se fundamenta en los valores esenciales de los derechos humanos y tiene como objetivo promover la dignidad, la igualdad y la autonomía de las personas (Vanegas & Gil, 2007). Su finalidad última es

fomentar la inclusión social, y se sustenta en principios rectores como la vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno y el diálogo civil.

En 2001, la OMS desarrolló la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF). La CIF adopta una perspectiva holística e integradora, lo que la convierte en una herramienta universal para describir el estado de salud y las situaciones relacionadas con la salud de cualquier individuo, superando el modelo biomédico patologizante, así como la exclusividad de las barreras del entorno para la consideración de la situación de discapacidad (Cuenot, 2018). La CIF se fundamenta en el modelo biopsicosocial de la discapacidad; por tanto, deja de tener el foco solo en las dificultades físicas o corporales de la persona, sino en la interacción entre la condición de salud que tiene la persona, condición necesaria pero no suficiente para tener una discapacidad, y las barreras de su entorno (OMS, 2001; Cuenot, 2018).

Este principio universalista que lleva la CIF queda consagrado en uno de los instrumentos jurídicos más sólidos en la materia: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD, 2006), que establece un marco de derechos humanos para promover la inclusión social. Dicho enfoque no solo orienta las políticas y programas específicos en discapacidad, sino que también ofrece una base valiosa para el diseño de políticas públicas generales y, en particular, para la salud pública, promoviendo entornos más accesibles y equitativos (Tamayo et al., 2018).

En el año 2008 Uruguay ratifica la CDPD (Ley N° 18.418) y en el 2010 se promulgó la Ley N.° 18651, que establece la Protección Integral a los Derechos de las Personas con Discapacidad. El artículo 1 de esta última Ley promueve un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social. Además, también otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas (Ley N° 18651, 2010). Cabe destacar que, dentro de este grupo diverso, las experiencias vitales y las necesidades en materia de salud de las personas con discapacidad varían sustancialmente en función de factores como el género, la edad, la orientación sexual, la etnia y la situación socioeconómica que profundizan el acceso (Córdoba et al., 2022).

Según estimaciones de la OMS (2023), aproximadamente 1300 millones de personas, es decir, el 16% de la población mundial, viven con una discapacidad significativa. Esta cifra supone que una de cada seis personas se encuentra en situación de discapacidad. La tasa experimenta un aumento constante, debido principalmente al incremento de las enfermedades crónicas (no transmisibles) y a una mayor esperanza de

vida mundial. Por su parte, en Uruguay, el censo del 2023, analizado en conjunto por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (a partir de ahora UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (en adelante UNFPA) y la Dirección del Área de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (de ahora en más MIDES), registró más de 197.000 personas de 5 años o más en situación de discapacidad, lo que representa el 6,6 % de la población total del país. Los datos también revelan una mayor prevalencia entre las mujeres: mientras el 7,8 % de ellas vive con algún tipo de discapacidad, la proporción en los varones es del 5,3 % (UNICEF, 2025).

En consecuencia, se aclara que si bien no se niega la urgencia de atender las demandas inmediatas de las poblaciones vulnerables, cuya satisfacción de necesidades básicas sigue marginada en la agenda política, no basta con limitarse a los horizontes de los debates tradicionales; por tanto, se ocupará el desarrollo de este trabajo en plantear nuevas discusiones que ciertamente son controversiales para la población (Arnau, 2017, 2018; García, 2005).

2.3 Interseccionalidad entre sexualidad y discapacidad

Analizar los procesos y factores que se entrelazan y se superponen, permite visibilizar situaciones de discriminación derivadas de la confluencia de múltiples categorías de exclusión social, así como reflexionar en torno a su devenir, permitiendo trabajar sobre este proceso. Junto con lo anterior, la relevancia del estudio de la interseccionalidad proveniente de los trabajos de Kimberlé Crenshaw (1989-2015), evidenció cómo la intersección de diversas características, como género, color de piel, etnia y estrato socioeconómico, en mujeres afrodescendientes en Estados Unidos generaba y profundizaba situaciones aún mayores de discriminación y exclusión. El concepto de interseccionalidad, entonces, permite ampliar la mirada analítica y visibilizar el entrecruzamiento de factores que pueden intensificar la exclusión y la desigualdad de oportunidades. Su abordaje constituye un paso fundamental para comprender la multicausalidad que configura las condiciones de vida de las poblaciones minoritarias (Lázaro et al., 2017).

Desde los años 80, la sexualidad empieza a debatirse como una cuestión de justicia y ciudadanía sexual, en especial sobre las dificultades de las personas con diversidad funcional (Castro & García-Santesmases, 2016). A pesar de esto, hasta la fecha, si bien se ha avanzado en leyes y políticas públicas en el campo de la discapacidad, sobre, por ejemplo, la salud, el trabajo y la educación, la sexualidad no ha tenido la misma evolución, quedando como un tema relegado al ámbito privado (Copolechio Morand et al., 2022) y, por tanto, fuera de la agenda pública. Al abordar la categoría de sexualidad, es posible concebirla como un derecho fundamental inherente a toda persona, independientemente de

su pertenencia poblacional o condición particular. Sin embargo, este reconocimiento público dista de ser universal. Si el foco se centra en el campo interseccional de la sexualidad de las personas con discapacidad nos encontramos frente a un persistente silencio reforzado por un doble estigma: el tabú general que aún rodea a lo sexual y los mitos específicos que infantilizan, desexualizan y/o patologizan los cuerpos y deseos de esta población (Arnau, 2017; García, 2005). Estas barreras culturales e ideológicas no solo obstaculizan el diálogo y la construcción de facilitadores, sino que operan activamente negando la sexualidad como un derecho humano fundamental, relegándola a un privilegio accesible solo para algunos cuerpos normativos. La desigualdad entre personas con y sin discapacidad, se profundiza cuando confluyen múltiples ejes de diferenciación y exclusión, particularmente al entrelazarse la discapacidad intelectual con la sexualidad, la diversidad sexual y la diversidad de género, y aspectos socioeconómicos (Buenaño, 2017; Copolechio Morand et al., 2022).

Las personas con discapacidad constituyen un grupo históricamente marginado al que se le ha vedado, sistemáticamente, la posibilidad de satisfacer sus necesidades afectivas y sexuales (García, 2005). Esta exclusión se sustenta, en parte, en una concepción restrictiva y empobrecida de la sexualidad que ha predominado durante largo tiempo, como también considerar su sexualidad inexistente y por tanto, poco importante su abordaje (López et al., 2010). La historia de la sexualidad evidencia cómo discursos, desde la medicina, la religión, las leyes y la política, han patologizado lo que se desviaba de la norma para mantener el control sobre los cuerpos (Foucault, 1991), permitiendo el goce sólo a algunos y negándoselo a otros. En cuanto a las expresiones sexuales de las personas con discapacidad:

Dichas "prácticas sexuales", quedan vigiladas por una interpretación única y hegemónica de lo que es y, de lo que debiera ser, la sexualidad humana, regularizándolas, así como también nuestros deseos, nuestros sentires, nuestra manera concreta de interpretar las caricias o los besos..., constituyendo una forma única de experimentar el Hecho Sexual humano y, por tanto, anulando todas aquellas sexualidades que son diferentes, y, sobre todo, disidentes o subversivas, respecto de lo dominante (Arnau, 2017, p.22).

A continuación, se enumeran algunas de las creencias sistematizadas (Besoain Saldaña et al., 2019; Copolechio Morand et al., 2022; Díaz Rodríguez et al., 2016; Gil-Llario et al., 2017; López et al., 2010) con las que se las suele identificar en el campo de la sexualidad y la discapacidad:

- Son personas asexuadas (que carecen de deseo sexual).

- Son niños/as o se los/las infantiliza (generando incomodidad o directamente negando la conversación de sexualidad).
- No pueden tomar decisiones correctas sobre su vida sexual (esta creencia se vislumbra particularmente sobre personas con discapacidad intelectual).
- Tienen conductas peligrosas y sexuales, no tienen control en sus propios actos.
- Estas personas no pueden experimentar placer ni ser amadas o deseadas, al no ser percibidas como atractivas.
- Son personas no aptas para casarse o estar en pareja.
- Tienen tendencia a la promiscuidad sexual.
- No existen personas con discapacidad transexuales (atribuyendo esa identidad a una confusión derivada de la propia discapacidad).
- La reproducción de personas con discapacidad genera más discapacidad (esta idea se basa en la creencia de la discapacidad como patología hereditaria).
- Se debe prevenir sus embarazos a través de la esterilización, la institucionalización, evitando cualquier vínculo sexo-afectivo.

Estudios en otros países sobre la sexualidad de las personas con discapacidad han comprobado que estas afirmaciones no son correctas; para ejemplificar el primer punto de la lista, se ha demostrado en estudios que las personas con discapacidad sí muestran interés en la sexualidad, desean tener parejas, han tenido relaciones sexuales, han besado, se han masturbado; pero también expresan no tener una vida sexual satisfactoria (Gil-Llario et al., 2017).

