

# *Barreras que enfrentan las personas en situación de discapacidad en el ejercicio de su sexualidad y autodeterminación reproductiva\**

Cristina Valega Chipoco\*\*

Pontificia Universidad Católica del Perú

**Resumen:** El presente artículo examina las barreras sociales que las personas con discapacidad enfrentan en el ejercicio de su sexualidad y autodeterminación reproductiva. Se enfatizan las situaciones de las mujeres con discapacidad, pues el control de su sexualidad y reproducción ha caracterizado a diversas sociedades, constituyéndose como un ámbito de su subordinación social. La metodología de trabajo ha consistido fundamentalmente en la revisión de ensayos y artículos desde las ciencias sociales, así como de trabajos empíricos sobre la situación de las personas con discapacidad principalmente en algunos países de Latinoamérica. Como marco teórico, se ha adoptado el modelo social de la discapacidad y una noción constructivista de la sexualidad. Las principales barreras halladas que enfrentan las personas con discapacidad para ejercer su sexualidad y autodeterminación reproductiva son: I) la negación a priori de la posibilidad de alcanzar los ideales hegemónicos de femineidad y masculinidad (si bien estos ideales pueden ser cuestionados, la imposibilidad a priori de alcanzarlos genera rechazo social porque son valorados por diversas instituciones sociales con poder); II) el control de su reproducción; III) la discriminación en la atención y acceso a la información en salud sexual y reproductiva; y IV) la mayor vulnerabilidad social a la violencia sexual de las mujeres en situación de discapacidad.

**Palabras claves:** Discapacidad, modelo social, sexualidad, autonomía reproductiva, construcción social, interseccionalidad.

**Barriers faced by persons with disabilities in the exercise of their sexuality and reproductive self-determination**

**Abstract:** The article examines the main barriers faced by persons with disabilities in the exercise of their sexuality and reproductive self-determination. The analysis emphasizes the situation of women with disabilities because the control of their sexuality and reproduction has characterized diverse societies, becoming a field of their social subordination. The research methodology consists in a review of essays and articles from the social sciences and of empirical work of the situation of persons with disabilities, mainly in Latin America. As a theoretical framework, this article assumes the social model of disability and a constructivist notion of sexuality. The study found that the main barriers confronted by persons with disabilities in order to exercise their sexuality and reproductive self-determination are: i) the a priori denial of the possibility of achievement of the hegemonic ideals of femininity and masculinity (these ideals can be criticized but the a priori impossibility to achieve them generates

\*Artículo derivado del trabajo final del curso de “Temas de género: género e interseccionalidad” de la Maestría en Estudios de Género de la Pontificia Universidad Católica del Perú. **Artículo recibido el 13 de abril de 2016, aprobado el 2 de mayo de 2016.**

\*\*Estudiante de último año de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Investigadora del Grupo de Investigación en Derecho, Género y Sexualidad de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Investigadora del Grupo Interdisciplinario de Investigación en Discapacidad de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ganadora del Concurso “Cartas de Mujeres: voces que rompen el silencio de la violencia” organizado por la Maestría de Género y la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú y por la Cooperación Alemana en el Perú GIZ para la realización de la investigación “Violencia emocional hacia las mujeres en relaciones de pareja heterosexuales”. Ganadora del Concurso del Proyecto de Apoyo de Iniciación en la Investigación (PAIN) organizado por el Vicerrectorado de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú para la realización de la investigación “El incumplimiento del Estado Peruano de sus obligaciones de erradicar y prevenir estereotipos de género que cosifican a las mujeres en los medios de comunicación masivos”. **Algunas investigaciones realizadas:** Informe en derecho sobre el caso de violación sexual de mujeres del distrito de Manta por parte de miembros del ejército peruano durante los años 1984 y 1994. En coautoría. *Amicus curiae* en el proceso de inconstitucionalidad contra el artículo 23 (parcial) de la Ley 1719 de 2014 de Colombia, Ley por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. En coautoría. E-mail: [cristina.valega@pucep.pe](mailto:cristina.valega@pucep.pe)

*social rejection because they are valued by many powerful social institutions); ii) the control of their reproduction; iii) the discrimination on the attention and access to information in sexual and reproductive health; and*

*iv) the major social vulnerability to sexual violence of women with disabilities.*

**Keywords:** *Disability, social model, sexuality, reproductive autonomy, social construction, intersectionality*

## Introducción

El presente artículo examina las barreras sociales que las personas con discapacidad enfrentan en el ejercicio de su sexualidad y autodeterminación reproductiva. Se enfatizan las situaciones de las mujeres con discapacidad, pues el control de su sexualidad y reproducción ha caracterizado a diversas sociedades, constituyéndose como uno de los ámbitos de su subordinación social.

La metodología del trabajo ha consistido fundamentalmente en la revisión de ensayos y artículos desde las ciencias sociales, así como de trabajos empíricos sobre la situación de las personas con discapacidad en algunos países de Latinoamérica. Asimismo, como marco teórico, se ha adoptado el modelo social de la discapacidad y una noción constructivista de la sexualidad.

Se ha empleado un enfoque interseccional que busca comprender la situación de las mujeres con discapacidad como una convergencia estructural de variables que las coloca en una situación de subordinación específica que trasciende a la suma de sus situaciones de opresión por ser mujeres y tener discapacidad.

Personalmente he seleccionado el presente tema porque me interesa estudiar la situación en sociedad de las personas con discapacidad, la misma que en muchas ocasiones es inadvertida en los ámbitos académicos y políticos. Es así que el solipsismo de la *salud* o de la *normalidad funcional* es frecuente en los estudios de género, y ello me genera una responsabilidad y un reto que he decidido asumir y afrontar en el presente artículo.

Además, considero que el ejercicio de la sexualidad y la autodeterminación reproductiva siguen siendo ámbitos de fuerte represión para las mujeres, aunque también pueden ser resig-

nificados para su transformación. En esa línea, a las personas con discapacidad y especialmente a las mujeres, que se las considera como “mercancía dañada” y por lo tanto incapaces de ser *bellas* y/o como infantes irracionales, se las pone en una situación de discriminación y ausencia de poder, que nos exige cuestionar y repensar nuestros modelos económico, político, social y cultural. En realidad, las mujeres con discapacidad han realizado estos cuestionamientos con anterioridad y estimo que el presente artículo puede ser una oportunidad para conocerlos y reconocerlos.

