

UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA
MAESTRIA EN POLITICAS SOCIALES DE LA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAESTRÍA EN
POLITICAS SOCIALES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

TITULO:

ABUSO SEXUAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL
“Estudio de 5 Casos de jóvenes con discapacidad intelectual
con presunción de abuso sexual”

NOMBRE ESTUDIANTE: Lourdes Vanessa Santín González

NOMBRE DEL ASESOR/A DE TESIS: Marie-Atrid Dupret

Octubre del 2012

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora, Lourdes Vanessa Santín González.

Quito, octubre del 2012

Lourdes Vanessa Santín González

CC1713505657

Dedicatoria

El presente trabajo va dirigido en pos de una denuncia social, en contra de la invisibilización de la discapacidad; si bien hoy en día la población con discapacidad ha tenido grandes avances en las normativas que los amparan, no significa que hayan sido dignificados, vistos, mucho menos escuchados; este trabajo va dedicado a las personas con discapacidad en situación de abandono, quienes vivieron y continúan viviendo en las condiciones de mayor miseria social, sometidos a abusos, maltratos y violencia, condiciones que aún no han tenido respuesta; solo cabe su voz a través de este trabajo que demanda que su realidad sea por fin transformada...

Agradecimiento

A mi tutora de tesis: Marie-Astrid Dupret,
por su paciencia y su pasión en el trabajo.

A mi familia: mis padres, hermanos y sobrinos
por creer en mis sueños y dejarme crecer.

A quienes son protagonistas de esta investigación
por develar sus historias silenciadas,
y a quienes tratan día a día con su trabajo
hacer que estas historias no se repitan,
y que sobretodo han dado su cariño, trabajo y entrega
que a pesar de no tener respuestas
siguen creyendo y luchando,
mis colegas y amigos: Aracelly, Fernando, María, y Sany,
y aquellos quienes colaboraron con esta investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	10
ANTECEDENTES	12
CAPITULO I: DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DESARROLLO SEXUAL	15
1.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL	15
1.1.1 Discapacidad intelectual Vs coeficiente intelectual	16
1.1.2 Características de la discapacidad intelectual leve	17
1.1.3 Características de discapacidad intelectual moderada	18
1.2 SEXUALIDAD	18
1.2.1 Desarrollo psicosexual en la discapacidad intelectual	19
1.2.2 Desarrollo sexual e influencia social y afectiva	20
1.2.3 Caracteres de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual leve y moderada	23
CAPITULO II: LA VIDA AFECTIVA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	29
2.1 VÍNCULO AFECTIVO Y DISCAPACIDAD	29
2.1.1 Procesos de aceptación	30
2.1.2 Conflictos vinculares	32
2.2 FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO Y ABUSO PERSONAS EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL	34
2.2.1 Modelo sistémico del riesgo de maltrato y abuso	35
2.2.2 Factores de riesgo de maltrato abuso sexual en la persona con discapacidad intelectual	37
CAPITULO III: CONSECUENCIAS CONDUCTUALES DEL ABUSO SEXUAL EN CASOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL	40
3.1 ABUSO SEXUAL	40
3.1.1 Generalidades	40
3.1.2 Conceptualizaciones básicas del abuso sexual	40
3.1.3 Fases del abuso sexual	41

3.2	RELACIONES DE PODER EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	42
3.2.1	Teoría del agresor	45
3.2.2	Rol de una ideología “patriarcal”	45
3.2.3	Tipos de abusos	46
3.3	EXPRESIONES PSICOLÓGICAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL	49
3.3.1	Indicadores de Abuso sexual en personas con discapacidad intelectual	52
3.3.2	Consecuencias del abuso sexual	54
3.3.3	Las Fases del abuso sexual y sus consecuencias comportamentales y psicológicas	55
	CAPITULO IV: ESTUDIO DE CINCO CASOS DE JÓVENES QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL	63
4.1	PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS 5 CASOS ESTUDIADOS EN LA INVESTIGACIÓN	64
4.2	FICHA Y ENTREVISTAS CON LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CASO	104
4.3	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	124
	CONCLUSIONES	135
	RECOMENDACIONES	140
	GLOSARIO	144
	BIBLIOGRAFÍA	152
	ANEXO: Escalas de Evaluación	158

ABUSO SEXUAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL
“Estudio de 5 Casos de jóvenes con discapacidad intelectual
con presunción de abuso sexual”

*“Comienza haciendo lo que es necesario;
después, lo que es posible y,
sin darte cuenta, estarás haciendo lo imposible”
San Francisco de Asís*

RESUMEN

Las condiciones de atención a personas con discapacidad si bien han ido mejorando en los últimos años, no se puede considerar que el tema del maltrato, violencia y abuso sexual en esta población no sea un tema pendiente en nuestra sociedad, siendo así que la meta prioritaria de esta investigación, es el estudio de los factores que integran estas problemáticas con especial atención en el tema de abuso sexual, el estudio fundamental de las condiciones de riesgo que sufren las personas con discapacidad intelectual, factores asociados a su situación personal, social, familiar, así como las dificultades que entraña el hecho de que los profesionales no se encuentren capacitados para detectar dichas condiciones y/o expresiones conductuales y psicológicas; y por ende dar credibilidad a las sospechas y en concordancia a ello denunciarlas.

El buscar la prevención y/o detección oportuna de estas situaciones, es la base fundamental de una intervención adecuada y la capacitación de las personas que trabajan en discapacidad no solo para advertir condiciones de maltrato, violencia y abuso sexual, sino que a su vez sus procesos de intervención no promuevan situaciones más vulnerables que las que entraña en sí, la discapacidad intelectual.

El reconocer las condiciones sistémicas de agresión sexual, también puede darnos las pautas necesarias para una intervención más eficaz en dicho campo, el mitificar que una persona con discapacidad no pueda manifestarse, o que a su vez no pueda ser violentada es una de condiciones que genera mayor vulnerabilidad así como la falta de disposición de entidades de atención para dar importancia al tema de la sexualidad y las condiciones adversas vinculadas a ella.

De este modo se presentan cinco casos de personas con discapacidad leve y moderada que fueron presuntamente víctimas de abuso sexual por parte de una persona cercana ellos, su “profesor”, (terapista) lo que nos permitirá observar cómo se dispuso la conducta abusiva y cómo se comporta tanto el sistema en que se encuentran, así como las víctimas del caso.

Palabras Clave: Discapacidad Intelectual; Maltrato; Violencia; Abuso sexual.

SEXUAL ABUSE AND INTELLECTUAL DISABILITY

“Study of five cases of alleged sexual abuse of youth with intellectual disability”

*Start by doing what is necessary,
then, what is possible, and
without realizing it, you'll be doing the impossible.*

Saint Francis of Assisi

SUMMARY

While the care provided to people with disabilities has improved in recent years, the issue of physical and sexual abuse and violence towards this population cannot yet be considered resolved in our society. Therefore, the aim of this research is to investigate the factors related to these issues, with a focus on sexual abuse and the specific risk factors suffered by those with intellectual disabilities and associated with their particular personal, social, and family conditions. The study also examines the difficulties associated with the fact that professionals are not sufficiently trained to detect such conditions and/or their behavioral and psychological expressions and thus lend credibility to the suspicion of such acts, and, in accordance, denounce them.

The timely prevention and/or detection of such situations, along with the training of people that work with disability, are the fundamental basis of an adequate intervention to avoid conditions of physical and sexual abuse and violence, so that processes of intervention do not engender situations of greater vulnerability than that already entailed by intellectual disability, and to ensure the necessary guidelines for more effective intervention.

To generate the myth that persons with disability cannot express themselves, or that they cannot be violated, creates a situation that generates greater risks such as the absence of entities of care to give importance to the issue of sexuality and the adverse conditions related to it.

This document presents five case studies of individuals with moderate disability that were allegedly victims of sexual abuse by one of the persons close to them. These cases allow us to analyze how the abusive behavior came about, and the responses of both the victims and the system in which they find themselves.

Key words: Intellectual disability; violence, physical and sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

Al iniciar un proceso de atención a personas con discapacidad nos vamos enfrentando múltiples problemáticas, por lo que la presente investigación pretende efectuar una aportación de carácter teórico, respecto a mi práctica en un campo laboral, que se desenvuelve alrededor de niños, niñas, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual además de otras formas de discapacidad, en un 70%, con mayor prevalencia discapacidades de base cognitiva, así como otras problemáticas psicológicas. Sin embargo, al prestar atención en consulta externa del Centro de Rehabilitación Médica (CRM1) INFA-MIES, encuentro que no sólo se enmarcan problemáticas unidireccionales de orden cognitivo, emocional y/o comportamental, sino que tomando en cuenta las estadísticas de atención del año 2009 en el área de psicología 15, se evidencia que el 30% de casos atendidos son referidos por presunción de abuso sexual.

Entre los casos atendidos, muchas personas con algún tipo de discapacidad entre ellas de tipo intelectual, han presentado alteraciones en la sexualidad y/o en los comportamientos, en los que parecen reproducir escenas de abuso, o manifiestan excesiva manipulación, desinhibición, falta de inhibición¹, agresiones, siendo éstos algunos de los rasgos que no se expresan dentro de parámetros esperados de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Cabe considerar que la mayor parte de estos pacientes se desenvuelven en dinámicas familiares negligentes, punitivas, violentas; y que estas situaciones pueden considerarse como parte de un proceso que promueve mayores factores de riesgo. Estas reflexiones nos plantean interrogantes de cómo podemos ir identificando patrones comportamentales de personas con discapacidad intelectual y que han sido víctimas de abuso sexual. Para el efecto será también necesario cuestionarse respecto a otros elementos como:

- Las personas que se encuentran en torno a estas dinámicas de abuso sexual
- Relaciones y manejo del poder
- Filiaciones
- Identificación de riesgos

¹ Véase: glosario.

Al estudiar los factores que se encuentran en torno a esta problemática podríamos tener un enfoque más claro en los procesos de identificación de riesgos, intervención terapéutica, incluso judicial; sin tener que descartar los discursos de personas con discapacidad, sino valorando sus expresiones desde un punto de vista psicológico y científico de los casos.

Para facilitar la lectura de la investigación, se ha realizado un glosario que está presentado al final de este documento, que permitirá la aclaración de conceptos técnicos utilizados en relación a la temática.

ANTECEDENTES

En nuestro país encontramos alrededor del 13,2% de personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas), entre las cuales existen aproximadamente 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas, 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas, 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales, y, 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje (CONADIS, 2004).

Según Verdugo, et al (1993); la prevalencia de casos de abuso sexual en discapacidad es mayor que en la población que no lo padece, aunque dichos temas no sean visibilizados dentro de un panorama más real por la falta de denuncia de los mismos, por lo que los caracteriza como una población de mayor riesgo. Dentro de algunas conclusiones de un estudio que fue realizado en España de una muestra de 445 niños, niñas y adolescentes con discapacidad en edades comprendidas de 0 a 19 años de edad, tutelados por la administración y procedentes de la comunidad autónoma de Castilla y León los resultados fueron: 11,5% de maltrato de lo cual el 2% correspondía a abuso sexual, y el 4% por sospecha de abuso de abuso sexual, los autores mencionan que el índice bajo era debido que solo habían dado a conocer datos de quienes realmente se había comprobado el abuso. (Verdugo, 2002)

Otros estudios internacionales muestran que al menos 1 de cada tres personas con discapacidad ha sido violentada de algún modo, y que dos de cada tres mujeres con discapacidad son abusadas o violentadas y uno de cada tres hombres (Kennedy, 1996).

Así mismo se menciona que durante la infancia entre los 6 y once años de edad los niños con deficiencia intelectual sufren con más frecuencia abusos, lo cual aumenta en la adolescencia y continúa en la vida adulta (Furey et al, 1999, Sobsey y Mansell, 1997, citado en Verdugo et al 2002).

El abuso sexual en la discapacidad es uno de los problemas menos investigados por la dificultad que representa evaluar a una persona que sufre esta problemática, dada la imposibilidad que tienen las víctimas para comunicarse, defenderse, a más de que la mayor parte de las agresiones se viven dentro de los hogares por lo tanto existe menos

probabilidad de observarse la compleja relación que existe entre víctima y victimario. Como menciona Verdugo et al. (1993):

“nos encontramos ante un campo de investigación disperso, escaso y con frecuencia carente de rigor científico” (Verdugo et al, 2002: p.1).

Cabe añadir que muchas veces estas relaciones entre “víctima y victimario” pasan desapercibidas por la falta de conocimiento alrededor del tema, y porque aún existen mitos de los cuales se considera casi una imposibilidad que una persona con discapacidad pueda ser violentada sexualmente. Por estos motivos muchos de estos hechos no son denunciados por los sistemas de relaciones de poder y sometimientos dentro de los núcleos familiares o institucionales. (López, 2000)

La literatura empieza a cobrar importancia en nuestro continente en la última década, donde se encuentra una primera aproximación del abuso sexual infantil en casos de discapacidad en un estudio descriptivo de 1999 en Perú por *Save the Children Suecia*, quienes realizaron un diagnóstico sobre la situación de los niños y niñas con discapacidad. Los resultados de este estudio indican que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad están expuestos a mayores condiciones de riesgo, tanto en su integridad física como mental, tanto en el ámbito familiar como en su entorno social cotidiano. Según los testimonios existe gran diversidad de casos desde el maltrato físico, hasta la explotación y abandono, etc.

Este estudio confirma que las instituciones que laboran con discapacidad, raras veces tienen una formación en este campo; y sin embargo, se menciona que son quienes deberían conocer este aspecto, para apoyar en la identificación de riesgos no solo a nivel de abuso sexual, sino de violencia y maltrato, porque si bien muchas de las instituciones apoyan en la prevención, no están capacitados en la identificación de problemáticas de abuso sexual en discapacidad, o a su vez en los procedimientos a seguir, a pesar de constituir un elemento clave a la hora de diseñar programas de protección.

Dentro de nuestro contexto tampoco se han desarrollado investigaciones alrededor del tema de abuso sexual en relación con la discapacidad y no existen datos estadísticos de las situaciones sociales y factores que inciden en la vulnerabilidad y maltrato de los niños y

adolescentes que sufre alguna forma de discapacidad en el país, solamente existen estadísticas poblacionales o la **violencia** como causa de la discapacidad.

Los escasos estudios realizados en este tema y a nivel general se han centrado en:

“...el análisis de los factores que aumentan la vulnerabilidad al maltrato y los factores que aumentan el mismo, lo que hace que éstos estudios no permitan determinar si el nivel de retraso mental, o el deterioro funcional aumenta o disminuye el riesgo de abuso o si las variables de edad, género, situación familiar o social determinan un factor importante dentro de esta problemática” (Verdugo et al, 2002: p. 1).

CAPITULO I

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SEXUALIDAD

1.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual ha evolucionado en las conceptualizaciones a lo largo del tiempo, y ha pasado desde tener un enfoque médico clínico, hasta un enfoque biopsicosocial y ecológico. Este modo de comprender la discapacidad descarta una visión psicopatológica y se funda ahora una comprensión desde las necesidades de apoyo e inclusión, así como desde un concepto social educativo, concebido a partir de las diferentes esferas que lo sostienen, es decir desde el campo biológico, hasta su forma de situarse socialmente. (CIF; 2001)

En este contexto se han conformando enfoques positivos y se ha generando una mejor comprensión de la discapacidad intelectual que deja de ser vista como una situación “rara”, evitando criterios homogenizadores que conllevan al juzgamiento, la condena y al estigma de personas “anormales”.

Inicialmente según la OMS (1980) se definía a la discapacidad como toda restricción o ausencia debida a una deficiencia e incapacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera “normal” para un ser humano, sin embargo este concepto reduce el campo de visibilización de la discapacidad, razón por la cual en el año de 1992 la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR) definió la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

“La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad” (Verdugo, 2002: p. 5).

Según la Clasificación Internacional de la Funcionalidad la discapacidad se define como:

“el resultado de la interacción entre una persona con una disminución y las barreras medioambientales y de actitud que esa persona puede enfrentar”. Posee una estrecha relación con los componentes de salud y

con los factores contextuales, personales y ambientales que influyen y condicionan la calidad de vida” (CIF, 2001: p. 262).

Los criterios fundamentales expuestos en el DSM IV TR² definen a la discapacidad intelectual como:

“aquella capacidad intelectual inferior al promedio, es decir un coeficiente intelectual de 70 o inferior según baterías de evaluación de la capacidad intelectual o a su vez de acuerdo a la observación clínica (rasgos específicos de adaptación, y funcionalidad con respecto al medio donde se desenvuelve, significativamente inferior al promedio” (DSMIV TR, 2005).

Se presenta de este modo bajo la forma de déficit y/o alteraciones esperadas de acuerdo al nivel cultural, edad del sujeto, estas dificultades se manifiestan alrededor del campo comunicacional, en el cuidado personal, en la vida doméstica, en habilidades interpersonales y utilización de recursos sociales y comunitarios, en el autocontrol, en habilidades académicas funcionales, trabajo, salud, seguridad, entre otros.

De esta forma se propone un modelo ecológico que abarca una perspectiva situacional y no meramente rasgos de funciones mentales superiores. Así la apreciación de la situación de la discapacidad intelectual se ve influenciada por la personalidad del sujeto, su vida cotidiana, así como sus relaciones familiares, además de las condiciones socioeconómicas que determinan de cierto modo su realidad como la de cualquier individuo.

1.1.1 Discapacidad intelectual vs coeficiente intelectual

La clasificación propuesta es la siguiente:

CUADRO N°1

TIPOS DE DISCAPACIDAD Y COEFICIENTE INTELECTUAL

DISCAPACIDAD INTELECTUAL	COEFICIENTE INTELECTUAL
<i>LEVE</i>	<i>50–55 Y 70</i>
<i>MODERADO</i>	<i>35–40 Y 50–55</i>
<i>GRAVE</i>	<i>20–25 Y 35–40</i>
<i>PROFUNDO</i>	<i>Inferior a 20–25</i>

Fuente: DSMIV TR, 2005.

² Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales IV. Texto revisado. (DSMIV TR)

Para el efecto de la presente investigación presentaremos las características generales de la discapacidad intelectual en sus formas leve y moderada, planteadas desde el DSM IV TR (2005).

1.1.2 Características de la discapacidad intelectual leve

Las características que se presentan en la deficiencia intelectual leve son aquellas cuyo coeficiente intelectual se sitúa entre 50–55 y aproximadamente 70, lo que incluye al 85% de las personas afectadas por alguna deficiencia intelectual.

Uno de los datos importantes respecto a estas personas es que suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años pre-escolares, con gran cercanía a la normalidad, y con desfases mínimos, lo que a veces hace un difícil diagnóstico en los primeros años.

En tanto, el problema se advierte hacia el inicio de su escolaridad en pre básica o primer año de educación cuando sus aprendizajes se instauran de forma más lenta que sus compañeros.

En los primeros años casi no existen insuficiencias en las áreas sensoriomotoras, pasando desapercibidas conforme a que no se manifiestan con un deterioro significativo con respecto al promedio. Con regularidad pueden ir adquiriendo conocimientos hasta un máximo de un sexto año de educación básica con dificultades (y con adaptaciones curriculares de acuerdo a su perfil cognitivo).

Durante su vida adulta las personas deficiencia intelectual leve, poseen habilidades sociales regulares e incluso en el orden ocupacional y laboral, se desempeñan de manera adecuada desde sus procesos de autonomía e independencia adquiridos, tareas que desempeñan con supervisión, observación y guías, en sus trabajos se desarrollan según destrezas prácticas y mecánicas, siempre y cuando no sean regidos por planteamientos complejos.

Por lo general pueden llegar a desarrollar una vida autónoma y con supervisión y logran actuar conforme a las normas en espacios sociales y en la comunidad. No requieren

de apoyos en actividades de la vida diaria como vestido, aseo, alimentación, organización de sus pertenencias entre otros. (DSM IV TR, 2005)

1.1.3 Características de discapacidad intelectual moderada

En este tipo de deficiencia, el coeficiente intelectual se sitúa entre 35 – 40 y 50 - 55 y constituye alrededor del 10% de la población que presenta deficiencia intelectual. Suelen adquirir habilidades de comunicación (lingüísticas) durante los primeros años de la niñez con menores destrezas en el habla pero, en algunos de los casos con una comunicación fluida acorde a su edad mental.

Pueden adquirir una formación ocupacional aunque requieren una supervisión regular, además pueden atender su cuidado personal con ayuda y orientación.

Por otro lado requieren de un mayor adiestramiento en habilidades sociales y laborales aunque pueden realizar actividades de este orden, sin embargo es improbable que superen más allá de una educación de segundo año de educación general básica en el orden académico.

En la adolescencia las personas con deficiencia intelectual moderada, presentan dificultades para el reconocimiento de las normas sociales lo que interfiere en las relaciones con otros, sin embargo el adiestramiento en normas generales les permite una mejor adaptación. En su adultez son capaces de realizar trabajos no cualificados siempre con supervisión adecuada. (DSM IV TR, 2005)

1.2 SEXUALIDAD

La sexualidad es parte del desarrollo de todo ser humano, siendo así un conjunto de factores emocionales y conductas sexuales que marcan de forma decisiva al ser humano, siendo un componente más de la personalidad del individuo, lo cual se va marcando desde el nacimiento y en todas las fases de su desarrollo.

Como menciona Cala et al. (2006) en su documento de “Desarrollo De La sexualidad En La Discapacidad Psíquica”:

“La sexualidad entonces comprende tanto el impulso sexual (dirigido a la reproducción como al goce) como a la identidad corporal-personal, expectativas de rol social y de relación con los demás” (Cala et al, 2006: p. 248).

Es así que veremos plasmada la sexualidad más allá de la generalización de la sexualidad, que abarca una construcción como sujetos y como es dada específicamente en las personas con discapacidad intelectual leve y moderada.

1.2.1 Desarrollo psicosexual en la discapacidad intelectual

El desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual no es específicamente distinto de las personas que no la padecen, la dificultad en tanto, va radicando en que sea permitida la expresión sexual adecuada de estas personas, en función del grado de discapacidad.

Las temáticas de sexualidad en la discapacidad carecen de un marco teórico de referencia, documentado como si estuvieran encubiertos tras tabús sociales. Sin embargo, al negar la existencia de una sexualidad propia de las personas con discapacidad intelectual negamos también su existencia como sujetos que gozan de necesidades y deseos.

Así mismo, las construcciones de lo “normal y anormal” respecto a su sexualidad en gran medida son discursos que vienen dándose como tema de silencio en nuestra sociedad con la consecuencia en que se no reconocen sus procesos de desarrollo, se los infantiliza o se los trata como personas asexuadas, (es así que las conductas sexuales se las elimina en su expresión, sea por miedo, o por verlo como anormal). (García, 1990).

Sin embargo, las manifestaciones de carácter sexual expresan una variedad de necesidades físicas, así como las dificultades para darles forma y encontrar una satisfacción, por ello se explican las dificultades en el establecimiento de una sexualidad “normal”, por las características propias de sus capacidades diferentes en particular a lo que se refiere a la adquisición de la identidad sexual, en las trabas para expresar y comprender los sentimientos, deseos y afectos de los otros. Por ende, su experiencia en el campo de la sexualidad es muy limitada y la mayoría de sus relaciones se dan en entornos protegidos, con familiares y con personas de otras edades.

En general, sus relaciones afectivas dependen de su desarrollo emocional y relacional, es decir de su capacidad de empatía, de mantener relaciones amistosas, de su capacidad para recibir y dar afecto, es decir todo lo que condiciona su participación en las interacciones sociales.

A continuación iremos desglosando varios aspectos de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, intentando definir varios parámetros que permitirán visibilizar la construcción de su sexualidad. Es preciso tomar en cuenta que depende de entre muchos aspectos su vida emocional, social, familiar, educativa y no sólo debe ser observado como un proceso biológico.

1.2.2 Desarrollo sexual e influencia social y afectiva

La sexualidad no representa una construcción “genitalista” que depende únicamente de impulsos sexuales, si bien la pulsión sexual es un factor inherente a todo ser; la sexualidad y su expresión desde un modelo constructivista, está definida por las construcciones socio-culturales e históricas constituyendo una dimensión diferente y no generando además la posición biologizada del comportamiento sexual; para ello cabe recalcar que existen **conductas** “sexuales” lo cual evidencia que es influido de aprendizajes mediados por su desarrollo evolutivo y las etapas en las cuales se encuentra un individuo y reconociendo que las personas con discapacidad leve y moderada tienen una capacidad social que les permite un desenvolvimiento con mejores pronósticos, lo que implica que sus aprendizajes pueden ser instaurados con mayor facilidad en base a su entorno y su realidad.

Para ello nos fundaremos en el postulado de Frank (2004) quien menciona que:

“La sexualidad depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor; la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales el desarrollo de la sexualidad es esencial para el bienestar personal y social”. (Frank; 2004: p.134).

La sexualidad entonces se presenta como una suma de variaciones en el campo fisiológico inmerso en los procesos de desarrollo del sujeto al igual que en personas con discapacidad intelectual.

En la etapa de pubertad, dichos cambios generan la aparición de la actividad sexual, aumentando la pulsión sexual, así como los niveles de testosterona en los hombres, lo que es asociado con intereses de orden sexual de lo cual depende su actuar, sin embargo ello se sujeta a su sistema hormonal y además está relacionado en gran medida con factores de tipo social, de modo que una conducta sexual se ve influenciada por las condiciones socio-educativas, las cuales sostienen un espacio de relación abierto, con oportunidades de relación afectiva con pares u otros. (Udry et al. 1986)

Además quienes tienen una imagen de mayor madurez física determinan un cierto tipo de trato, por lo tanto tienen un comportamiento y acercamiento sexual distinto, es decir que les es permitido una mayor expresión de su sexualidad en relación con quienes no manifiesten dicha madurez visible, lo que explica que la expresión de su sexualidad se dé más temprano que a quienes se los reprime por su inmadurez física, considerando que se les brinda un trato más infantil, a pesar de tener similares capacidades cognitivas, de esta manera se fomenta una dilación en la oportunidad de explorar su desarrollo psicosexual frente a sus pares en la etapa de pubertad y adolescencia.

Estas condiciones visibilizan que la expresión sexual no depende solamente de factores hormonales sino de cómo el medio social estimula, los ubica así como de las normas que se instauren en su entorno. (Clemente, 2006)

Los grados de dependencia que se van generando en el desarrollo de la persona y será directamente proporcional al nivel de gravedad de la discapacidad intelectual. A su vez las conductas y expresiones sexuales serán dadas en función del medio, experiencias y expresión-educación de las conductas; dependerán del mundo afectivo del discapacitado mediados además por las lesiones estructurales y funcionales que tuvieren.

Desde un enfoque integral el desarrollo sexual no se deviene desde las perspectivas de reproducción, se puede ir observando los factores no solo de las demostraciones afectivas, sino las carencias en esta área, como las posibles “soledades”, la búsqueda de

vínculos como un camino a la normalización de las relaciones sociales y afectivas, búsquedas propias de la adolescencia, pero aquí se ven influenciadas por las condiciones sociales inherentes de las conductas de la sociedad hacia las personas con discapacidad que implican mayores condiciones de distanciamiento o aislamiento al no comprender “diferencia”, o por la falta seguridad, sentimientos de minusvalía que presentan al reconocerse (las personas con discapacidad) como distintas.