El ejercicio de la autonomía y la capacidad de elección de las personas con discapacidad frente a sus deseos no es una cualidad inherente ni está dada de antemano, sino que se construye en presencia de condiciones concretas. Cuando se dispone de facilitadores tales como educación sexual accesible, infraestructura adecuada, acompañamientos, asistencia profesional especializada, escucha activa y atención integral, es posible el desarrollo de una vida sexo-afectiva autónoma, aún en contextos de dependencia severa. El concepto aquí utilizado de autonomía se caracteriza por la percepción de tener elección personal y libertad psicológica (Riggenbach et al., 2021), y esta no depende exclusivamente de la movilidad y dependencia física o intelectual hacia otras personas. La autonomía sexual y afectiva se encuentra sistemáticamente restringida por un entramado de barreras que a menudo se institucionaliza (Arnau, 2018). En muchos casos, las personas con discapacidad y dependencia severa o no, viven bajo regímenes de encierro, en residencias, en instituciones u hogares sobreprotectores, donde sus días se confinan con horarios y actividades impuestas, se les segrega por sexo, se limita la posibilidad de generar vínculos profundos y se perpetúa un aislamiento social (Björnsdóttir

et al., 2015). Este contexto niega radicalmente la posibilidad de una expresión sexual libre y no restrictiva, ya sea para establecer relaciones íntimas, masturbarse, expresar su identidad de género, buscar pareja, planificar una familia o simplemente disfrutar de cualquier forma de expresión sexual propia y consentida (Centeno, 2016; Sánchez & Rodríguez, 2020). Esta constante negación, que opera tanto en el espacio íntimo como en el institucional, convierte a la sexualidad en un dominio inaccesible dentro de su proyecto de vida (Navarro & Hernández, 2013). La imposibilidad de ejercer este aspecto vital, agravada por estructuras de control y segregación, no solo empobrece su experiencia cotidiana, sino que constituye una falla estructural en la garantía de su dignidad y su ciudadanía plena.

Contrariamente, la autodeterminación, el consentimiento, la seguridad, la privacidad, la confianza y la capacidad para comunicar y negociar las relaciones sexuales, son factores clave que permiten que el placer contribuya a la salud y el bienestar sexual (Mitchell et al., 2021). El placer sexual debe ejercerse dentro del marco de los derechos sexuales, en particular los derechos a la igualdad y la no discriminación, a la autonomía e integridad corporal, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la libertad de expresión (Ford et al., 2022). Las experiencias de placer sexual humano son diversas, y los derechos sexuales garantizan que el placer sea una experiencia positiva para todas las personas involucradas y que no se obtenga violando los derechos humanos y el bienestar ajeno (GAB, 2020).

La sexualidad y sus expresiones han sido estudiadas tanto en sus aspectos positivos como en sus manifestaciones problemáticas. Distintas investigaciones han analizado cómo factores psicosociales negativos afectan esta dimensión vital. Como por ejemplo, en evaluaciones de autoestima en mujeres con discapacidades físicas, se ha demostrado que la forma en que éstas perciben la mirada de los demás, junto con una fuerte sensación de aislamiento social, influyen de manera crítica en su vida íntima. En concreto, una baja autoestima, una autopercepción negativa y el aislamiento social afectaban directamente su capacidad para establecer y mantener relaciones sexuales satisfactorias (Nosek et al., 2003) impactando en la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Se resalta que la calidad de vida es un concepto muy utilizado en las producciones teóricas sobre discapacidad, ya que en él se refuerza que el fin último de cualquier tipo de intervención con personas con funcionalidades distintas es el bienestar de la persona en concreto. Sin embargo, si no se precisa su significado, este término corre el riesgo de volverse un lugar común y por tanto se lo definirá. La calidad de vida se ha definido como un estado que se logra a partir del bienestar personal integrado por distintas dimensiones centrales, personales y ambientales que se comparten con todas las personas, pero que pueden variar de persona a persona el valor intrínseco que se les otorga (Romero et al., 2016). Solo se podrá tener calidad de vida cuando todos los aspectos de la vida humana

estén satisfechas y potencialmente puedan ser enriquecidas. Autores mencionan que hoy en día se puede medir la calidad de vida de las personas evaluando 8 dimensiones que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión (Schalock & Verdugo, 2007). Esto permite trabajar en dimensiones específicas y no aspirar a condiciones de vida que cambian de sector a sector dentro de una población, de país a país o de cultura en cultura. Así, cuando se habla de calidad de vida de las personas con discapacidad, se puede comprender que refiere a las condiciones de estas dimensiones y cómo operan en cada caso en particular, y por tanto no dependerá de cada concepción individual que se pueda tener del concepto.

Partiendo, por tanto, de este núcleo que centraliza y permite operacionalizar el concepto, es imperativo cuestionarnos: ¿están realmente satisfechas las condiciones de estas ocho dimensiones en la vida de cada persona? ¿Cómo se filtran los estigmas sociales en las decisiones que afectan a su sexualidad y autonomía? Y en definitiva, ¿podemos hablar de bienestar cuando a una persona no solo se le restringe la posibilidad de elegir, sino que además se le oculta que esa posibilidad existe desde la desinformación?

Diversos/as autores/as señalan que la salud sexual está logrando mayor reconocimiento y atención por parte de los/las profesionales de la salud que atienden a personas de diversas edades y condiciones (OMS, 2015). No obstante, aunque la Psicología, desde sus fundamentos teóricos, ha situado a la sexualidad como un elemento central en la constitución de la subjetividad y la identidad, como lo evidencian contribuciones en las diversas escuela de la psicología como Freud desde el psicoanálisis y Maslow desde el humanismo una escuela diferenciada. Este posicionamiento teórico no se ha traducido en una inclusión relevante de la sexualidad dentro del bienestar integral y en el abordaje profesional dirigido a personas con discapacidad y sus entornos (Ruiz & Moya, 2007).

En esta misma línea, resulta llamativa la escasa producción académica y profesional sobre esta temática al momento de realizar este trabajo. Se realizó una búsqueda en distintos buscadores académicos utilizando los filtros “discapacidad AND sexualidad AND Uruguay” y “discapacidad + sexualidad + Uruguay”. Los resultados fueron los siguientes: en Timbó se encontraron 6 resultados; en Dialnet, 8; en Scielo, 0; en ResearchGate, se obtuvieron 10 páginas de resultados, aunque en su mayoría corresponden a producciones no uruguayas; y en Google Académico se registraron aproximadamente 392 resultados, sin que se respetaran ni el país de producción ni las temáticas incluídas en los filtros aplicados. En este último caso, además, se excluyeron aquellas publicaciones que abordaban la temática de abuso debido a que no es el foco de la búsqueda. Cabe subrayar que la psicología, particularmente en Uruguay y en otros países de América del Sur, carece de producción académica suficiente sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, y resulta aún más escasa la literatura que problematice los roles de acompañamiento

emergentes, así como sus posibles efectos y beneficios para la población. Esta falta de producción académica y de investigación, podría explicarse al analizar el contexto social y su multicausalidad que más adelante se desarrollará en este trabajo.

Para escribir esta monografía, por tanto, se recurrió a un análisis bibliográfico, integrando perspectivas de diversos/as autores/as y de distintas disciplinas, con el objetivo de fundamentar y propiciar un diálogo teórico en torno a una temática compleja como la sexualidad de las personas con discapacidad. Aún así, es imprescindible aclarar que este trabajo no pretende ofrecer soluciones puntuales ni abordar la problemática desconociendo los contextos personales e historias de vida particulares. Por el contrario, su propósito es ampliar la mirada, superar los estigmas y los conocimientos sesgados que condicionan nuestras intervenciones con las personas con discapacidad, con sus familiares y cuidadores/as en la formación de profesionales de la salud y el trabajo interdisciplinario. Se plantean así, preguntas que aún no tienen respuesta, pero son urgentes de formular. En este sentido, conceptos como la multicausalidad y el enfoque centrado en la persona resultan imprescindibles para cualquier reflexión seria sobre el tema.

2.4 Estigma, prejuicios y discriminación en la intersección sexualidad y discapacidad.

El término estigma tiene su origen en la antigua Grecia, donde se utilizaba para referirse a las marcas grabadas en el rostro o el cuerpo de personas consideradas indeseables, como criminales, esclavos o traidores. Estas señales visibles servían para identificarlos públicamente como seres degradados o moralmente cuestionables (Goffman, 1963/ 2006). Desde entonces hasta la actualidad, el concepto de estigma ha experimentado transformaciones, pero conserva la idea central de que se trata de una característica propia de la persona que es objeto de una valoración social negativa. En otras palabras, a una persona, otra le atribuye características negativas. Resulta pertinente precisar que el concepto estigma, desde la psicología social, se emplea para aludir a una diversidad de señales o características capaces de desencadenar el proceso de estigmatización. Los autores Ruiz y Moya (2007), trabajando desde la perspectiva de Goffman, sostienen que el estigma no es un fenómeno uniforme o estático, sino que se manifiesta en distintas categorías sociales y que a su vez va cambiando, incluso se ha intentado de categorizar en distintas oportunidades. Además, postulan que las reacciones y juicios hacia una persona varían dependiendo de la naturaleza específica de su estigma, como es el caso de las personas con discapacidad física, una de las categorías analizadas desde Goffman (1963, citado en Ruiz & Moya 2007). Para comprender los efectos que provocan los estigmas sociales sobre las personas, estudios evidencian que estos inciden directamente en el nivel de comodidad que sienten personas sin discapacidad o sin características estigmatizantes

socialmente, al interactuar con quienes son estigmatizados. En esta investigación se comprobó que la discapacidad mental, entre otras categorías utilizadas en el estudio, fue la peor evaluada (Towler & Schneider, 2005).