## 1. Marco teórico

### A. Concepción de la discapacidad

La concepción de la discapacidad ha transcurrido fundamentalmente por tres modelos: el de la prescindencia, el rehabilitador y el social. El primer modelo justifica a la discapacidad con base en la religión, es decir, considera que sus causas son un castigo divino. Además, parte de la premisa de que las personas con discapacidad son prescindibles de la vida en sociedad, pues no tienen nada que aportar a la misma (Palacios, 2008, p. 37). Es decir, considera que la persona con discapacidad “es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad” (Palacios, 2008, p. 37).

El segundo modelo, el rehabilitador, fundamenta las causas de la discapacidad en la naturaleza y la biología, es decir, la considera una enfermedad. En ese sentido, el modelo estima que las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la sociedad, pero siempre y cuando sean “rehabilitadas” o “normalizadas” (Palacios, 2008, pp. 66-67).

Finalmente, el modelo social parte de la

concepción de que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales y no inherentes a las personas (Palacios, 2008, p. 103). Es decir, plantea que la discapacidad surge de la interacción entre la funcionalidad diversa de una persona (física, sensorial, psicosocial y/o intelectual) y una barrera del entorno (física, arquitectónica, actitudinal, normativa), y que es la barrera la que impide que la persona se desenvuelva plenamente en sociedad. Por poner un ejemplo desde el modelo social, una persona con una deficiencia motora que se moviliza en silla de ruedas no tendría discapacidad si el entorno físico es accesible. Por el contrario, si las veredas no tienen rampas o un edificio no cuenta con ascensor, allí se genera una situación de discapacidad. Esto porque es la sociedad la que debe adaptarse a las necesidades heterogéneas de las personas para garantizar que todas ellas se encuentren en situación de igualdad.

Entonces, se plantea que es la organización social la que les genera limitaciones a las personas en situación de discapacidad. Adicionalmente, el modelo social postula que estas personas pueden aportar a la sociedad en igual medida que las demás personas y, sobre todo, en lo relacionado a la valoración de la diferencia (Palacios, 2008, p. 104).

Personalmente considero que el modelo social puede llevarnos a concluir, siguiendo los planteamientos de Judith Butler (2007), que el concepto mismo de “discapacidad” se ha constituido como una categoría que ha creado una realidad en lugar de solo representarla. Es decir, podríamos afirmar que simplemente existimos personas distintas y asumir la diversidad funcional como parte de la realidad humana en lugar de plantear la existencia de algunas personas *con discapacidad* y otras *sin discapacidad*.

En esta línea, son los discursos hegemónicos de la sociedad los que construyen a la persona con discapacidad al catalogar ciertas diferencias como lo suficientemente relevantes para crear un colectivo de seres humanos *diferentes*. Como lo señaló Kimberlé Crenshaw (2012),

académica afronorteamericana considerada una de las pioneras en esbozar el concepto de interseccionalidad:

Para las mujeres, la lucha sobre qué diferencias importan y cuáles no, no es un debate abstracto o insignificante. De hecho, estos conflictos van más allá de la diferencia; generan un debate clave sobre el poder (Crenshaw, 2012, p. 114).

Además, la idea de catalogar a las personas con discapacidad como *anormales* estaría ligada, siguiendo a Michel Foucault (2011), a actuaciones de poder sobre sus cuerpos (biopoder) de conformidad con las necesidades del sistema capitalista industrial. Es decir, son *anormales* porque es más difícil encajarlos dentro del perfil de seres racionales, productivos y diestros que el sistema requiere para perpetuarse. Podríamos plantearlo, en palabras del psiquiatra italiano Franco Basaglia de la siguiente manera:

Nuestra sociedad, tal como está organizada, no será hecha a la medida del hombre sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando la eficiencia productiva. Pues bien, quien no responde a este juego social es marginado. (1979, p. 17)

Asimismo, planteo que inclusive la diversidad funcional –que es definida como “esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas” (Palacios, 2008, p. 123)– es interpretada por los científicos dentro de un entorno socio-cultural. Así, trasladando los planteamientos de la biología feminista al campo de la discapacidad, como lo plantea Ann Fausto-Sterling (2006), podríamos señalar que la diversidad funcional es “un hecho somático creado por un efecto cultural” (p. 37). Es decir, se constituye como diversidad funcional en tanto es interpretada dentro de un esquema que establece como “igualdad funcional” la forma hegemónica de

funcionar el cuerpo, pero esta manera no es una verdad universal ni correcta a priori, sino que responde a una interpretación temporal y situada. Además, su construcción como “verdad” responde a una cuestión de poder.

Entonces, en el presente artículo adoptaré la concepción del modelo social de la discapacidad. Es así que seguiré empleando la categoría de discapacidad; toda vez que muchas personas siguen construyendo su identidad en torno a ella y, además, porque resulta necesaria en nuestro contexto histórico para graficar las situaciones desiguales de poder existentes frente al colectivo catalogado como con discapacidad. También porque, siguiendo nuevamente a Kimberlé Crenshaw (2012) el problema no está en la existencia de la categoría, sino en los valores que se asocian con esta y en cómo estos valores crean y promueven jerarquías sociales (pp. 116-117). En esta línea, si hay cambios en las configuraciones de poder en la sociedad, pueden también resignificarse las categorías y darse cambios en los sujetos (Foucault, 2011).

Asimismo, a partir de este momento emplearé los términos de “persona en situación de discapacidad” o “persona con discapacidad” para evitar la sinécdoque de “discapacitado” que coloca la carga de la discapacidad en la persona y magnifica una de sus características convirtiéndola en la descripción absoluta de su persona.

### ***B. Concepción de la sexualidad***

En el presente artículo, me acogeré a la noción de sexualidad entendida como “el conjunto de tipos específicos de experiencias eróticas y reproductivas posibles en una sociedad determinada” (Córdova, 2003, p. 343). Esta perspectiva descarta el modelo esencialista que considera la sexualidad como una fuerza innata, presocial, prepolítica, no condicionada y meramente biológica, y plantea que la sexualidad se constituye como una construcción social. Esto en la línea de que son los discursos hegemónicos de cada sociedad los que le otorgan un significado a las acciones que consideran “se-

xuales” y determinan qué tipo de respuesta se va a despertar con ellas (Geertz, 1995, p. 343).