Entre otros desfases en la vida psíquica de los sujetos con discapacidad intelectual se pueden observar los ritmos y las cadencias del impulso sexual, sin embargo estos no están alterados en concordancia con las personas de su edad o “normales”, sino que dichas condiciones psicosexuales se expresan en un ritmo más lento o después de lo esperado, es decir, su interés por el sexo suele darse al tiempo de sus pares o un poco más tarde de acuerdo a su procesamiento mental y fisiológico, y se lo visualiza como una dificultad, tomando en cuenta que siempre se los compara con la edad mental aproximada o con la idea de infantilización con que se los mira, pero los intereses vienen dados en igual orden, aumentado su interés por el sexo opuesto según sea su crecimiento y entorno. (Cala, 2006)

Desde esta perspectiva, la conducta de los adolescentes con discapacidad intelectual no está exenta de sus propias expectativas ya que no son exclusivas de su madurez biológica, sino mas bien del sistema y el contexto en que se desarrollan, así como también de diversos aspectos que surgen de la imitación que perciben de su medio y forjan así parte de su proceso conductual, aunque indudablemente suelen carecer de un sentido o razonamiento específico y profundo alrededor del tema.

Según algunos aportes emitidos por Rodríguez y Domínguez (1994) en estas interrelaciones entre el síntoma y el trastorno orgánico se intercala una construcción cognitiva basada en la experiencia cotidiana. He allí que se desarrollan sus códigos sociales y de conducta frente al medio, programando su práctica social diaria basada en sus vivencias, ya que dentro de estas experiencias se definen modelos de aprendizajes fijados desde lo receptado continuamente, confirmando la tesis en que a pesar de los niveles psicopatológicos de los sujetos con discapacidad intelectual, éstos son frecuentemente mediados por su autoimagen y estima, misma que se construye a partir de lo que viven frecuentemente y esto mediado por sus capacidades cognitivas y afectivas, y por supuesto de acuerdo a sus niveles de dependencia. (Clemente, 2006)

1.2.3 Caracteres de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual leve y moderada

El comportamiento sexual se funda primariamente en lo biológico, el desarrollo filogenético y el desarrollo de áreas cerebrales y conexiones específicas ligadas al comportamiento sexual constituyendo una base neuroendócrina. Como hemos explicado anteriormente también se basa en la vertiente sociocultural que orienta el desarrollo psicosexual de los sujetos y modela su comportamiento, estableciendo un condicionamiento psico-socio-cultural aportando una dimensión relativa a los mismos factores.

De igual modo se van manifestando en las personas que presentan discapacidad intelectual, lo que descarta la antigua posición en que el discapacitado no “debe tener posibilidades de expresión de su sexualidad”; considerando que, hacia no menos mediados del siglo XIX aún se creía en las posibilidades ovariectomía o castración como una posibilidad para impedir las agresiones sexuales que podrían ejercer las personas que presentaban déficits intelectivos, sin reconocer las capacidades que tenían dichas personas, o a su vez se presentaba la instrucción tácita de la represión de la masturbación. (Flores y García, 2006).

Ahora bien, los estudios actuales se remiten desde la aproximación de que las personas con deficiencia intelectual tienen posibilidades de desarrollo de acuerdo a las características de cada subtipo, en el caso que nos compete, las personas con discapacidad intelectual leve como “educables”, y en la discapacidad intelectual moderada como: “entrenables” reconociendo sus capacidades residuales que les permiten aprendizajes de acuerdo a sus habilidades tanto cognitivas como sociales.

Manifestaciones sexuales en la discapacidad leve y moderada

Aunque una persona presente una condición y/o etiqueta de discapacidad intelectual lo que significa una capacidad o inteligencia lógica menos desarrollada, no implica que su inteligencia emocional se encuentre al mismo u otro nivel, como manifiesta Daniel Goleman (1997) en la teoría desarrollada de inteligencia emocional. Indudablemente, la

discapacidad intelectual tiene una gran influencia sobre el desarrollo integral, sin embargo ésta no impide en muchos casos el desarrollo de la capacidad emocional en relación con el desarrollo psicosexual del sujeto.

Por este motivo entendemos por qué las personas sobre todo con discapacidad intelectual leve y moderada, tienen una alta posibilidad de instaurar relaciones socioemocionales más próximas a la “normalidad”.

Según Cala, et al (2006) en su documento de **Desarrollo De La Sexualidad En La Discapacidad Psíquica** mencionan frecuentes manifestaciones sexuales según el grado de discapacidad como:

Manifestaciones sexuales en la discapacidad leve

- Las manifestaciones pueden observarse dentro de la normalidad, sin embargo con una actuación más lenta o tardía con respecto a sus coetáneos.
- Su nivel comprensivo es equivalente al de adolescente 12 y 13 años de edad, por lo que sus aprendizajes acerca de los hábitos respecto a su sexualidad pueden ser adquiridos con mayor facilidad.
- Son susceptibles de adquirir capacidad de autocontrol
- Sus expresiones sexuales suelen ser bastante normalizadas y dependen de sus experiencias previas

Manifestaciones sexuales en la discapacidad intelectual moderada:

- Aunque en general tienen menos habilidades que los leves son educables, pudiéndose entrenar en hábitos correctos, así como aprender sobre sus cuerpos, deseos y sentimientos.
- Gran parte de las conductas que manifiestan son más producto de la imitación, más que de la iniciativa propia.
- Sus manifestaciones más frecuentes son la masturbación y manipulación de genitales.
- Sus relaciones pueden ser homosexuales o heterosexuales, dependiendo en gran medida de sus experiencias y circunstancias ambientales. (Cala et al, 2006: p. 250-253).

Identificación sexual

Los aspectos biológicos considerados en el marco de la discapacidad intelectual, se aprecia no solo las condiciones físicas sino además su interacción con lo psicosocial por lo que la identificación sexual enmarca uno de los aspectos más importantes para el reconocimiento de dicha esfera.

La identificación sexual juega un papel importante en el reconocimiento de sus propios genitales, en la capacidad de percibirlos, de reaccionar frente a la masturbación propia de procesos de percepción de su cuerpo, así como la identificación de género.

Desde lo biológico se reconoce que las gónadas al momento del nacimiento son normales (al menos en personas que no presentan condiciones sindrómicas específicas) pero en el desarrollo presenta una desviación mostrando un retraso significativo en el desarrollo del sujeto con discapacidad intelectual, es decir que su desarrollo se perturba en la vida adulta.

La deficiencia neurobiológica presentada por estos sujetos incide en la organización de las relaciones psicosexuales, las cuales serían semejantes a las de un niño “normal” pero con una aparición tardía y las cuales dependerían de la identificación sexual que tenga el sujeto. (Flores y García, 2006)

El establecimiento de la identificación irá en función de la crianza de acuerdo al sexo biológico y al sustrato neuroendócrino compatible con el mismo.

Otro de los aspectos importantes en el desarrollo sexual es la elección del objeto sexual producto de la identidad y de una determinada experiencia en la expresión sexual preliminar, como adiestramiento previo al ejercicio adulto de la sexualidad de acuerdo al clima que favorezca su integración de la evolución psicosexual.

En última instancia se debe considerar la relación de pareja y orientación que tenga el sujeto de acuerdo a las experiencias vividas en su entorno para la interacción sociosexual. Lo que define el comportamiento del sujeto que recrea un desarrollo cercano a la normalidad pero distinguiéndose con una evolución más lenta propia de su desarrollo neurobiológico que lo determina.

Expresión sexual

Es preciso no generalizar los comportamientos sexuales o expresiones de las personas con discapacidad intelectual, considerando que dicha población corresponde a un grupo heterogéneo de acuerdo a la etiología de los casos, el perfil en tanto no atañe a todos

los casos, sin embargo las expresiones se pueden prever de acuerdo al grado de severidad de los mismos, como una aproximación a las características clínicas que los definen.

En el retardo mental profundo se expresa de acuerdo a una actividad sexual primitiva, de tipo masturbatorio, en condiciones estereotipadas.

Las conductas “delictivas” no suelen aparecer con frecuencia en personas con discapacidad intelectual, sin embargo las conductas de tipo masturbatorio, exhibicionista o voyerista no obedece a una práctica de perversión de los sujetos con discapacidad intelectual, son pocos los casos detectados como perversiones específicas en dichas condiciones, más bien obedecen al manejo inadecuado de dichas expresiones dentro del hogar, mismas que han sido coartadas dentro de sus espacios protegidos o permitidas y no educadas o adiestradas dentro de estos espacios.

Muchas de las personas con discapacidad intelectual leve y moderada pueden mantener vínculos afectivos duraderos y pueden experimentar el deseo claro de formar una familia y tener hijos, en el caso de las personas con deficiencias leves podrían presentar capacidades para la crianza; los argumentos positivos y negativos que de ello se devienen son estudios y juicios relativos a la calidad de vida que les pueden ofertar, más no a las capacidades cognitivas y afectivas de mantener un vínculo con los mismos. (Flores y García, 2006).

Es frecuente que la sexualidad se exprese con mayor frecuencia a través de caricias y simpatía por su par, y la idea de matrimonio versa en función de la fantasía, mas no en las condiciones de responsabilidad que la sustenta.

Las posibilidades de lograr una vida sexual regular en las personas con discapacidad intelectual entonces, dependerá de su capacidad cognitiva y por ende de sus funciones neurológicas, así como de su competencia social, educativa, laboral y de convivencia.

Problemas sexuales

Es importante destacar que las problemáticas de orden sexual o disfunciones sexuales deben comprenderse como un aspecto de la conducta que puede o no ser afectado por una enfermedad física o mental.

Dentro de las problemáticas más significativas en la población con discapacidad intelectual se encontrarán:

- Conductas sexuales propias de personas más jóvenes, lo que promueve la falta de ajuste dentro de un grupo cronológicamente coetáneo (desnudarse en público, tocamientos, masturbación en lugares no apropiados, expresiones afectivas efusivas, entre otras).
- Exploración de sus necesidades sexuales dentro de conductas hetero y homosexuales
- Conflictos familiares/ parentales respecto a las expresiones sexuales de las personas con discapacidad intelectual y condiciones de desarrollo diferentes a las esperadas según la edad. Encontrando conductas sobreprotectoras, desexualizantes, no aceptación de la sexualidad o intolerancia respecto de sus hijos.
- La expresión sexual visualizada como “problemática sexual”
- Dependiendo de los niveles lesionales funcionales u orgánico cerebrales conductas que se manifiestan en función de las áreas cerebrales comprometidas, lo que determinan problemas específicos diferenciales, que para el efecto deben estudiarse por cada caso. (Flores y García, 2006)

Se deben reconocer en tanto dos tipos de problemáticas importantes como son problemas psicosexuales mayores y menores.

Los problemas menores dependerán de las características de desarrollo de los sujetos, es decir de los niveles de evolución de las conductas psicosexuales propias y que dependen de su sistema de educación dentro de lo familiar y escolar-social, asuntos que de acuerdo a una orientación a sus tutores el manejo tendrá un desempeño adecuado, por ejemplo características del impulso sexual (rasgos que tanto en sujetos “normales” como aquellos que presentan discapacidad intelectual) lo que con su adecuado manejo se

reorienta la conducta a un mejor proceso, entre otros rasgos son el “amaneramiento”, curiosidad sexual y masturbación.

Los problemas mayores se podrán identificar:

- Alteraciones en la identificación sexual
- Disfunciones sexuales (impotencia, frigidez)
- Parafilias (masoquismo, voyerismo, fetichismo, etc)
- Dificultades para definir su orientación sexual

Dentro de estos aspectos ninguno es relevante o tiene una asociación propia de las personas que presentan discapacidad intelectual.

Concluyendo este ámbito podemos denotar que la expresión de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual se presenta de forma más tardía, mientras más profunda sea su deficiencia intelectual su expresión sexual será menos elaborada al no alcanzar vinculaciones interpersonales afectivas.

CAPITULO II

LA VIDA AFECTIVA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

“ ...hemos de preguntarnos por el mínimo de exigencias a las que es necesario que responda el Padre Real para que comunique, para que haga sentir, para que trasmita al niño la noción de su lugar en el orden simbólico. ¿Que es un padre?, es la interrogación de orden simbólico que tiene que emerger en el niño para que este se inserte de manera satisfactoria en el mundo humano”.
Lacan, El Seminario XXI

2.1 VÍNCULO AFECTIVO Y DISCAPACIDAD

Se puede considerar que los sujetos con algún tipo de discapacidad sea psíquica, sensorial o física, suponen ser una población de alto riesgo, en la medida en que sus familias constituyen una gran fuente de estrés, debido a la falta de comprensión por parte de la sociedad ante la discapacidad, y de algún modo situándose un aislamiento de la familia o del sujeto que padece la deficiencia.

Existe además un desajuste entre las expectativas de los padres desde su “hijo ideal” hasta llegar a la comprensión del hijo “real”, porque a menudo sus padres desconocen sus caracteres o necesidades específicas, o lo que pueden esperar de él, y de los cuidados especiales que se lían alrededor de su desarrollo.

La familia que tiene un hijo con discapacidad va así afrontando diversos factores movilizados desde el primer encuentro con la sospecha de que algo no cursa con normalidad hasta el momento diagnóstico, Caplan definió a esta crisis como:

Un período de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias peligrosas o inesperadas; esas circunstancias constituyen para el sujeto un problema importante que por el momento no puede evitar ni resolver con los recursos acostumbrados. (Cavani, 2010: p. 2).

Dichos recursos influirán directamente en la asimilación de la realidad o de lo que se comprenda de ella, lo que a su vez incidirá en los procesos vinculares no sólo de los padres hacia el niño, sino entre los diferentes miembros de la familia, lo cual será procesado según la persona y la familia, así como su capacidad para responder ante las circunstancias. Este proceso enfrenta dos líneas coexistentes pueden traducirse en la

aparición de mayores problemas psíquicos y vinculares o la dirección al afrontamiento del problema.

2.1.1 Procesos de aceptación

Como mencionamos anteriormente el diagnóstico de un hijo con discapacidad en cualquiera de los casos se afronta a través de una crisis accidental que produce impactos tanto a nivel vincular como psicológico, y esto a su vez en las distintas etapas del ciclo vital.

Cuando aparece con el nacimiento, supone un shock en la familia rompiendo así las expectativas sobre la imagen del hijo deseado o esperado, y las fantasías que se habían alimentado dentro de la etapa gestacional se desvanecen. Cómo afronte la familia dicha situación atenuará o acentuará la vivencia y el vínculo con el niño. Más aun cuando hablamos de personas con deficiencia intelectual leve o moderada, considerando que la discapacidad se hace claramente manifiesta en años posteriores aletargando el proceso de aceptación o manifestando una negación mientras el niño crece.

En los primeros años solo se evidencia un desfase comúnmente “no significativo”, y las familias no asimilan los niveles de deficiencia del niño sino hasta cuando entran a una etapa escolar y la discapacidad se hace evidente, es entonces cuando empezarán a enfrentar el “problema”.

Como sea, ante un diagnóstico específico, inicia un proceso de culpabilidad, sentimientos de rechazo, aceptación, los cuales se mezclan de manera incesante, buscando respuestas y causas, explicitándolo como una agresión del destino, lo cual es transferido a la persona que tiene la discapacidad, quien vivencia que existe una parte de sí mismo como indeseable. Partiendo de este proceso las familias inician un recorrido por diversos especialistas, esperando mejores respuestas o, al menos un diagnóstico más aceptable o reconfortante, o simplemente la evasión del hijo y un posible abandono, sea simbólico o real.

Las fases establecidas dentro del proceso del impacto de la noticia descritas por Jasso (1991) se mencionan las siguientes:

- **Choque-shock:** lo que provoca incredulidad ante la situación

- **Negación**, al no aceptar la realidad. En estos casos se presenta una fijación en una de las etapas del shock, con el propósito de inhibir el dolor como si estuviera ausente, porque las reacciones afectivas y cognitivas resultan demasiado dolorosas. Las personas que están atravesando por este tipo de duelo, parecen controladas y autosuficientes.
- **Depresión**: percibiendo la situación con enojo y tristeza, manifestándose propiamente el duelo del hijo “ideal” por el hijo “real”. Entendida como una tristeza crónica que invade a toda la persona, y afecta las relaciones que establece con los otros.
- Aceptación
- Reorganización

Dichas etapas no siempre aparecen en un tiempo y en el orden definido, existen familias o personas que pueden quedarse estancadas en alguna de las etapas por largos períodos de tiempo, o incluso jamás superarlas. Este proceso no debe verse como un proceso lineal y en ascenso, sino que depende de las posibilidades de las familias en asumir las emociones que recaen en ellas.

Según refiere David Vallejo (2008) en su artículo *“Duelo de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad”*, durante el primer periodo se observan sentimientos que impiden comprender la situación real que lleva a una paralización, vistas como reacciones naturales, establecidas como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, desencadenando mecanismos de defensa como el pensamiento “mágico”.

Entre los sentimientos claramente vivenciados son:

- “Depresión
- Sentimiento de culpa donde se transfieren las sensaciones de culpabilidad hacia sí mismo o hacia el otro, lo que dependerá de varias asociaciones internas frente al rechazo o deseo de muerte del menor.
- Comportamientos reactivos: Algunos padres, en el intento de esconder a sus hijos, llegan a esconderse ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes.
- Vergüenza: El desarrollo del menor, al ser diferente produce sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.
- La continua frustración: por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo”. (Vallejo, 2008: p. 3).

El periodo de aceptación o no, sin duda alguna dependerá de las características de la familia, entre ellos: las características personales y emocionales de los progenitores o padres, antecedentes personales, la forma en que los miembros de la familia hayan enfrentado alguna crisis en su vida, expectativas sobre la maternidad y/o paternidad, expectativas del hijo esperado, expectativas durante el embarazo, calidad de las relaciones en la estructura familiar y su dinámica, relación conyugal, apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social, momento y contexto vital por el cual atraviesan, percepción de la discapacidad, tipo y grado de discapacidad del niño, apariencia, evidencia física, valores frente a la vida, nivel sociocultural y económico, etc.

Ninguno de estos factores actúan como exclusivos para llegar a la aceptación, sino que éstos inciden en la forma de estructurarse y darle una funcionalidad a los diferentes sujetos de la familia. De ello resulta la manera cómo la familia ha de atravesar y elaborar las alteraciones que de la discapacidad se desprenden y que deben ser asumidas, además de la discapacidad en sí misma, como: sexualidad, reproducción, educación economía, organización familiar, redistribución de roles y funciones, cambios en el estilo de vida, establecimiento de nuevas metas. (Cornejo, 2008)

2.1.2 Conflictos vinculares

El nacimiento de un niño con discapacidad afecta a todos los miembros del sistema familiar, a su dinámica interna y su adaptación a una dinámica externa y viceversa. Es así que, dependiendo de las familias, podemos encontrar diversas formas de conflictos que se presentan, por ejemplo a nivel conyugal si bien en algunos casos puede fortalecer el vínculo, en muchos otros puede estar mediado el conflicto por el factor de la culpa ante la situación, lo que genera rupturas conyugales, deserción de uno de los conyugues del hogar y más aun si estos conflictos están precedidos por conflictos previos de los padres que acrecientan más los riesgos de las rupturas.

Asimismo podemos evidenciar que se presentan conflictos a partir de la primacía de la imagen parental sobre la conyugal, dejando de lado la vida afectiva de pareja y relegando a alguno de los miembros, precisamente por la sensación de culpa, lo que hace que los padres o uno de ellos dedique gran cantidad de tiempo al niño o niña; además puede verse evidenciado a partir de los límites extremadamente rígidos en los roles y las

normas que se establecen la familia y de relaciones periféricas que no permiten el ingreso al establecimiento de relaciones más adecuadas. (Núñez, 2003)

Dentro de estas circunstancias aparece notablemente los conflictos padres-hijo en el que se observan varias consecuencias a partir de la culpa o no aceptación, en primera instancia la falta de comprensión, la pérdida del hijo ideal que se encuentra en duelo dicha pérdida, así como las connotaciones que surgen a través de la idea de padre “deudor”, que en la esfera parental, se reviste sus cuidados a través de la necesidad de reparar “daños” con el niño, o a su vez culpabilizar a alguien (padre o madre) y reconstituir lo perdido, surgiendo así padres sobreprotectores, o a su vez el niño aparece como deudor, lo que implica que los padres sean controladores y rígidos lo que le sobre-exige al niño reparar al niño ideal, para que logre cumplir las expectativas.

En el vínculo paterno filial puede manifestarse una ausencia de demandas hacia este hijo, ya que a veces no se espera nada, porque no ha logrado cubrir las expectativas de los padres ni de él mismo (funcionando como una condena a no esperar nada). Es aquí donde en muchos de los casos se corre con los riesgos de negligencias, y abandonos, ya que los modelos de vínculo son mediados por la desilusión o la negación de lo que está sucediendo por lo que se suele excluirlos. (Núñez, 2003)

En otros aspectos también, puede aparecer el proceso de negación o idealización que conduce al modelo vincular en que el niño aparece como un regalo divino, la condición de milagro condicionado por esta distinción. Además pueden coexistir algunos procesos vinculares adversos, como la aparición de uno de los padres como incapacitado en su desarrollo personal, es decir que el padre sacrificará sus oportunidades para equiparar los daños y las “diferencias”, fomentando así la necesidad de que se expongan en igualdad de condiciones y tratar de sanar la culpa; o puede aparecer, que dentro de este contexto los padres se impongan y vivan bajo la etiqueta del diagnóstico (la deficiencia), sin poder visibilizar lo “sano” del niño, es decir que les sea imposible ver los potenciales del menor, impidiendo el desarrollo de otras capacidades que son posibles de estimular.

Entre otras problemáticas podemos encontrar: conflictos entre hermanos por condiciones de atención, celos, necesidad de vinculación con sus padres, o segregaciones de la persona que padece la discapacidad.

Los resultados de un estudio realizado por el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS), dirigido por Gómez González (1998-1999) sobre las familias con hijos menores de seis años con alguna discapacidad, nos da un informe detallado sobre el impacto y la aceptación de las familias de dicho colectivo entre ellos:

“En cuanto a la aceptación o asimilación de la discapacidad, el 56% superan el impacto con un gran esfuerzo, lo que el equipo de investigación denomina asimilación media; el 26% la asimilan positivamente y una minoría, cercana al 17% no terminan de asimilar el hecho del nacimiento de un hijo con discapacidad”. (Sarto, 2002: p. 7).

2.2 FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO Y ABUSO PERSONAS EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Una de las conclusiones más reiterativas entre todos los campos de estudio respecto del maltrato y abuso sexual, ha sido la sospecha, cuando no la certeza, de que la incidencia de casos de abuso sexual en personas con discapacidad física, sensorial o psíquica, es muy superior a la incidencia entre los niños y niñas sin ella. Lo que motiva no solamente el reconocimiento de la problemática sino el irnos adentrando más en este mundo.

Es preciso reiterar que los conflictos que le subyacen a la llegada de un hijo con discapacidad son fuente estrés para la familia y que a su vez representan un riesgo importante ante esta problemática.

“Los estudios han probado que aquellos niños con formas de discapacidad más leves tienen más probabilidad de sufrir abuso y que el abuso más común es la negligencia o el abandono (el 98% de los casos en algunos estudios, asociados a otro tipo de malos tratos). En el caso del abuso sexual, la mayor parte de los casos son perpetrados por personas del entorno cercano o familiar del niño, y estos abusos permanecen a lo largo de la vida, no desaparecen cuando el niño o niña se hacen mayores” (Sánchez, et al, 2002: p. 82).

2.2.1 Modelo sistémico del riesgo de maltrato y abuso

Cabe mencionar que desde este modelo podemos ver que estas problemáticas entrañan una causalidad múltiple con determinados por factores que inciden en cuatro niveles diferentes:

- En el individual (desarrollo ontogenético)
- Microsistema (la familia)
- Exosistema (la comunidad)
- Macrosistema (la cultura)

Nivel individual

Hablamos del desarrollo del individuo mismo que se encuentra basado en la interacción con los otros, desde ahí que la influencia de la experiencia previa que los padres o las familias traen en su historia al momento de establecer su cuidado por el hijo, condiciona el desarrollo del niño; es decir que influyen sus rasgos de personalidad y sus experiencias de socialización (historia de violencia, rechazo, expectativas inapropiadas entre otras), sobre desarrollo del menor.

Microsistema-nivel familiar

Este es el entorno más cercano del niño, el lugar donde se desenvuelve en su diario vivir, con quienes está en contacto permanente y de quienes depende, he aquí donde se hace referencia a las relaciones, interacciones disfuncionales y conflictos.

Exosistema

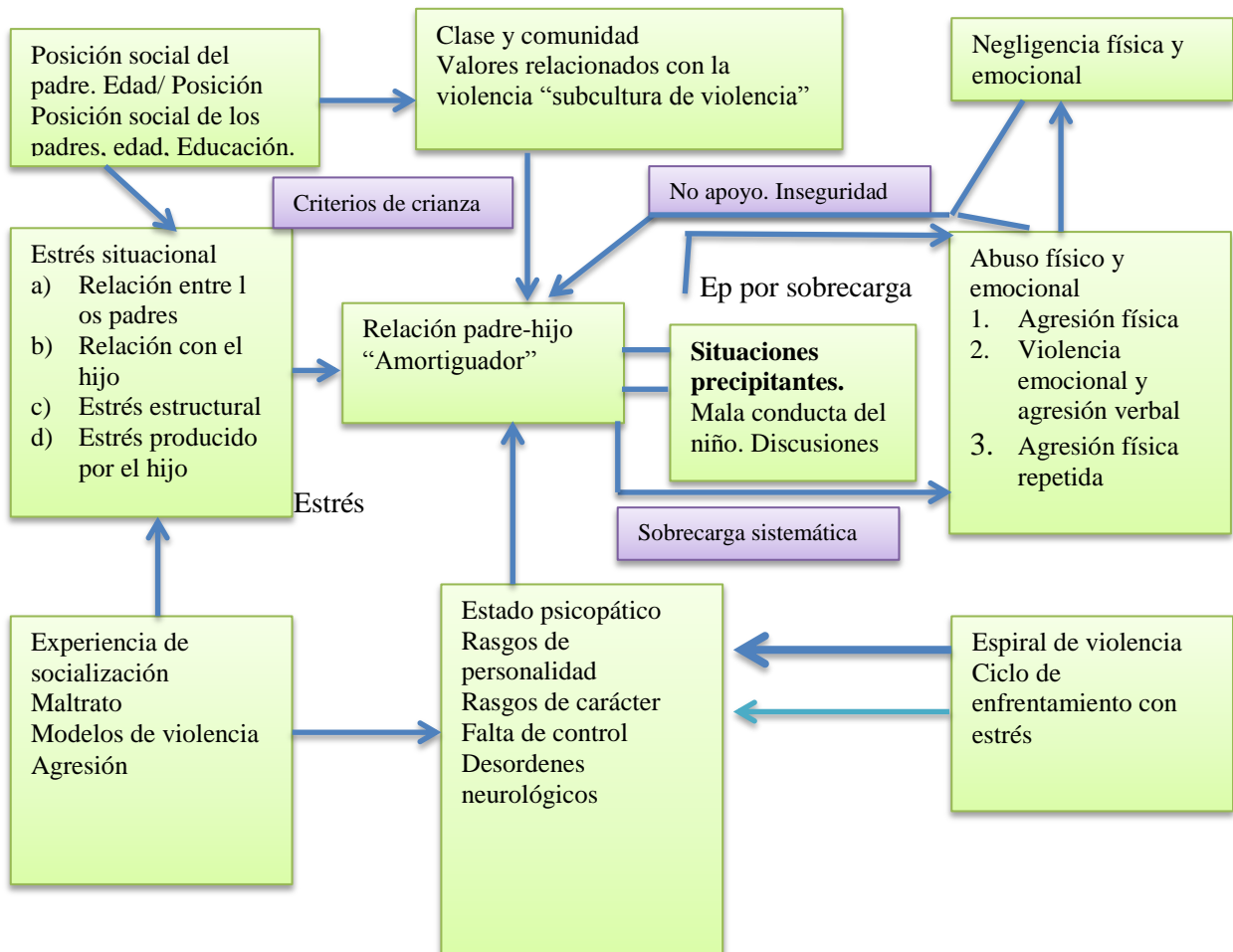
Nos referimos a la influencia del contexto social, es decir los sistemas sociales que rodean al sistema familiar cuyas interacciones configuran las del menor y su mundo relacional. En este caso hablamos de los vecinos, redes sociales informales, escuela, trabajo, amistades entre otros; así como factores socioeconómicos, lo que puede estar configurado por un estrés inmanejable y/o condición social de aislamiento dado por la problemática que entraña la discapacidad.