La estigmatización de las personas con discapacidad, funciona como barrera social, vulnerando su autonomía y autodeterminación para decidir, en este caso, sobre su propia vida sexual, obstaculizando y complejizando el acceso a una educación sexual integral (ESI), a cuidados y acompañamiento profesional, a la planificación familiar, a la protección contra abusos y enfermedades de transmisión sexual (Nosek et al., 2003). En esencia, afectan directamente sobre la autonomía y autodeterminación para decidir sobre su vida sexual. También impacta negativamente en su autoestima, su salud mental, su posibilidad de armar lazos afectivos y eróticos (Cardenal, 2014). Las personas con discapacidad enfrentan barreras persistentes, cuyos orígenes se entrelazan con tabúes sociales profundamente arraigados (Copolechio Morand et al., 2022; Arnau, 2017) como se ha ejemplificado en la sección anterior. Estos se materializan en políticas públicas y se reproducen en los espacios de atención, donde a menudo prevalece el modelo médico hegemónico que refuerza dichas creencias (Pérez & Chhabra, 2019; Arnau, 2017; Copolechio Morand et al., 2022).

Un ejemplo ilustrativo de cómo estas dinámicas excluyen y normativizan se encuentra en las experiencias cotidianas de las personas con discapacidad. En un artículo del 2017 publicado por la Asociación Americana de Psicología, escrito por Lorna Collier, la autora relata el testimonio de una psicóloga de nombre Erin Andrews con amputación y que se encuentra en pareja. Andrews relata cómo a su marido lo felicitan con frases como "Qué buen hombre que sos, sos increíble", implícitamente glorificándolo por "superar" los estándares tradicionales de belleza y sexualidad al estar con ella. Como señala Andrews: "Es casi tabú admitir que las personas con discapacidad pueden ser sexualmente atractivas" (Facing stereotypes, párr. 3).

Siguiendo a la autora del artículo (Collier, 2017), estos prejuicios y estigmas sociales afectan negativamente la vida de las personas con discapacidades, lo que conduce no sólo a una baja autoestima y a una menor satisfacción sexual, sino también a un acceso restringido a información médica y atención de salud sexual, así como a mayores dificultades para establecer relaciones de pareja y proyectar una vida familiar.

Estos estigmas y prejuicios sobre la imagen corporal deseable están profundamente arraigados en el consumo de representaciones visuales y narrativas dominantes: desde los ideales promovidos por los medios de comunicación y las redes sociales hasta los cuerpos y dinámicas que se exponen en la pornografía, las historias que se relatan y las canciones que se escuchan, las películas que se miran, los maniqués que se exponen en las vidrieras, y todo dispositivo que encarne una figura ideal de belleza. Este universo

simbólico, que excluye sistemáticamente la diversidad corporal, tiene consecuencias concretas para las personas con discapacidad (Centeno, 2016; Cornejo, 2016).

La casi nula representación en estos ámbitos implica, en primer lugar, una negación de su visibilidad, lo que afecta profundamente sus percepciones y puede generar conflictos a su autoimagen, como en su autoestima, provocando autoestigma. Parece pertinente considerar que el autoestigma, es un estigma internalizado, en el cual una persona adopta como propias las creencias y prejuicios negativos que la sociedad sostiene sobre sí mismo, en particular sobre su discapacidad (Palencia Florez et al., 2024). Sus cuerpos, constantemente medidos frente a ideales inalcanzables y reforzados por los estigmas sociales internalizados en la vida cotidiana, corren el riesgo de ser percibidos, y de percibirse a sí mismos, como no deseados ni deseables (Centeno, 2016).

El deseo, la atracción y la fantasía erótica tienden a construirse al margen de la discapacidad, como si esta condición anulara, por principio, la capacidad de ser sujetos u objetos de deseo. Esta limitación imaginativa sitúa los cuerpos con discapacidad fuera del territorio de lo erótico y lo íntimo, reforzando la idea de que están ajenos a esas dimensiones humanas fundamentales, en definitiva, discriminándolos. Sin duda, estos efectos de las barreras socioculturales que reproducen fantasías y estigmas excluyen, por tanto, su acceso a una vida personal privada, perpetuando un ciclo en el que el prejuicio colectivo termina negando, incluso a nivel íntimo, el derecho al goce y al reconocimiento erótico (Ruiz & Moya, 2007).

De acuerdo con la OMS (2015), estudios y consultas realizados en las últimas décadas indican que la comunicación en materia de sexualidad representa una problemática urgente en el caso de las personas con discapacidad. Se observa una clara discrepancia: mientras las personas con discapacidad manifiestan necesidad de realizar consultas sobre salud sexual con profesionales especializados, estos últimos, a menudo, carecen de la formación y los conocimientos necesarios para abordar el tema con confianza. Esta brecha refleja una ambigüedad generalizada en el ámbito de la atención primaria respecto al papel que debería tener la educación y el acompañamiento sobre sexualidad. Las dificultades para instalar el debate son aún considerables. El tabú que persiste en torno al tema puede ilustrarse con el siguiente ejemplo: al buscar los términos “sexo” y “sexualidad” en el documento de 258 páginas de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), se encuentra que “sexo” aparece solo cinco veces, empleado como sinónimo de género, mientras que “sexualidad” no registra ninguna mención. En contraste, otros términos como “religión” (12), “trabajo” (118), “enfermedad” (38), “familia” (42) y “salud” (236) aparecen con mucha mayor frecuencia, lo que evidencia la ausencia relativa de la dimensión sexual en un marco de referencia fundamental para el abordaje de la discapacidad.

2.5 Familia, cuidadores/as y educación sexual

Las personas con discapacidad, en general, viven bajo el cuidado de las familias, cuidadores/as o instituciones que resguardan por su salud (Revenga Novo, 2024). Estas condiciones de dependencia que pueden ser desde económica, habitacional, de cuidados básicos, hospitalarios, de acompañamiento, de contención, entre otros, genera que muchas decisiones vitales de las personas con discapacidad no sean individuales, sino que tengan que ser consultadas o directamente sean tomadas por otras personas (Arnau, 2018). La familia y las/los cuidadoras/es desempeñan un papel fundamental como apoyo y facilitadores esenciales para que las personas con discapacidad ejerzan plenamente sus derechos sexuales. Esto es especialmente relevante para quienes requieren acompañamiento y asistencia para desarrollar una vida digna (Posada-Corrales, et al., 2024).

El contexto global actual para las personas con discapacidad, y en particular para aquellas con discapacidad intelectual, dista mucho de ser el deseado ya que con frecuencia, enfrentan barreras significativas que limitan la satisfacción de sus necesidades emocionales y sexuales como se ha expuesto anteriormente (Posada-Corrales, et al., 2024). En este escenario, la familia y las/los cuidadoras/es resultan clave no solo para abordar estas dificultades, sino también para proporcionar las herramientas necesarias que promuevan su bienestar integral y una satisfacción plena (Povilaitienė & Radzevičienė, 2015; Navarro & Hernández, 2013).

Otros artículos exponen que, en situaciones de institucionalización, las personas con discapacidad mencionaban haber aprendido que no debían tomar decisiones por su cuenta y se sentían con muy poco control sobre sus propias vidas (Gil-Llario et al., 2017), a pesar de tener derechos como cualquier otra persona, parecerían estar carentes de decisión propia.

La ESI constituye tanto una necesidad social como un derecho humano universal (OMS, 2023). En Uruguay, donde este derecho cuenta con reconocimiento y marco legal (Ley N° 18437), resulta imperativo exigir estándares de implementación que se correspondan con dicha fundamentación normativa y con las evidencias científicas disponibles. Los estudios señalan que la ESI es una herramienta fundamental para todos/as los/las actores/as involucrados/as: las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores/as y profesionales (Arnau, 2017; Centeno, 2016; Navarro & Hernández, 2013; Posada-Corrales et al., 2024).

Para las personas con discapacidad, recibir esta educación es crucial, ya que les permite construir una visión positiva de su propio cuerpo y sexualidad, formar su identidad sexual y ubicar su deseo según sus gustos y preferencias (ANEP, 2011; Navarro & Hernández, 2012; Copolechio Morand et al., 2022). Además, les brinda conocimientos sobre

métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual, y les ayuda a comprender las consecuencias y responsabilidades de sus actos, así como a identificar situaciones de abuso o violencia hacia sus cuerpos, fortaleciendo su comprensión sobre los conceptos de límite y consentimiento. Todo esto contribuye a que puedan visualizar y planificar posibles proyectos de pareja o de familia. Las personas con diversidad funcional frecuentemente enfrentan barreras en el acceso a una educación sexual de calidad, como se ha mencionado. Esta carencia puede limitar su comprensión sobre la autonomía corporal y, como consecuencia, obstaculizar el pleno ejercicio de sus derechos sexuales (Ibáñez Torres et al., 2025).