Michel Foucault (2011) considera que la sexualidad ha sido fuertemente regulada porque se la considera incompatible con una dedicación intensiva al trabajo. Es decir, que el poder en torno al control de la sexualidad y los cuerpos debe entenderse dentro de una lógica social que busca “reprimir con particular atención las energías inútiles, la intensidad de los placeres y las conductas irregulares” (p. 15). Esto teniendo en cuenta que los Estados no se pueblan según una progresión natural, sino en razón de su industria, sus producciones e instituciones (Foucault, 2014, p. 28). El autor también ha señalado que el control sobre la sexualidad busca asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales y montar una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora (Foucault, 2011, p. 39).

Adicionalmente, sin embargo, la sexualidad también se constituye por factores de agencia individual. Esto en la medida en que es el sujeto que la practica quien tiene la posibilidad de elegir –algunos más que otros- si seguir los modelos de sexualidad que se le ofrecen o si oponerse a ellos (Córdova, 2003, p. 351). Es decir, el sujeto y su sexualidad se autogeneran en una relación simbiótica (Giddens, 2004). Además, dado que la sexualidad se encuentra significada como fuente de placer, se constituye como parte importante en la vida de las personas, tanto físicamente como en torno a la generación de relaciones íntimas (Mogollón, 2004, p. 158). Sin embargo, es necesario situar esta agencia individual de las personas en las configuraciones de poder existentes en la sociedad. Tal y como lo señala Mara Viveros (2008), académica de las ciencias sociales, siguiendo a Homi Bhaba, teórico del poscolonialismo: “el cuerpo está siempre simultáneamente, aunque conflictivamente inscrito tanto en la economía del placer y el deseo como en la economía del discurso, dominación y poder” (p. 191).

Es así que sexualidad engloba sujetos y objetos de deseos, creencias, fantasías, identidades, normas, placeres y sentimientos (Padgug, 1999, p. 346). Tiene la potestad de incluir y normalizar, así como de excluir y aislar; toda vez que determina quiénes y cómo pueden ejercer de manera aprobada su sexualidad (Córdova, 2003, p. 356). De esta forma, por ejemplo, puede señalarse que un ejercicio más libre de la sexualidad tal y como se la considera en nuestra sociedad

es tomado como privilegio del blanco, heterosexual, joven y sin discapacidad (...) no se reconoce para las poblaciones que comúnmente han estado marginadas en la sociedad (Mogollón, 2004, p. 157).

Es por ello que las sanciones jurídicas, sociales o simbólicas hacia ciertas formas de vivir la sexualidad señalan aspectos importantes del imaginario de una sociedad. A su vez, estas refuerzan la permanencia de algunas conductas y frenan la aparición de otras (Córdova, 2003, p. 351). Por ejemplo, el hecho que el Código Penal Peruano considere que existe violación sexual cuando se produce acceso vaginal, anal o bucal por parte de alguien hacia una persona con discapacidad psicosocial o intelectual<sup>1</sup> por el solo hecho de la discapacidad, muestra que la sexualidad de las personas con discapacidad mental es considerada como una sexualidad prohibida. Evidentemente, si en efecto ocurriera una violación sexual hacia una persona en situación de discapacidad mental, debería sancionarse la conducta, pero no debería asumirse *per se* que estas personas son incapaces de vivir su sexualidad.

<sup>1</sup> Artículo 172 del Código Penal: Violación de persona en incapacidad de resistencia: “*El que tiene acceso carnal con una persona por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, conociendo que sufre anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia, retardo mental o que se encuentra en incapacidad de resistir, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de veinticinco años. Cuando el autor comete el delito abusando de su profesión, ciencia u oficio, la pena será privativa de libertad no menor de veinticinco ni mayor de treinta años*”.

En esa línea, la sexualidad está inmersa en las relaciones de poder existentes en la sociedad y, a la vez, es uno de los principales espacios en los que se define y expresa la dominación y la subordinación (Weerks, 1993, p. 358). Esto porque es un espacio de regulación y preocupación social. Así, por ejemplo, tradicionalmente la represión que se ha ejercido sobre las mujeres en este ámbito ha sido un espejo de la subordinación en la que estas se han encontrado en determinada sociedad (Córdova, 2003, p. 355).

Además, así como la sexualidad establece una red de poderes dentro de la cual se encuentran los individuos en una sociedad, también puede constituirse como un terreno de resistencia y trasgresión clave de los valores culturales hegemónicos. Esto viene ocurriendo, por ejemplo, con los movimientos de personas con discapacidad que se han construido en torno a la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos; así como al reconocimiento de estos derechos en tratados internacionales de derechos humanos<sup>2</sup>.

## 2. Análisis

### *A. Sexualidad e ideales hegemónicos de femineidad y masculinidad negados a priori a las personas en situación de discapacidad*

Es importante comenzar este acápite señalando que los ideales hegemónicos de femineidad y masculinidad, que desarrollaremos con detalle a continuación, pueden y deben ser cuestionados porque son excluyentes. Sin embargo, la imposibilidad *a priori* de alcanzarlos, cuando la mayoría de instituciones sociales exigen e imponen su realización, puede generar diferentes niveles de rechazo social hacia las personas con discapacidad, así como una frustración personal por no poder identificarse con los *ideales* de su género. Es con base en estas últimas ideas que desarrollamos el presente apartado.

<sup>2</sup> La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas reconoce derechos sexuales y reproductivos a las personas con discapacidad e incluye un enfoque de género transversal en todos sus artículos.

En primera instancia, cabe señalar que existe una creencia en torno a que las personas en situación de discapacidad, en especial las mujeres, son seres asexuados. Es decir, se considera que, por su situación de discapacidad, no pueden gozar de una vida sexual activa ni de una sexualidad placentera (Domínguez, Mattioli & Sosa, 2011, p. 20). En pocas palabras, se les considera como “mercancía dañada” en el ámbito sexual (González, 2005, p. 20). Esto ocurre tanto con la discapacidad física, como con la sensorial y mental (intelectual y psicosocial) y genera que la persona en situación de discapacidad no tenga acceso a información sobre sexualidad y a que inicie tardíamente su vida sexual o no la inicie nunca.