Macrosistema

Nos referimos al sistema de creencias, los valores, cultura y los modelos de crianza, y las funciones que asumen padre y madre u otros, el cómo conciben los “derechos” y “obligaciones” que determinan un enfoque de la vida individual, lo que incide de manera definitiva sobre el desarrollo del sujeto en el micro y macrosistema (Verdugo, Bermejo. 2007).

Estos cuatro factores son sistemas relacionales que interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias “estresantes” ante los hijos con discapacidad, que pueden promover las condiciones de maltrato, violencia, negligencia, abuso, abandono en cualquiera de sus formas.

GRAFICO N° 1
LAS CAUSAS DEL ABUSO Y ABANDONO INFANTIL



Fuente: Verdugo, Bermejo, “El maltrato en niños y adolescentes con discapacidad intelectual”, 2007, p. 304. / Autor: Gelles, 1973.

Las condiciones estresantes en estos sistemas se traducen en las relaciones conflictivas de los padres, las condiciones que son relativas a los niños, como la separación entre los nacimientos de los hijos, acoplamiento a las particularidades y las expectativas de los padres, el estrés que produce las condiciones en que llegan los hijos, los estados de salud y conducta, el cuidado que conllevan; lo cual enfrenta resultados la negligencia, abusos o hasta el mismo abandono. Una relación que sea estable entre padres e hijos definitivamente amortiguará algunos efectos propios del estrés en estas dimensiones y facilitará las estrategias de afrontamiento por parte de la familia. (Verdugo, Bermejo, 2007).

Entre los factores de riesgo del sistema familiar, existen varios de relevancia como son:

- Discapacidad psíquica en uno o ambos padres
- Consumo de alcohol o drogas en uno o ambos padres
- Historia de maltrato previa de los padres
- Falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño
- Falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia
- Problemas de desarmonía y ruptura familiar
- Desempleo, pobreza
- Falta de reconocimiento del menor (Save the Children, 2007, p 21)

Al visibilizar estas condiciones de manera general nos enfrentamos a ciertas circunstancias que si bien se ejemplifican dentro del maltrato, entrañan también factores a los que se ve expuesto el menor con discapacidad intelectual, sin embargo el tema de abuso sexual va ligado a estas condiciones, ya que lo expone como una persona vulnerable ante las carencias psico-socio-afectivas que de este panorama se devienen.

2.2.2 Factores de riesgo de maltrato abuso sexual en la persona con discapacidad intelectual

Los riesgos prominentes de abuso sexual y maltrato que pueden considerarse como factores que influyen para que las agresiones tengan un terreno de actuación, los cuales estarían dados por:

- Historia previa de maltrato o abuso
- Falta de aceptación del menor con respecto a su familia/ser hijo no deseado
- Abandono
- Introversión del menor

- Autoestima pobre
- Falta de asertividad y sumisión
- Falta de habilidades de autodefensa
- Valoración de los menores como propiedad de los padres o tutores
- Aceptación de castigos corporales por parte de los cuidadores y/o padres
- Se queda solo por periodos de tiempo prolongados, o tiene una supervisión deficiente
- No cuenta con personas de confianza
- Dificultades de comunicación de acuerdo al grado de discapacidad o la carencia de lenguaje y funciones del mismo.
- Dentro de este plano comunicacional se evidencia que muchos de los sujetos con discapacidad, en especial menores de edad, no han logrado tener algún medio comunicacional para hablar de temas referidos a la sexualidad descartando así los recursos comunicacionales para poder denunciarlo.
- Dificultades para establecer distancia social
- Los agresores por lo general los verán con menos poder por su condición de discapacidad.
- Falta de conocimiento sobre sexualidad y cuidados del cuerpo y a su vez en las relaciones interpersonales.
- Muchos de ellos requieren de varios adultos que los apoyen en su cuidado diario (como al ser bañados), lo que conlleva a que no adviertan que hay separaciones entre lo permitido y no permitido, fronteras entre “mi cuerpo y el tuyo”.
- Falta de oportunidades sociales, ya que se tiende a excluirlos, en muchos de los casos por falta de acceso a ciertos espacios, o por “vergüenza”, miedo, experiencias negativas previas (como la falta de aceptación en el sistema educativo), o por escasos recursos; lo que les exige de adiestrarse y discernir en el manejo de afectos, códigos sociales, lo que los vuelve más susceptibles de aceptar “demostraciones afectivas y/o maltratos”.
- Escasos recursos educativos para personas con discapacidad. En su mayoría son las instituciones quienes toman las decisiones sobre lo que debe hacerse respecto a la sexualidad, pero no se trabaja respecto a la educación real de las personas.
- El hecho de representar la idea de: “no te vayas con extraños”. Cabe considerar que gran parte de las agresiones que se dan, fundamentalmente el abuso sexual, se

perpetra por una persona de su círculo social y/o familiar (conocidos). Además la abstracción de este contenido (“no te vayas con extraños”) supone un gran tiempo en que pueda ser parte de sus códigos reales y comprensibles.

- En los casos de discapacidad, no siempre los menores son educados en relación a los órganos sexuales y sexualidad en general, lo que al no tener alternativas de comunicación y lenguaje respecto a sus órganos sexuales, tiene como resultado que los niños no puedan denunciarlo por falta de recursos lingüísticos.
- La absorción de reconocer lo que es el “No”. En la discapacidad, es muy difícil crear el planteamiento de decir no, en primer lugar puede ser que no tenga el recurso verbal o a su vez porque los menores han sido educados para decir sí y obedecer a un adulto.
- Otro de los riesgos es que al ser educados y hasta adiestrados para la obediencia al adulto y al depender de los cuidados de los mismos, no podrán denunciarlos, ya que ello determinaría una confrontación con el adulto que los “protege”. Así mismo no siempre lograrán tener una conciencia clara de la situación anormal en la que viven. Es así que un agresor al ubicarlos en una posición de “minusvalía” con menos capacidad de enfrentamiento, se cree que son menos capaces de denunciar abusos.
- La mayor parte de protocolos de prevención, atención en maltrato y abuso están diseñados para personas sin discapacidad, de modo que no existen adaptaciones para el trabajo con personas con discapacidad. (Cross, M, 2000).

CAPITULO III

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES DEL ABUSO SEXUAL EN CASOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

3.1 ABUSO SEXUAL

3.1.1 Generalidades

Hoy en día no podemos decir que existen medidas objetivas de riesgo de abuso en personas con discapacidad, sin embargo dentro de gran parte de las investigaciones alrededor del tema, se ha llegado a concluir que, las personas con discapacidad constituyen un grupo de alto riesgo frente al maltrato, violencia y al abuso sexual como se menciona en el capítulo anterior.

En general el tema de maltrato y violencia se entiende como aquellos actos cometidos sobre otros “en desventaja”, siendo este un problema social, que afecta no solo a los individuos sino también a sus familias; el mismo que puede ser abierto u observable, o adquirir múltiples formas encubiertas, para ello es preciso reconocer algunas conceptualizaciones entorno a este tema y en relación a la discapacidad intelectual.

3.1.2 Conceptualizaciones básicas de abuso sexual

El abuso sexual es preciso definirlo, por lo que tomo el concepto desarrollado por Barudy quien menciona que:

Implica la imposición a una persona o menor de edad, en base a una relación de poder, de una actividad sexualizada, que propicia su victimización y en la que el ofensor obtiene una gratificación. Esta imposición puede ejercerse por medio de la fuerza física, el chantaje, la amenaza, la intimidación, el engaño, la utilización de la confianza o el afecto o cualquier otra forma de presión (Barudy, 1998: p 160)

Finkelhor (1992) definió al abuso sexual como:

“cualquier contacto sexual entre un niño y un adulto sexualmente maduro (la madurez sexual definida social y psicológicamente) con fines de complacer al adulto; o cualquier contacto sexual con un niño mediante la fuerza, la amenaza o el engaño para asegurar su participación; o contacto sexual al cual un niño/menor es incapaz de consentir en virtud de su edad o por la diferencia de poder y de la naturaleza de la relación con el adulto”. (Del Moral, 2001: p 123).

Aunque este concepto se refiera a las condiciones de abuso sexual infantil, toma específicas condiciones a las que se ven sometidas las personas con discapacidad, ya que se habla de que, el abuso sexual se da entre un **adulto maduro** y una persona que por sus condiciones biológicas y mentales no ha llegado a una madurez equivalente a la de su agresor; es así que las personas con discapacidad intelectual en cualquiera de sus edades pueden ser más susceptibles de los métodos persuasivos, así como de las amenazas, considerando los niveles de madurez frente a agresores.

De entre las formas en las que el abuso sexual se presenta se pueden manifestar: la violación, el incesto, la prostitución, la exposición o participación en pornografía, obligar a tocar o ser tocado, obligar a ver o ser visto, observar acciones sexuales, la penetración anal o vaginal con algún objeto, el sexo oral y otras.

Estas relaciones están basadas en la gratificación personal del agresor, el cual suele encontrarse en una posición de poder frente a la víctima sea por su edad, tamaño, posición o rol social. El abuso es generalmente unidireccional hacia la víctima, sin embargo en ocasiones, puede ser obligada a realizar prácticas sexuales al abusador.

Los tipos de abuso más frecuentes encontrados en la población con discapacidad son (Bailey, 1998):

“**Abuso sexual sin contacto:** lo que incluye acoso, pornografía, posturas e insinuaciones.

Abuso sexual con contacto: tocamientos masturbación y penetración”
(Verdugo et al, 2002: p.126)

3.1.3 Fases del abuso sexual

Dentro de este campo encontramos varias fases que pueden ir determinando el abuso sexual hacia cualquier ser humano, incluyendo a las personas con discapacidad intelectual, teniendo éstas personas un cúmulo menos de herramientas cognitivas para procesar dicha situación. A modo general el abuso sexual se presentan en las siguientes fases:

- **Fase de seducción:** cuando un menor es expuesto a un sistema de comportamientos, que se definen en base a la invitación a juegos o espacios, que le proporcionen al niño un acercamiento de confianza hacia quien es su

agresor; este espacio lo podemos ir definiendo como una “preparación del terreno”.

- **Fase de interacción sexual abusiva:** se puede ir diferenciando de la anterior, ya que en esta fase se inicia el acto de violentación por medio de varios factores, pudiendo o no requerir el contacto físico; sin embargo en esta fase ya se demuestran condiciones sexuales abusivas, como la exposición a pornografía, relaciones sexuales, incluyendo el ser tocado, o ser obligado a realizar actos sexuales como “sexo oral” o la misma penetración.
- **Fase de secreto:** dentro de esta fase el agresor sostiene una serie de estrategias de manipulación psicológica para instalar en el menor “la ley del silencio”, haciendo que sea la víctima quien tenga responsabilidad sobre el abuso.

3.2 RELACIONES DE PODER EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

*“La violencia sexual no solo es un hecho de violencia física
si no violencia moral, de humillación,
ataca la dignidad de la persona,
es un crimen de poder y no de placer”.*
Celinda Zevallos

Al hablar de abuso sexual hablamos de abuso de poder, el cual se ve manifiesto bajo dos condiciones básicas:

- Coerción
- Asimetría

Para ello es importante reconocer que éstos son factores estructurales, fundamentales en la génesis del abuso sexual.

La coerción es cuando el agresor, usa su ubicación de poder, para interactuar con el menor. La asimetría está basada en la diferencia de edad, la vulnerabilidad y la dependencia; lo que impide a la víctima participar en un verdadero intercambio y decidir libremente. Es así que la asimetría, en las relaciones e interacciones de personas con discapacidad con respecto a las personas que no la presentan, está condicionada por la falta

de relación y análisis, evidenciado que las personas con discapacidad intelectual sean consideradas como sujetos “vulnerables”, lo que hace que éstas personas sean expuestas ante su agresor como “víctimas” más fáciles de alcanzar.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra, cuando le obliga a realizar algo que ésta no desea, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima, que impide a ésta, el uso y disfrute de su libertad. Pero igualmente importante es entender que el “poder” no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por otro tipo de factores. El abuso sexual entre iguales es una realidad a la que no debemos cerrar los ojos. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o por que hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aun así, se consideraría abuso sexual. (Save the Children, 2007, p 10)

Entre los factores que exponen a las personas con discapacidad intelectual en una condición asimétrica frente a su agresor en comparación con el resto de la población, se encuentran los siguientes:

- Niveles de dependencia, lo cual les hace mas influenciables
- Condiciones de comunicación deficientes
- Gran parte de la población limitada socialmente es decir: institucionalización, internamiento, escasa incorporación a la vida social.
- Dificultad de vinculación entre los miembros de la familia con respecto a la persona con discapacidad.
- Necesidades de afecto, aprobación y aceptación producto de las relaciones afectivas deficientes.
- Necesidad de pertenencia.
- Dificultad para distinguir entre lo apropiado y no apropiado

Las personas con discapacidad en muchos de los casos, se considera que no pueden tener control sobre sus emociones, sentimientos comportamientos y afectividad, ya que muchas de sus experiencias han sido decididas por otros, de este modo su autoestima siempre se ha visto mermada producto de los mensajes sociales que lo estigmatizan en la “incapacidad” o “inutilidad”, o el mismo hecho de representar que son una carga para otros.

Dentro de estos aspectos, la persona con discapacidad tiende a ser más expresiva en sus afectos, lo que hace que este factor sea tomado como una aceptación ante violentaciones sexuales, incluso si estamos hablando de adultos con discapacidad, ya que su nivel de pensamiento es distinto, diferente en el grado de lograr una representación afectiva, lo que está en consonancia a su estructura mental y no en función de los contextos de violencia.

Otro de los factores que los hace vulnerables y los posiciona con menor poder que su agresor, es que dichas personas no son representadas como testigos creíbles, lo cual es puede ser usado por los agresores como parte del discurso para afianzar el tema del “secreto”. (Dolto, 1990)

Las personas con discapacidad intelectual suelen presentar una gran necesidad de ser valorados y aceptados por los demás, por lo que posiblemente harían lo que se les pidiese, con el fin de obtener la aprobación necesaria de los demás. Estas herramientas se establecen a través de demostraciones de “amor y sometimiento”.

El manejo del poder en tanto se verá ejemplificado por personas que de algún modo tengan “vínculo” con los menores, usando el patrón o rol de adulto protector cuidador o familiar, que les ofrece su contención por sus debilidades afectivas.

Finkelhor menciona que las agresiones dadas por miembros del sistema familiar son más traumáticas que las realizadas por conocidos o desconocidos, ya que implica que el menor sienta que puede traicionar la confianza de su “agresor-protector”, y a su vez se vea mermada su seguridad, existiendo mayores condiciones de culpa ante las posibles divisiones de la familia y entre los miembros, lo cual genera que la coerción sea más fácil de instalarse. (Finkelhor, 1992)

Otra de las condiciones, que aún se usa dentro de los discursos, y que puede ser uno de los factores que sostienen los mecanismos de sometimiento y poder, es el de la “falsa memoria”, lo que minimiza la dimensión y la realidad de la existencia de los abusos sexuales, y reactiva la teoría de la fabulación y la fantasía, para acusar a las víctimas y mantener la impunidad de los adultos en el espacio privado (Barudy, 1998); más aun cuando se trata de personas con discapacidad intelectual, en las que la memoria puede ser

usada como un factor en déficit; sin embargo, no se toma en cuenta es que las personas con discapacidad reconocen y recuerdan, basando su aprendizaje en sus vivencias y experiencias; más todas estos factores, las hace ser víctimas de fácil elección, sobretodo por la dificultad que entraña el informar lo que están viviendo.

3.2.1 Teoría del agresor

Los agresores sexuales hacia personas de menor edad o infantes, en su mayoría son varones (86,6%), aunque existe un porcentaje importante de mujeres (13,9%); se dice que por lo general los agresores sexuales eligen victimas del sexo opuesto; sin embargo se conoce que dentro de las agresiones homosexuales por lo general son realizadas por varones. Dentro de la experiencia clínica y de diversas investigaciones se observa que el 80% de agresores sexuales son conocidos por el niño y muchas de las veces son miembros de su familia. (López, 1995), y de igual modo los agresores también en su mayoría han sido víctimas abuso en su infancia.

Los agresores infantiles son personas que de algún modo han tenido relación con la victima, sólo el 12% de los abusadores infantiles son desconocidos por las víctimas (Alarcón et al, 2009: p. 69). Así mismo no se puede considerar que dentro de los distintos estratos sociales existan más o menos agresores, sino que estos existen en todo estrato. Las estrategias empleadas, según la descripción hecha por las víctimas, son siempre de persuasión y de engaño, logrando sorprender a la víctima que inicialmente no sabe que es lo que el adulto pretende. El recurso de la violencia es poco frecuente. (López, 1995).

3.2.2 Rol de una ideología “patriarcal”

Hasta hace poco tiempo se exponía un rol de una ideología “patriarcal”, mismo que cabe considerarse como un sistema “machista”, en el cual este enfoque jugaba y aún sigue siendo un papel importante en la génesis del abuso sexual, ya que aunque en el devenir se ha ido destituyendo este rol, no quiere decir que haya desaparecido, los hombres tienden a tener un rol de control sobre las familias, las mujeres y niños; jugando así la concepción de la obediencia y sumisión a la autoridad del “hombre”.

En este sistema “patriarcal o machista”, el rol de los hombres por lo general no se cuestiona ante una “cultura dominante”, es a quienes se les atribuye la fuerza, la autoridad, la protección y la competencia; estas concepciones se atribuyen a que la mayoría de los abusadores son hombres, casi todos convencidos de sus derechos sobre los miembros de la familia; las víctimas en tanto, socializadas bajo esta misma ideología difícilmente pueden rebelarse o denunciar al abusador. (Barudy, 1998)

Otra de las condiciones que el “rol patriarcal” tiene como fuente de uso, es el mecanismo simbólico del “padre”, si bien el símbolo paterno es un mecanismo que requerimos los seres humanos para adoptar la relación con el padre; el ser padre tiene además mayores implicaciones que vienen dadas desde el lenguaje, el decir “padre” implica que asumimos que ese “ser” tiene cierto poder sobre el hijo, o más bien, es “la ley”, es quien trasfiere la misma, lo cual va a dar un orden psíquico.

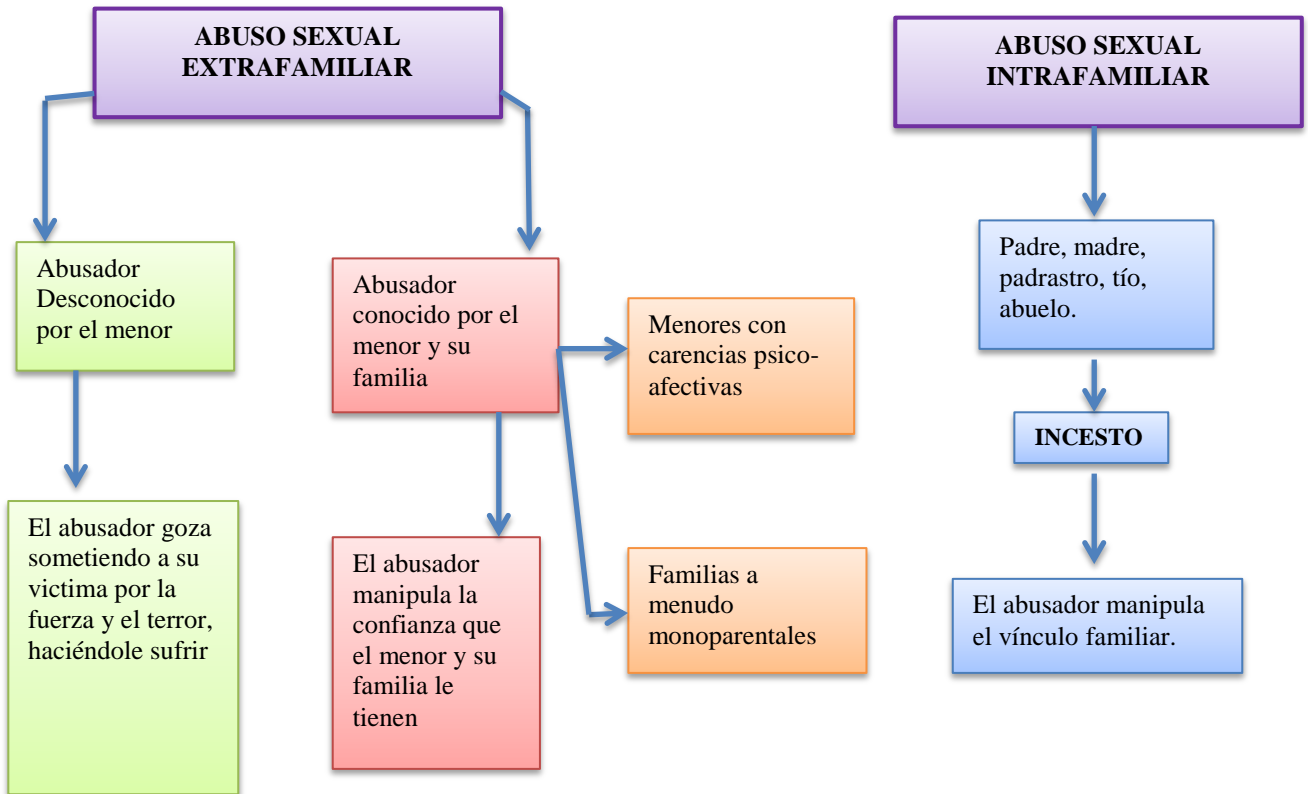
El designar al padre implica que “tiene un lugar frente al otro”, es decir que no es una persona, sino que tiene una “función”; es un lugar que el **lenguaje** de la madre lo ubica, ya que de algún modo, el padre no existe, sino que éste se define si hay una “madre” o un “otro” que lo defina así, y que esté inscrito en su discurso en referencia al hijo. (Naranjo, 2009)

El reconocerlo hace que surja la función simbólica, que admita que puede dar lugar a la transferencia de límites, autoridad, respeto y obediencia. El uso de este símbolo, indudablemente permite que una persona que asuma ésta condición, pueda modelar de algún modo, el comportamiento de “hijo”, o que a su vez inserte un manejo sobre el mismo, pudiendo ser éste un mecanismo de persuasión por “amor” cuando hablamos de abuso sexual.

3.2.3 Tipos de abusos

Al comprender las condiciones que puede ir adoptando el agresor, podemos ir ingresando a la temática de los tipos de abusos a los cuales se pueden enfrentar los menores y cómo se recrean según sus características.

GRAFICO N° 2
DIFERENTES TIPOS DE ABUSOS SEXUALES A MENORES SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE
ABUSADOR Y VÍCTIMA.



Fuente: Barudy Jorge, “El dolor invisible de la infancia”. Barcelona España, 1998, p. 188.

Abuso sexual intrafamiliar

El abuso sexual intrafamiliar es aquel que ha sido cometido contra un menor por un miembro adulto de la familia, en éste ámbito lo llamaremos “abuso sexual incestuoso”, ya que implica que tanto la víctima como el agresor están vinculados por lazos familiares. La agresión incestuosa, se define sobre el carácter forzado de dicho abuso. Siendo así que éste no viene a ser un acto, sino un proceso provocado por familiares a un menor. (Barudy, 1998)

El abuso sexual extrafamiliar

El abuso sexual extrafamiliar se da cuando el agresor es una persona que no es parte de la familia, puede ser una persona conocida para la familia y el menor, o puede ser desconocida para los mismos.

Haremos hincapié en este tipo de abusos considerando la relevancia del tema dentro de esta investigación.

En gran parte de los casos se ha visto que los agresores son varones, existen de este modo varios tipos de agresores que pueden ejercer este tipo de abuso, según Barudy en su libro “El dolor invisible de la infancia” (1998) menciona que, cuando hablamos de un agresor desconocido, nos encontramos frente a:

- **Pedófilos** (parafilicos, en el caso de no hablar directamente de infantes, sino en el caso de menores con discapacidad mental como víctimas), quienes tratan de conquistar la confianza del menor;
- **Sádico perverso:** es quien presenta una estructura de personalidad psicopática, es decir que las víctimas son agredidas con violencia y sadismo, siendo quien somete a sus víctimas por la fuerza. (Barudy, 1998)

En el primer caso se observa que las víctimas, por lo general sienten culpa y vergüenza, por aceptar las conductas persuasivas de los adultos, ya que no comentan a sus padres o tutores lo que están viviendo, mantener el secreto; y por la curiosidad que entraña el permitir que una persona ofrezca de algún modo, un modelo de seducción que inicialmente ellos pueden aceptar sea por sus necesidades afectivas o por no tener mecanismos para discernir entre lo “correcto o incorrecto”.

En el segundo caso las víctimas pueden nombrar al agresor como tal; en este tipo de casos las víctimas no confunden la responsabilidad de su abusador, reconociéndose como víctimas; esto es más raro en menores que han sido sometidos abuso dentro de su entorno familiar.

Agresor conocido por la familia

El agresor en este caso, es alguien que siendo parte del círculo social del menor, tiene acceso directo a los menores, quienes pueden ser tutores, maestros, entre otros; quienes de algún modo son provistos de confianza por parte de los padres o tutores. En diferentes modelos de actuación, son personas que de algún modo se infiltran en los sistemas familiares; sus comportamientos son de tipo pedofílicos-parafílicos manifestando una estructura de personalidad perversa, teniendo intereses sexuales preferenciales por los menores, con un carácter obsesivo; pueden tener relaciones con personas adultas pero no sienten satisfacción con dicha relación.