Por otro lado, para las familias y cuidadores/as, el acceso a una ESI resulta fundamental, en tanto permite comprender su rol necesario como educadores y transmisores de información necesaria en esta dimensión de la vida de las personas con discapacidad. Asimismo, les brinda herramientas para actuar como facilitadores y agentes protectores, garantizando los medios necesarios para que se desarrollen de manera saludable (Copolechio Morand et al., 2022; Navarro & Hernández, 2013). Esto implica reconocerlas plenamente como sujetos de derechos y de necesidades afectivo-sexuales, acercarles información sobre métodos de cuidado y anticoncepción, anticiparse y prevenir posibles situaciones de abuso, y acompañar de manera informada y respetuosa su proceso de autodescubrimiento erótico y de identidad sexual. Posada-Corrales, Martin & Iglesias (2024) mencionan en su trabajo que es fundamental proporcionar a las familias información veraz para educar de manera accesible sobre el papel crucial que desempeñan en este ámbito. También, proponen considerar las distintas intersectorialidades que generan más discriminación y auspicio, como el caso de las mujeres con discapacidad, siendo la discapacidad y el género factores de vulneración. El cambio hacia actitudes más positivas solo se logrará ofreciendo ESI, lo que permitirá que las familias se conviertan en agentes efectivos en el desarrollo integral de sus hijos/hijas (de Wit et al., 2022).

En este contexto, Gutiérrez (2010, citado en Posada-Corrales, et al., 2024) identifica prácticas familiares recomendables que mejorarían esta sinergia:

- Reconocer las primeras manifestaciones sexuales en el hogar y guiarlas con estrategias apropiadas.
- Fomentar un ambiente de seguridad y confianza para que sus hijos/as expresen dudas, respetando su ritmo individual.
- Responder a sus preguntas con explicaciones adaptadas a su nivel de comprensión.
- Ofrecer solo la información que solicitan, sin excederse.
- Ser siempre veraces, usando un lenguaje claro y conciso.

- Si no se sabe una respuesta en el momento, comprometerse a darla más tarde y cumplirlo.
- Evitar demorar las respuestas a sus interrogantes.
- Consultar a profesionales especializados/as en caso de dudas o conductas atípicas.

Respecto a los/las profesionales de la salud, es esencial que reciban una capacitación específica. Esta debe incluir, por un lado, el desarrollo de una sensibilización adecuada y, por otro, la actualización continua en materia de sexualidad. Dado que su rol los posiciona como figuras de referencia y consulta tanto para las personas con discapacidad como para sus familias o cuidadores/as, es crucial que puedan ofrecer información clara, precisa y libre de ambigüedades (Chigier, 1992). De aquí que sea imprescindible generar una relación de confianza y cercanía entre los/las profesionales, las familias o cuidadores/as y las personas con discapacidad. Sus consejos son escuchados y sus directrices tenidas en cuenta precisamente por ser especialistas formados/as (Posada-Corrales et al., 2024).

Los/las profesionales de la salud han expresado no contar con la formación o con los conocimientos para dirigirse a las personas con discapacidad o incluso trabajar sobre los cuerpos de ellas de manera adecuada, algo que parecería habitual en ámbitos de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se ha demostrado que los/las profesionales que atienden y responden consultas, derivaciones y tratamientos, suelen expresarse de manera infantilizada hacia las personas con discapacidad (Farias Rodríguez et al., 2021), en particular con personas con dependencia severa, sin respetar las edades de las personas (Björnsdóttir et al., 2015).

Las familias y sus cuidadores/as tienen gran impacto en cómo se desarrollan las vidas y las conductas o expresiones de la sexualidad de las personas con discapacidad. En estudios se demuestra que las personas con discapacidad tienen actitudes liberales o más abiertas en cuanto a la diversidad sexoafectiva, muestras de cariño, la masturbación y la búsqueda de parejas. A pesar de esto, las familias muestran ser más conservadoras en estas temáticas y tienden a no abrir el debate, con una diferencia significativamente mayor cuando se trata de discapacidades intelectuales (Ibáñez Torres et al., 2025). Incluso las personas con discapacidad resultan estar en un excesivo cuidado y protección por parte de sus cuidadores/as y familias, generando segregación (Posada-Corrales et al., 2024) y aislamiento, e impidiendo el vínculo con otras personas o el desarrollo de su vida libremente.

Para estos desarrollos integrales es necesaria la promoción de la autonomía. La definición que se trabaja aquí presupone que la autonomía es entendida como la capacidad de autodeterminación y de actuar conforme a la propia voluntad sin interferencias, y

representa una dimensión esencial de la dignidad humana, particularmente relevante en el contexto de la discapacidad (Córdoba et al., 2022). Este concepto supone la facultad de dirigir las propias acciones y decisiones, sustentándose en el reconocimiento de cada individuo como un agente moral libre y dueño de su vida (Palacios, 2008). Es sin duda un desafío oponerse a los presupuestos y los constructos sociales comunes que promulgan que las personas con discapacidad no pueden valerse por sí mismas; sin embargo, a pesar de la situación de gravedad en que se encuentren y la ayuda que necesiten, siempre pueden de alguna manera dirigir y tomar decisiones por sí mismas. En caso de que lo requieran, las personas pueden aprender a comunicar sus inclinaciones, sus deseos, sus gustos y sus desagradados. También dependerá del esfuerzo de los equipos de apoyo que tenga la persona. Cuando se las percibe como personas adultas, se emplean prácticas motivacionales incluyéndolas en las decisiones de sus propias vidas, cuando los horarios y planes se organizan y se adaptan a sus necesidades y/o deseos individuales, conduce a desarrollar y fortalecer la autonomía personal (Björnsdóttir et al., 2015).

3. La Asistencia Sexual

Como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, existe una amplia brecha entre los deseos, las fantasías, las necesidades, las expresiones y los derechos sexuales de las personas con discapacidad y la realidad del apoyo que reciben en esta dimensión por parte de su entorno familiar, cuidadores/as, profesionales y la sociedad en general. Frente a este escenario marcado por la negación, el estigma, la discriminación, la invisibilidad, la falta de ESI, las barreras institucionales y sociales, así como por una carencia de sensibilización y especialización, surge como figura de resistencia y posibilidad el rol del asistente o acompañante sexual (en adelante AS) (Arnau, 2017; Castro & García-Santesmases, 2016; Centeno, 2016; Peirano, 2012).

3.1 Conceptualización y ámbito de ejercicio de la asistencia sexual

La AS se define como un servicio profesional especializado y remunerado que funciona como una herramienta humana y un medio práctico para garantizar el derecho a una sexualidad autónoma para las personas con diversidad funcional (Sánchez & Rodríguez, 2020; Asistencia sexual, s.f.). Constituye una vía de intervención destinada a enriquecer la dimensión sexual y afectiva, ya sea de manera individual o en el contexto de una relación de pareja; personas adultas, sin importar su género u orientación sexual, que eligen voluntariamente acceder a este tipo de apoyo (Centeno, 2016; Castro & García-Santesmases, 2016). Este servicio es brindado por un/a Asistente Sexual (en adelante AtS) que ha completado una formación básica en cuidados, atención, servicio,

sensibilización y ha optado por especializarse voluntariamente en el apoyo a la vida sexual de este colectivo. El rol fundamental del AtS es facilitar el acceso a experiencias de intimidad sexual, respondiendo a necesidades y deseos previamente establecidos en un común acuerdo, sin constituir una relación afectiva o de pareja. Por tanto, la labor del/de la AtS se despliega en varios ámbitos específicos. La AtS se distingue de otras figuras técnicas de asistencia de la salud, en particular por ser del terreno de la sexualidad y la afectividad, pero además por las siguientes competencias necesarias (Peirano, 2012; Sánchez & Rodríguez, 2020):

1) En primer lugar, implica una escucha activa para evaluar las necesidades individuales, reconociendo que la sexualidad trasciende lo genital y se manifiesta de formas diversas, donde el placer puede redescubrirse en otras zonas erógenas del cuerpo. Por ejemplo: descubriendo o redescubriendo el orgasmo con una caricia en el oído

2) En segundo lugar, se centra en fortalecer la autoestima y la imagen corporal, abordando temores comunes relacionados con la aceptación y el desempeño en las relaciones afectivo-sexuales.

3) Un tercer aspecto es el acompañamiento integral, que extiende su apoyo al entorno familiar, ofreciendo recursos para manejar situaciones relacionadas con la sexualidad que puedan generar inseguridades o conductas desafiantes.

4) Además, el AtS interviene en la facilitación de la intimidad en parejas donde al menos una de sus miembros presenta alguna discapacidad, ayudando en la logística corporal mientras se preserva el espacio privado, sin involucrarse en el acto en sí mismo.

5) Asimismo, aborda problemáticas concretas como las dificultades en la masturbación o conductas compulsivas, arbitrando medios seguros y satisfactorios para satisfacer necesidades individuales complejas.

6) El AtS facilita y asiste en el deseo propio de la persona con la que trabaja, promoviendo su autonomía y respetando su derecho de elección.

7) La AtS se limita a facilitar acciones que la persona usuaria no puede realizar por sí misma, como la exploración corporal, la masturbación o la adopción de ciertas posturas durante una práctica sexual con otra persona. Es fundamental destacar que esta interacción no implica contacto sexual recíproco (como besos, coito, sexo oral o caricias íntimas) entre la persona asistida y el AS. El rol de la asistente es exclusivamente instrumental; no incluye generar excitación propia o en el usuario, buscar placer personal, ni funciones de tipo educativo o terapéutico.

En síntesis, la Asistencia Sexual se conceptualiza, por tanto, como un rol técnico de apoyo que opera bajo un marco ético basado en la autonomía, el consentimiento y la desestigmatización de la sexualidad en la diversidad funcional. Su práctica se orienta a la

materialización de los derechos sexuales desde un enfoque personalizado, no normativo y centrado en la autodeterminación de la persona (Sánchez & Rodríguez, 2020).