Además, estas concepciones impactan fuertemente en la persona con discapacidad, sobre todo en la formación de una autoimagen negativa (Domínguez et al., 2011, p. 20). Los cánones de belleza –que se imponen más fuertemente sobre las mujeres por los valores que promueve nuestra sociedad– son inalcanzables en su mayoría. Sin embargo, para las mujeres con discapacidad lo son aún más (Cruz, 2004, p. 155). Esto afecta la percepción de las mujeres en situación de discapacidad sobre sí mismas, pues el ideal inalcanzable les puede generar sufrimiento y estigmatización (Mogollón, 2004, p. 157). Asimismo, las aleja fuertemente de la posibilidad de entablar relaciones afectivas y de ser consideradas atractivas sexualmente.

Se puede señalar, entonces, que el cuerpo de las mujeres en situación de discapacidad es objeto de una *dominación* diferente al de las mujeres sin discapacidad; aunque en torno a este punto habría que considerar también factores raciales, de edad, de identidad de género. Esto porque

actos cotidianos que resultarían sensuales y eróticos, como el desvestirse, y funciones esperadas como la maternidad, se convierten en actos curiosos, llamativos o indeseables en una mujer con discapacidad” (Mogollón, 2004, p.157).

Esto va de la mano con el hecho de que sus cuerpos usualmente se encuentran expuestos a médicos, asistentes o familiares, pero no son reconocidos como atractivos ni como aptos para ejercer la sexualidad (Mogollón, 2004, p. 158). En palabras de Marissa, una mujer con discapacidad entrevistada por María del Pilar Cruz, doctora en Ciencias Sociales y Políticas:

Cuando hablo en torno a que tengo vida sexual suelen pasar dos cosas: o les parezco rarísima, irresponsable y perversa, o me admiran por mi “entereza”. A lo mejor soy muy “chocante” pero no me gusta ninguna de las dos posturas. (Domínguez et al., 2004, p. 158).

Otra idea presente en el imaginario socio-cultural es que la persona en situación de discapacidad es considerada como un infante. Esto ocurre sobre todo con las situaciones de discapacidad intelectuales o psicosociales; sin embargo, se encuentra presente también en las físicas y sensoriales. Es así que se forma una concepción de que el interés sexual es “inadecuado” para estas personas, la misma que se ve reforzada por la sobreprotección familiar (Domínguez et al., 2004, p. 21).

Al respecto, Mark O’Brien (1990), un varón en una situación de discapacidad física severa, comenta que cuando tuvo su primera experiencia sexual –a los 36 años y con una asistenta sexual para personas con discapacidad– sintió que había sido admitido al mundo de adultos del que siempre había sido excluido. “Por primera vez en mi vida, me sentí contento de ser un hombre”, señala.

Existe una tercera asunción arraigada en torno a la concepción que se tiene de las mujeres con discapacidad y es que se las considera incapaces para ser madres (Domínguez et al., 2011, p. 21). Dado que nuestra sociedad asocia a las mujeres en situación de discapacidad como vulnerables y dependientes, se las cataloga como inaptas para la crianza. Cabe hacer explícito que bajo esta idea también subyace el hecho de que no se quiere “reproducir” la discapacidad.

Lucía, una mujer con discapacidad, expresa lo que le decían cuando la veían embarazada:

Abundan las miradas de sorpresa o de lástima de todo el mundo... los médicos, las enfermeras, los que hacen los análisis, todos te bombardean... que deberías pensar en abortar, que si hay quién te ayude en la casa, que si eres una irresponsable... de cuando en cuando tienes que pedirles que no se metan en lo que no les importa o... hacer como que no oyes y aguantarte (Cruz, 2004, p. 157).

Al respecto, también cabe señalar que algunas personas con discapacidad pueden requerir de apoyos para la crianza de sus hijos y, hoy en día, únicamente podrían asumírselos aquellas que posean los recursos económicos suficientes. Esto me lleva a pensar nuevamente en los planteamientos de Ángela Davis (2004), en torno a que parte sustancial del trabajo doméstico y de la atención a la infancia deberían ser incorporados a la economía industrial y asumidos públicamente si se quiere lograr realmente la inclusión de las mujeres y de las personas con discapacidad en la sociedad.

Además, la noción tradicional y aun arraigada de limitar la sexualidad de las mujeres por la posibilidad de reproducción debe ser criticada; toda vez que se constituye como un mecanismo de opresión frente a las mismas. Para ello, la información sobre el uso de anticonceptivos debe también ser otorgada a las personas con discapacidad en aras de promover su autonomía y empoderamiento en la sociedad.

A raíz de las ideas expuestas, puede afirmarse que a las mujeres con discapacidad se las excluye de las representaciones y del orden simbólico del sistema patriarcal en el que se encuentran inmersas. Es así que no encajan con el estereotipo del cuerpo perfecto e ideal de belleza, pero tampoco con el rol femenino tradicional de la maternidad (Harris & Wideman, 2010, p. 2743). Por ello, cuando expresan o concretan deseos de entablar una relación de pareja o una familia, son criticadas o sancionadas por la sociedad (Cruz, 2004, p. 159). Habría que reconocer, desde una perspectiva interseccional, que a

las mujeres que poseen menos recursos simbólicos y materiales les será más difícil oponerse a estos imperativos sociales y podrían terminar construyendo su identidad creyendo que, en efecto, no pueden ni deben ejercer su sexualidad ni aspirar a tener hijos.

A lo señalado le añadiría que, en la actualidad, cada vez más a las mujeres se les exige para cumplir con su ideal de autorrealización -además de ser bellas dentro de los cánones hegemónicos y de ser madres- ser también *exitosas* profesionalmente e independientes. Esto ocurre fundamentalmente en las clases medias y responde a la incorporación de las mujeres al ámbito educativo superior y laboral (Kogan, 1999, p. 7). Aquí cabe hacer una precisión y señalar, como enfatizó Sojourner Truth (1887, p. 116) en su momento, que una gran cantidad de mujeres, sobre todo aquellas en situación de pobreza, trabajaron desde siempre fuera de casa además de encargarse también del hogar; sin embargo, aquello no era considerado como parte del ideal hegemónico de femineidad, pues era algo estimado como no deseado y poco *femenino*. Hoy en día, como hemos mencionado, el ideal hegemónico de femineidad abarca conjuntamente la realización de la mujer en el hogar, en torno a su belleza y, además, en lo referente a su desarrollo profesional.