Para conquistar a los menores utilizan el cariño, la persuasión, la mentira o la presión; de distinto modo que los abusadores violentos (sádicos-perversos), éstos sacan provecho de su nivel de autoridad y de la confianza, que se ha generado con el medio, en este caso con los padres, ya que el clima que se ha creado trae familiaridad con los miembros de la familia y con la víctima, invitando de este modo al menor a ser parte de actividades sexuales.

Estos sujetos eligen frecuentemente a sus víctimas considerando diferentes factores:

- Carencias psicoafectivas
- Carencias psicosociales
- Medio poco estructurado (fragilidad familiar, disfuncionalidad, familias conflictivas y/o problemas de integración)

Por ello este tipo de abusadores tienen un terreno fértil, que logran usar asumiendo un rol que le permite acceder más fácilmente a los menores, con una imagen que simbólicamente se plantea desde un rol parental como menciona Barudy:

“Los abusadores pedofílicos, atribuyen sus actos a una finalidad altruista, además usurpan una parte de la función parental, adoptando un rol de pseudo-parentalidad hacia sus víctimas” (Barudy, 1998, p 195)

Es así que el agresor va insertando a la víctima en un sistema de relación, que artificialmente se plantea como un sistema afectivo y protector, considerando que la

familia lega estos roles a la persona que por lo general representa un rol agradable, simpático, servicial, atento ante los diferentes miembros y en especial en la relación que presume tener con el menor.

La víctima en tanto difícilmente comprende inicialmente el peligro debido al carácter confuso y manipulador que presenta el agresor; ya que sus métodos de acercamiento inicialmente son gratificantes y basados en las carencias que ha identificado el agresor, las cuales son llenadas por el mismo. Además el abuso como tal, se presenta de una forma en que las víctimas responden con sensaciones corporales agradables e incluso de “goce sexual”, si hablamos de personas con discapacidad intelectual que han pasado la etapa de la pubertad, donde se ejemplifica más aun el placer, ya que su cuerpo tendrá otro tipo de sensaciones corporales y sexuales que generarán otro tipo de “goce” en un orden físico y psíquico. Por ello puede pasar un periodo de tiempo, hasta que las víctimas adviertan que están siendo sometidas.

Así, el agresor, presenta actitudes que aparentan ser naturales en la relación que tienen, y al ser un miembro que tiene una total confianza por parte de los padres o tutores, impide que el menor pueda denunciar fácilmente lo que esta vivenciando, fomentando la culpa y la vergüenza.

El agresor de este tipo, brinda ayudas inusitadas como apoyos financieros o de similar orden, lo que implica que la familia y el menor se encuentren en dependencia con el agresor, lo que conlleva a que la familia no reaccione de forma adecuada, cuando los menores revelan lo que están viviendo.

3.3 EXPRESIONES PSICOLÓGICAS-CONDUCTUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Las expresiones que se consideran en el abuso sexual, según estudios en relación a la discapacidad definen que, las características observadas no distan en gran medida de las personas que no presentan discapacidad; sin embargo es preciso mencionar que la diversidad de personas como de niveles de deficiencia, hacen que las consecuencias sean mas heterogéneas; por ello es preciso mencionar que algunas personas parecen estar

sumamente afectadas, otras manifiestan efectos transitorios, y otros al parecer no manifiestan haber sido afectados, considerando que todo se deviene de un sistema ecológico que define el abuso.

Dentro de la población con discapacidad intelectual, es importante visibilizar algunos estudios como el de Mc Curry en 1998 en el que una de las conclusiones de su investigación resalta que, “una conducta sexual inapropiada en jóvenes con discapacidad intelectual está asociada en gran medida por su historia de abuso sexual”.

En otros estudios de Beail y Warden (1995), de poblaciones con discapacidad intelectual de menos gravedad constatan los resultados de la revisión efectuada por Turk y Brown (1993), en las que señalan que “el abuso sexual se encontraba relacionado con las dificultades de aprendizaje presentadas por las víctimas, quienes presentaban un grado de discapacidad intelectual”. (Clemente, 2006)

Así mismo, se reconoce en estos estudios, que las conductas sexuales frecuentes en personas con discapacidad intelectual, tienen un porcentaje altamente significativo de haber sufrido abusos sexuales y abandono, además que las tendencias al exhibicionismo o a ser victimizadores se encontraban asociados al mismo hecho.

Según un estudio realizado en México en 1994 por Cazorla, Samperio y Chirino se observa que las conductas más relevantes encontradas son:

- Agresividad 51.1%
- Demandas de afecto 51.0%
- Miedo a ser nuevamente agredidos 46.9%
- Bajo rendimiento 30.6%
- Miedo a los hombres, a no ser comprendidos y a que la madre sea agredida 26.5%
- Coraje contra el agresor 25.4%
- Regresiones conductuales 10.2%
- Enuresis 6.1%
- Aislamiento 4.1% (Del Moral, 2001: p. 126).

Estos datos reflejan que de algún modo los menores, siempre expresan la victimización.

De acuerdo al estudio exploratorio descriptivo de las características percibidas como indicadores de abuso sexual de NNA con discapacidad mental realizado en Chile (2007), se concluye que el indicador de mayor predominancia son las conductas de tipo

sexual, y en las dimensiones emocionales y físicas, coincidiendo con NNA que no presentan discapacidad mental.

3.3.1 Indicadores de abuso sexual en personas con discapacidad intelectual

Existen de este modo diferentes indicadores que pueden ayudar en el reconocimiento de abusos sexual indistintamente de si una persona tiene o no discapacidad intelectual; sin embargo la lectura de una persona con discapacidad debe ser mucho mas fina y revisada en su historia, por lo que a continuación se especifica un cuadro con los diversos tipos de indicadores que manifiestan la problemática.

**CUADRO N° 2
INDICADORES DE ABUSO SEXUAL**

INDICADORES FÍSICOS	INDICADORES COMPORTAMENTALES	INDICADORES DEL AGRESOR/CUIDADOR
Dificultad para caminar o sentarse	Cambios en los modelos de comportamientos habituales. Pérdida de apetito o Ansiedad por comer demasiado. Impaciencia Irritabilidad creciente	Extremadamente celoso o protector del menor
Ropa interior manchada, con sangre o rasgada.	Baja repentina del rendimiento escolar Incapacidad de concentración	Niega al menor a tener contactos sociales normales
Sensación de dolor, picazón o hinchazón en la zona genital (vagina/pene/ano)	Mala relación con los compañeros Escasas relaciones con sus compañeros Deja de confiar en adultos	Acusa al niño de promiscuidad o seducción sexual
Contusiones o sangrados en los genitales externos	No gusta de cambiar de ropa interior No quiere cambiarse de ropa para hacer actividades físicas O, súbita preocupación por la pulcritud	Anormalmente atento con la víctima
Infección de vías urinarias frecuentes	Parece reservado, rechazante o tiene conductas infantiles	Alienta al menor a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador
Dolor al orinar o defecar.	Regresión a conductas de menor edad	Sufrió abuso sexual en su infancia
Dificultad en el control de esfínteres (enuresis, encopresis)	Tendencias suicidas, conductas autolesivas. Aparición de temores: Miedo al dormir solo Miedo a la oscuridad Miedo a desconocidos o a un miembro de una familia determinado, pariente o amigo	Experimenta dificultades en su matrimonio Pobres relaciones de pareja Esta frecuentemente ausente del hogar
Enfermedad venérea	Rechazo a ir a lugares predilectos o habituales, ó, a permanecer con determinadas personas Desgano por participar en	Abuso de drogas o alcohol

Embarazos especialmente al inicio de la adolescencia	actividades que antes disfrutaba	
	Problemas para dormir (pesadillas)	Aislado socialmente
	Actividad sexual precoz: Manifiesta conductas de conocimientos sexuales, extraños, sofisticados o inusuales. Excesivo interés por el sexo o conversaciones relativas al sexo, pasatiempos sexuales continuos con juguetes o compañeros Comportamiento sexual inadecuado para la edad. Comportamiento seductor Masturbación compulsiva “Beso profundo”	Baja autoestima
	Expresión de la actividad sexual a través de dibujos o juegos.	Cree que el contacto sexual expresa amor
	Comete acciones delictivas, ó, se fuga, o habla de huir de casa, de un lugar particular. Dice que fue atacado por el padre, cuidador o por determinada persona	Cree que los menores disfrutan de actos sexuales.

FUENTE: Brenner, “Los traumas infantiles”, 1984, p. 190; y,

Le Boeuf (1982) citado en: Barudy, “El dolor invisible de la Infancia” 1998, p. 185.

ELABORADO POR: Vanessa Santín.

Existen también especificidades en las manifestaciones consecuentes al abuso sexual en personas con discapacidad intelectual, debido principalmente a las deficiencias cognitivas que presentan; lo que lentifica su proceso de comprensión y aprendizaje para la adquisición de normas y conductas adaptativas entre otros ámbitos. A continuación podemos observar dichas conductas desde las manifestaciones sexuales esperadas, hasta las manifestaciones que pueden evidenciarse como propias del abuso sexual en personas que presentan discapacidad intelectual.

CUADRO N° 3

CONDUCTAS SEXUALES ESPERADAS VS MANIFESTACIONES DE ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CONDUCTAS SEXUALES ESPERADAS	MANIFESTACIONES ESPECIFICAS DEL ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Frecuencia de juegos sexuales de forma pública	Aumento en la intensidad y frecuencia del comportamiento sexual propio de este grupo de NNA
Masturbación pública	Transgresión de la normativa social que habían incorporado en el ámbito de la sexualidad, y deterioro de las habilidades sociales adaptativas a este respecto
Comportamientos de curiosidad sexual	Incorporación de terceros en prácticas sexuales que antes realizaban en solitario
Imitación de patrones de comportamiento, ensayo de conductas sexuales	Búsqueda de la privacidad u ocultamiento durante la interacción sexual con otros niños generalmente de menor edad o con mayor deterioro intelectual, apartándose del espacio público en que se acostumbran a estar, estableciendo el secreto.
Exploración corporal no intencionada hacia lo sexual, en el proceso de exploración y descubrimiento sensorial	Búsqueda activa de contacto corporal siendo la intención y el contenido del mismo de tipo sexual, observándose planificación en la consecución del placer derivado de dichos contactos Mayor concreción de prácticas sexuales de penetración: vaginal, anal y felación o sexo oral

FUENTE: Molina et al. “Estudio Exploratorio de las características de niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental”, 2007.

ELABORADO POR: Vanessa Santín.

3.3.2 Consecuencias del abuso sexual

“¡Cuántas veces traté de decir no, de zafarme, de girar la cabeza, de escapar de sus manos!, ¡cuántas veces cerré los ojos para no ver su cuerpo, para intentar aislarme y transformarme en piedra! Una piedra, si, sin piel, sin nervios, sin estómago que se agita, sin tripas que se mueven, sin ojos para ver, sin oídos para oír”.
Nathalie Schweighoffer 1990
libro: Yo tenía doce años

Las consecuencias del abuso sexual suelen ir evidenciándose en varios ámbitos, sin embargo, es importante mencionar que existe un fenómeno que se lo ha ido definiendo como el síndrome de acomodación al abuso sexual, y esto dado bajo las condiciones de dependencia que las víctimas van asumiendo en referencia al agresor, establecidas por los efectos de las manipulaciones que éste impone. Este fenómeno llamado también “alienación sacrificial” logra una sumisión incondicional de los sujetos, en consecuencia incluye cinco fases:

- 1) **Impotencia:** lo que se define como un fenómeno de “indefensión aprendida”, en concordancia con los intentos que tiene el menor para evitar el abuso, y sin embargo estos suelen resultar vanos; de allí que dejen de intentar su autodefensa.
- 2) **Mantenimiento del secreto o secretismo:** lo que se deviene del sistema de amenazas que usa el agresor y la manipulación que ejerce para evitar la revelación de los actos que realiza.
- 3) **Entrampamiento y acomodación:** cuando los abusos a los cuales es sometido el menor se van prolongando en tiempo, el menor que es víctima poco a poco va asumiendo un rol de pareja del agresor.
- 4) **Revelaciones espontáneas o forzadas/retrasadas o escasamente convincentes:** cuando el menor llega a revelar el hecho por lo general lo hace con uno de sus coetáneos, lo que puede darse de forma espontánea o forzada por otra persona, misma que esté advirtiendo los indicadores que de su comportamiento se revelan. Estas revelaciones pueden darse luego de un periodo de tiempo que no sean creíbles para terceros, sea por los modelos de relación con el agresor, o en el caso de las personas con discapacidad, por los problemas psíquicos y cognitivos que presentan, siendo éste un factor que no permite “creer” si el menor está diciendo la verdad, por los tabúes que entraña esta problemática.
- 5) **Retracción posterior a la revelación del abuso:** cuando no existe una intervención adecuada, o con alta frecuencia aun existiendo ésta, la víctima se retracta por vergüenza o miedo, siendo de los factores más importantes las reacciones del entorno inmediato. (Save the Children, 2007)

Por ello vamos a dar una explicación más detallada de las implicaciones y las consecuencias del abuso sexual, vistas desde el complejo relacional que se impone en el proceso relacional entre víctima y victimario en sus diferentes fases de abuso, lo haremos desde una mirada desde un modelo de abuso sexual incestuoso o conocido por la familia, considerando que este modelo es de especial importancia para esta investigación.

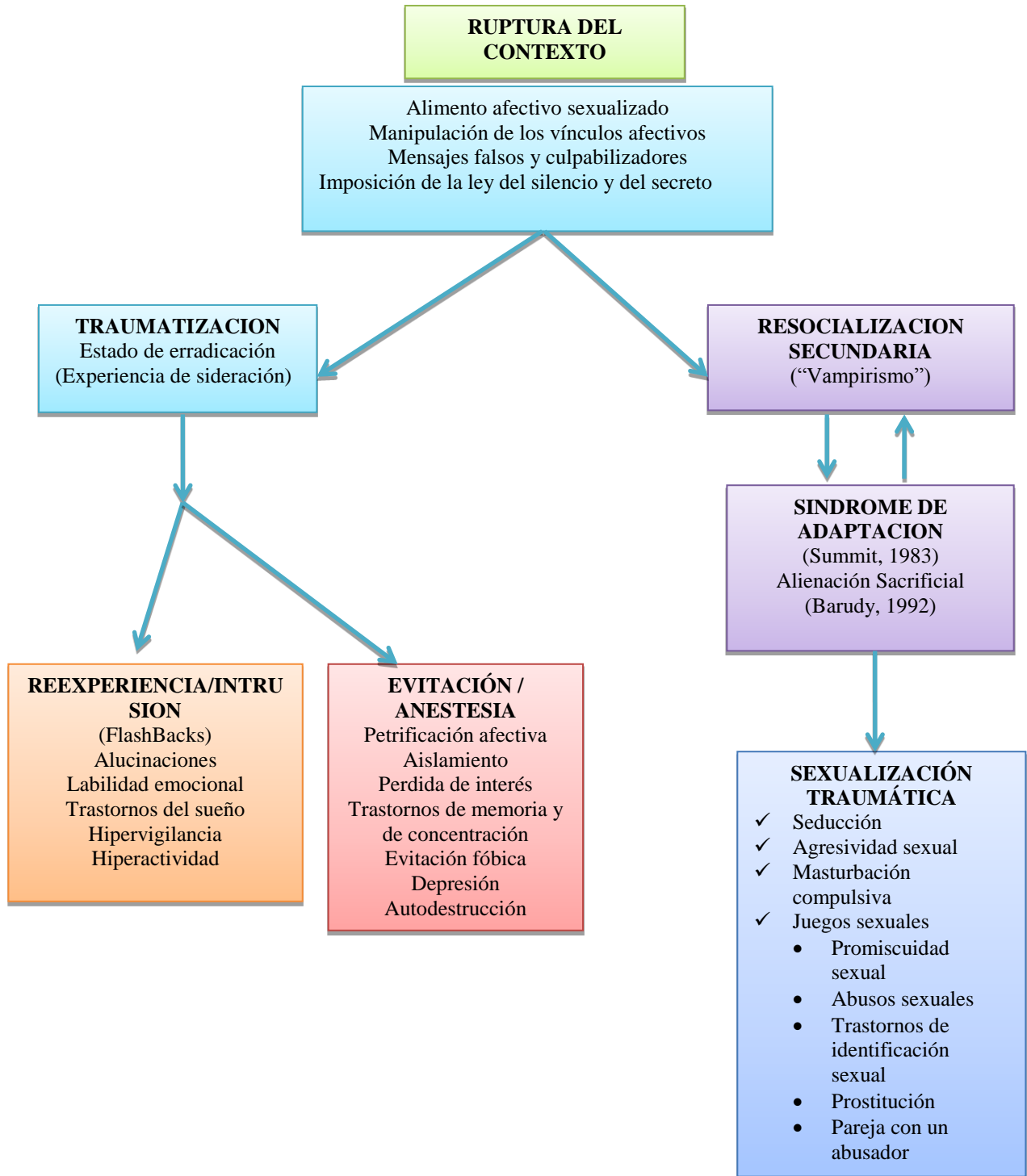
3.3.3 Las fases del abuso sexual y sus consecuencias comportamentales y psicológicas

Las consecuencias de abuso sexual se definen en base al “estrés postraumático”, aunque muchos de los menores pueden presentarse como asintomáticos, en especial por no lograr una percepción real de la agresión. Sin embargo Barudy ejemplifica en el siguiente

cuadro la carrera moral de los menores abusados sexualmente dentro del proceso de las consecuencias del abuso sexual, lo que explica los diferentes componentes y modelos que se fomentan en el proceso abusivo.

GRAFICO N° 3

“LA CARRERA MORAL DE LOS MENORES ABUSADOS SEXUALMENTE”



Fuente y Autor: Barudy, “El dolor invisible de la infancia”, 1998, p. 244.

Como hemos venido mencionando, la relación que el agresor impone en la víctima, es una “institución totalitaria”, quien de algún modo llega a controlar el medio o la familia, ejerciendo un control sea a través de la sugestión, la manipulación de los lazos afectivos, las amenazas, el chantaje, intimidación, o a través de la utilización de la violencia, encontrándose la víctima en niveles dependencia extrema, sin que pueda defenderse de su agresor.

Las consecuencias en tanto, siempre entrañan la aparición de efectos traumáticos manifestados por angustia y miedo, así como una “alineación sacrificial” que viene siendo la adaptación al proceso de manipulación y abuso que el agresor impone; a esto lo ha definido “Vampirización” considerando el manejo del agresor, el discurso, las medidas que adopta para lograr una sumisión incondicional de los menores. (Lauret, 1975, citado en Barudy, 1998)

Lo efectos de traumatización siempre son inmediatos, aunque el medio no le permita evocar lo que le está sucediendo, los efectos que implica la “alineación sacrificial” son mas bien a largo plazo, ya que al remarcar el proceso de manipulación alterando sus percepciones y emociones, la víctima deja de reconocerse, distorsiona la imagen de sí mismo, la visión sus capacidades de afecto; observándose como “culpable”, visibilizándose como quien a inducido al agresor a estos eventos (se instala la “Vampirización-lavado de cerebro”). Las agresiones en estos casos, se dan en un trascurso de tiempo, por lo que las manifestaciones según las fases se establecen de diferentes modos.

Fase inicial / comienzo de la interacción abusiva

En esta fase se da la ruptura del cuadro vital de la víctima, inicialmente se manifiesta un estado de confusión, pérdida de puntos de referencia con la experiencia subjetiva, “de un estado de sideración”, produciendo un cambio en los modelos de intercambios emocionales, familiares, sociales hacia un modelo abusivo-sexualizado, perdiendo el equilibrio, lo que desencadena en estrés, angustia y pérdida de energía psicológica del menor, misma que necesita para crecer; siendo ésta desviada para lograr adaptarse a este cambio.

Estos cambios en el menor, perturban indudablemente la relación que tiene el niño con su cuerpo y con su sexualidad, los órganos sexuales pasan de ser un lugar y momento de exploración a ser un objeto de uso y placer para el otro, sin que el menor tenga elementos que le permitan comprender la diferencia, las sensaciones, las vivencias que está teniendo. De este modo, el menor no puede servirse de otro punto de referencia sino del “padre” (símbolo) o agresor, para formar conceptos de normalidad o ley, es así que el sentimiento de seguridad y protección del menor, se ven mermados y ya no se encuentra seguro ni física, ni simbólicamente.

Para este efecto los menores víctimas de abuso, empiezan a vivenciar alteraciones del sueño propias de su angustia, que ahora se recrea aunque no este presente el abusador; por ejemplo podrían manifestar pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, al dormir movimientos constantes, terrores nocturnos, no siendo este un hecho aislado, sino un proceso recurrente y progresivo, ampliándose las condiciones de angustia agotando las reacciones de defensa imposibilitando evocar lo sucedido.

Existe un modo de reminiscencia de los acontecimientos traumáticos vivenciados, son los llamados “estados disociativos”, en los cuales las víctimas pueden vivir episodios (flashbacks) en los que a pesar de no encontrarse en presencia del abusador, y al encontrarse en un medio que pueda hacerle percibir alguna circunstancia del ambiente abusivo, provocaría el revivir la agresión sea por periodos pequeños de tiempo u horas, comprendiéndose esto como estados de angustia.

Fase intermedia

Cuando la víctima empieza a vivenciar estados disociativos en los cuales revive los acontecimientos agresivos, con el fin de imaginar que puede controlar lo que está sucediendo empieza a vivir un fenómeno llamado “repetición mórbida”, donde la búsqueda es superar la angustia para dejar de ser una víctima pasiva, trata entonces de repetir algunos de esos actos o de desencadenarlos para controlar lo que sucede, la mayor parte sus respuestas son agresivas. En esta fase las víctimas pueden experimentar algunas conductas como menciona Barudy:

Hiperactividad, hipervigilancia, dificultades para conciliar el sueño, terrores nocturnos, comportamiento hipervigilantes y dificultades de concentración y terminar una tarea; las víctimas muestran un carácter irritable, con dificultades

para adaptarse a los cambios y manejar la frustración y los imprevistos, sea por miedo a perder el control y por no poder controlar las emociones desencadenadas por las frustraciones; en los casos mas graves en que la víctima ha recibido abusos durante largos periodos de tiempo y sobretodo con violencia física, mostrará con mayor frecuencia explosiones de cólera, la mayoría de veces imprevista. (Barudy 1998: p. 249).

Al vivenciar este “fenómeno de revivificación”, la víctima trata de evitar estos sentimientos y conductas que presenta, eludiendo la interacción con el medio exterior, tendiendo a aislarse (estado de anestesia psíquica o de evitación e inestabilidad), estas reacciones se manifiestan por: evitación de asistir a lugares determinados, tendiendo aislamiento social, replegarse en sí mismo, detenciones bruscas de sus juegos habituales y perdida de interés por actividades que le producían satisfacción; así como una disminución por realizar actividades asociadas a la intimidación, baja de rendimiento académico, fobias, entre otras.

Es así que muchas de las personas que han sufrido abusos sexuales, tienden a establecer mecanismos de defensa a través de la “no simbolización en la memoria” de esta experiencia, dificultando la descripción de lo sucedido; lo que hace que muchas de las veces a nivel judicial sus relatos tiendan a no manifestarse como verídicos, ya que han establecido mecanismos disociativos, porque al “entregar su cuerpo” al agresor, sin otra alternativa, tienden a refugiarse en su pensamiento.

En esta fase además, como se encuentra tácitamente la víctima sometida en el proceso de vampirización, tiende a reproducir conductas agresivas de connotación sexual, produciendo rechazo del medio, lo que a su vez puede exponerle a nuevas agresiones; algunas de las conductas pueden ser de seducción, masturbación compulsiva o interés exagerado por los genitales de otros o de animales, manifestar dibujos de orden sexual cuyo contenido facilita la visibilización del abuso.

Según Barudy (1998) la alineación sacrificial aparece circularizándose en tres niveles:

- Las actuaciones del abusador
- Respuesta adaptativa de la víctima
- La necesidad de cohesión de la familia

Se produce así, un juego de interacciones siendo la víctima un objeto de “resocialización secundaria”, lo cual es inducido por el agresor, en el que los menores adaptan su intimidad con el mismo, tratando de salvar “lo que les queda” (Barudy, 1998). De este modo se observa que esta resocialización es un mecanismo forzado que ubica a la víctima como responsable, y dándole un rol específico como pareja, siendo esta capaz de responder a sus deseos y placer sexual, dado dicho estado como una “socialización forzada” sostenida por el uso de poder y dominación del agresor sobre el menor.

El secreto se instala bajo el argumento de poder que éste tiene, en función de la edad, la madurez y el nivel de vulnerabilidad emocional y cognitiva en el caso de las personas con discapacidad como mencionamos anteriormente; en algunos casos suele incidir sobre ello, la culpabilización que recae en las víctimas, cuando los agresores mencionan que son ellos quienes lo buscan o seducen, o a su vez utilizando discursos de que “en ellos encuentran el amor que no tienen en sus parejas”, delegando misiones a las víctimas para sostener dicha relación.

El agresor de este modo va impidiendo interacciones con el entorno, aislándolo y haciendo responsables a los otros, o quien figure como “madre”, saboteando la confianza que los menores tienen sobre otros cuidadores o miembros del sistema familiar. Se fomenta además en las víctimas la idea de que otras personas, como su “madre” no le van a creer, ya que su palabra está sobre la de ellos (víctimas). Esto sumado a que estamos educados para la obediencia al adulto, y más aún si es un “padre o un tutor” a quien se lo asume autoridad, creando clima de miedo por amenazas físicas o de asesinato a otros miembros de la familia o de sí mismo.

Esta socialización forzada se da como resultado de los mensajes y sus contenidos teniendo las víctimas menos opciones, configurándose el único camino que es adaptarse al sistema de relación que le ha venido impuesto. Las condiciones comportamentales antes mencionadas serán las que denuncien los estados en los que se encuentran sumidos las víctimas.

Así se acepta la ley del silencio, como una fuente de seguridad para la víctima y la familia, asimilándose una forma “culpabilizante” de vivir a pesar de su destrucción, en favor de la supervivencia propia y la de los suyos.

El menor, en consecuencia, no puede apoyarse de ningún miembro de su tejido social, ni de sí mismo ya que se halla investido de la culpa y vergüenza, asumiéndose presa de su agresor y formando parte activa del proceso abusivo. Para controlar los sentimientos que puedan invadirle, entra en un proceso de negación en el cual recrea imágenes más satisfactorias de sí y de su agresor idealizándolo y auto-idealizándose, negando lo que siente, bajo la necesidad de pertenencia a una familia (Miller, 1984, citado en: Barudy, 1998).

Los agresores en este caso buscan satisfacer a sus víctimas para sostener el juego, y es cuando éstas también buscan los contactos con el mismo, fomentándose el “fenómeno de secularización secundaria”.

Por este motivo es tan difícil comprender la situación abusiva por parte de los menores, como resultado se inscribe el hecho de la revelación tardía y poco convincente. Con frecuencia, los niveles de adaptación que se han generado son tan poco ilustrativos, que en muchos de los casos aparecen las víctimas como estables o con un rendimiento aparentemente normal en todos los medios donde se desenvuelve, haciendo que el discurso o las denuncias no sean creíbles. Difícilmente su entorno creerá dichas revelaciones argumentadas por la imposibilidad de reconocer que una persona pueda vivir atrapada por mucho tiempo en una situación así.