3.2 Panorama internacional y situación en Uruguay

Aún no existe un consenso sobre las características del rol del AtS, ya que integra diversas perspectivas teóricas y metodológicas que conviven en el ámbito global y local y sigue en debate su construcción. A nivel internacional, el desarrollo de la asistencia sexual es diverso y su estatus legal varía significativamente. En países como Suiza, Alemania, Dinamarca y los Países Bajos, la figura ha sido integrada en los sistemas públicos de salud y cuenta con un marco regulatorio. Por el contrario, en España, Italia y Francia, aunque existen organizaciones que proveen estos servicios, carecen de un reconocimiento legal específico (Castro & García-Santesmases, 2016).

En Europa, se formó la European Platform Sexual Assistance (de ahora en adelante EPSEAS), una organización de fundaciones y organizaciones sin fines de lucro, motivada por el intercambio entre las fundaciones participativas y la ayuda a la creación del rol del asistente sexual, así como la divulgación de información a la población al respecto. En la EPSEAS participan organizaciones de los países de Bélgica, Francia, España, Italia, Suiza, República Checa y Holanda. Esta plataforma refleja los esfuerzos por institucionalizar el rol, promover el intercambio entre organizaciones, divulgar información al respecto a la población y luchar contra el estigma en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, unificando criterios y colaborando entre países.

En la página de EPSEAS se define la asistencia sexual como un apoyo a adultos con discapacidad en todo el espectro de su sexualidad, que puede consistir en la promoción del desarrollo de habilidades para el relacionamiento interpersonal, la intimidad propia o la que involucre a un/a otro/a. Además, subraya que cada persona y su sexualidad son únicas, por lo que la asistencia se define tanto por las necesidades específicas derivadas de la discapacidad como por la experiencia sexual en sí misma (“What Is Sexual Assistance?”, s.f.).

Cabe destacar que, más allá del estatus legal, la asistencia sexual ya se ofrece en numerosos países de América, entre los que se encuentran Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, Guatemala, Italia, México, Nicaragua, Panamá. En estos países donde su práctica no está regulada por ningún marco jurídico pero donde los asistentes sexuales ya se encuentran disponibles a través de sitios web u organizaciones especializadas (Asistentes sexuales, s.f.).

En Uruguay la situación es compleja; si bien no existen leyes donde se considere el rol del/de la AtS como ya se ha mencionado, el trabajo sexual ha sido legalizado desde el año 2002 bajo la Ley N° 17515. Según Míguez et al., (2022) durante 2017 y principios de

2020 se mantuvieron espacios de reflexión sobre la construcción de la figura del acompañamiento sexual para personas en situación de discapacidad con dependencia severa y sus posibles roles. Esto provocó promover el debate colectivo nacional en torno a las posibilidades del marco legal, como figura paralela a la de la asistencia personal.

Desde el 2017, se ha empezado a trabajar desde el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) promocionado por la UDELAR en donde se han orientado a explorar, desde una perspectiva analítica y reflexiva, la dimensión sexual en la experiencia de la población, tomando como referencia los ámbitos europeos, latinoamericanos y uruguayos. Particularmente, en estos estudios tuvo lugar el análisis del rol del/la AtS limitado en acompañamiento de personas con discapacidad de dependencia severa (Miguez, et al., 2022). Considerando las normativas de acompañamiento, la Ley N° 19.353 (2015), que establece el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), sitúa el principio de autonomía en el centro de su propósito fundamental. De acuerdo con su Artículo 2, el objeto explícito es promover el desarrollo de la autonomía, la atención y la asistencia de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Para materializar este objetivo, la ley crea el SNIC, concebido como un marco integral de acciones y medidas dirigidas a diseñar e implementar políticas públicas específicas. El modelo que se busca construir es solidario y corresponsable, lo que implica una distribución deliberada y compartida de las responsabilidades del cuidado entre cuatro pilares fundamentales: las familias, el Estado, la comunidad y el mercado.

Desde el año 2022, Karina Núñez impulsa un proyecto piloto sobre sexualidad en personas con discapacidad en el país. Esta campaña, impulsada desde una perspectiva de derechos, inclusión y bienestar emocional, busca enfrentar las barreras sociales y familiares que dificultan el acceso pleno a la sexualidad. Para ello, propone, por un lado, talleres de sensibilización dirigidos a familias, y por el otro, servicios sexuales adaptados a las necesidades de cada persona con discapacidad, en un espacio acondicionado con accesibilidad y privacidad. En este marco, trabaja con personas con distintas discapacidades, como síndrome de Down, esquizofrenia, paraplejía, amputaciones y síndrome de Asperger. Además, Karina impulsa capacitaciones con profesionales de la salud (fisiatras, fisioterapeutas) para adecuar la asistencia profesional a distintas condiciones físicas. En el recorrido de este proyecto, ha analizado los efectos del trabajo con las familias los cuales resultaron positivos: disminución de la ansiedad y el estrés, del uso de ansiolíticos y mejora en la convivencia (“Servicio sexual para discapacitados en Uruguay”, 2026).

Proyectos como el recién mencionado instalan el debate público en torno a la temática y promueven repensar las normativas vigentes en el país para fundamentar la correspondencia de fomentar espacios de acompañamiento y desarrollo autónomo para las

personas con discapacidad, específicamente en el campo de la sexualidad. A pesar de su reconocimiento formal, las normativas sobre sexualidad continúan siendo ignoradas e invisibilizadas en la práctica (Farias Rodríguez et al., 2021). Esta omisión no solo perpetúa la marginación de personas con discapacidad y de diversas orientaciones e identidades, sino que alimenta el motivo por el cual se debe trabajar para que la sexualidad se comprenda como una construcción histórica, social y filosófica (Arnau, 2017) desde un enfoque biopsicosocial.

3.3 Asistencia Sexual vs. Trabajo Sexual

El núcleo del debate entre la comparación del trabajo sexual y la AS, reside en determinar si la última constituye una modalidad del trabajo sexual o si representa un rol diferenciado, más vinculado a servicios de apoyo y salud integral. Este tema genera profundas controversias y posturas enfrentadas debido; en primer lugar, a la ausencia de marcos legales claros, tanto nacionales como internacionales, que delimiten los contornos, derechos y límites de la práctica (Castro & García-Santesmases, 2016). La falta de regulación específica deja un vacío que alimenta la discrepancia interpretativa. En segundo término, la discusión y el problema se centra en la naturaleza misma del ejercicio y las actividades de la Asistencia Sexual. El debate se polariza en torno a si la AS implica relaciones coitales con el asistido/a. Por un lado, existen autores/as y corrientes que incluyen la AS dentro del ámbito del trabajo sexual, sosteniendo que puede implicar contacto íntimo y relaciones sexuales con la persona asistida. Por otro lado, se posicionan quienes defienden un rol diferenciado para el asistente sexual, excluyendo explícitamente ese tipo de contacto como parte de sus funciones y lo vinculan con servicios asistenciales de salud integral (Arnau, 2017).

Esta discusión teórica y práctica del rol se circunscribe dentro del tema específicamente al coito o el encuentro sexual entre el/la AtS y la persona con discapacidad asistida, sin considerar el rol de la AS dentro del trabajo de una sexualidad integral (Míguez et al., 2022). En España el debate se puede organizar en dos líneas conceptuales, como señalan García-Santesmases y Brando de Castro (2016):

- El modelo de "conexión erótica", que sitúa en el centro lo erótico, lo íntimo y lo sexual, reivindicando el derecho a desear y a sentirse deseado.
- El modelo de "autoerotismo", que prioriza la autonomía y la facilitación del placer sin necesidad de contacto interpersonal directo, junto con un discurso que asocia

directamente la AS con la prostitución.

Continuando con los aportes de García-Santesmases y Brando de Castro, describen que el modelo de conexión erótica está representado por organizaciones como Tandem Team y, en su vertiente teórica, Sex Asistent, un grupo conformado por psicólogos/as, sexólogos/as, terapeutas y personas con diversidad funcional interesadas en la temática. Este modelo se centra en facilitar un encuentro sexual y afectivo entre el asistente y la persona con diversidad funcional. Según los autores, para Tandem Team lo primordial es la "vocación de servicio" y la capacidad de establecer un vínculo íntimo y recíproco, considerando la formación como algo conveniente pero no indispensable. La práctica del asistente sexual implicaría compartir la intimidad y la sexualidad, impulsados por el deseo y el afecto. En consecuencia, los autores mencionan que este modelo pretende ofrecer una vivencia completa de intimidad, donde la persona con diversidad funcional atendida puede sentirse deseada, amada y partícipe de un encuentro romántico que va más allá del sexo, adentrándose en el terreno de los afectos y el "acompañamiento erótico". Frente a la prostitución y el trabajo sexual, los autores mencionan que desde Tandem Team se esfuerzan por diferenciarse, rechazando la transacción económica directa y apelando a la voluntariedad, para legitimar su propia existencia como una alternativa más humana y sensible (2016).