Esta última faceta también es negada en la mayoría de ocasiones a las mujeres con discapacidad; toda vez que las entidades públicas y las empresas les colocan trabas para su inclusión en el ámbito laboral. Además, esta exclusión también se ve arraigada en sus dificultades para acceder a una educación de calidad e inclusiva, pues esto les genera una desventaja para incorporarse posteriormente al sistema económico. Entonces, a las mujeres con discapacidad se les niega la posibilidad de alcanzar el "ideal de femineidad hegemónica", negándoseles el acceso a las diversas variables que componen el mismo.

Sobre este último punto, Michelle Fine y Adrienne Asch (1988) señalan que el sistema

capitalista sí promueve que los hombres con discapacidad intenten aspirar a los roles tradicionales de masculinidad, debido a los valores andróginos de los que este se encuentra compuesto (p. 2743). Al respecto, en un estudio realizado en España sobre indicadores de exclusión de las mujeres con discapacidad, se encontró que es más cotidiano que la familia apoye al varón con discapacidad que a la mujer con discapacidad a buscar un trabajo y a entablar una relación con una pareja. Además, las familias impulsaban más fácilmente a los hombres a ser padres; toda vez que su ideal de realización masculina no se encuentra determinado por el cuidado de los hijos ni el trabajo en el hogar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Español & Universidad Autónoma de Barcelona, 2002, p. 150).

Cabe señalar que, si bien comparto las afirmaciones en torno a que resulta más alcanzable para los varones con discapacidad vivir su masculinidad oponiendo la construcción de su identidad a los valores tradicionalmente considerados como femeninos como la delicadeza, la sensibilidad o la debilidad, considero importante resaltar que se encuentran más cercanos a los mismos que los hombres sin discapacidad y esto también afecta su construcción identitaria. Esto porque son más propensos a requerir del apoyo de personas en diferentes ocasiones, lo que pone en cuestionamiento su ideal de autonomía e independencia. Además, tampoco les resulta asequible vivir una masculinidad hegemónica en torno a la ocupación de posiciones de mando en el ámbito laboral, puesto que usualmente son considerados “incapaces para el trabajo”. En esa misma línea, también les resulta complicado expresar su masculinidad en relación con la expresión de algunas características tradicionalmente asociadas como masculinas; tales como la violencia física, la rudeza, la conquista sexual o la asunción de riesgos. Esto porque, como ya mencionamos, son estimados como dependientes, débiles y asexuados (pese a que la sociedad va a comprender más fácil-

mente que el varón con discapacidad ejerza su sexualidad a que la mujer en situación de discapacidad lo haga). Inclusive la idea misma de la razón como átomo constitutivo de la masculinidad se quiebra con las personas en situación de discapacidad mental.

Sería interesante además, profundizar en estas reflexiones en torno a los varones afrodescendientes con discapacidad; toda vez que su masculinidad depende más del dominio y control de sus cuerpos por los estereotipos que se impone respecto de ellos (Viveros, 2002).

Entonces, para concluir este acápite, puedo afirmar que a las personas en situación de discapacidad –y sobre todo a las mujeres– se las somete a un control de sus cuerpos diferente al de las personas sin discapacidad; tratándolas principalmente como objetos asexuados y negándoseles el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto les significa menores posibilidades de libertad y de elección para cumplir con los ideales hegemónicos de masculinidad y femineidad. Sin embargo, esta opresión también ha acarreado resistencias y la construcción y el fortalecimiento de movimientos feministas y de personas con discapacidad que luchan por el reconocimiento pleno de su sexualidad, así como por resignificar los ideales de belleza; por ejemplo, mediante el *posporno*<sup>3</sup>.

### ***B. Control de la reproducción de las personas con discapacidad***

Como hemos esbozado, las personas en situación de discapacidad, especialmente las mujeres, son limitadas en sus derechos reproductivos y en su integridad sexual de manera muy frecuente y, sobre todo, de forma aceptada por nuestras sociedades. Evidentemente, bajo el modelo social de la discapacidad esto no debería ocurrir, pues no cabe la sustitución en la toma de decisiones, sino la accesibilidad en la transmisión de la información y, de ser requerido, el apoyo en la toma de decisiones por parte de alguien hacia la persona con discapacidad. Esto

<sup>3</sup> Recomiendo la visualización del documental “Yes, we fuck”, que aborda la sexualidad en personas con discapacidad.



cobra aún mayor relevancia cuando se trata de una decisión tan personal como la de decidir si tener hijos o no tenerlos, cuántos, cuándo y con quién. Inclusive esto ha sido reconocido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce la capacidad jurídica de todas las personas con discapacidad<sup>4</sup> y de manera específica estipula esta obligación de la siguiente manera en su artículo 23.1.b:

(...) el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.

Pese a la normativa existente en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, esto no ocurre en la realidad. En Perú, por ejemplo, existe la Norma Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Nr. 536/2005-MINSA, que contempla la posibilidad de esterilizar o realizar vasectomías a personas con discapacidad intelectual o psicosocial –y a personas analfabetas- sin su consentimiento y únicamente con la firma de un pariente, testigo o con el aval de una junta médica. Si bien esta norma se encuentra suspendida, no ha sido derogada del ordenamiento jurídico y, en la realidad, todavía se realizan y toleran ese tipo de prácticas; sobre todo en las instituciones psiquiátricas. A su vez, en el Perú, es el curador el que autoriza el aborto terapéutico de una mujer en situación de discapacidad mental<sup>5</sup>. En Argentina, por ejemplo, las normas permiten que el curador de una mujer con discapacidad intelectual o psicosocial pueda solicitar un aborto por ella

y, en Colombia, que un curador pueda solicitar la esterilización forzada de un niño o niña con discapacidad (Constantino, 2015).

Como hemos señalado con anterioridad, esta norma social de que las personas con discapacidad no se reproduzcan responde al biopoder de la población que señalaba Michel Foucault (2011). Es decir, se busca imponer mediante el reproche social y/o la sanción jurídica, así como mediante el supuesto *conocimiento científico*, una idea normal del cuerpo. Por lo tanto, en la sociedad de normalización no caben los cuerpos distintos al organismo racional y productivo que es útil para el capitalismo industrial.

A su vez, considero que existe un sentimiento de responsabilidad por parte de las familias de evitar la reproducción de sus hijos con discapacidad (fundamentalmente discapacidad intelectual y psicosocial) –sobre todo cuando son mujeres-; toda vez que la sociedad los culparía también a ellos si eso ocurriera. Esto último en la línea de lo señalado por Foucault (2014, p. 44) en torno a que durante el siglo XVIII se instauraba en los padres un temor por la sexualidad de los niños y se los culpaba si no los vigilaban a ese respecto.