Fase final o de revelación

Cuando existe una denuncia o una revelación de las condiciones abusivas que ha vivido el menor, las retracciones son altamente frecuentes; las posibilidades de que el niño pueda salir de este sistema abusivo dependerán directamente de las intervenciones de la familia y los medios que lo sostengan, y fundamentalmente del cómo sea asistido, es decir de cómo lo escuchen, protejan y crean en su revelación; ya que esta “denuncia” pone en peligro a la “homeostasis familiar” y los sistemas que están inmersos en la vida del niño y que ha venido manteniendo con gran “sacrificio”.

Se crea entonces una crisis extremadamente complicada para la familia y el menor, lo que puede provocar el silencio o la retracción de lo revelado, sacrificándose nuevamente

por salvar lo que crea puede ser salvado, optando por el equilibrio de la familia y del medio social que lo sostiene.

Bajo el reconocimiento de que las diferentes fases en las cuales se encuentra un menor sometido a un abuso sexual sistemático, inciden en las diferentes expresiones que existen; resumiremos entonces, las diversas conductas que pueden evidenciarse como consecuencia de este sistema abusivo a corto y largo plazo. A corto plazo podemos ejemplificar que son conductas que se esperan bajo las diferentes fases del proceso abusivo, e inmediatas a la denuncia, y a largo plazo las consecuencias que se establecen en una persona que ha sufrido abuso en su historia personal.

CUADRO N° 4

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL CONTRA MENORES

AREAS	A CORTO PLAZO	A LARGO PLAZO
Físicas	Pesadillas Problemas de sueño Cambio en los hábitos alimenticios Pérdida del control de esfínteres	Dolores crónicos generales Hipocondría o trastornos psicossomáticos alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes Problemas gastrointestinales Desórdenes alimentarios
Conductuales	Consumo de drogas y alcohol Fugas Conductas autolesivas o suicidas Hiperactividad Bajo rendimiento académico	Intentos de suicidio Consumo de drogas y alcohol Trastornos disociativo de identidad
Emocionales	Miedo generalizado Agresividad Culpa y vergüenza Aislamiento Ansiedad Depresión Baja autoestima sentimientos de estigmatización Rechazo al propio cuerpo Síndrome de estrés postraumático	Depresión Ansiedad Baja autoestima Síndrome de estrés post traumático Dificultad para expresar sentimientos
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado a la edad Masturbación compulsiva Exhibicionismo Problemas de identidad sexual	Fobias sexuales Falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo Alteraciones de la motivación sexual Mayor probabilidad de ser violentados sexualmente Mayor probabilidad de ser víctimas de explotación sexual y/o prostitución Dificultad para establecer relaciones sexuales, autovalorándose como objeto sexual
Sociales	Déficit de habilidades sociales Retraimiento social Conductas antisociales	Problemas de relación interpersonal Aislamiento Dificultades de vinculación afectiva con los hijos Mayor probabilidad de sufrir revictimización.

Fuente: Save The Children, "Abuso sexual infantil".

Manual de formación para profesionales, 2007, p. 26-30

Elaborado por: Vanessa Santín

CAPITULO IV
ESTUDIO DE CINCO CASOS DE JÓVENES
QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

En este capítulo vamos a presentar una serie de documentos en relación con los cinco casos de personas con discapacidad intelectual en seis ámbitos:

- 1) Presentación de cada uno de los 5 casos de personas con discapacidad intelectual de quien se presumió fueron víctimas de abuso sexual por un mismo agresor, dentro de una institución en la cual reciben atención y acogimiento por condición de abandono.
- 2) Ficha de referencia del presunto agresor.
- 3) Entrevista de la educadora que “señala” el caso de presunción de abuso sexual e informe.
- 4) Entrevista realizada a ex. coordinadora de la institución.
- 5) Entrevista a un testigo presencial (auxiliar de servicios CH), del presunto abuso sexual.
- 6) Entrevista al abogado quien realiza seguimiento del proceso judicial del caso aquí expuesto

4.1 PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS 5 CASOS ESTUDIADOS EN LA INVESTIGACIÓN.

A continuación se presentan cinco historias de pacientes que acudieron a consulta externa en el lugar donde laboro por presunción de abuso sexual. Una educadora de la institución de donde provienen los pacientes, refiere la preocupación, considerando que al iniciar su gestión en el año 2009, le menciona una antigua auxiliar de la institución, que: *“tenga cuidado ya que uno de los profesionales que laboran allí, abusa de los usuarios”*.

Los datos aquí expresados fueron tomados de las historias clínicas que se realizan en todos los casos que acuden a consulta en Centro de Rehabilitación (CR). Cabe mencionar que los casos responden a una historia de abandono por parte de sus familias, por lo cual se encuentran “institucionalizados” o en “acogimiento”, ya que no cuentan con algún familiar que responda por los mismos.

La historia definida aquí, se expresa en varias dimensiones:

- ✓ Datos de identificación
- ✓ Motivo de consulta
- ✓ Antecedentes personales familiares
- ✓ Antecedentes escolares
- ✓ Evaluación Psicológica
 - Indicadores observados tanto en consulta y referidos por educadora que señala el caso³
 - Resultados de Valoración psicológica⁴
 - Diagnóstico de funciones mentales superiores y capacidad intelectual⁵
 - Habilidades y destrezas
 - Niveles de independencia

³ La tabla de indicadores fue elaborada en el curso de la investigación: “Intervención psicosocial y judicial para el tratamiento de la Violencia socio familiar contra niños, niñas y adolescentes”. UPS, por: Dupret, Marie-Astrid y Santín, Vanessa (2009-2010), Tomado de: Ficha 2: Características y circunstancias del abuso sexual y/o maltrato sospechado(s). Visibilización y develamiento del Maltrato y Abuso Sexual contra menores. Instituciones Educativas.

⁴ Los resultados que versan en este apartado, son aquellos que constan en los informes emitidos en el tiempo en que acudieron a consulta por presunción de abuso sexual. Elaborados por: Autora.

⁵ Las valoraciones realizadas versan a partir del análisis de resultados en relación a los siguientes criterios: Test de Mayo (Valoración de Capacidad/Deterioro Cognitivo), Escala de Katz (valoración de habilidad para la realización de las actividades de la vida diaria) y funcionalidad y valoración cualitativa de Deficiencia Intelectual en relación a los criterios y matriz basada en DSMIV TR. Véase en: ANEXO

- ✓ Antecedentes de historial clínico
- ✓ Situación actual

Los datos extraídos de *antecedentes de historial clínico* fueron estudiados y recabados en relación a la importancia del tema aquí investigado, mismos que fueron tomados de la epicrisis que se encuentra en el sistema informático donde se asienta la información de evolución y/o atención de los pacientes en las distintas especialidades que atiende el lugar donde me encuentro laborando (CR).

Además varios de los datos aquí suscritos fueron extraídos de los expedientes individuales de los usuarios que se asientan en los archivos de la Institución responsable del acogimiento de los casos (CH), archivos que fueron revisados para efectos de los análisis de pacientes para las valoraciones y atenciones psicológicas, que fueron realizadas cuando acudieron a consulta en el periodo de abril a junio del 2009.

Al existir la presunción de abuso sexual, se realizó evaluación de todos los usuarios de la CH durante el año 2009, por lo que aquí expreso información de cinco casos, tanto de dichas evaluaciones como de sus expedientes y epicrisis. En el apartado de evaluación se describe textualmente los resultados emitidos en los informes que realicé en dicho período.

Para efecto de resguardar la identidad de las personas e instituciones implicadas son mencionadas de la siguiente manera:

- **CH :** Institución en la cual se realiza el acogimiento
- **CR:** Institución médica que atiende los casos a nivel médico y psicológico.
- **Profesor:** presunto agresor. Dentro del discurso de los casos se especifica de dicho modo –profesor-, tomando en cuenta que así lo llamaron los usuarios en las evaluaciones.
- Para evitar mencionar los nombres de otras personas en relación al tema, se mencionará a los mismos con letras mayúsculas.

4.1.2 HISTORIA. CASO 1 “P”

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE:	P
EDAD:	28 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO:	4 DE MAYO DE 1980
DIAGNOSTICO:	DEFICIENCIA INTELECTUAL LEVE
CONDICIONES MÉDICAS:	No tiene otros diagnósticos.

2) MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente acude a consulta por presunción de abuso sexual, referido por educadora de la institución que lo acoge.

3) ANTECEDENTES PERSONALES-FAMILIARES

P. fue abandonado a los 13 años en el Hospital de niños de Riobamba, posteriormente fue acogido en la Casa Hogar INNFA Riobamba “temporalmente”. Nunca fue hallada su familia. Situación familiar se desconoce.

Posteriormente ingresa a CH el 19 de junio del 2000.

4) ANTECEDENTES ESCOLARES:

- Dentro del periodo en que se encuentra inserto en la Casa hogar de Riobamba, accede a educación especial, talleres de apoyo pedagógico, integración a la comunidad, ludoteca, recreación educación formativa integral.
- SINAMUNE (hasta el año 2003 aprox.)⁶
- Fundación General Ecuatoriana. (2002 aprox.)⁷
- A partir de dichas fechas no se encuentra ningún registro de inclusión en centros educativos, de capacitación ocupacional y/o laboral, se mantiene como única intervención: terapia ocupacional dentro de la institución acogiente, por recomendación del terapeuta tratante (profesor). (No existen registros de evolución ni de terapia ocupacional ni de instrucción dentro del centro).

⁶ No existen registros específicos de la fecha; sin embargo, según registro de su epicrisis se conoce que hasta el año 2003 continuaba asistiendo.

⁷ Fuente: Se conoce de modo verbal (Educadora) que asistieron a la fundación en dicho año, sin embargo no existe registro en su expediente, dato que fue referido en el momento de la consulta.

5) EVALUACION PSICOLOGICA

INDICADORES OBSERVADOS Y REFERIDOS POR EDUCADORA QUE SEÑALA EL CASO
(Abril del 2009)⁸

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACION
Huellas corporales	X		Golpes sin motivo aparente o cicatrices.
Masturbación compulsiva	X		
Manera de caminar inusual		X	
Comportamientos y/o juegos “sexuales inadecuados	X		Exposición de órganos sexuales Masturbación persistente Busca relaciones sexuales con otros
Comportamiento llamativo	X		
Retraimiento	X		
Llanto sin motivo aparente	X		
Agresividad exagerada	X		
Pasividad	X		
Tristeza	X		
Se aísla	X		
Ansiedad	X		
Miedo	X		
Mirada perdida	X		
Reacciones extrañas	X		
Palabras que no corresponden a la edad	X		
Bajo rendimiento (inusual)*	X		
Regresión en conductas de menor edad	X		
Enuresis*		X	Eventos no altamente frecuentes, sin embargo en el periodo en el que la educadora lo observa se habían presentado varias ocasiones
Encopresis*		X	
Temor de ir a su casa o algún lugar en especial*	X		
Huidas *	X		
Ausencia de Clases recurrentes (faltas)*:		X	Durante los últimos años no se encontraba inserto en ningún proceso educativo.
Dependencia a sus compañeros/otros*	X		“Profesor”
Mala relación con sus compañeros*	X		Por sus reacciones agresivas
Problemas de sueño:	X		Temores no justificados o duerme mucho
Problemas de apetito:	X		Come demasiado o No Come
Se observa malnutrición*:		X	
Se observa problemas de salud recurrentes*:	X		
Accidentes repetitivos*:	X		Golpes sin motivo aparente y dolor
Dibujo	X		Desnudos frecuentes

Observación: Educadora refiere que tiende a golpear a sus compañeras y presenta mirada de odio y rechazo. Tiende a tocar a sus compañeros y establecer acercamientos a

⁸ Cuando se realiza la evaluación del paciente, el presunto agresor estaba aún laborando en la CH, luego de evaluar a los dos primeros casos aquí expuestos se da a conocer a las autoridades para la tramitación pertinente.

los mismos. A pesar de demostrar miedo se muestra sumamente afectivo sea con hombres y mujeres. Es agresivo, inestable e irritable.

VALORACION EMOCIONAL

- Miedo a agresiones
- Reacciones de ansiedad y temor ante figuras de autoridad
- Imagen de autoridad punitiva
- Dificultades de reconocimiento de imagen de autoridad protectora y sancionadora (confusión mental)
- Conductas masturbatorias secretas, misma que las evoca aunque mantiene rasgos de vergüenza y evasión ante el tema
- Rasgos de inseguridad
- Sentimientos de abandono
- Comportamientos impulsivos
- Tendencia a conducta tipo acting out
- Búsqueda de satisfacción de impulsos
- Conflictos frente al manejo de la autoridad
- Falta de claridad en el manejo del pudor, “moralidad” y límites frente a temas de corporalidad-sexualidad.
- Conflictos en el manejo de sexualidad
- Necesidad de protección. Necesidad de imagen materna
- Dibujos reiterativos de desnudos con prominencia en órganos sexuales, manos y cabeza.
- Conflictos de rol. Sentimientos de presión frente a actividades que debe realizar dentro de casa por parte de “Padre”.
- Imagen del “profesor” castigadora, negativa,
- Sublimaciones: deseos de libertad, estudiar y laborar
- Sentimientos de culpa por ocultación.
- Castigos de “observadores”
- A momentos presenta comportamientos seductores

- Proyecta imagen de necesidad de afecto comprometida con sensualidad.
- Conductas secretas, sentimiento de presión y encierro.
- Miedo a que las personas “lo abandonen o les suceda algo”

EVALUACION COGNITIVA⁹

Puntaje total: 25

Equivalencia: Deficiencia Intelectual Leve

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Nivel leve de interferencia lo que califica una capacidad regular para su inclusión en actividades laborales previo entrenamiento y supervisión

HABILIDADES Y DESTREZAS:

Proyección de desarrollo en habilidades de orden manual y cinéticas: deportes.

Apto para inserción en educación laboral y ocupacional con supervisión.

Presenta posibilidades de inclusión laboral. Códigos sociales adecuados.

NIVELES DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Incapacidad leve o nula para la realización de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSION DE EVALUACION

De acuerdo al análisis de los datos recabados y la presunción de abuso sexual, el paciente presenta conductas reactivas ante posibles violentaciones tanto físicas, psicológicas y sexuales, mismas que pueden responder a un ambiente hiperestimulado en el área sexual; además manifiesta una falta de inhibición o desinhibición de comportamientos sexuales, lo que corrobora la posibilidad de existir episodios de abuso sexual en curso. Por lo cual se sugiere se remita a instancias pertinentes para acciones inmediatas y emergentes.

⁹ Véase: Anexo

6) HISTORIAL DE HISTORIAL CLINICO:

ESPECIALIDAD	AÑO	RESUMEN DE INFORME DE EPICRISIS
FISIATRIA	Marzo del 2001	Buenas condiciones generales Cicatrices a nivel frontal Paciente con independencia absoluta para Actividades de la Vida diaria y movilidad. No se reporta problemas conductuales.
PSICOLOGIA	Marzo del 2001	Al momento de valoración se muestra tranquilo, obedece órdenes, no manifiesta alteraciones importantes. Diagnostico: Retardo mental Leve.
NEUROLOGIA	Marzo del 2001	Paciente independiente en todas las actividades de la vida diaria Examen físico: nada digno de notar Examen neurológico: aparentemente normal
FISIATRIA	Mayo del 2001	Paciente sufre caída de su propia altura. Trauma directo en pie izquierdo. Se remite tratamiento y exámenes pertinentes.
FISIATRIA	Enero del 2002	Paciente asiste a control. Asintomático. Actualmente manifiesta independencia absoluta funcional. Asiste a SINAMUNE sin dificultades. Se sugiere: taller protegido.
NEUROLOGIA	Enero del 2002	Paciente acude a control. No manifiesta ninguna alteración. No hay queja de tutoras.
NEUROLOGIA	Abril del 2002	Episodios de <i>psicosis reactiva</i> . Agitación psicomotora violenta, se muestra agresivo, actitudes y actos Sexuales entre varones. Responde adecuadamente a órdenes verbales simples y no complejos, orientado parcialmente auto y alopsíquicamente. Prescribe: haldol Diagnostico: Psicosis
NEUROLOGIA	Mayo del 2002	Acude a seguimiento. Paciente con <i>psicosis reactiva</i> . Continúa tratamiento.
PSICOLOGIA	Junio del 2002	Presenta <i>episodios de agresividad</i> en especial dirigido hacia los más pequeños, conductas masturbatorias con alta frecuencia. Psicólogo tratante refiere educación sexual.
FISIATRIA	Junio del 2002	Acosa sexualmente a sus compañeras. Ocasionalmente agresivo Refiere vida protegida familiar o institucional. Paciente independiente Enfatizar en educación sexual.
PSICOLOGIA	Junio del 2002	Funciones adecuadas en un 70%. Buena comprensión de tareas simples, orientado, realiza tareas encomendadas. Independiente en sus actividades de vida diaria.

		<i>Episodios de irritabilidad, agresividad, continúan condiciones masturbatorias persistentes en secreto.</i>
PSICOLOGIA	Mayo del 2003	<i>Episodios de agresividad no específicos.</i> Siempre se manifiestan ante llamados de atención. <i>Conductas masturbatorias “las cuales las realiza en secreto”, dificultades en el manejo del comportamiento.</i>
PSICOLOGIA	Abril del 2006	Dentro de la valoración psicológica se refiere <i>conductas masturbatorias persistentes.</i> Se sugiere educación y manejo comportamental ante las <i>prácticas masturbatorias.</i>
PSICOLOGIA	Febrero del 2008	Prácticas <i>masturbatorias persisten.</i> Comportamientos dados en secreto.
PEDIATRIA	Abril del 2009	Paciente colaborador, obedece órdenes, tranquilo ante el examen, tranquilo al examinarle región genital, testículo y pene tamaños adecuados. Secreción amarillenta en escasa cantidad en prepucio. Región anal algo amplia. No se aprecian fisuras. Mucosa algo eritematosa. Se emite informe
NEUROLOGIA	2010	Presenta <i>periodos agresivos</i> , el paciente manifiesta maltrato físico y psicológico perpetrado por cuidadoras. Se emite informe.

7) SITUACIÓN ACTUAL:

FECHA	OBSERVACION
Octubre del 2009	Inicia capacitación ocupacional para personas con discapacidad en el mes de octubre del 2009. A los tres meses de su inserción fue ubicado en un restaurante para iniciar actividad laboral formal. Se encuentra laborando en centro de comidas rápidas en el área de limpieza, sin tener hasta la fecha ninguna queja o problema alrededor del tema. Continúa laborando hasta la fecha. (Mayo 2012)
6 de abril del 2010	Se realiza el peritaje psicológico por ser víctima de delito de violación. Resultado de informe: Ratifica el abuso sexual.
Abril del 2012	No manifiesta dificultades emocionales y conductuales significativas. Buena adaptación laboral por referencia de personal de CH. Como se puede observar en el cuadro de antecedentes médicos el paciente no refiere episodios de conductas desadaptativas, masturbación persistente, entre otras que se describan en su epicrisis, solamente se encuentra una conducta desadaptativa condicionada por “maltrato” por parte de una auxiliar de servicios en el último periodo, conducta que se manifiesta cuando existen castigos físicos y verbales por parte de la misma.

4.1.2 HISTORIA. CASO 2 “J”

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE:	J
EDAD:	25 años
FECHA DE NACIMIENTO:	13 de septiembre de 1983
DIAGNOSTICO:	DEFICIENCIA INTELECTUAL LEVE
CONDICIONES MÉDICAS:	Encefalopatía Epiléptica Carbamacepina 200mg c/8 horas. Haldol c/24 horas 10 gotas

2) MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente acude a consulta por presunción de abuso sexual referido por educadora de la institución que lo acoge.

3) ANTECEDENTES PERSONALES-FAMILIARES

La carpeta de documentos del paciente es extraviada por lo que no se encuentran datos fieles de su información personal, fundamentalmente de tipo social.

Ingresa a la CH el 2 octubre de 1983. A pesar de no existir datos específicos de la historia personal del paciente, se conoce que no ha recibido visitas de ningún familiar. No existen documentos que refieran el motivo de ingreso del mismo. Sin embargo de acuerdo al informe social emitido en octubre del 2010 se menciona: “Ingresa a CH el 2 octubre de 1983, posteriormente es referido a Casa Hogar en otra ciudad (Latacunga), no se conoce fecha de reingreso a la **CH**. La institución legaliza su situación y realiza inscripción tardía. Se presume que reingresó a la edad de ocho años. Posible fallecimiento de la madre posterior al parto.

4) ANTECEDENTES ESCOLARES:

- No existen registros
- SINAMUNE (hasta el año 2003 aprox.)¹⁰

¹⁰ No existen registros específicos de la fecha, sin embargo, según registro de su epicrisis se conoce que hasta el año 2003 continuaba asistiendo.

- A partir de dichas fechas no se encuentra ningún registro de inclusión en centros educativos, de capacitación ocupacional y/o laboral, se mantiene como única intervención: terapia ocupacional dentro de la institución acogiente, por recomendación del terapeuta tratante (profesor). (No existen registros de evolución ni de terapia ocupacional ni de instrucción dentro del centro)

5) EVALUACION PSICOLOGICA

INDICADORES OBSERVADOS Y REFERIDOS POR EDUCADORA QUE SEÑALA EL CASO

(Abril del 2010)¹¹

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACION
Huellas corporales	X		Infecciones vías urinarias (refiere educadora)
Masturbación compulsiva	X		
Manera de caminar inusual		X	
Comportamientos y/o juegos “sexuales inadecuados	X		Busca tener relaciones con sus compañeras y compañeros que puede manipular (más pequeñas/os), comportamientos e inquietudes compulsivas de índole sexual.
Comportamiento llamativo	X		Erecciones constantes
Retraimiento	X		
Llanto sin motivo aparente		X	
Agresividad	X		Altamente frecuente
Pasividad		X	
Tristeza	X		
Se aísla	X		
Ansiedad	X		
Miedo	X		Temblor en sus manos, se mostraba inseguro, asustado
Mirada perdida	X		A diferentes momentos se lo notaba “ido”
Reacciones extrañas	X		Siempre se encontraba con el pene erecto, temblores y secreción nasal abundante.
Palabras que no corresponden a la edad	X		
Bajo rendimiento (inusual)*	X		En las tareas encomendadas
Regresión en conductas de menor edad	X		
Enuresis*		X	
Encopresis*		X	
Temor” ir a su casa o algún lugar en especial*	X		
Huidas *	X		Por ir a buscar a “alguien”
Ausencia de Clases recurrentes (faltas)*:	X		Trataba de salirse de las actividades
Dependencia a sus compañeros/otros*	X		

¹¹ Valoración en la cual el presunto agresor aún se encontraba laborando en la institución.

Mala relación con sus compañeros*	X		Por sus conductas agresivas
Problemas de sueño:	X		Duerme demasiado
Problemas de apetito:	X		
Se observa malnutrición*:	X		No se alimentaba bien
Se observa problemas de salud recurrentes*:	X		Vías urinarias y sinusitis
Accidentes repetitivos*:	X		Por sus crisis convulsivas
Dibujo		X	

VALORACION EMOCIONAL

- Rasgos de inadecuación frente a su entorno, se evidencian conductas secretas en el “baño”, a lo cual responde abiertamente que se trata de conductas masturbatorias frecuentes, menciona que recibe orientación en el manejo de la masturbación por parte del “profesor”, lo que demuestra por medio de gestos.
- Manifiesta preocupación desmedida por el comportamiento sexual. Realiza constantes preguntas sobre: “masturbación, ¿Cómo tener relaciones sexuales? y acerca de embarazos”, menciona que ha tenido relaciones sexuales con sus compañeras y que fue encontrado con una de ellas a escondidas en el baño, a lo que relata lo siguiente:

“les llevo al baño a escondidas, les bajo los pantalones y les meto mi pene en la vagina, yo aprendí desde chiquito, yo solito nadie me enseñó”

- Presenta un comportamiento desinhibido, se observa erección (sobre su vestimenta) durante dos sesiones llevadas a cabo, aun cuando no se habla de temas de índole sexual.
- Según lo que refiere tiende a encerrarse para hablar sólo, acerca de lo que el “profesor” le dice;

“Me encierro en el baño para pensar en lo que me dice el profesor” - pregunto –¿qué dice el profesor?–: se muestra evasivo y responde “¿si es bueno masturbarse y como debe hacerlo?”. Manifiesta confusión ante esto, por lo que cuestiona en la evaluación al respecto: “¿para qué quiere saber?”.

- Manifiesta comportamiento impulsivo
- Búsqueda de satisfacción de impulsos
- Falta de control de impulsos.
- Rasgos de conflictos sobre el manejo de su sexualidad.

- Muestra rasgos de temor y nerviosismo ante espacios desconocidos por lo cual presenta dificultades de adaptación.
- Dificultades específicas en el manejo de su esfera sexual.
- Necesidades de aprendizaje alrededor de dicha esfera.
- Tendencia al “silencio”, evadir y/o mantener secreto
- Miedo a ser castigado por “hablar”,
- Sensación de ser vigilado, observado
- Sentimientos de no ser aceptado
- Sentimientos de minusvalía
- Baja autoestima
- Gran presión del ambiente
- Sentimientos de culpa evidentes por las agresiones sexuales hacia sus compañeras y al silencio.

EVALUACION COGNITIVA¹²

Puntaje total: 26

Equivalencia: Deficiencia Intelectual Leve

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Nivel leve de interferencia lo que califica una capacidad regular para su inclusión en actividades laborales previo entrenamiento y supervisión.

HABILIDADES Y DESTREZAS:

Proyección de desarrollo en habilidades de orden manual, aunque manifiesta cierto desinterés. Presenta posibilidades de inclusión laboral, previa preparación ocupacional y social.

NIVELES DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Incapacidad leve o nula para la realización de las actividades de la vida diaria.

¹² Véase: Anexo

CONCLUSIÓN DE EVALUACIÓN

Frente a los comportamientos mencionados, su historia, condiciones psicológicas, emocionales y conductas sexuales desadaptativas manifiestas, se deduce que el paciente muestra un comportamiento reactivo producto de un posible ambiente hiperestimulado en el área sexual, quien además presenta falta de inhibición o desinhibición de comportamientos sexuales lo que es sujeto de presentar conductas sexuales típicas de un posible abuso sexual en curso. Por lo cual se sugiere se remita a instancias pertinentes para acciones inmediatas y emergentes.