Asimismo, García-Santesmases y Brando de Castro presentan al modelo auto-erótico, promovido por el proyecto *Yes, we fuck!*, un documental representado y dirigido por Antonio Centeno. En este modelo y una de las diferencias con el anterior, es que la función del asistente se limita a ser un apoyo técnico para que la persona pueda explorar y gozar de su propio cuerpo, sin que exista relación sexual alguna entre ambos. El modelo auto-erótico promueve una formación reglada y profesionaliza la figura al enmarcarla en tareas específicas de apoyo, estableciendo un límite claro y técnico. Es decir, el asistente hace por la persona lo que esta no puede hacer por sí misma. La experiencia con el ASt, por tanto, se enfoca en el autoconocimiento y el placer en solitario de la persona asistida. Los autores, también mencionan que el objetivo de este modelo es que la persona aprenda a reconocer su cuerpo, a masturbarse y a experimentar sensaciones por sí misma, con la ayuda de alguien que actúa como una extensión de sus propias capacidades. La finalidad, entonces, no es el encuentro con el otro, sino el reencuentro con uno mismo a través de la mediación de un apoyo. En cuanto a la prostitución, definen que el modelo auto-erótico establece una distinción más conceptual y menos moralizante. Además, conceden que al no implicar un coito o relación sexual con el asistente, su propuesta no se podría equipararse a la prostitución, ya que no hay acceso sexual al cuerpo del otro (2016).

Sus defensores ubican la práctica de la Asistencia Sexual en la intersección entre la asistencia personal y el trabajo sexual:

Si queremos reivindicar el derecho a la sexualidad de las personas con diversidad funcional, únicamente, podemos hacerlo desde la vertiente autoerótica, ya que mantener relaciones con otras personas son "acuerdos", "no, derechos". Y, si la Asistencia Sexual es interpretada como el medio para alcanzar una Vida Independiente, en materia de sexualidad, ni el cuerpo ni la sexualidad de esa persona, trabajadora/contratada, deberá estar en juego (Arnau, 2017, p.25).

Frente a esta dicotomía entre el trabajo sexual y el rol del AS, una posición intermedia y mayoritaria en la literatura académica defiende un rol profesional diferenciado (Arnau, 2017; Castro & García-Santesmases, 2016; Centeno, 2016; Miguez et al., 2022). Se argumenta en que la AS es una figura de ayuda profesional calificada, cuya finalidad es cubrir una necesidad básica (la expresión de la sexualidad) de quien no puede acceder a ella por otros medios, así como también la asistencia y al acompañamiento afectivo y emocional, con el ejercicio de competencias tales como la escucha, el entendimiento, la búsqueda de comunicación, el aprendizaje y la adaptabilidad, sin que el coito forme parte de la interacción con la persona asistida.

También en España, por ejemplo, se pretende separar la imagen de AS con la de la prostitución y así alejarse del estigma social y los criterios legales. Las principales diferencias, como se ha repasado, giran en torno a la manera de poner en práctica esta función: si requiere capacitación previa, en qué se asemeja o distingue del trabajo sexual y cómo debería denominarse este perfil (Centeno, 2016). Por su parte, también en Bélgica se intenta separar el rol de AS del trabajo sexual, y apuestan a resolver esta disonancia trabajando desde la sensibilización (Míguez et al., 2022).

Por el contrario en Uruguay, como se ha mencionado en el apartado anterior, existe un piloto de proyecto impulsado por Karina Nuñez, quien es ex trabajadora sexual, y ahora desde su rol de acompañante brinda un programa de ocho meses de capacitación dirigido a trabajadoras sexuales (es conveniente aclarar que se utiliza el sujeto femenino (trabajadoras) porque Karina menciona dificultades para acceder a la preparación de trabajadores sexuales hombres). A través de este programa se capacita sobre los cuidados puntuales necesarios para adecuar el acompañamientos y los servicios a cada usuario, como por ejemplo el caso de personas con lesiones físicas, para evitar agravar o generar nuevas lesiones. También en él se destaca la necesidad de desarrollar el campo afectivo y sexual de las personas con discapacidad como características inseparables para el bienestar. Para esta capacitación se formó un grupo de profesionales que asisten a los

encuentros y dan talleres especiales dando apoyo a la formación de las trabajadoras (“Servicio sexual para discapacitados en Uruguay”, 2026).

En este sentido, parecería que aún es incipiente el debate público en torno al rol del asistente sexual, los límites de las prácticas, los espacios, la responsabilidad pública y política, los medios adaptados y las herramientas disponibles. La discusión es ética en tanto implica definir roles y establecer los márgenes en un campo donde lo que está en juego no es solo una regulación técnica, sino también lo que la sociedad piensa sobre la vida sexual de las personas con discapacidad y los límites que los propios profesionales de la salud se trazan al respecto. Si bien resulta necesario diseñar un rol profesional que brinde certezas y orientaciones claras para la práctica, este no puede responder unilateralmente a los intereses de un grupo particular sobre los derechos de las personas, sino que debe construirse desde un enfoque participativo que garantice la autonomía, el respeto y la plena ciudadanía de quienes requieren estos servicios.

4. Reflexiones finales

La psicología reconoce el bienestar sexual como parte integral del desarrollo de la personalidad, la subjetividad y como un factor que afecta significativamente la calidad de vida. Sin embargo, esta comprensión teórica contrasta con una realidad histórica de prácticas asistenciales dominadas por un enfoque biomédico y rehabilitador, en las que la dimensión afectivo-sexual de las personas con discapacidad ha sido sistemáticamente relegada a un plano secundario y/o invisibilizado (Arnau, 2017).

Artículos que estudian sobre la sexualidad de las personas con discapacidad también parecerían mantener en la mirada únicamente la discapacidad como consecuencia funcional fisiológica y el foco puesto nuevamente en la presencia de patologías médicas (Rodríguez et al., 2021). Así como también, se enfocan más en discapacidades físicas que en las intelectuales o mentales, pero esto último también se explica por el estigma social que encubre pensar en la sexualidad de las personas con este tipo de discapacidad.

Como se ha desarrollado en el trabajo, las personas con discapacidad enfrentan numerosas barreras para llevar una vida autónoma y libre de discriminación y de autoestigma y estigma, en especial en cuanto al problema de su sexualidad. Asimismo, se ha analizado que esta situación responde a múltiples causas y que, sin duda, queda aún mucho por hacer al respecto. Según Navarro & Hernández (2013), la familia cumple un papel fundamental en la formación sexual de sus integrantes, no solo porque en su seno se transmiten los valores esenciales que orientan la vida sexual, sino también porque es el espacio de afecto que facilita el diálogo y la educación en esta materia. Además, las autoras

mencionan que los familiares y los/las cuidadores/as a través de la información que les brinden a las personas con discapacidad a su cuidado, influirán en las actitudes que tengan ante su sexualidad.

Aquí es importante aclarar que la intención del segmento de este trabajo: *Familia y Cuidadores/as*, no es culpabilizar a las familias y/o a los/as cuidadores/as de las personas con discapacidad que necesitan asistencia y apoyo constante, sino exponer y profundizar las multicausalidades que generan invisibilidad en la educación y sexualidad. Es preciso, por tanto, construir una mirada crítica sobre esta temática, reforzando como principal protagonista a las personas con discapacidad y su derecho de gozar su sexualidad plena. Resulta imprescindible, en consecuencia, ampliar los discursos y diversificar los contextos de estudio, incorporando de manera central las voces y experiencias de las propias personas con discapacidad. Solo a través de una producción de conocimiento multidisciplinaria y situada se podrá consolidar un marco ético, y práctico que transforme el reconocimiento teórico de los derechos sexuales en una realidad tangible, garantizando una vida sexual autónoma, plena y digna para todas las personas.

Ciertamente, se destaca el crecimiento de los contenidos, los programas y los manuales gubernamentales y públicos, de asociaciones y organizaciones en distintos países que informan sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, desde un modelo social orientado, focalizado en las personas y sus derechos. Este es el caso de Chile que impulsó un manual titulado Sexualidad e Inclusión de Personas con Discapacidad (Besoain Saldaña et al., 2019), o el caso de la Asociación Sexualidad y Discapacidad de Burgos, España, que crearon asimismo otro manual con el título: Sexualidad y planes de vida u otro con nombre: De Familia a Familia: Guía de dinamización en educación sexual para Familias Facilitadoras de personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo (Sexualidad & Discapacidad, 2025).

En Uruguay, se encuentran disponibles abiertamente materiales informativos como “Salud y Diversidad Sexual”, una guía para profesionales de la salud (López et al, 2015) y las guías “Es parte de la vida”, volumen 1 y 2, publicado como material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia (Administración Nacional de Educación Pública, 2011). Este avance de material didáctico informativo es parte fundamental para mejorar las bases para promover la educación sexual integral, a su vez que deconstruir los estigmas en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad. Como se sostiene, es imprescindible la educación sexual para todos/as los/las actores/as de la sociedad, en especial para las personas con discapacidad: para comprender sus sentires, sus límites, su cuerpo, su placer, protegerse y proteger, y poder decidir.

Este trabajo ha sido conducido y motivado por la pregunta: ¿es posible pensar el rol del Asistente Sexual como facilitador para las personas con discapacidad? Entendiendo a

los facilitadores como aquellos factores contextuales que, al estar presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y previenen que un déficit o limitación derive en restricción en la participación, particularmente en el ámbito de su sexualidad (OMS, 2001).