La realidad descrita se cruza también con las ideas eugenistas aun arraigadas en nuestras sociedades de que ciertos grupos (pobres, afrodescendientes, indígenas, personas con discapacidad) “tienen la obligación moral de reducir el tamaño de sus familias” (Gordon, 1976, p. 157). Esto porque lo que se busca imponer es que se reproduzcan mayoritariamente ciertos sectores de la sociedad, evidentemente los que poseen mayor capital social, simbólico y cultural. Además, en todo momento se asume que quienes deben reproducirse son las personas “sanas”.

Como señala Ángela Davis, “el control de la natalidad –la elección individual, los métodos anticonceptivos seguros, así como los abortos cuando son necesarios- es un prerrequisito fundamental para la emancipación de las mujeres” (2004, p. 203). Sin embargo, en palabras de ella

<sup>4</sup> Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - Igual reconocimiento como persona ante la ley: “1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. 2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”.

<sup>5</sup> MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Resolución Ministerial nr. 486-2014/MINSA. 28 de junio de 2014.

misma, cuando a ciertas mujeres se les otorga el derecho a abortar para superarse profesionalmente y a otras –en este caso, a las mujeres con discapacidad- se les impone la obligación de abortar para evitar la reproducción de sus características nos encontramos ante una situación de poder frente a otra de ausencia de poder. A fin de cuentas, la inclusión simbólica de ciertas mujeres a modo de objetos y no sujetos “es desempoderante y es una forma clara de exclusión” (Crenshaw, 2012, p. 109).

### ***C. Discriminación en el acceso a la información y en la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad***

Otra de las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad para vivir su sexualidad es la ínfima cantidad de información sobre salud sexual y reproductiva a la que tienen acceso. Un estudio realizado en Montevideo reveló que más del 50% de mujeres entrevistadas en una muestra representativa de la ciudad nunca había recibido información general al respecto (Domínguez et al., 2011, p. 49).

Además, se presenta una falta de accesibilidad debido a la ausencia de rampas y ascensores en los establecimientos de salud, espacio reducido para la movilidad, ausencia de señalizaciones en braille, no proporción de información en lenguaje sencillo, entre otros (Domínguez et al., 2011, p. 49). De manera específica en torno a la salud sexual y reproductiva, algunas de las situaciones que más se presentan son: la falta de accesibilidad en las consultas ginecológicas y en la lectura de las indicaciones de anticonceptivos o preservativos, y la dación de la atención al acompañante de la persona con discapacidad y no a ella misma.

En cuanto a las consultas, algunos de los problemas que se presentan son la ausencia de intérpretes de señas para mujeres con discapacidad auditiva, la proporción de la información en un lenguaje que no resulta sencillo de comprender para las personas con discapacidad intelectual o el no otorgamiento de más tiem-

po a las personas con discapacidad psicosocial (Domínguez et al., 2011, p. 38). A su vez, las mujeres en situación de discapacidad física señalan que la mayoría de las camillas y camas de los establecimientos de salud no son accesibles para ellas lo que genera que en muchas ocasiones los doctores se nieguen a atenderlas (Constantino, 2015, p. 29). Estas dificultades en la consulta ginecológica generan que las mujeres con discapacidad enfrenten barreras en el momento en el que se les debería asesorar, explicar y escuchar sobre sus derechos sexuales y reproductivos (Constantino, 2015, p. 29). Como consecuencia, la falta de acceso a esta información las desempodera y las hace más vulnerables a riesgos en el ejercicio de su sexualidad.

Al respecto, cabe señalar que la solución que muchos de los profesionales de salud otorgan a estas dificultades –y que las personas en general aprueban– es que la mujer con discapacidad asista acompañada a la consulta ginecológica. Sin embargo, esto sí se constituye como un problema toda vez que las personas con discapacidad tienen derecho a ser autónomas y es la sociedad la que debe adaptarse a ellas y no viceversa. Únicamente en casos donde la comunicación sea prácticamente imposible o que la persona con discapacidad así lo solicite es que puede recurrirse al apoyo de otras personas; e inclusive en estos casos la toma de decisión final debe recaer en las personas con discapacidad. Esto va ligado también al hecho de que los médicos deben buscar entablar la comunicación con la persona con discapacidad cuando esta asiste a la consulta y no con su acompañante, como usualmente realizan. En general, las personas con discapacidad señalan que en la atención de salud suelen recibir un trato que transcurre desde la sobreprotección hasta la evasión y pánico frente a no saber cómo tratarlas (Domínguez et al., 2011, p. 21).

En torno a la falta de accesibilidad para leer las indicaciones de anticonceptivos o preservativos, esta se presenta fundamentalmente con las personas con discapacidad visual, pero tam-

bién con las personas en situación de discapacidad intelectual. Esto porque la información no se proporciona ni en braille ni en lenguaje sencillo. Si bien la tecnología ha permitido romper algunas de estas barreras, no todas las personas tienen acceso a internet en su vivienda o a servicios de comunicación. Por lo tanto, la variable de clase socioeconómica, que de por sí ya cumple un rol importante en el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, en el caso de las personas en situación de discapacidad genera una mayor situación de desigualdad.

Esta situación de discriminación en el acceso a información y atención en materia de salud sexual y reproductiva evita que las mujeres en situación de discapacidad se empoderen y puedan tomar decisiones sobre sus propios cuerpos; como la decisión de desvincular o enlazar la sexualidad con la reproducción. Así, se les niega el acceso a recursos materiales, ideológicos, culturales y económicos y se las coloca en una situación de ausencia de poder frente a las mujeres y varones sin discapacidad (López, Benia, Contrera & Güida, 2004, p. 29). Así se refuerza la idea de que las personas con discapacidad son objetos y no sujetos de derechos.

#### ***D. Mayor vulnerabilidad social a la violencia sexual de las mujeres en situación de discapacidad***

Las niñas y mujeres con discapacidad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad a ser víctimas de violencia, sobre todo violencia sexual. Por ejemplo, un informe elaborado por el Parlamento Europeo (2012, párr. 21) arrojó que aproximadamente el 80% de las mujeres con discapacidad en Europa es víctima de violencia y que ellas tienen un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres de sufrir violencia sexual. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012, párr. 23) también realizó un estudio en diversos países y señaló que los niños y niñas con discapacidad eran 1.7 veces más vulnerables a ser objeto de violencia en comparación con los niños sin discapacidad.