6) ANTECEDENTES DE HISTORIAL CLINICO (EPICRISIS):

ESPECIALIDAD	AÑO	RESUMEN DE INFORME DE EPICRISIS
NEUROLOGÍA	Febrero de 1996	Irritabilidad, inquietud agresividad se especifica tratamiento pos “hiperactividad”. Prescripción Haldol
NEUROLOGÍA	Enero 1999-julio 2000	Se va bajando la dosis de medicación ya que logra control de conductas y manifiesta estabilidad a nivel conductual.
FISIATRÍA	Marzo 2001	Control. Se refiere <i>acoso sexual</i> hacia sus compañeras y compañeros
PSICOLOGÍA	Abril del 2001	Manifiesta tendencia a la irritabilidad y desobediencia <i>Alta tendencia a la masturbación</i> Ha iniciado últimamente terapia ocupacional Se sugiere orientación en <i>comportamientos sexuales inapropiados.</i>
FISIATRÍA	Noviembre 2001	Inicia crisis convulsivas en el último año. No refiere otros datos de relevancia.
FISIATRÍA	Mayo 2002	Acude a control. Sugiere: continuar en SINAMUNE, manifiesta habilidad para cualquier instrumento especialmente en la batería. En terapia ocupacional: orientación pre-vocacional. Talleres de actividades manuales mínimas, elaboración de waipe, jardinería y cultivos. Actividad lúdica y recreativa Vida protegida familiar o institucional.
PSICOLOGÍA	Mayo del 2002	<i>Se sugiere educación sexual ya que presenta conductas inapropiadas.</i>
PSICOLOGÍA	Junio del 2002	Refiere <i>frustración ante la sexualidad.</i> No se especifica motivos.

PSICOLOGÍA	Mayo del 2003	<p>Psicólogo tratante describe que el paciente deja de asistir a SINAMUNE <i>por comportamientos inadecuados y desadaptativos.</i></p> <p>Tendencia a la timidez, recelo (conducta antes no mencionada en anteriores informes)</p> <p>El paciente en la entrevista <i>refiere que quiere salir a otros lugares pero no le dejan salir</i> (aparentemente no se indaga).</p> <p>Masturbación controlada</p> <p><i>Esporádicamente relaciones sexuales hetero y homosexuales.</i></p> <p>Se refieren actividades vigiladas por terapeuta ocupacional como recreativas apoyo a los usuarios, salir de compras.</p> <p>Sugerencia: <i>orientación en el manejo de la sexualidad.</i> Se solicita capacitación al personal en dicho manejo.</p>
FISIATRÍA	Mayo del 2003	<p>Control.</p> <p>Sugiere: Terapia ocupacional para orientación pre-vocacional</p> <p>Continuar en taller de actividades manuales mínimas: elaboración de waipes, jardinería.</p> <p>Terapia lúdica y recreativa</p>
AUXILIARES	Marzo 2005	<p>En el informe se menciona que: <i>se le encuentra tocando las partes íntimas de su compañera a escondidas.</i>¹³</p>
PSICOLOGÍA	Mayo del 2006	<p>Informe: en la observación a pesar de la familiaridad con evaluador se muestra tímido, receloso y nervioso. Muestra buen desarrollo de lenguaje expresivo. Bradipsiquia. Buen desempeño en actividades de la vida diaria.</p> <p>Sugiere: vida protegida. Continuar en terapia ocupacional dentro de CH</p> <p><i>Orientar en cuidado y manejo conductual referidos a conductas sexuales inadecuadas.</i></p>
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Enero del 2008	<p>Motivo de consulta: paciente acude a consulta por presentar secreción nasal blanquecina desde hace ocho meses¹⁴, se acompaña de tos frecuente.</p> <p>Diagnóstico: <i>Rinitis alérgica. Sinusitis aguda.</i></p>
NEUROLOGÍA	Octubre 2008	<p>Paciente con diagnóstico de epilepsia convulsiva generalizada. No ha convulsionado desde hace cuatro años, se inicia preparación del menor para retirar fármacos antiepilépticos.</p>
FISIATRÍA	Octubre del 2008	<p>Control.</p> <p>Recomienda: Vida protegida. Ocio y recreación. Actividad física:</p>

¹³Fuente: Informe referido a Coordinadora. Tomado del expediente individual.

¹⁴ No hay registro de anteriores atenciones por dicho motivo de consulta.

		caminar al menos una hora diaria.
PSICOLOGIA	Abril 2009	Valoración: <i>masturbación compulsiva, agresiones sexuales hacia compañeras. Preocupaciones excesivas a nivel de sexualidad y relaciones sexuales.</i>
EDUCADORA (quien señala el caso)	Mayo del 2010	Educadora menciona que J le cuenta que: “el profesor se acercaba a él y le tocaba su cuerpo y abusó de él, que también era él (J) quien cuidaba la puerta para que nadie entre cuando él le hacía eso a sus otros compañeros, J dice que: me amenazaba con castigarme si yo le contaba a alguien”. J. muestra ansiedad al contar lo sucedido, tiembla y muestra sudoración al hablar del tema.
NEUROLOGÍA	Julio del 2010	Control Por condiciones de confianza hacia el médico tratante el paciente refiere que: tiene miedo de que regrese el terapeuta que lo “sometió a abuso sexual” ya que ha amenazado con regresar, rumor que se establece en la CH por medio de auxiliares de servicio (<i>se hace referencia al personal que tiene denuncia por maltrato¹⁵</i>)
NEUROLOGÍA	Agosto del 2010	Paciente no ha convulsionado hace varios meses. Su conducta es tranquila, muestra colaboración. No muestra conductas agresivas ni de irritabilidad.
NEUROLOGÍA	Febrero 2011	Mantiene conductas adecuadas. Tranquilo, no hay episodios de agresividad ni conductas sexuales alteradas.

7) SITUACIÓN ACTUAL

FECHA	OBSERVACION
Octubre del 2010	Según informe social de la CH: Frente a la ausencia de referentes familiares en dicho año se encuentra trabajando la institución CH en su semi-independencia y autonomía. Se identifica la necesidad de continuar trabajando en psicología por condiciones de secuelas de abuso sexual. Inicia capacitación ocupacional para personas con discapacidad en el mes de octubre del 2009. Ingresa a trabajar en julio del 2010 con un horario semanal de 40 horas en una fábrica de cobijas. Sin dificultades importantes. Continúa laborando actualmente hasta la fecha abril del 2012

¹⁵ En el año 2010 se ve manifiesto que auxiliares de servicio utilizan castigos físicos entre otras formas de maltrato hacia los usuarios, caso que tiene su seguimiento y denuncia institucional.

4.1.3 HISTORIA. CASO 3 “E”

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE:	E.
EDAD:	33 años
FECHA DE NACIMIENTO:	9 de marzo de 1976
DIAGNOSTICO:	DEFICIENCIA INTELECTUAL MODERADA
CONDICIONES MÉDICAS:	Ninguna de importancia. No toma medicación.

2) MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente acude a consulta por presunción de abuso sexual referido por educadora de la institución que lo acoge.

3) ANTECEDENTES PERSONALES-FAMILIARES

No se conocen antecedentes. No se describe en su carpeta institucional el tiempo que se encuentra en la CH por extravío de expediente en el año 2005¹⁶.

Se lo menciona como un caso de abandono total e institucionalización.

Aparentemente es referido de la ciudad de Riobamba.

Según informes de epicrisis del CR en que se atiende el paciente, se asienta en la apertura de la ficha que el paciente ingresa a la CH en el mes de marzo de 1982 referido por el hospital de Guaranda.

4) ANTECEDENTES ESCOLARES:

- No existen registros
- SINAMUNE (hasta el año 2002 aprox.)¹⁷
- Fundación General Ecuatoriana. (2002 aprox.)¹⁸
- A partir de dichas fechas no se encuentra ningún registro de inclusión en centros educativos, de capacitación ocupacional y/o laboral, se mantiene como única intervención: terapia ocupacional dentro de la institución acogiente por

¹⁶ Fuente: Dato que versa en la ficha de identificación del usuario de la CH.

¹⁷ Fuente: No existen registros específicos de la fecha, sin embargo, según registro de su epicrisis se conoce que hasta el año 2002 asistió a dicha institución.

¹⁸ Fuente: Se conoce de modo verbal (Educadora) en el momento de la consulta, que asistieron a la fundación en dicho año, sin embargo no existe registro en sus expedientes en ninguno de los casos.

recomendación del terapeuta tratante. (no existen registros de evolución ni de terapia ocupacional ni de instrucción dentro del centro)

5) EVALUACION PSICOLOGICA

INDICADORES OBSERVADOS Y REFERIDOS POR EDUCADORA QUE SEÑALA EL CASO

(Abril del 2009)

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACION
Huellas corporales		X	
Masturbación compulsiva	X		Preocupación por dicha conducta
Manera de caminar inusual		X	
Comportamientos y/o juegos "sexuales inadecuados	X		
Comportamiento llamativo	X		Dependencia excesiva por compañeros
Retraimiento	X		
Llanto sin motivo aparente	X		Llanto fácil, excesivamente sensible
Agresividad	X		
Pasividad	X		
Tristeza	X		
Se aísla	X		
Ansiedad	X		Por comer
Miedo	X		
Mirada perdida	X		Nunca mira al frente al caminar, siempre se muestra ensimismado.
Reacciones extrañas	X		Inseguridad, ansiedad
Palabras que no corresponden a la edad	X		
Bajo rendimiento (inusual)*	X		
Regresión en conductas de menor edad	X		
Enuresis*	X		
Encopresis*	X		
Temor" ir a su casa o algún lugar en especial*	X		
Huidas *	X		
Ausencia de Clases recurrentes (faltas)*:	X		
Dependencia a sus compañeros/otros*	X		
Mala relación con sus compañeros*	X		Influenciado por sus compañeros.
Problemas de sueño:	X		Somnolencia durante el día
Problemas de apetito:	X		Come demasiado
Se observa malnutrición*:		X	
Se observa problemas de salud recurrentes*:	X		Vías urinarias

Accidentes repetitivos*:		X	Crisis emocionales, cuando se frustra rompe cosas, llora, inestabilidad emocional
Dibujo	X		

ÁREA EMOCIONAL:

- Se encuentra secuelas de maltrato psicológico frente a figuras referentes inmediatas, gritos y actitudes de castigo
- Muestra preocupación por imágenes de personas desnudas y hace referencia frecuente a los órganos sexuales, como se llaman y donde se encuentran ubicados. Se le menciona preguntas de esquema corporal, e insiste sobre órganos sexuales, evoca abiertamente sobre conductas masturbatorias en las noches, en espacios cerrados, en el baño o donde no puede ser observado; menciona que: “en la casa me enseñaron a masturbarme en el baño, nos dijeron que no es malo, que no nos hagamos mucho porque nos podemos lastimar”; refiere que las indicaciones eran recibidas por el “profe”.
- Se denota falta de control de impulsos. En imágenes realiza con énfasis imágenes de órganos sexuales masculinos.
- Rasgos de dificultades emocionales y preocupación excesiva por área sexual.
- Manifiesta rasgos de evasión ante el tema del cuidado del cuerpo
- Evoca constantemente “¿por qué me pregunta?, ¿para qué quiere saber?”, tiende a evadir el tema.
- Rasgos de inseguridad.
- Sentimiento de culpa frente al tema de sexualidad. Tiende a preguntar si esta bien o mal tocarse.
- Sentimientos de minusvalía
- Dependencia afectiva
- Labilidad emocional
- Conductas secretas

EVALUACION COGNITIVA¹⁹

Puntaje total: 16

Equivalencia: Deficiencia Intelectual Moderada

¹⁹ Véase Anexo

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Nivel leve de interferencia lo que califica una capacidad regular para su inclusión en actividades laborales previo entrenamiento y supervisión

HABILIDADES Y DESTREZAS:

Habilidades de orden manual. Apto para entrenamiento ocupacional. Inserción en actividades laborales, ocupacionales formales considerando su nivel de independencia, necesidad de establecer un rol en su devenir y desarrollo integral psíquico emocional y social. Cabe considerar que el paciente tiene ya una certificación que acredita ocupación y que no se encuentra desempeñando.

NIVELES DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Incapacidad leve o nula para la realización de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN DE EVALUACIÓN

Las condiciones emocionales, psicológicas y conductuales no normales en el paciente, denotan la presencia de rasgos debidos posiblemente a abuso sexual en curso. Es importante realizar las acciones legales pertinentes de modo emergente.

6) ANTECEDENTES DE HISTORIAL CLINICO (EPICRISIS):

ESPECIALIDAD	AÑO	RESUMEN DE INFORME DE EPICRISIS
TODAS LAS ESPECIALIDADES	1996-2002	Se conoce que se encontraba en centro de capacitación ocupacional Fundación General Ecuatoriana en 1996. En su epicrisis consta que el paciente tiene certificación para realizar trabajos de jardinería. No se menciona en ningún área médica alguna alteración de la conducta importante o a su vez en la esfera emocional. El paciente recibe tratamiento por condiciones de gripes entre otras enfermedades transitorias no significativas ni recurrentes en dicho periodo.
FISIATRÍA	Enero 2002	En el informe se menciona: deja de asistir a SINAMUNE ya que no le gusta la música. Control sin datos de importancia en su estado de salud.
FISIATRÍA	Junio del 2002	Control. Ningún dato de importancia. Se menciona que en dicho tiempo laboraba como jardinero recibiendo

		remuneración supervisado por CH.
PSICOLOGÍA	Mayo del 2003	Se menciona <i>quejas en el área sexual</i> por parte de auxiliares, <i>masturbación</i> aparentemente reservada, relata episodios de que “quiere hacer como casarse”. (Aparentemente se hace referencia relaciones sexuales).
PSICOLOGÍA	Abril 2009	Manifiesta dibujos con prominencia en la preocupación por órganos sexuales. Reiteración en la grafica, en la entrevista se centra en dichas partes del cuerpo, sin poder pasar a observar otras partes del dibujo o graficas de las personas. <i>Preocupación por la masturbación</i> y por las acciones referidas a la masturbación.
PEDIATRIA	Abril del 2009	Examen físico: región genital testículos de condición normal. Prepucio Normal. Región anal canal amplio. No muestra fisuras.

7) SITUACIÓN ACTUAL

FECHA	OBSERVACION
Octubre del 2009	Ingresa al Taller ocupacional para personas con discapacidad MB, para capacitación laboral. Hasta la fecha encuentra asistiendo a dicha institución (abril del 2012)
Diciembre del 2010	Se inicia proceso de legalización de la medida de acogimiento institucional por medio de trabajo social de la CH, ya que no se encontraba legalizada desde su ingreso.
Abril del 2012	Por referencia de Psicólogo de la institución CH actualmente se encuentra acoplado al espacio de capacitación laboral, sin embargo muestra episodios de tristeza por dependencia afectiva. En esfera sexual no manifiesta dificultades.

4.1.4 HISTORIA CASO 4 “J.A.”

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: J.A.
EDAD: 24 años
FECHA DE NACIMIENTO: 28 de agosto de 1984
DIAGNOSTICO: DEFICIENCIA INTELECTUAL LEVE
CONDICIONES MÉDICAS: HEMIPARESIA ESPASTICA DERECHA.
Encefalopatía epiléptica
Cardiopatía valvular.

2) MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta por presunción de abuso sexual referido por educadora de la institución que lo acoge.

3) ANTECEDENTES PERSONALES-FAMILIARES

Sus padres son separados. Padre tiene dos hijos con su nuevo compromiso, quien labora como vendedor ambulante de periódicos. Padre actualmente tendría unos 56 años aproximadamente. Padre con antecedentes de alcoholismo, huérfano. Vivió en casas de acogida. Tiene tres hijos con la madre de J.A. A su primera hija la internó en el Hogar Laura Vicuña pero no mantiene contacto con ella ya que temía que la entreguen (en el año 2000). Madre abandona a sus hijos desde muy pequeños.

Antecedentes de abandono y negligencia por parte de los padres.

J.A. fue abandonada a la edad de dos años por su madre en el Hospital Eugenio Espejo y desde entonces pasa en la CH, padre refiere varias visitas a la niña hasta la edad de nueve años. Posteriormente la niña pasa a cargo del padre; sin embargo, pasaba encerrada en casa o a su vez salía a deambular, lo cual se da durante un año. Fue encontrada y llevada al albergue San Juan de Dios, el albergue reportó que la niña se encontró abandonada en el sector de “La Libertad”, en febrero del 1997, fue llevada a la Fundación ABEI quienes la reubicaron en abril en el Hogar Carlos Andrade Marín, a la vez estudiaba en la fundación Cesar Augusto Saltos, quienes la atendían en su sistema escolar y de apoyo para personas discapacitadas. El Hogar Carlos Andrade Marín sufrió un flagelo por lo que el tribunal de menores solicita el ingreso al “Hogar Juvenil Femenino 1” y continúa con su estudio regular en la institución mencionada desde julio del 2000 hasta

septiembre del 2001. La reubicación era temporal, sin embargo no retornaron para la reubicación de la menor. Esta institución detecta a la familia e inicia vinculación con los mismos.

Durante cuatro meses J.A. se encontró al cuidado de su madre donde la adolescente refirió malos tratos, abuso físico y emocional; la madre obligaba a pedir caridad en los buses y presentó un presunto abuso sexual por parte del padrastro, por lo que escapa de su casa y acude a la Fundación Augusto Saltos donde permanece desde enero a febrero del 2002, donde los padres de familia se organizan para cuidarla. En dicho momento se realiza el estudio social para incluirla en la CH²⁰

Ingresa a CH en abril del 2002. La usuaria tiene familia pero desintegrada y disfuncional. Los padres han formado otro hogar y no quieren responsabilizarse de ella, porque les ocasiona problemas en su manejo y control, madre visita ocasionalmente a J.A., sin embargo, desde que se le mencionó de un posible egreso de la misma no retornó a la CH.

El Estado a través de varias instituciones públicas y privadas, ha atendido a la menor desde los dos años de edad, en que fue abandonada por su madre en el Hospital Eugenio Espejo hasta la actualidad que tiene su mayoría de edad.²¹

4) ANTECEDENTES ESCOLARES:

- No existen registros específicos
- Se encuentra en informes que J.A. asistió a Fundación César Saltos
- SINAMUNE (2002 aprox)²²
- Escuela “Carapungo” (no se refiere exactamente el lugar ni especialización de la institución)
- A partir de dichas fechas no se encuentra ningún registro de inclusión en centros educativos y mantiene como única intervención: terapia ocupacional dentro de la institución acogiente. Recomendación del terapeuta tratante. (no existen registros de evolución ni de terapia ocupacional ni de instrucción dentro del centro).

²⁰ Fuente: Informe social. Centro Ternura. Carpeta individual. Febrero del 2002.

²¹ Fuente: Tomado de Ficha de identificación CH. Carpeta Individual de la usuaria.

²² Fuente: No existen registros específicos de la fecha, sin embargo, según registro de su epicrisis se conoce que hasta el año 2002 asistió a dicha institución.

5) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INDICADORES OBSERVADOS Y REFERIDOS POR EDUCADORA QUE REFIERE EL CASO

(Abril-Junio del 2009)

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACION
Huellas corporales		X	
Masturbación compulsiva	X		
Manera de caminar inusual		X	
Comportamientos y/o juegos “sexuales inadecuados	X		Busca a sus compañeros para tener relaciones sexuales
Comportamiento llamativo	X		Cuando el “profesor” sale de la CH, empieza buscar a cualquier persona para contar compulsivamente lo que le sucedió con él. ²³
Retraimiento		X	
Llanto sin motivo aparente		X	
Agresividad	X		
Pasividad		X	
Tristeza	X		
Se aísla		X	
Ansiedad	X		Angustia por contar lo sucedido y necesidad de protección. O por satisfacción sexual. Necesidad de afecto ²⁴ .
Miedo	X		
Mirada perdida		X	
Reacciones extrañas	X		
Palabras que no corresponden a la edad	X		
Bajo rendimiento (inusual)*	X		
Regresión en conductas de menor edad	X		
Enuresis*		X	
Encopresis*		X	
Temor” ir a su casa o algún lugar en especial*	X		Salir, luego de que el agresor salió de la CH
Huídas *		X	
Ausencia de Clases recurrentes (faltas)*:		X	

²³ Dato inscrito, en sesiones posteriores a la evaluación cuando el agresor es retirado de la institución en el mismo mes de la evaluación.

²⁴ Idem.

Dependencia a sus compañeros/otros*	X		
Mala relación con sus compañeros*	X		Compañeros Y personal. Suele ser renuente con las personas. Las rechaza.
Problemas de sueño:		X	
Problemas de apetito:	X		Comía poco
Se observa malnutrición*:	X		Anemia
Se observa problemas de salud recurrentes*:	X		Epilepsia no manifiesta. ²⁵
Accidentes repetitivos*:	X		
Dibujo	X		
Otros	X		Se muestra manipuladora y tiende a al pensamiento fantasioso, muestra inseguridad y ansiedad por contar a alguien lo que el profe le hizo.

AREA EMOCIONAL

- Rasgos de inestabilidad emocional, tiende a comunicarse con tonos altos de voz, expresa ira y angustia frente a sus pares y al grupo de auxiliares de la CH.
- Necesidad de inclusión en su esfera familiar.
- Dificultad en la estructuración de ideas acerca de la sexualidad, presenta antecedentes de abuso sexual en el pasado, actualmente muestra rasgos características de abuso sexual: como dificultad de discernir entre lo permitido y no permitido, evoca abusos sometidos desde su infancia, lo cual se ve manifiesto no solo en su discurso sino que se observa inseguridad, rechazo, rasgos de frustración ante el tema de la afectividad, personas referentes y dificultades de identificación con sus pares y adultos
- Maneja ideas aparentemente “oníricas” respecto a la esfera sexual.
- Muestra miedo a ser sometida sexualmente y emocionalmente. Necesidad de ser ubicada como víctima. Inseguridad, baja autoestima. Pensamiento fantasioso. Dificultad de comunicación de ideas. Necesidad de espacio afectivo que apoye en su proceso de elaboración de conflictos actuales “siente que no le creen”.
- Muestra conflictos con el manejo conductual y cuidados en los que se encuentra dentro de la CH, presenta rasgos de miedo y rechazo ante los castigos.

²⁵ En su historial se suscribe que presenta Epilepsia, sin embargo según referencia de educadoras y auxiliares nunca ha presentado crisis.

- Durante la evaluación evoca abiertamente sus temores hacia educador (profesor) a quien llama “el Elvin” a quien se refiere como la persona que la sometía sexualmente. Refiere además que esto le sucedía a ella y otras compañeras, menciona “manoseo en zonas íntimas (vagina y senos) así como penetración. Refiere que la amenazaba con matar a su familia si ella hablaba.

“Me decía: que yo soy enferma y no puedo razonar”, “me decía que si me gustaba eso que me hacía y me manoseaba”.

- Muestra rasgos de miedo, vergüenza, ansiedad, frustración y temor a no ser creída y valorada, y sobretodo teme el retorno del educador de quien se siente amenazada, teme por la vida de su familia.

EVALUACION COGNITIVA²⁶

Ptje Total: 24

Equivalente: Deficiencia Intelectual leve

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Nivel leve de interferencia lo que califica una capacidad regular para su inclusión en actividades laborales previo entrenamiento y supervisión

HABILIDADES Y DESTREZAS:

Habilidades de orden manual y creativo, actividades ocupacionales con ligera supervisión y apoyo. Expectativa de inserción en actividades laborales y ocupacionales con supervisión.

NIVELES DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Incapacidad leve o nula para la realización de las actividades de la vida diaria. Dificultad menor en el aseo por su movilidad en déficit.

Apoya en tareas del hogar y cuidado de los más pequeños o con quienes tienen mayores dificultades dentro de la CH.

²⁶ Véase: Anexo

CONCLUSIÓN

Según las conductas, rasgos psicológicos y emocionales, la paciente presenta rasgos específicos de haber cursado presuntamente un proceso de abuso sexual, así como maltrato institucional, por lo que es imperante continuar tratamiento, intervención institucional y solicitar el peritaje psicológico para abordar adecuadamente la situación de la paciente.

6) ANTECEDENTES DE HISTORIAL CLINICO (EPICRISIS):

ESPECIALIDAD	AÑO	RESUMEN DE INFORME DE EPICRISIS
PSICOLOGÍA	Abril de 1997	Según informe psicológico se menciona que la menor debe acudir a capacitación laboral y ocupacional ya que muestra destrezas para dicho efecto, con pronóstico favorable.
TRABAJO SOCIAL	Febrero del 2002	Informe de entrevista: <i>“cuando estaba con mi mamá me maltrataba mucho, llegaba borracha a la casa, y un hombre me amarro los pies y las manos y la boca y me cogió los senos y me metió esa cosa y me dolió, se llama “M”, y vive con mi mamá y el apellido no sé, pero con ella no quiero irme solo me pegaba y me hincho el ojo y no podía ver, tenía que lavar la ropa de ella cuando llegaba borracha y se hacia el baño en el pantalón, yo no quiero que me lleven donde ella, me sabia mandar a pedir caridad en el trolebús y me daba “guerguenza”, me sabía decir que me va a cortar los pies para que ande pidiendo caridad en la calle, yo no quiero que me corten los pies, no quiero irme donde ella es mala”</i> . ²⁷
PSICOLOGÍA	Abril del 2002	No se menciona ninguna condición de importancia. Se observa que la paciente se muestra orientada, buen lenguaje expresivo y comprensivo de acuerdo a su nivel cognitivo, edad escolar de segundo año de EGB. Diagnóstico: Deficiencia Intelectual Moderada al test cuantitativo ²⁸ y Deficiencia Leve a la observación cualitativa.
FISIATRÍA	Abril del 2002	Se menciona que en el servicio se conoce de la historia de maltrato y presunto abuso sexual por parte del padrastro. Buenas condiciones generales. Se prescribe consulta con ortopedia Se recomienda terapia ocupacional y recreativa. Vida protegida
PSICOLOGÍA	Junio del 2002	Funciones básicas 80%, reconoce partes del cuerpo, se encuentra orientada, cuenta hasta el 30, muestra dificultades de conducta, se muestra desobediente y con problemas de comportamiento. Actitud

²⁷ Fuente: Informe social. 20 de febrero del 2002. Carpeta individual. Tampoco se conoce que se haya realizado alguna acción legal frente a este abuso comentado por la menor.