Para intentar responderla se ha presentado desde distintos/as autores/as, que la AS es un rol profesional emergente, y que podría acompañar las necesidades tanto de las personas con discapacidad como sus familias y cuidadores/as. Asimismo, se ha evidenciado que la propia complejidad y controversia en torno a la figura de la AS manifiesta no solo las dificultades ético-legales para su definición e implementación, sino también, el ostracismo histórico que ha sufrido la sexualidad como elemento clave en la vida de las personas con diversidad funcional (Castro & García-Santesmases, 2016; Míguez et al., 2022). El debate central, que pivota entre conceptualizar la AS como una modalidad de trabajo sexual o como un servicio profesional de apoyo diferenciado, refleja tensiones profundas en la percepción social del cuerpo, la autonomía y los derechos de este colectivo. La evidencia confirma reiteradamente un vínculo estrecho entre una vida sexual saludable y mayores niveles de bienestar emocional y calidad de vida en personas con diversidad funcional (Ibáñez Torres et al., 2025).

En este contexto, el lugar de la psicología es contribuir con conocimiento teórico y empírico sobre los beneficios de impulsar roles de acompañamiento especializado. Su labor puede apoyar a las personas con discapacidad en la construcción de una vida sexual autónoma, libre de prejuicios y con información para el autocuidado, al tiempo que documenta el impacto positivo de una sexualidad plena e integrada en su calidad de vida global. Esto plantea otro interrogante fundamental: ¿es posible reconocer la dignidad y los derechos plenos, incluidos los sexuales, de una persona que sigue siendo percibida predominantemente como un "paciente" o una persona "enferma"? Sin un cambio en este paradigma de percepción, el derecho a una sexualidad libre y plena corre el riesgo de quedar relegado nuevamente a la esfera de la patología y la anormalidad (Arnau, 2017, 2018; Palacios, 2008; Pérez & Chhabra, 2019).

Pese a estos desafíos, la AS está ganando reconocimiento como una respuesta profesional necesaria para suplir las carencias de apoyo en esta dimensión vital. La relevancia del tema queda demostrada por su creciente presencia en agendas académicas y profesionales que cada vez más participan del debate, como lo evidencia su inclusión como uno de los ejes temáticos principales en el Congreso Internacional de Sexualidad de 2023 en México (Yo También, 2023). Este impulso internacional subraya la urgencia de continuar y profundizar la investigación.

Por otra parte, a pesar de contar con un marco normativo como la Ley N° 18651 (2010), que establece un sistema de protección integral para garantizar la atención médica, educación, rehabilitación y seguridad social de las personas con discapacidad, persiste una

brecha crítica en su implementación práctica. Esta situación se ve agravada por una falta generalizada de educación y conocimiento específico sobre los cuidados que requieren. Sin embargo, si existieran espacios, profesionales especializados/as o entes de apoyo real donde las personas con discapacidad, las familias y cuidadores/as pudieran encontrar orientación, contención y recursos accesibles, la vida de las personas con discapacidad experimentaría un cambio radical y positivo. Estos apoyos concretos, más allá de lo escrito en las distintas leyes nacionales, son los que hoy siguen siendo una necesidad urgente por resolver para materializar los derechos reconocidos y transformar la calidad de vida de quienes viven con discapacidad y sus entornos (Miguez, et al., 2022; Peirano, 2012; Sánchez & Rodríguez, 2020).

Desde el rol de psicólogos/as, que acompañan y son parte del entramado social que rodea a las personas con discapacidad, es condición de la profesión construir una currícula formativa que pueda contrarrestar estos estigmas discriminatorios que aún se cuelan por nuestras prácticas profesionales. Así se podrá conseguir un cambio radical en el momento del encuentro con las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores/as y con otros/as profesionales. La psicología debe preguntarse sobre las condiciones de vida de las personas, para luego diseñar e implementar, interdisciplinariamente, facilitadores o estrategias para la eliminación de las barreras. Se debe sustentar siempre en el principio fundamental: reconociendo a las personas con discapacidad como sujetos plenos de derecho y otorgándoles, sin condicionamientos, su autonomía, para mejorar su calidad de vida, basándose en un marco de salud biopsicosocial (García, 2005; Mitchell et al., 2021; Palacios, 2008).

Por último sería fundamental presentar algunas preguntas que podrían conducir a trabajos de investigación profesional para la psicología, o simplemente preguntas que el/la lector/a pueda pensar: ¿qué programas de educación sexual existen para las personas con discapacidad?, ¿se podría pensar en planes de intervención que acompañen la discapacidad y su sexualidad?, ¿cuál es el conocimiento formativo que tienen los/las profesionales de la salud para responder a las demandas de las personas con discapacidad?, ¿cómo afectan las distintas intersectoriales como el género, la condición socioeconómica, la geográfica, la etnia, la edad, y la discapacidad en la sexualidad de las personas?, ¿cómo trabajar el estigma y la sexualidad en personas con discapacidad en Uruguay?, ¿de qué manera se asiste en el acompañamiento de familiares y cuidadores/as para deconstruir los mitos y tabúes sobre la sexualidad de las personas con discapacidad que tienen a cargo? Preguntarse, entonces, como ejercicio para imaginar y habilitar nuevos caminos posibles, para repensar la situación de otras personas y, en última instancia, transformar el rumbo de un contexto que tiende a clausurar horizontes.

5. Referencias bibliográficas

- Administración Nacional de Educación Pública, (2011) *“Parte de la Vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia”*.
<https://www.anep.edu.uy/codicen/ddhh/genero-sexualidad/publicaciones>
- Arnau, M. (2017). *El Modelo De Asistencia Sexual Como Derecho Humano Al Autoerotismo y el Acceso Al propio Cuerpo: Un Desafío Para la Plena Implementación de la Filosofía de Vida Independiente*. 11
- Arnau, M. (2018). *¿Sexualidad en la diversidad o diversidad en la sexualidad? Nuevos retos para una nueva cultura sexual*. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 27. 10.15366/jfgws2018.7.003.
- Asistencia sexual*. (s.f). Asistente Sexual Org. <https://asistenciasexual.org/asistencia-sexual/>
- Asistentes sexuales*. (s.f). Asistente Sexual Org. <https://asistenciasexual.org/asistentes/>
- Besoain Saldaña, Á., Carvajal Gutiérrez, B., Cornejo Aravena, C., Henríquez Ortiz, M., Rueda Castro, L., Soto Reyes, P., & Rebolledo Sanhueza, J. (2019). *Sexualidad e inclusión de personas con discapacidad*. SENADIS; Universidad de Chile, Facultad de Medicina. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170245>
- Blond, A. (2008). *Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review*. *Body Image*, 5(3), 244–250.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.02.003>
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. V., & Stefánsdóttir, Á. (2015). *‘It’s my life’: Autonomy and people with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(1), 5–21.
<https://doi.org/10.1177/1744629514564691>
- Buenaño, S. (2017) *La discapacidad en situación de interseccionalidad entre factores de discriminación y política pública*. Quito, 109 p. Tesis (Maestría en Derecho Constitucional). Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Área de Derecho.

- Cardenal, F. (2014). *Discapacidad, sexualidad y familia*. Recuperado de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/52>
- Castro, C. B. de, & García-Santesmases, A. (2016). *Fantasmas y fantasías: Controversias sobre la asistencia sexual para personas con diversidad funcional*. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, 5(1), 3–3.
- Centeno, A. (2016) "Yes, we fuck!" y la asistencia sexual. *Revista de Treball Social*, n. 208 pp.79-92 ISSN 02127210
- Chigier, E. (1992). *Sexuality and Mental Retardation*. *Seminars in Neurology*, 12(2), 129–134. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1041168>
- Collier, L. (2017). *Seeking intimacy*. *Monitor on Psychology*, 48(11). <https://www.apa.org/monitor/2017/12/seeking-intimacy>
- Córdoba, J., Bagnato, M. J., & Lozano, I. A. (2022). *Perfiles sociosanitarios de personas con discapacidad en función de la gravedad de la dependencia, la discapacidad y la vulnerabilidad familiar*. *Revista Latinoamericana de Población*, 16, e202216–e202216. <https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202216>
- Córdoba, J., Farías Rodríguez, M. C., Barboza, E., Delgado, V., & Buzeta, F. (2022). *Discapacidad y salud sexual y reproductiva: sensibilización y capacitación a equipos de salud en Uruguay*. *Integralidad Sobre Ruedas*, 8(1), 95–112. <https://doi.org/10.37125/ISR.8.1.6>
- Cornejo, S. (2016). *Cuerpo, imagen e identidad. Una relación (im)perfecta*. Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos, (58), 1-10. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-35232016000300017&lng=es&tlng=es.
- Copolechio Morand, M., Miori, G., & Lirio, R.(2022) *Haciendo Camino al Andar*. IntercambiEIS - Boletín digital (19) de Educación Integral en Sexualidad para América Latina y el Caribe. Recuperado 11 de febrero de 2026, de <http://legacy.flacso.org.ar/newsletter/intercambieis/19/haciendo-camino-discapacidad.html>

- Crenshaw, K. (2015). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1).
<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Cuenot, M. (2018). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 39(1), 1–6.
[https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(18\)88602-9](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(18)88602-9)
- Díaz Rodríguez, I. M., Gil Llarío, M. D., Ballester Arnal, R., Morell Mengual, V., & Molero Mañes, R. J. (2016). *Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., 3(1), 415.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.519>
- Farias Rodríguez, M., Córdoba, J., Molina, E., Pepe, G., Duvoy, C., López Gómez, A., & José, M. (2021). *Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay*. Revista Española de Discapacidad, 9, 261–271. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.14>
- Fadragas-Fernández, A. (2024). *La sexualidad, una aproximación teórica desde lo clásico a lo contemporáneo*. Revista Cuidado y Salud Pública, 4(1), 76–81.
<https://doi.org/10.53684/csp.v4i1.106>
- Ford, J. V., Corona-Vargas, E., Cruz, M., Fortenberry, J. D., Kismodi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2022). *The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide*. International journal of sexual health : official journal of the World Association for Sexual Health, 33(4), 612–642.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>
- Foucault, M., & Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI veintiuno de España.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2025). *Discapacidad en Emergencia: Ajuste y derechos vulnerados*. Fundación Soberanía Sanitaria.