Específicamente respecto de las niñas con discapacidad, se ha encontrado que son de tres a cinco veces más propensas a ser víctimas de agresión sexual que las niñas sin discapacidad. Esta realidad, además, se debe ver agravada dependiendo de las condiciones socioeconómicas de los niños y niñas en situación de discapacidad –por ejemplo, si viven en la calle o en condiciones de suma pobreza–, de su orientación o identidad sexual y de género, de su raza, entre otras situaciones. Las cifras son bastante preocupantes y responden, en gran parte, a la situación de exclusión y subordinación en la que se encuentran las mujeres con discapacidad en nuestras sociedades.

Al respecto, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha encontrado en un estudio temático que realizó sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad que la falta de educación sexual es un elemento claro que las coloca en una situación de vulnerabilidad a la violencia sexual; toda vez que en algunas situaciones les cuesta identificar comportamientos abusivos hacia ellas o los toleran por no asumirse como dueñas de sus propios cuerpos (Abu Habib, 1995). Adicionalmente, esta situación se ve empeorada por la percepción estereotipada de las mujeres y niñas con discapacidad como carentes de inteligencia, sumisas y tímidas y, por lo tanto, como más “fáciles” de aprovechamiento y abuso.

En cuanto a los agresores sexuales de las mujeres y niñas con discapacidad, estos suelen ser los varones que se encargan de brindarles algún servicio de apoyo –profesionales de la salud, fisioterapeutas, conductores de transporte especial, trabajadores dentro de una institución para personas con discapacidad, entre otros– (López, 2005). Inclusive, resulta frecuente que estas personas busquen convencer a las niñas o mujeres con discapacidad bajo la idea de que se les “está haciendo un favor puesto que ningún hombre mantendrá relaciones sexuales con ellas” (González, 2010, p. 2745). Aquí se ve

claramente cómo la experiencia de vida de estas mujeres se encuentra determinada por el sistema patriarcal y por su situación de marginación por la discapacidad generándose una convergencia estructural de variables y una situación de opresión y violencia distinta a la de las mujeres sin discapacidad o a la de los varones con discapacidad.

Cabe señalar también que, si de por sí suele ponerse en duda el testimonio de las mujeres que denuncian violencia sexual, a las mujeres con discapacidad se les coloca un estándar de credibilidad aún más alto (sobre todo a las mujeres con discapacidad mental); generando que sea sumamente difícil identificar y sancionar a sus agresores (ONU, 2012, p. 9). Esto se agrava aún más con el hecho de que los procesos penales son muy rígidos y no suelen otorgárseles los ajustes razonables a las personas con discapacidad dentro de los mismos.

Debe tenerse cuidado de no asumir el discurso que señala que, por proteger a las mujeres con discapacidad de la violencia descrita, es mejor reprimirlas en torno a su sexualidad. Esto significaría restringir sus libertades por una barrera que les coloca la sociedad de la que ellas no son responsables. En sentido contrario, el Estado debe asumir su obligación de erradicar los estereotipos que generan efectos nocivos en la sociedad y debe garantizarse la inclusión de las mujeres con discapacidad para que puedan vivir libremente en sociedad.

Es así que deben tomarse medidas para garantizar el acceso de las niñas y mujeres con discapacidad a información sobre sus derechos sexuales y reproductivos – además de otras condiciones, como su mayor acceso a la educación en general o su empoderamiento para la autonomía y la vida independiente en sociedad– para no mantenerlas en una situación de opresión social que les deja pocas alternativas de elección sobre sus vidas.

## Conclusiones

Las mujeres y varones con discapacidad se ven negados –en sociedades como la nuestra– de la posibilidad de alcanzar los ideales hegemónicos de femineidad y masculinidad, respectivamente. Cabe reiterar lo señalado en torno a que, si bien estos ideales pueden y deben ser cuestionados porque son excluyentes, la imposibilidad *a priori* de alcanzarlos genera diferentes niveles de rechazo social hacia las personas con discapacidad, así como una frustración personal por no poder identificarse con los *ideales* de su género.

Es así que a las mujeres con discapacidad se las excluye del concepto de belleza, no se las considera aptas para ser madres y se las restringe en su desempeño profesional. Por otro lado, a los varones con discapacidad se les impide acceder al mercado laboral para vivir su *masculinidad* a través de ese ámbito y, además, no se los considera capaces de expresar rudeza, violencia física ni intereses sexuales. Cabe señalar que no es que estas conclusiones se manifiesten para todas las personas con discapacidad –dependerá también del tipo particular de la discapacidad y de otras variables adicionales. Sin embargo, sí son de ocurrencia frecuente y permiten comprender una situación de discriminación y subordinación que afecta al colectivo.

Otro punto importante que demuestra cómo concibe el sistema a las personas con discapacidad –especialmente a las mujeres– es el control que se ejerce sobre ellas para evitar su reproducción, sobre todo de las personas con discapacidad mental. Es así que se presentan casos de esterilizaciones y abortos forzados contra estas personas; así como se busca limitar su sexualidad bajo la idea de evitar la reproducción. Todo esto se encuentra ligado a la búsqueda de reproducir únicamente a los cuerpos *normales, racionales y productivos*.

Adicionalmente, las limitaciones que se le coloca a las mujeres con discapacidad en el acceso a información sobre su salud sexual y reproductiva las desempodera frente al ejercicio de su sexualidad y les reduce capacidades de elección. Además, aumentan sus riesgos de exposición a situaciones de violencia sexual, que de por sí son mayores a los de las mujeres sin discapacidad.

Como se ha examinado, siguiendo los postulados foucaultianos, el control respecto de la sexualidad y reproducción de las personas con discapacidad puede comprenderse porque al capitalismo industrial no le sirve la reproducción de cuerpos que no sean *jóvenes y saludables* y que no puedan atender el ritmo laboral que los negocios demandan. Entonces, es con base en un análisis estructural que se puede señalar que, hoy en día, es fundamentalmente por las necesidades del sistema capitalista que las personas en situación de discapacidad siguen siendo consideradas por el imaginario social como

seres *anormales* de los que se puede prescindir y respecto de los cuales no debería asegurarse su reproducción.