²⁸ No se menciona referencia del test aplicado en dicha valoración.

			negativa. Mantiene dificultades de asimilación de lo sucedido en su historia personal. Relata sucesos pasados de maltrato y abuso. Secuelas emocionales manifiestas.
FISIATRÍA	Junio del 2002		Mantiene ídem evaluación anterior. No se ha realizado interconsulta con ortopedia. Se sugiere: terapia recreativa. Terapia ocupacional (orientación pre-vocacional) e interconsulta con ortopedia.
NEUROLOGÍA	Junio del 2002		Condiciones generales regulares acordes a su deficiencia intelectual y Parálisis cerebral hemiparesia espástica derecha.
TRAUMATOLOGÍA	Junio del 2002		Se realiza evaluación ortopédica. Se suscribe plan de evaluación de la mano por parte de terapia ocupacional.
FISIATRÍA	Marzo del 2003		Valoración general por control. En el informe se menciona que la paciente recibe terapia anticonceptiva parenteral trimestral
PSICOLOGÍA	Mayo del 2003		Se realiza re-evaluación. Similares resultados. Se menciona además: la paciente presenta problemas de comportamiento, <i>“hace lo que ella quiere” tiende a desobedecer órdenes y a la mentira. “hace quedar mal a las auxiliares”</i> . Se sugiere orientación en el manejo de la sexualidad y comportamiento. Terapia recreativa.
TRABAJO SOCIAL	Abril del 2005		En el informe se recomienda que por medio de “Centro Ternura” se apoye con el proceso de reinserción familiar a pesar de que el padre evade responsabilidades respecto a J.A. Madre ausente. Además se describe: <i>“requiere de apoyo psicológico constante mientras permanezca en la institución, porque ocasiona muchos problemas con los compañeros y con el personal”</i>
NEUROLOGÍA	Mayo del 2006		Cursa una única crisis convulsiva. Paciente asintomática.
PSICOLOGÍA	Mayo 2006		Paciente que muestra buena orientación, comprensión y expresión del lenguaje, buen reconocimiento de lugar y desempeño autónomo en actividades de la vida diaria. <i>Muestra dificultades comportamentales en las que se refiere que tiende a la desobediencia y mentira.</i> Sugiere: continuar terapia ocupacional en la misma institución Continuar con vida protegida <i>Orientación en la esfera sexual</i> No refiere recomendaciones para inclusión a otros espacios.
PSICOLOGÍA	Octubre del 2006		Por medio de auxiliares de servicio se refiere al profesional: <i>la paciente se encuentra agresiva, manipuladora, verborrérica, irritable. Se masturba.</i>

		Profesional orienta al personal.
NEUROLOGÍA	Julio del 2007	Se refiere que la paciente <i>se encuentra siendo tratada por psiquiatría por sus alteraciones comportamentales</i> . No constan informes de dichas atenciones en su expediente ²⁹ Diagnostico: <i>Psicosis Orgánicas Transitorias</i> Medicación: Valcote, Carbamazepina, Goval
FISIATRÍA	Noviembre del 2008	Atención por control. Sugiere vida protegida, terapia recreativa, control médico anual. Indicaciones por psiquiatría.
PSICOLOGÍA	Noviembre del 2008	Evaluación. Se manifiesta los mismos datos de anteriores evaluaciones. No se evidencian problemas comportamentales. No se refieren datos de su esfera sexual. Se han suspendido terapias recreacionales.
PSICOLOGÍA	Diciembre del 2008	Se re-evalúa condiciones cognitivas. Informe sin variación. No manifestaciones de esfera sexual.
PSICOLOGÍA	Abril a junio 2009	Valoración por condiciones de presunto abuso sexual y maltrato, expresadas en evaluación antes mencionada.
EDUCADORA	Junio del 2009	Le menciona que el profesor le tocaba el cuerpo y que abusaba de ella en la “ludoteca” cuando hacían la limpieza. Comenta que “comienza a hablar a partir de la reacción de P. –reacción de agresividad”.
NEUROLOGÍA	Septiembre del 2009	Paciente estable. Seguimiento por encefalopatía epiléptica. Prescribe medicación: Valcote y Tegretol
NEUROLOGÍA	Mayo 2010	Prescribe tratamiento por Encefalopatía epiléptica. Paciente estable.
NEUROLOGÍA	Julio del 2010	Paciente sin convulsiones. Presenta moria. Hiperactividad. No agresiva. No irritable. Comportamiento adecuado. Diagnostico: <i>Epilepsia No Convulsiva. Hiperactiva</i> Medicación: Tegretol y Valcote.
NEUROLOGÍA	Julio del 2010	Paciente sin convulsiones. <i>Ocasionalmente agresiva.</i>
NEUROLOGÍA	Septiembre del 2010	Paciente estacionaria. <i>Agresiva.</i> Resto normal. No manifiesta convulsiones. Se mantiene tratamiento. Diagnóstico: <i>Encefalopatía Epiléptica.</i>
AUXILIAR “R”	Marzo del 2010	Refiere de modo escrito que la familia de J.A. acude a la CH para confrontar a la señora “R” <i>ya que menciona que ella le toma fotografías desnuda.</i> ³⁰
SEGURIDAD	Marzo del 2010	Guardia de seguridad refiere en un informe en donde se menciona: que la usuaria busca ayuda para no ser encerrada y golpeada por auxiliar

²⁹ Dentro de la institución CR no hay la especialidad de psiquiatría por lo que los casos que requieren dicha atención son referidos a otras instancias. En este caso no existe dentro de su expediente ningún registro informe de dichas atenciones.

³⁰ Fuente: Archivos de la carpeta individual de la menor. CH

		<p>“R”, el guardia de seguridad le pide que retorne a su hogar pero se esconde por miedo. La auxiliar en cuestión la busca y la encuentra y se define un conflicto en el que la Sra “R” manifiesta al jefe que él habría querido abusar de la menor, siendo la menor quien desmiente dicho suceso y asevera que no quiere ir donde ella se encuentre, por miedo a que la golpee.³¹</p>
AUXILIAR “R”	Marzo del 2010	<p>Responde informe aseverando que el guardia aparentemente intenta abusar de la menor en el acontecimiento antes mencionado. Además corrobora los sucesos en que J.A. evoca que no es de dicho modo y que no quiere que la pegue, amarre y encierre. La auxiliar solicita investigación y la instalación de cámaras de seguridad.</p>
PSICOLOGÍA	Abril del 2010	<p>Seguimiento y atención en crisis por conflictos a nivel emocional: se observa labilidad emocional, ambivalencia afectiva, rasgos de miedo al no poder resolver conflictos afectivos y psicosociales, llanto fácil, rasgos de depresión, ansiedad angustia y sentimientos de frustración. Muestra mayor afectividad frente a personas que son símbolos de protección (educadores “M, F, S, L, M”), muestra mayor valoración a las personas mencionadas, ya que representan símbolo de cuidado, filiación y vínculo. Dentro de valoración se detecta que los rasgos antes descritos se establecen a partir de imágenes de desprotección y presunto maltrato psicológico y físico, ya que muestra aversión, miedo e inseguridad frente a auxiliares de quienes refiere que es violentada por medio de amenazas, castigos físicos y verbales como “inútil, retardada” y otras agresiones a quienes identifica como “R y A”.</p> <p>Para este efecto se conoce que la menor presenta: Dolores inusuales, dolores en cuerpo “por caídas” (provocadas) presuntamente de acuerdo a lo que comenta la menor son provocado por auxiliar “R” (2010).</p> <p>Muestra buena orientación auto y alopsíquica, orientación temporal básica, reconocimiento de personas y estructura social en la que se desenvuelve, estado de alerta adecuado. No se encuentran signos de alteraciones psíquicas.</p> <p>En dicho informe se sugiere investigación pertinente, peritaje. Las presuntas agresoras que al encontrarse laborando dentro de su medio, inciden en el desenvolvimiento emocional de la menor y no permite la elaboración psicológica del maltrato. Es pertinente que víctimas y presuntos agresores no se encuentren en contacto para evitar condiciones adversas.³²</p>

³¹ Ídem.

³² Fuente: Informe psicológico. Elaborado por: Autor. Archivos informáticos y Carpeta Individual de la usuaria.

EXPEDIENTE	2010	En el año 2010 (no se especifica fecha), la menor fue encontrada con un auxiliar de servicios de la CH. Quien se encontraba teniendo relaciones sexuales con la usuaria. Se inicia proceso judicial. En el expediente se encuentra el proceso de investigación de dicho ex funcionario junio del 2011. No se encuentra ninguna resolución posterior.
PSICOLOGÍA CH	Octubre 2010	Informe de Psicólogo de CH: muestra momentos de inestabilidad emocional, muestra ira y angustia frente a sus pares y auxiliares. A pesar de ello, muestra mejor autoestima y autoimagen. Ha mejorado en el proceso de identificación de lo permitido y no permitido, buen trato y maltrato, y sus diferenciaciones para que pueda manejar de mejor modo sus comportamientos. A pesar de haber tenido comportamientos manifestados por inestabilidad emocional producto de sus antecedentes, han sido manejables y re-orientables y ninguno se ha manifestado de gran importancia.
TRABAJO SOCIAL	Junio del 2010	En su análisis de epicrisis se extrae los siguientes diagnósticos: Retardo Mental, Epilepsia, Pc Hemiparesia y Anemia Leve
NEUROLOGÍA	Agosto del 2011	Paciente alerta sin convulsiones. Conducta variable. Labilidad ocasional. Estable. No mencionan conductas desadaptativas de importancia.

7) SITUACIÓN ACTUAL

FECHA	OBSERVACION
Octubre del 2009	Asiste al Taller ocupacional para personas con discapacidad MB, en donde se capacita en el área de manualidades y carpintería. Hasta la fecha. No muestra conductas desadaptativas de relevancia en el último periodo. ³³
2010	Desde el año 2010 se inicia proceso de emparentamiento con madre y hermana. Padre no asume el proceso. ³⁴ En su record policial se observa antecedentes de robo.
Abril del 2011	Para inicio de gestión de trabajo social en la CH en el año 2009 da a conocer que no existe en la carpeta individual de la usuaria orden de acogimiento institucional. Para abril del 2011 se consigue medida temporal de acogimiento.

³³ Fuente: Verbal - Psicólogo de la CH. (Abril del 2012)

³⁴ Fuente: Informe de Trabajadora social de CH. 7 de octubre del 2010. Carpeta Individual de la usuaria.

4.1.5 HISTORIA. CASO 5 “V”

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE:	V
EDAD:	23 años
FECHA DE NACIMIENTO:	10 DE ENERO DE 1986
DIAGNOSTICO:	DEFICIENCIA INTELECTUAL MODERADA DISFASIA. DISARTRIA APRAXIA IDEOMOTRIZ
CONDICIONES MÉDICAS:	No toma medicación

2) MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta por presunción de abuso sexual referido por educadora de la institución que lo acoge.

3) ANTECEDENTES PERSONALES-FAMILIARES

- Se conoce que fue institucionalizada desde niña.
- La madre de V. tenía 15 años de edad cuando la tuvo. Madre abandona a la menor a la edad de seis meses, dejándola al cuidado de sus abuelos maternos, quienes aparentemente la maltrataban. La pareja presentaba problemas de alcoholismo. En el año 1995 cuando la niña tenía ocho años fallece su abuela. La menor queda al cuidado de su abuelo quien había intentado abusar sexualmente de la menor; quien al poco tiempo termino abandonándola. Tía política denuncia el caso y la acoge en su casa, decide solicitar apoyo institucional de protección por condiciones económicas y problemas de conducta de la niña. La familia ingresa a V. al “Hogar Carlos Andrade Marín”.
- La menor proviene de hogar desorganizado - desestructurado. Padre no reconoció a la niña.
- Según informe social de SINAMUNE en marzo del 2002 se conoce que el padre de la menor se encontraba en el Centro de Rehabilitación Social Penal García Moreno, por asalto a almacén de electrodomésticos. Define dicho informe que el hogar de la madre, evaluado en ese momento no era propicio para albergar a la usuaria. Hogar desorganizado incompleto. Hogar de baja situación económica. No hay vínculo entre madre e hija.

- Madre conformó un segundo hogar en el que tiene dos hijos, el último de ellos presenta también discapacidad intelectual.
- La menor pasa por ABEI, HICAM y posteriormente Hogar del Buen Pastor
- Es referida por “Hogar del Buen Pastor” en abril del 2002 a los 15 años de edad a la CH.
- Se conoce que tiene familia sin embargo nunca la han visitado hasta abril del 2005.

4) ANTECEDENTES ESCOLARES:

- No existen registros específicos
- Se encuentra en informes que V. asistió a Fundación César Saltos
- SINAMUNE (2002 aprox)³⁵
- Escuela “Carapungo” (no se refiere exactamente el lugar ni especialización de la institución)
- A partir de dichas fechas no se encuentra ningún registro de inclusión en centros educativos y mantiene como única intervención: terapia ocupacional dentro de la institución acogiente por recomendación del terapeuta tratante. (no existen registros de evolución ni de terapia ocupacional ni de instrucción dentro del centro).

5) EVALUACION PSICOLOGICA

INDICADORES OBSERVADOS Y REFERIDOS POR EDUCADORA QUE SEÑALA EL CASO:

(Julio del 2009)

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACION
Huellas corporales	X		Moretones en las piernas (2010) la menor menciona por motivos de maltrato por parte de auxiliares, castigos.
Masturbación compulsiva		X	
Manera de caminar inusual		X	
Comportamientos y/o juegos “sexuales inadecuados	X		Dificultad para establecer límites referidos a comportamientos de tipo sexual cuando se trata de acercamientos de otros hacia ella. Lo cual permite aunque se da cuenta de lo que sucede.
Comportamiento llamativo	X		Su comportamiento demuestra un fácil

³⁵ Fuente: No existen registros, sin embargo, en su epicrisis se menciona que aproximadamente asistió a la mencionada institución en dicho año.

			acceso a tener relaciones
Retraimiento	X		
Llanto sin motivo aparente	X		
Agresividad	X		
Pasividad	X		
Tristeza	X		
Se aísla	X		Se muestra poco sociable
Ansiedad	X		Come en exceso
Miedo	X		
Mirada perdida	X		
Reacciones extrañas	X		
Palabras que no corresponden a la edad	X		
Bajo rendimiento (inusual)*	X		
Regresión en conductas de menor edad	X		
Enuresis*		X	
Encopresis*		X	
Temor” ir a su casa o algún lugar en especial*	X		A estar sola, o salir solas cuando es retirado el Terapista ocupacional, todos los usuarios tenían miedo de ir a algún lugar, ya que estaban amenazados por medio de auxiliares, según lo que mencionan los menores las amenazas eran dadas por la señora “R” ³⁶
Huidas *		X	
Ausencia de Clases recurrentes (faltas)*:		X	
Dependencia a sus compañeros/otros*	X		
Mala relación con sus compañeros*	X		
Problemas de sueño:		X	
Problemas de apetito:	X		Come en exceso
Se observa malnutrición*:	X		
Se observa problemas de salud recurrentes*:	X		Presenta Trastorno degenerativo. Dolores de cabeza y mareos.
Accidentes repetitivos*:		X	
Dibujo		X	
otros			

³⁶ Fuente: Menciona Educadora que señala los casos.

OBSERVACIÓN: le menciona a educadora que V. le dice que “el profesor le tocaba el cuerpo señala sus partes íntimas, también menciona que le jalaba el cabello cuando no se dejaba”.

EVALUACION EMOCIONAL

- Durante al evaluación muestra necesidad de comunicar frustraciones.
- Manifiesta buen nivel de alerta a pesar de sus dificultades de lenguaje expresivo.
- Realiza construcción con cubos. Figura humana completa. SPAN atencional de 2, muestra independencia en AVD. Muestra afinidad por cuidado de los niños más pequeños.
- Presenta dificultades de comunicación, sin embargo intenta darse a entender, presenta dificultades implícitas en su esfera sexual, no logra establecer límites con “el otro”, manifiesta comportamiento de fácil manipulación.
- Dificultades en la resolución de problemas simples, dificultades en el contacto afectivo, necesidad de afecto inminente y de aprobación.
- Inseguridad y baja autoestima.
- Muestra necesidad de aprendizaje de cuidado de su esfera sexual. Se realiza intervención primaria para el efecto, refiere tener relaciones sexuales con compañero de CH J., con quien mantiene relación afectiva, y con quien no puede establecer límites, sin embargo comprende que existen comportamientos permitidos y no permitidos.

Durante la segunda valoración de la esfera afectiva muestra mayor nivel de confianza en cual espontáneamente refiere lo que a continuación describo a partir del relato tomado textualmente:

“el profe me pegó y me quito la ropa – lo cual expresa con gestos - ¿dónde te pego? –me pego aquí (se señala la barriga y el pecho), me saco la ropa (muestra gestos de quitarle la ropa de la parte superior del cuerpo –tronco-) y me puso ese que hace “pipi” y me puso aquí (se señala su vagina) se le pregunta: ¿cómo se llama lo que señalas? Responde “vagina”, como se llama la persona de la que hablas? El profe recuerdas su nombre? Responde: se fue, ¿pero como se llama él? el Ivin, responde”

Después de dicho relato se procede a una intervención del área emocional, trabajo de roles y cuidado del cuerpo; apoyo afectivo educación sexual básica. Terapia lúdica para

intervención en crisis. La sesión fue realizada a petición de la usuaria posterior a la salida de educador.

EVALUACION COGNITIVA³⁷

Equivalente: Deficiencia Intelectual leve tendencia a Moderado (Cualitativo)³⁸

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Nivel leve de interferencia lo que califica una capacidad regular para su inclusión en actividades laborales previo entrenamiento y supervisión

HABILIDADES Y DESTREZAS:

Habilidades manuales mecánicas, gusto por la música y baile, destrezas para pintura y dibujo.

Ayuda en el arreglo y limpieza de la casa.

Apoya en tareas del hogar y cuidado de los más pequeños o con quienes tienen mayores dificultades dentro de la CH.

Expectativas: vida protegida, labores supervisadas trabajo intra-institucional, así como capacitación laboral con posibilidad extra-institucional, dependiendo de la actividad y supervisión constantes. Posibilidad de entrenamiento ocupacional.

NIVELES DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Incapacidad leve o nula para la realización de las actividades de la vida diaria. Se maneja con independencia en las diferentes áreas para realizar las actividades de la vida cotidiana y autocuidado. Supervisión no constante.

Colabora en el aseo y cuidado de los niños más pequeños.

CONCLUSION

Se puede observar que el paciente presenta conductas que pueden deberse a un ambiente hiperestimulado, presentando falta de inhibición o desinhibición de comportamientos sexuales, los cuales estarían dados en función de un presunto proceso de abuso sexual. Se sugiere atención inmediata por parte de autoridades y el peritaje psicológico inmediato.

³⁷ Véase: Anexo

³⁸ No logra responder a los reactivos cuantitativos por su alteración a nivel de lenguaje expresivo.

6) ANTECEDENTES DE HISTORIAL CLINICO:

ESPECIALIDAD	AÑO	RESUMEN DE INFORME DE EPICRISIS
PISCOLOGÍA	Noviembre del 2001	La paciente se muestra orientada autopsicamente, buena respuesta visual y auditiva, comprensión de lenguaje, sin embargo presenta disartria. Durante la evaluación se observa que le cuesta acatar órdenes, según auxiliares se refiere que acude por control de natalidad ya muestra tendencia a <i>perseguir a otros jóvenes</i> , aparentemente para contacto físico y emocional. Se observa preferencia por el sexo masculino. Según auxiliar se refiere que la menor menciona que “ <i>auxiliar de anterior institución introducía sus manos en la vagina de la paciente y la manipulaba</i> ” ³⁹ . Según reportes anteriores la menor siempre ha sido independiente en sus actividades de la vida diaria.
MEDICINA GENERAL	Noviembre del 2001	Paciente con <i>trastornos de conducta en el área sexual</i> , presenta antecedentes de maltrato familiar, sevicia y posible abuso sexual. Examen: clínicamente sana.
PSICOLOGÍA	Noviembre de l 2001	Seguimiento: se observa que la paciente tiene dependencia especial por un chico de la CH, tiende a estar triste si el compañero no le pone atención, tendencia al llanto fácil. No se observan alteraciones en otras áreas. Sueño normal. Desempeño en actividades de la vida diaria normal. Apoyo en las rutinas de casa y colaboración con el aseo. No se ha observado comportamientos anormales, tiende a la desobediencia. Se adapta fácilmente de preferencia a los varones. Según informe posterior se enviaron recomendaciones que no fueron acatadas por la institución. ⁴⁰
NEUROLOGÍA	Enero del 2002	Paciente con conductas “afectivas hacia varones” busca específicamente a un compañero insistentemente. Se refiere orientación sexual. <i>Prescribe antipsicóticos</i>
NEUROLOGÍA	Septiembre del 2001	Paciente con Retardo mental leve y disartria. No manifiesta crisis convulsivas. A nivel conductual se muestra colaboradora, independiente sociable, no agresiva. Lenguaje comprensivo bueno estado general bueno. Su estado determina necesidades terapéuticas de habilitación y rehabilitación. Se recomienda evaluación psicológica urgente. Y recreación.
NEUROLOGÍA	Mayo del 2002	Auxiliares de servicios refieren que la menor presenta movimientos involuntarios por posible reacción de antipsicóticos.

³⁹ Según lo referido en consulta y los informes subsiguientes no se observa ningún registro de haber investigado dicha situación.

⁴⁰ No se describe las recomendaciones.

		Sugerencia: orientación sexual ya que se mantienen dificultades en esta área
FISIATRÍA	Mayo del 2002	<p>Diagnóstico: Retardo mental moderado. Disfasia</p> <p>Apraxia ideomotriz. Observaciones: paciente al cuidado de CH. Independencia absoluta en las AVD. No se realiza EMG y VCN nerviosa solicitada.</p> <p>Sugerencia: asistir a SINAMUNE para que aprenda instrumento que no requiera de gran habilidad manual.</p> <p>Reforzar terapia ocupacional</p> <p>Incluir en talleres de manualidades para mejorar apraxias.</p> <p>Terapia lúdica planificada por CH</p> <p>Enfatizar orientación sexual por <i>acoso sexual hacia sus compañeros</i></p> <p>Mantener anticoncepción. Anticoncepción parenteral trimestral</p> <p>Vida protegida familiar o institucional.</p> <p>Control anual por fisiatría para descartar enfermedad degenerativa.</p>
PSICOLOGÍA	Junio del 2002	<p>Diagnóstico: Retardo mental leve</p> <p>Se sugiere asistencia a SINAMUNE por condiciones favorables para aprendizaje de instrumentos</p> <p>Se denota hipo-estimulación. En la evaluación cuantitativa se especifica RM moderado. Sin embargo por características de la menor se observa que presenta una deficiencia intelectual leve.</p> <p>Orientación al personal en el manejo comportamental</p> <p>Presencia de comportamientos sexuales inapropiados.</p>
NEUROLOGÍA	Junio del 2002	No se observan condiciones médicas neurológicas dignas de notar. Por referencia de auxiliares se especifica <i>disturbio en la conducta sexual</i> . Se sugiere atención por psicorehabilitación y guía ginecológica
MEDICINA GENERAL	Julio del 2002	Presencia de cistitis. Infección de vías urinarias.
PSICOLOGÍA	Abril del 2003	<p>En la evaluación muestra adecuada respuesta visual y auditiva. Funciones decrementadas en un 60% lenguaje comprensivo bueno. Lenguaje disártrico. Según terapista ocupacional que la acompaña: presenta buen manejo en AVD y actividades dentro del hogar y muestra afinidad con niños pequeños. Presenta episodios de berrinches. No refiere ningún comportamiento en área sexual. En SINAMUNE maneja pandereta tiene agrado por la música.</p> <p>Diagnóstico de retardo mental leve.</p> <p>Sugerencia: orientar al personal en el manejo de conducta.</p>
FISIATRÍA	Mayo del 2003	<p>Diagnóstico: retardo mental moderado</p> <p>Disfasia</p> <p>Apraxia ideomotriz</p>

		<p>Observación: independencia en todas las AVD</p> <p>Sugerencias. No amerita terapia física. Continuar terapia ocupacional. Continuará taller de actividades manuales mínimas</p> <p>Mantener anticoncepción</p> <p>Terapia recreativa</p> <p>Vida protegida</p>
PSICOLOGÍA	Mayo del 2006	<p>Evaluación muestra adecuada respuesta visual y auditiva reconoce partes del cuerpo, funciones decrementadas en un 60%, orientada autopsíquicamente no así alopsíquicamente, presenta lenguaje disártrico, sin embargo responde adecuadamente a ordenes simples y en dos encargos, reproduce letras a la copia con dificultad por alteración en motricidad fina, no reconoce letras. En actividades de la vida diaria se maneja con independencia. No manifiesta alteraciones en el área sexual.</p> <p>Diagnostico de retardo mental leve</p> <p>Sugerencia: incluir en terapia recreativa, vida protegida. Incrementar terapias a la comunidad (salidas) <i>mismas que han venido siendo manejadas por terapeuta ocupacional de la CH</i>. Orientar al personal en el manejo comportamental y esfera sexual.</p>
TRABAJO SOCIAL CH	Noviembre del 2006	<p>Se menciona que en noviembre del 2005, existe acercamiento de la familia (abuelo, tíos, tías, madre y su pareja) para conocer como se encuentra la menor. Recibe visitas semanales por parte de sus familiares. Tía manifiesta deseo de querer cuidar de ella; sin embargo, institución refiere que debe existir un proceso de adaptación y análisis de la situación en la cual se realizaría reinserción familiar. No se define una real intención de asumir el cuidado y protección de V. por parte de familiares. Madre visitó por dos ocasiones en dicha temporalidad, sin embargo no mantiene ningún compromiso con la usuaria.</p> <p>La menor se mantendrá en la CH hasta que algún miembro de su familia ampliada asuma y se responsabilice por la misma.</p> <p>Meta: realizar emparentamiento con familia ampliada y apoyo médico por parte de la misma.⁴¹</p>
NEUROLOGÍA	Noviembre del 2008	<p>Certificación: paciente con RM moderado y trastorno de comportamiento especialmente de tipo reactivo. Al momento no hay quejas por parte de auxiliares. Realiza actividades de la vida cotidiana.</p>
FISIATRÍA	Noviembre del 2008	<p>Certificación: paciente con RM moderado. Acude luego de cuatro años⁴²</p> <p>Se refiere auto agresividad. Ya no manifiesta caídas frecuentes.</p> <p>Se sugiere: terapia recreativa. Vida protegida. Control médico anual.</p>

⁴¹ Fuente: Informe social CH. Expediente individual de la usuaria. 14 de noviembre del 2006

⁴² Es preciso mencionar que la prescripción dada por la profesional había sido con anterioridad de visitas anuales, fundamentalmente por su proceso degenerativo en estudio.

TRABAJO SOCIAL	Septiembre del 2009	En su informe Refiere datos de: certificado de neurólogo tratante al año 2008 en el que se menciona diagnóstico de Retardo mental moderado y trastorno de comportamiento especialmente de tipo reactivo Fisiatría recomienda: terapia recreativa, vida protegida Psicorehabilitador 2008: terapia recreativa. Incrementar terapias a la comunidad. Trabajo social: sugiere continuar con apoyo interinstitucional para programa en tratamiento medico, terapia recreativa, vida protegida, control médico anual.
NEUROLOGÍA DEL	Septiembre del 2009	No se manifiesta trastorno del comportamiento
MEDICINA GENERAL	Diciembre del 2009	<i>Paciente que ha sufrido trauma directo en región coxo-femoral izquierda, al examen físico no detecta ninguna patología</i> <i>Diagnostico: traumatismos múltiples inespecíficos</i> <i>Prescribe ibuprofeno 400mg 1 c/h</i>
PSICOLOGÍA CH	Octubre del 2010	V. al momento se encuentra emocionalmente bien, no ha manifestado conductas desadaptativas en ninguno de los espacios en los que se desenvuelve. Desde su ingreso al taller ocupacional (Margoth Bonilla de Saltos) muestra mayor seguridad y confianza, expresa alegría y sociabilidad; sobretodo manifiesta mayor independencia para realización de actividades. Ha mejorado a nivel de autoestima y autoimagen. Ha logrado instaurar reconocimiento de lo permitido y no permitido ⁴³
MEDICINA GENERAL	Enero del 2010	Motivo de consulta: <i>quemadura con agua caliente de la ducha.</i> Examen físico: <i>quemadura de segundo grado</i> , grado superficial en pómulo izquierdo en superficie de 3 cm. Y en seno izquierdo en un a superficie de 15 cm de longitud. Prescribe ALTACEF curación diaria. ⁴⁴
MEDICINA GENERAL	31 Mayo del 2010	Acude a consulta por presentar <i>vértigo desde el despertar</i> , lo que le impide la deambulaci3n, aparece en forma súbita y ha llegado a producir v3mito.
NEUROLOGÍA	Junio del 2010	Hace 24 horas presenta vértigo y cefalea durante la noche duerme tranquila. Examen físico sin focalidad. Diagnóstico: vértigo
PEDIATRÍA	Junio del 2010	Dolor abdominal, deposiciones diarreicas, malestar general.
TRAUMATOLOGÍA	Junio del	Paciente se queja de dolor a nivel de columna dorsal sin causa aparente.