<https://soberaniasanitaria.org.ar/discapacidad-en-emergencia-ajuste-y-derechos-vulnerados/>

GAB. *Sexual pleasure: An assessment tool*. (2020). Recuperado el 8/02/2026, desde

<https://www.gab-shw.org/resources/sexual-pleasure-an-assessment-tool/>

García, J. L. (2005). *El impulso sexual es uno de los más poderosos motivadores de la conducta, una energía vital enriquecedora, saludable, que favorece emociones y sentimientos positivos*. Federación Española de Síndrome de Down, (28), 22-27.

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). *The experience of sexuality in adults with intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>

Goffman, E (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. En L. Guinsberg (Trad.) 1ª ed. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1963)

Ibáñez Torres, N., Suriá Martínez, R., & Samaniego Gisbert, J. A. (2025). *Cambios actitudinales hacia la sexualidad de las personas con discapacidad: Una búsqueda sistemática*. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1–17. <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1896>

Lázaro, Rosa, & Jubany, Olga. (2017). *Interseccionalidad del género y mercado de trabajo postfordista*. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(46), 202-243. Recuperado en 10 de febrero de 2026, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000200202&lng=es&tlng=es.

Lissidini, A. (2016). *Uruguay: Derechos y cambio social. ¿Un país de izquierda? Nueva sociedad*, (266), 98–112.

López Gómez, A. (2015) *Adolescencia y Sexualidad. Investigación, Acciones y Política Pública en Uruguay* Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.

- López, M., Navarro, Y. y Torrico, E. (2010). *Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual*. Educación y Diversidad, 4 (2) julio-diciembre , pp.75-92.
- López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.
- López, P. Forrisi, F, Gelpi, G. Ramos, V. (2015). *Guía Salud y Diversidad Sexual*. https://www.researchgate.net/publication/343746045_Guia_Salud_y_Diversidad_Sexual
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). *What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? The Lancet Public Health*, 6(8), e608–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
- Míguez, M. N., Fernández, I., Silva, K., Míguez, M. N., Fernández, I., & Silva, K. (2022). *Acompañamiento sexual y discapacidad en Uruguay. Dilemas semánticos, epistemológicos y éticos*. *Revista de Ciencias Sociales*, 35(50), 145–172. <https://doi.org/10.26489/rvs.v35i50.6>
- Navarro, N. Z., & Hernández, A. I. (2013). *Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual*. *Psicología Y Salud*, 22(2), 195–203. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.544>
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Swedlund, N., Taylor, H. B., & Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, *56*(8), 1737-1747. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00169-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00169-7)
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión abreviada*. Madrid: OMS, IMSERSO. [Recuperado de https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/8.4.1-3428/8.4.1-3428.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/8.4.1-3428/8.4.1-3428.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2015) *Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach*.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, mayo 16) Educación sexual integral. Recuperado 25 de febrero de 2026, de <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
- Organización Mundial de la Salud. *Discapacidad*. (2023). Recuperado el 25 Enero 2026, desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad* (1a. ed). Cinca.
- Palencia, D., Oviedo, M., & Giraldo, E. (2024). *Descripción de factores que contribuyen al estigma público y sus efectos en la calidad de vida de personas con discapacidad visual*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 35(1), 72–83.
- Peirano, S. (2012). *Asistencia o acompañamiento de la vida sexual y afectiva, en diversidad funcional: ¿sí o no?* Revista digital «Con la A», nº 17 Mujeres con capacidades diferentes, mujeres plenas. Págs.27-30. http://conlaa.com/wp-content/uploads/2014/12/17_mujeres_con_capacidades_diferentes.pdf
- Pérez Dalmeda, M. E., & Chhabra, G. (2019). *Modelos teóricos de discapacidad: Un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas*. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(1), 7–27.
- Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M. L., & Gómez, L. E. (2023). *The Right to Sexuality, Reproductive Health, and Found a Family for People with Intellectual Disability: A Systematic Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1587. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021587>
- Posada-Corrales, J. A., Rodríguez-Martín, A., & Iglesias-García, M. T. (2024). *La educación sexual y las familias de personas con discapacidad intelectual | Sex education and*

- families of people with intellectual disabilities: *Revista Española de Discapacidad*, 12(2), 119–139.
- Povilaitienė, N., & Radzevičienė, L. (2015). *Teachers' and parents' attitude to relevance of sexuality education of adolescents with mild intellectual disabilities. Social Welfare: Interdisciplinary Approach*, 5(2), 82-90. <https://doi.org/10.15388/SW.2015.2817>
- Ramos, V. Forrasi, F. Gelpi, G.(2015) En López, P. Forrasi, F & Gelpi, G. *Guía Salud y Diversidad Sexual*.(pp. 17-46). https://www.researchgate.net/publication/343746045_Guia_Salud_y_Diversidad_Sexual
- Romero, N., Peña, B. V., Escobedo, J. S., & Macías, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, *26*(48), 277-303.
- Revenge Novo, S. (2024). *La necesidad de cuidar a quien cuida*. Indivisa, *Boletín De Estudios E Investigación*, (24), 32–49. <https://doi.org/10.37382/INDIVISA.VI24.102>
- Riggenbach, A., Amouroux, R., Van Petegem, S., Tourniaire, B., Tonelli, A., Wiener, S., Hofer, M., & Antonietti, J. Ph. (2021). *Autonomy and competence satisfaction as resources for facing chronic pain disability in adolescence: A self-determination perspective: Original article. Psychology, Health & Medicine*, 26(3), 322–332. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1813900>
- Ruiz, J., & Moya, M. (2007) *El estudio de la discapacidad física desde la Psicología Social*, *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 22:2, 177-198 <http://dx.doi.org/10.1174/021347407780705357>
- Sánchez, J. F. A., & Rodríguez, J. M. (2020). *Asistencia sexual y diversidad funcional. Representaciones a través del discurso de profesionales de la sexología. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 20(3), e-2598. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2598>

- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International journal for equity in health*, 16(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0699-3>
- Schallock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. <http://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18060>
- Servicio sexual para discapacitados en Uruguay: proyecto alcanza ya a más de 100 personas. (2026, marzo 23). *Montevideo Portal*. <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Servicio-sexual-para-discapacitados-en-Uruguay-proyecto-alcanza-ya-a-mas-de-100-personas-uc956798>
- Sladden, T., Philpott, A., Braeken, D., Castellanos-Usigli, A., Yadav, V., Christie, E., Gonsalves, L., & Mofokeng, T. (2021). *Sexual Health and Wellbeing through the Life Course: Ensuring Sexual Health, Rights and Pleasure for All*. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 565–571. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1991071>
- Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). *Determinantes sociales de la salud y discapacidad: Actualizando el modelo de determinación*. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Towler, A. & Schneider, D. (2005), *Distinctions Among Stigmatized Groups*¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 35: 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02090.x>
- UNICEF. *Personas en situación de discapacidad en Uruguay* (2025, noviembre 12). <https://www.unicef.org/uruguay/infancia-en-datos/Personas-en-situacion-de-discapacidad-en-Uruguay>
- Uruguay (2005, octubre 24) Ley N° 20431. *Ley de Muerte digna; Eutanasia*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20431-2025>
- Uruguay (2008, diciembre 12) Ley N° 18437, *Ley General de Educación* <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Uruguay (2009, octubre 16) Ley N° 18590. *Código de la Niñez y la Adolescencia relativas a adopción* <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18590-2009>

Uruguay. (2010, marzo 10) Ley N° 18651. *Ley sobre la protección integral a las personas con discapacidad*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18651-2010>

Uruguay (2012, octubre 22). Ley N° 18987. *Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Vanegas, J. H., & Gil, L. M. (2007). La Discapacidad, Una mirada desde la Teoría de Sistemas y el Modelo Biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12(), 51-61.

WAS Declaration on Sexual Rights 2014 | *The World Association for Sexual Health (WAS)*. (n.d.). WAS Website. Recuperado desde <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights>

What is Sexual Assistance? (s.f.). EPSEA. <https://www.epseas.eu/en/page/181>

World Health Organization (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada, Versión abreviada*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/43360>

6. Anexo

Como anexo del presente trabajo, se adjunta un fanzine que aborda la sexualidad en el contexto de la discapacidad. Su elaboración responde al propósito de divulgar esta temática mediante un formato accesible y de fácil lectura. Asimismo, se realizó con la intención de ser presentado como un proyecto estudiantil de sensibilización en la Facultad de Psicología.

Se puede acceder desde aquí:

 Fanzine-TFGDELVALLE.pdf

Otros insumos que han enriquecido el trabajo y se sugieren:

Centeno, A., & de la Morena, R. (Directores). (2015). *Yes, we fuck!* [Documental].
Micromecenazgo

DeISol. (2023, 15 de marzo). La sexualidad en la discapacidad "quedaba dentro de las prácticas familiares" [Audio podcast]. En Aire Rico. DeISol.
<https://delsol.uy/airerico/entrevista/la-sexualidad-en-la-discapacidad>