Resulta necesario finalizar este artículo citando a bell hooks, en torno a lo siguiente:

(...) mientras no se haga una diferenciación consciente entre una teoría de la individualidad que reconozca la importancia del individuo en la colectividad social y la ideología del individualismo que acepta una visión competitiva del individuo, no tendremos una imagen clara del aspecto que debe tener una teoría feminista de la liberación en nuestra sociedad occidental (hooks, 2004, p. 41).

Solamente de esta manera se podría considerar como más valiosa para la sociedad la inclusión de todas las personas con sus particularidades antes que la productividad económica que *normaliza* y *excluye*. De otra manera, será complicado que las personas con discapacidad logren ser sujetos verdaderamente autónomos, dueños de su cuerpo y de su sexualidad.

## Bibliografía

- Abu Habib, Lina. (1995) "Women and Disability Don't Mix! Double Discrimination and Disabled Women's Rights". *Gender and Development*. 3 (2). Junio. Pp. 49-53. Londres.
- Basaglia, Franco. (1979). "La institucionalización psiquiátrica de la violencia". En: Suárez, Armando (Cord.). *Razón locura y sociedad*. México D.F.: Siglo XXI.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Constantino, Renato. (2015). Los derechos sexuales en las personas con discapacidad (Archivo de vídeo). En: Enfoque Derecho, portal jurídico de la Asociación Civil Themis. Consultado el 4 de diciembre de 2015. En: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=11&v=KWkUhUHULi0](https://www.youtube.com/watch?time_continue=11&v=KWkUhUHULi0)
- Constantino, Renato. (2015). *Rampas, camillas, pastillas y más: barreras en el ejercicio del derecho a la salud de personas con discapacidad*. Lima: Asociación Civil Paz y Esperanza.
- Córdova, Rosío. (2003). Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad. *Revista Mexicana de Sociología*, 65 (2), Pp. 339-360. Abril-junio. México D.F.
- Crenshaw, Kimberlé. (2012). *Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color*. En: Platero, Raquel. *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Cruz, María del Pilar. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*. (22), pp. 147-160. México. D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Davis, Angela. *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Akal, 2004.
- Domínguez, María Eugenia; Mattioli, Natalia; & Sosa, Fernanda. (2011) *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo*. Montevideo: Intendencia de Montevideo.
- Erks, Jeffrey. (1993). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa. Pp. 39-40.
- Fausto-Sterling, Anne. (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Madrid: Melusina.
- Figuroa, Mario Bernardo; & San Miguel, Pío. (, 2002) *¿Mestizo, yo?*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Fine, Michelle; & Asch, Adrienne. (1988). *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture, and Politics*. Philadelphia: Temple University Press.
- Foucault, Michel. (2011). *Los anormales*. Buenos Aires:

- Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2014). *La historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Segunda Edición. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Geertz, Clifford. (1995). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, Anthony. (2004). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- González, Pilar. (2010). *Las Mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*. Santiago de Compostela: XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles. Consultado en 1 de diciembre de 2015. En: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532647/document>.
- Gordon, Linda. (1976). *Woman's Body, Woman's Right: Birth Control in America*. Nueva York: Penguin Books. P. 157.
- Harris, Adrienne & Wideman, Diana. (1988). "The Construction of Gender and Disability in Early Attachment". En: Fine, Michelle y Adrienne Asch. *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture, and Politics*. Philadelphia: Temple University Press.
- Herbert, Claude Jacques. (S.f). *Essai sur la pólíce générale des grains*. En: Foucault, Michel. (2014). *La historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Segunda Edición. Buenos Aires: Siglo XXI.
- hooks, bell. (2004). *Mujeres Negras: Dar forma a la teoría feminista*. En: Hooks, Bell; Brah, Avtar; Sandoval, Chela; & Anzaldúa, Gloria. *Otras inapropiables* (pp. 33-50). Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- Kogan, Liuba. (1998-99). "Relaciones de género en las familias de sectores altos de Lima" *Debates en Sociología*. (23-24). Pp. 191-208. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- López, Alejandra; Benia, Wilson; Contera, Myriam & Güida; Carlos. (2004). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud sexual y reproductiva*. Montevideo: Universidad de la República.
- López González, María. (2005). *Discapacidad y Género. Estudio etnográfico sobre mujeres con discapacidad*. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Ministerio de Salud del Perú. *Resolución Ministerial nr. 486-2014/MINSA*. 28 de junio de 2014.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Español y Universidad Autónoma de Barcelona. (2002). *Indicadores de Exclusión de la Mujer con Discapacidad*. Barcelona: Associació Dones No Estándards en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mogollón, María Esther. (2004). "Cuerpos diferentes: sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad". *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- O'Brien, Mark. (1990) "On seeing a sex surrogate". *The sun*. Londres.
- Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Adoptada el 13 de diciembre de 2006.
- Organización de las Naciones Unidas. *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad*. A/HRC/20/5. 30 de marzo de 2012.
- Padgug, Robert. *Sexual Matters: On Conceptualizing Sexuality in History*. En: Parker, Richard & Aggleton, Peter. (1999). "Culture, Society and Sexuality". Londres: UCL Press.
- Palacios, Agustina. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI,
- Parlamento Europeo. *Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea (2003/2109 (INI))*. 24 de febrero de 2004. P. 14. En: Organización de las Naciones Unidas. *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad*. A/HRC/20/5. 30 de marzo de 2012.
- Paveda, Alicia. *Memoria del proyecto mujer y discapacidad*. México D.F: Comisión Nacional para el Bienestar e Incorporación de las Personas con Discapacidad, Área de Poder, Justicia y Género, 1996. P. 122. En: CRUZ, María del Pilar. *Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad*. *Política y Cultura*, núm. 22, pp. 147-160 México. D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, 2004
- Tamayo, Giulia. (2001). *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán".
- Truth, Soujourner. (1887.) "Aren't I a woman?" En: Stanton, Elizabeth & otros. *Anti-Slavery Bugle* (p. 116). Nueva York: Charles Mann,
- Viveros, Mara. (2002). "Dionisios negros: estereotipos sexuales y orden racial en Colombia". En: Figueroa, Mario Bernardo & San Miguel, Pío. *¿Mestizo, yo?* (pp. 95-130), Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.