⁴³ Fuente: Informe psicológico CH. tomado del expediente individual. 11 de octubre del 2010.

⁴⁴ No se refieren otras valoraciones para determinar este hecho. Cabe mencionar que para dichas fechas se había venido observando que existía un mal manejo de los menores, quienes eran presuntamente víctimas de maltrato por parte de las auxiliares.

	2010	Examen físico: contractura muscular
NEUROLOGÍA	Junio del 2010	Paciente que acude para control de vértigo <i>ocasionado según versión de la paciente por maltrato acaecido por parte de la Sra. Auxiliar "R". Trauma craneoencefálico.</i> Mantiene vértigo.
NEUROLOGÍA	Junio del 2010	Paciente acude a control de vértigo secundario a Trauma cráneo encefálico TCE, favorable, persiste cefalea y cervicalgia; mareo ya no está presente
NEUROLOGÍA	Julio del 2010	Buena evolución
MEDICINA GENERAL	Noviembre del 2010	Anemia leve. Se prescribe tratamiento

7) SITUACIÓN ACTUAL

FECHA	OBSERVACION
Octubre del 2009	Asiste al Taller ocupacional para personas con discapacidad MB, donde se capacita en área de manualidades y carpintería. Acompañamiento terapéutico En coordinación con centro de salud se coloca implante para planificación familiar Recibe atención periódica en neurología, fisioterapia medicina general y odontología.
Diciembre del 2010	Tras la investigación familiar se inicia emparentamiento con tía de V. y familia ampliada quienes muestran interés por la usuaria. V. empieza a pasar fines de semana con la familia.
Febrero del 2011	Tras 10 años de ausencia de la madre se acerca a visitar a V. en CH. Se inicia proceso de emparentamiento con la madre y sus dos hermanos. Hijos de un segundo compromiso, Hermana de 18 años estudiante y hermano de 16 años quien presenta discapacidad intelectual. Padre ausente. No se conoce ningún dato actual.
Febrero del 2011	Se mantienen visitas dos fines de semana por mes con familia nuclear y ampliada.

4.2 FICHA Y ENTREVISTAS CON LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CASO

4.2.1 EL PRESUNTO AGRESOR⁴⁵

La ficha a continuación expuesta, revela los datos generales del presunto agresor, mismos que fueron referidos por educadora que señala el caso.

Fecha: Mayo del 2009

Número de agresores ** 1

1. Datos personales del agresor

Nombres y apellidos	E. A.
Edad	48 años de edad
Dirección	
¿Relación con el/los menores?	Terapeuta Ocupacional, es el único profesional del área de rehabilitación dentro de la institución CH, quien maneja una imagen frente a los usuarios de “papá”. Los usuarios lo llaman de ese modo. Relación cercana y único referente masculino inmediato.
¿Lugar de relación?	Vivienda. Centro de Acogimiento para niños, niñas, adolescentes y adultos con discapacidad. CH.

Sexo F M

Estado civil

Soltero Casado Viudo
 Unión Libre Separado

Nº Hijos

Sexo: femenino de 16 y 14 años aprox.

2. Situación ocupacional-educativa del presunto agresor

Nivel de Instrucción	Superior
Profesión	Terapeuta ocupacional
Ocupación	Terapeuta ocupacional
¿Trabaja?	Hasta abril del 2009 labora como terapeuta ocupacional de la CH.
¿A qué se dedica?	Actualmente, se desconoce su ocupación

⁴⁵ Este modelo de Ficha fue elaborado en el curso de la investigación: “Intervención psicosocial y judicial para el tratamiento de la Violencia socio familiar contra niños, niñas y adolescentes”. UPS, Directora de Investigación: Dupret Marie-Astrid. (2009-2010). Ficha del Presunto Agresor. Visibilización y develamiento del Maltrato y Abuso Sexual contra menores.

3. Antecedentes conocidos / observados del agresor/familia (si los tiene)

La persona era poco comunicativa, reservado, inteligente. Usaba siempre ropa deportiva, poco amigable. Siempre trabajó con el mismo grupo de niños, niñas y adolescentes, quería sobresalir ante todos, se manifestaba como una persona fría y calculadora.

4.2.2 ENTREVISTA A LA EDUCADORA QUE SEÑALA EL CASO

Fecha: 11 de abril del 2012

- 1) **¿Cuál es su nivel de instrucción?** Tercer nivel. Licenciada en Ciencias de la Educación
- 2) **¿Cuál era su rol dentro de la CH?** Educadora, tenía que realizar procesos de intervención ocupacional y para autonomía e independencia en actividades de la vida diaria con el grupo de usuarios. Trabajo fundamental en el área de restitución de derechos y fortalecimiento del área emocional.
- 3) **¿Qué tiempo laboró en la CH, periodo?** Desde enero del 2009 hasta septiembre del 2011.
- 4) **¿Qué tipo de relación tenía con el presunto agresor?** Laboral. El hombre era un compañero aparentemente respetuoso. Pero sí, se mostraba muy celoso de su trabajo, como distanciado de los compañeros.
- 5) **¿Cuál fue el motivo de consulta por el que acude al CR en abril del 2009?** Por sospecha de abuso sexual, perpetrado por el Sr. EA Terapeuta Ocupacional de la CH.
- 6) **¿Por qué sospecha usted de abuso sexual a los usuarios de la CH cuando los trae a consulta?** Una antigua auxiliar me cuenta a su salida que tenga cuidado ya que tenía que contarme algo delicado relacionado con el Sr. EA, y lo que comenta es que ella vio, que el señor abusaba de los niños de la CH y que ella tenía una mala relación con el señor, y le pregunté ¿por qué no avisó? y ¿por qué no llamo a la policía? Entonces ella me dijo que le daba recelo y que la coordinadora no le iba a creer porque estaba la palabra de ella contra la palabra de él.
- 7) **¿Luego de su sospecha cual fue su procedimiento?**
 - Observar a los menores en su comportamiento y al Sr. EA por lo que encontré, que el señor se cuidaba mucho, no permitía que se cambien los grupos, es decir que él buscaba seguir trabajando con el mismo grupo de chicos, se molestaba cuando hablábamos de rotar, decía que no iba dejar que dañen su trabajo, él quería siempre trabajar con los mismos chicos, él era muy hermético, los chicos eran aparentemente vinculados a él. Pero se veía que él tenía poder sobre los muchachos, ellos le saludaban con presión, le temían.
 - Luego llevé a los menores a ser valorados y atendidos en el CR

- Di conocimiento a mis autoridades inmediatas, a la ex coordinadora de la CH
- La institución procedió a realizar los procesos de denuncia y retiró al profesional del cargo.
- Luego de que el señor EA salió del cargo los chicos empezaron a contar lo que este hombre les hacía.

8) ¿Los chicos le han comentado lo sucedido con el agresor? ¿Qué le comentaron? ¿Cuándo?

Tengo dos informes que hicimos para presentar al departamento jurídico de la institución (escritos por trabajadora social de la CH y educadora) donde comentamos lo que los chicos nos dijeron.⁴⁶

Aproximadamente en el mes de junio, luego del desayuno (en horas de la mañana), el joven **P.**⁴⁷, arremete físicamente en contra de otro niño, utilizando una fuerza física que precisó el apoyo de Sr. Guardia y dos compañeros del CR.

Luego del altercado y cuando **P.** se encontraba más tranquilo, lo llevo a la oficina, durante la caminata **P.** llora y mencionó “¿por qué el profesor me hizo eso?” una vez dentro continúa llorando y le pregunté que si quiere contarme algo, lo puede hacer, continuaba repitiendo “¿por qué a mí?, quiero irme con mi papá”, ¿pasó algo?: “el profesor me tocaba mi cuerpo” y siguió llorando, aproximadamente luego de una hora, se acerca a la oficina **J. y E.**⁴⁸; **J.** dice que sabe por qué **P.** está así, “me siento mal, por lo que les pasó a mis amigos” se le pregunta por qué se siente mal?, hiciste algo?: “El profesor me mandaba a que cuide en la puerta, mientras él se encerraba con alguno de mis amigos”; se le pregunta: ¿te pasó algo a ti?: “no, yo me siento mal porque cuidaba la puerta”, se le explica que él no tiene la culpa de lo sucedido, y que el profesor ya no está, que si hay algún culpable es el profesor. Después dice “sí a mí me hizo una vez” y no da detalles.

Los jóvenes **E. y J.**, me dirigen al taller ocupacional, donde laboraba el Sr. **EA**⁴⁹, a quien lo llaman el profesor, y detallan lo siguiente: “**J.** dice aquí me ponía yo (golpea con el pie en el piso) para ver que no venga nadie” “dónde que no me avises, vas a ver lo que te pasa me decía”, luego dice “venga **C**⁵⁰ vea en esta maldita cama hacía esas cosas con mis compañeros”. Luego **E.** dice” venga **C.** así me hacía” (se quiso bajar el pantalón), y no le permití, me sentía impotente y muy mal. Les dije a los dos jóvenes que ya no me cuenten más, y salimos del taller; les

⁴⁶ Los informes me fueron facilitados por la Educadora entrevistada, por lo que tomo textualmente lo que describen en los mismos.

⁴⁷ P: Caso 1

⁴⁸ J: Caso 2 / E: Caso 3

⁴⁹ EA: Presunto Agresor

⁵⁰ C: Educadora que señala el caso.

expliqué que lo que les sucedió no va a volver a pasar y que no se sientan culpables de eso, que nosotros estamos para ayudarles, pero que siempre digan la verdad que no se inventen cosas que no fueron, a lo cual dice **E.** “sí, eso me pasó a mí, es verdad” y llora como un niño desconsolado.

Transcurrieron algunos días y la joven **J.A.**⁵¹ me ratifica que si fue verdad que ella también fue tocada con su compañera **V.**⁵² y le pregunté dónde sucedía y a qué horas, me contesta “cuando estábamos haciendo la limpieza de la ludoteca, y a la **V.** le jalaba del pelo cuando no se dejaba”; otra versión de **J.A.** “nosotros (**J.A.** y **E.**), vimos al profesor que también le tocaba su cuerpo a la **Cr**”. (Otra menor de la CH).

También debo manifestar que la información luego de ser conocida fue debidamente informada a la Señora Coordinadora, en consecuencia los usuarios, presumo se sintieron libres para hablar y expresar sus sentimientos, luego de la ausencia del Sr. **EA.**⁵³

Informe trabajadora social CH

Con respecto a la denuncia que se está realizando en la fiscalía, del posible abuso Sexual del Joven **P.** como fue informado en su momento y hoy por escrito, debo mencionar lo siguiente.

Aproximadamente en el mes de Junio, durante las actividades del taller se acerca la joven **J.A.**, quien dice que desea hablar en privado con mi persona, le solicité que se acerque a la oficina, a la cual llega con el joven **E.**

Relatan lo siguiente: **E.** pregunta si el profesor “**E.A.**”, va a regresar a la CH, le explico que el Señor se encuentra trabajando en otra dependencia y que no va a regresar, y que ¿por qué realiza la pregunta?; dice: “Mami **A.**⁵⁴, el profesor me tocaba”, ¿alguna parte de tu cuerpo en especial: “Sí”, con sus manos indica sus partes íntimas (pene y la nalga); llora y dice: “ya no quiero que el profesor regrese, me ha hecho mucho daño”; “no quiero que pase con otras personas”.

En ese momento del dialogo **J.A.** le interrumpe y dice: “Mami **A.**, también me tocaba a mí, a la **Cr.** y a la **V.** y cuando ella no quería le pegaba”, le pregunto: cuando pasó esto: “En la ludoteca, cuando teníamos que limpiar”, “en el taller también”, “le pedía al **J.** que cuide que nadie venga”. Se les preguntó si conocen la diferencia entre la verdad y la mentira, se les realiza un ejemplo, y les pregunto si lo que me están contando es verdad o mentira; contestan que es verdad, **E.** dice: “yo no miento, Mami **A.**, es verdad”, ¿porque me cuentan ahora?: “Porque ya no va a regresar”, ¿les amenazaba?: “decía que si avisamos nos va a mandar de la casa hogar o no nos lleva a los paseos”, “teníamos miedo”.

Durante el diálogo **E.** llora. Les explico que no tengo porque dudar de sus palabras, que el profesor no va a regresar, y que las personas que estamos

⁵¹ J.A: Caso 4

⁵² V: Caso 5

⁵³ Fuente: Tomado del informe realizado por la Educadora CH –quien señala el caso-, mismo que fue presentado internamente al departamento jurídico de la Institución. 23 de septiembre del 2009.

⁵⁴ A: Trabajadora Social

aquí estamos para protegerlos, que no tengan miedo, que eso ya no va a volver a pasar, que si en caso hay un culpable, es el profesor, no ellos. Es importante mencionar que les solicité a **J.A.** y **E.** que no comenten con cualquier persona lo sucedido, mostraban deseos e incluso ansiedad por hablar (“a alguien de una corte”).

ACCIONES REALIZADAS: Desde esta fecha se solicita acompañamiento en el área de psicología en el CR.

J.A. colabora con mayores responsabilidades dentro del taller, así como manualidades para que las realice en las tardes, luego de la jornada”.⁵⁵

⁵⁵ Tomado del informe realizado por trabajadora Social de la CH, mismo que fue presentado internamente al departamento jurídico de la Institución. 23 de septiembre del 2009.

**4.2.3 ENTREVISTA REALIZADA A LA EX COORDINADORA
DE CASA HOGAR (CH) EN RELACION A LA LABOR
DEL PRESUNTO AGRESOR (EA)**

Fecha: 6 de abril del 2012

1) ¿Que labor desempeñó usted en la CH?

Coordinadora de la CH

2) ¿Cuanto tiempo laboró en dicha institución (periodo)? Del 2006 al 2010

3) ¿Puede comentarnos cuál era/es el rol de la institución?

Protección y restitución de derechos de niños, niñas adolescentes y adultos con discapacidad en situación de abandono.

4) ¿Cuántos usuarios internos tenían en la institución en el tiempo en que usted trabajó?

Entre 28 y 30 usuarios por lo general.

5) ¿Cuáles eran las líneas de trabajo principales?

- | | | |
|-------------------------|------|------|
| a. Acogimiento | si X | no |
| b. Escolarización | si | no X |
| c. Reinserción familiar | si | no X |
| d. Orientación familiar | si | no X |
| e. Inclusión laboral | si X | no |

Observaciones: no había líneas de trabajo específicas de la CH, no había proyecto específico, el trabajo es de atención diaria y de cuidado. La capacidad del centro era para 25 NNAA.

6) ¿Qué y cuántos profesionales laboraban en la institución?

PROFESIONALES	Nº	OBSERVACION
Coordinador del centro	1	
Psicólogo	0	Se incorpora 1 En el 2010
Trabajador social	0	Se incorpora 1 En el 2009
Abogado	0	
Terapista del lenguaje	0	
Terapista físico	0	
Terapia ocupacional	1	Hasta el 2009
Educador especial	0	1 Educadora
Auxiliares de enfermería	6 - 7	Auxiliares de servicio que realizan trabajo de cuidado y atención de los usuarios.

Otros: Auxiliares en la noche se mantenían de dos a tres para el cuidado de los chicos.

7) En el caso de no existir los profesionales mencionados, ¿Por qué la institución no contaba con los mismos?

Porque nunca se complementó el equipo con psicología, trabajo social, auxiliares porque nunca hubo respuesta de las autoridades.

8) ¿Cómo se establecía el proceso de acogimiento? Niños y niñas en calle/abandonados, identificados con discapacidad, a quienes por lo general los refería la DINAPEN, Juntas de Protección y/o juzgados de la niñez.

9) ¿Cómo se establecía el proceso de escolarización/ capacitación laboral y ocupacional?

Por evaluación de funciones, físicas y psicológicas y coordinadas con el “taller” (2009) **¿por qué no se hizo antes este proceso?** Todos habían pasado por la capacitación y luego no sé qué pasó. Lo ocupacional se hacía en casa, como trabajo de huertos, waype, manualidades, se buscaba vender no como microempresa pero algo.

10) ¿Conoció usted al Señor EA?

Si

11) ¿Qué relación tenía usted con el sr EA?

Relación de tipo laboral, había buen nivel de confianza y empatía en lo laboral, era responsable y era un referente masculino para los chicos (imagen masculina).

12) ¿Que rol desempeñó en la institución?

Él era terapeuta ocupacional, conocía que con anterioridad trabajó de jardinero en la CH y luego se incorporó al trabajo como terapeuta ocupacional.

13) ¿Cuál era el nivel de instrucción del mismo?

Superior en terapia ocupacional.

14) ¿Conoce usted la experiencia laboral del mismo?

No conocía, los contratos se realizan en la Provincial.

15) ¿Conoce usted cuanto tiempo laboró allí, (periodo)?

Ocho años desde el 2001.

16) ¿En qué horario laboraba?

8h00 a 16h30, su horario real era de seis horas, pero él quiso asumir las ocho horas por colaborar.

17) ¿Con qué grupo de usuarios trabajaba?

Él trabajó siempre con el grupo de chicos independientes o semi-independientes, siempre funcionales, él hizo la subdivisión de los grupos la otra educadora trabajaba realizando manualidades con los chicos menos funcionales.

18) ¿Cuánto tiempo trabajó con cada grupo?

Durante los cuatro años que yo trabajé allí siempre laboré con el mismo grupo, nunca me llamó la atención nunca se oponía a nada, se empieza a oponer cuando ingresan los nuevos trabajadores en el 2009.

19) ¿En qué consistía el trabajo del señor EA?

Realizar intervención a nivel ocupacional con los usuarios.

20) ¿Como se manejaba el proceso de planificación - intervención?

- a. Planificaciones diarias
- b. Planificaciones semanales X
- c. Planificaciones mensuales X
- d. No se establecían planificaciones de trabajo específicas
- e. Otras

- Esto se realizaba entre el terapeuta y la educadora.

21) ¿Conoce usted que no existe ninguna información escrita de los informes o planes de trabajo del Sr EA en los archivos de la CH? ¿conoce los motivos?

Si había planificaciones mensuales en el archivo de la coordinación, sin embargo nunca entregó evaluaciones de los chicos.

22) ¿Cómo era la relación que tenía el señor EA con los trabajadores de la institución?

Aparentemente cortés, muy respetuoso, nunca lo vi propasarse o algo, amable, las compañeras decían que era grosero pero eso supe después, no tenía “amigos” dentro del grupo de trabajo.

23) ¿Cómo era la relación del señor EA con los usuarios?

Buena aparentemente los chicos le llamaban “papi”, le abrazaban, lo buscaban tanto hombres como mujeres.

24) ¿Según como usted observaba la relación entre los usuarios y el técnico, como ellos lo visualizaban, es decir que rol afectivamente el cumplía para ellos?

Lo querían lo llamaban papá, jugaban. Les regalaba caramelos de vez en cuando.

25) ¿Cómo era dadas las sanciones o “castigos” a los usuarios?

Se creó un cuarto aparte donde estén solos, ahí dormían durante la noche, esto se hizo con mi autorización, por ejemplo cuando J. quiso abusar de una niña pequeña y se lo llevó a este cuarto.

26) ¿Conoce usted por qué el Sr. EA dejó de laborar en la institución? (explique)

La Educadora y Trabajadora social me dijeron que B. y E. (auxiliares)⁵⁶, les comentaron que ellas le vieron en una posición comprometedor con los chicos, no les dejaba entrar y le vieron con P., uno de los usuarios en esas situaciones.

27) ¿Qué acción realizó usted frente a dicha situación?

A penas me avisaron, puse en conocimiento de las autoridades de la sospecha de abuso, entonces la institución denunció, y me dijeron que iban a desplegar todos los recursos y no pasó nada. Se lo sacó a este sr. de la CH a los dos días de haber puesto en conocimiento, y desde entonces no se le renovó el contrato. Las calificaciones de él por lo general tenían como resultado un buen desempeño.

28) ¿Existe algún aspecto que llame la atención que considera importante dentro del sistema relacional que se estableció en torno al sujeto en cuestión?

Ahora veo que pasaba mucho en el taller

Siempre venía con el pantalón mojado

Me contaban que el señor siempre se bañaba en la CH, yo nunca vi, pero eso comentaba B. (auxiliar)

Entiendo que él les regalaba caramelos o cosas así.

29) Que incidencia tenía el Sr EA sobre las decisiones que se tomaban sobre el plan de vida de los usuarios, el centro, y las actividades que se realizaban; es decir: el plan educativo, capacitación laboral, condiciones médicas, familiares, sanciones, premios entre otros (explique)?

Él era el referente de los chicos, él decidía los premios y castigos, pero no tengo eso muy claro; también en lo que se refiere a la capacitación laboral y actividades y planes de los mismos.

30) ¿Actualmente se encuentra usted laborando en dicha institución? No

⁵⁶ B y E Antiguas auxiliares de servicios de la CH

31) ¿Cual fue el motivo de su cambio laboral?

Yo pedí el cambio, porque estaba cansada, el desgaste emocional, nunca hubo respuesta para los chicos, no había medicina para ellos, entre otras cosas. Por la falta de apoyo institucional.

32) ¿Cuales han sido las mayores dificultades dentro de este proceso?

- Contratación de personal sin perfil
- Falta de capacitación para el manejo del tema sexual
- Falta de recursos y personal
- Por ser niños abandonados sin referente familiar, no se dio importancia a este problema porque no hubo quién de la cara por ellos.
- Falta de profesionalismo e interés por parte de la institución, del departamento legal, sin darles la importancia que tenían nuestros niños.
- Han pasado tres años y se perdió el juicio desde abril del 2009 que se puso en conocimiento hasta octubre del 2011 en que fue la audiencia de juzgamiento.
- Ha pasado al menos por tres abogados y la última persona que estuvo a cargo no conocía el caso.

Yo hasta me he prestado poniéndome en riesgo, él tenía orden de captura en el 2009, un día él me llamó y acordamos vernos en la seis de diciembre, para remitir los papeles que él solicitó esto fue en el 2010 no recuerdo en que fecha, ahí lo capturaron, al poco tiempo no recuerdo en qué fecha se le otorgó el habeas corpus.

4.2.4 ENTREVISTA AL TESTIGO PRESENCIAL DEL PRESUNTO ABUSO SEXUAL

Fecha: 11 de abril del 2012

- 1) **¿Usted laboró en la CH? sí**
- 2) **¿Por cuánto tiempo laboró en dicho lugar (periodo)?**
Trabajé durante 20 años hasta finalizar el año 2008.
- 3) **¿Que rol/labor desempeñaba en dicha institución?**
Auxiliar de salud, trabajaba en el cuidado y atención de los niños.
- 4) **¿Qué nivel de instrucción tiene usted?**
Superior en educación infantil incompleta, actualmente me encuentro concluyendo mi formación.
- 5) **¿Conoció usted al sr EA? Sí, era mi compañero de trabajo. Él era terapeuta ocupacional.**
- 6) **¿Qué tipo de relación tenía usted con el señor EA?**
Como compañeros, luego de que yo me enteré lo que les hacía a los chicos, él se mostraba distanciado siempre. No tenía comunicación conmigo.
- 7) **¿Usted conoce que el señor EA fue acusado de abuso sexual hacia los usuarios de la CH, qué es lo que conoce al respecto?**
Sí, yo lo encontré en su aula teniendo relaciones con “P.⁵⁷”, él siempre tenía el aula cerrada y ese día no cerró con seguro y yo abrí la puerta y lo vi, **¿Qué hizo usted?**, no le enfrente me horroricé, cerré la puerta, golpee la puerta y le pedí que mandara a P. de ahí. Nunca supe si él se dio cuenta que lo vi, yo creo que sí se dio cuenta.
- 8) **¿Cuándo sucedió?**
Eso fue como en agosto del 2008 aproximadamente.
- 9) **¿Cuál fue el motivo por el cual no denunció o comunicó la situación?**
No sé, la Dra. (Ex. Coordinadora de la CH no confiaba en lo que yo le decía). Yo le comuniqué a la doctora que el Sr EA no trabajaba, no hacía nada con los chicos, porque ellos me contaban que no trabajaban en nada, y ella me decía que yo le tengo mala voluntad, él siempre le convencía a la directora de su trabajo. Yo le enfrentaba a él por lo que no trabajaba con ninguno de los chicos en lo que debía, en lo pedagógico. El solía decirme que a mí ella no me cree nada sino a “EL”. El

⁵⁷ Caso 1

incluso siempre abordaba el tema sexual cuando había alguna dificultad en el manejo, me decía no te preocupes yo sé cómo le manejo.

10) ¿Sabe usted si otras personas que conocieron del hecho?

Le encontré “E.” (auxiliar de salud), ella cuenta que le encontró teniendo relaciones sexuales con P. y a ella si la buscó y le dijo que ella “no vio nada, que estaba loca”. Ellas habían contado a otras personas de allí mismo, pero como sabíamos que él era los ojos de la doctora (Ex. Coordinadora de la CH) entonces no dijimos nada. Yo les cuidaba que no se queden con él.

11) ¿Sabe usted por qué no lo comunicaron antes?

Porque yo me sentía sola y la doctora no me creía las cosas que yo le decía. De la otra compañera no sé.

12) ¿Cómo el Sr. EA mantenía el silencio en los usuarios y los presuntos testigos?

A los chicos los amenazaba que les iba a matar a ellos y a nosotras, mientras él trabajó ahí, los chicos nunca hablaron de lo que les pasaba, cuando salió empezaron a contar que él les decía eso, que les iba a matar y que me mataría a mí.

13) ¿Alguna vez usted sospechó de los abusos cometidos? Por qué?

Sí, por eso yo buscaba encontrarle, yo presentía que algo pasaba, yo les conocía bien a los chicos, él tenía una manera de trabajar diferente con ellos, eso de encerrarlos, tenerlos siempre adentro, hacer que los chicos obedezcan solo las órdenes de él, ponerlos en contra de las auxiliares, siempre pensamos que algo les pasaba a los chicos, los cambios de actitud, tenían un apego fuera de lo común, él se hacía llamar “papi”, ellos siempre comentaban de un secreto que nunca nadie podía conocer, ellos pensaban que yo no les escuchaba pero decían que no vayan a contar el secreto, o decían que no podían contar nunca a nadie de un secreto que tienen; por ejemplo, tampoco podía entrar nadie donde él trabajaba, siempre trabajaba encerrado, puso periódicos en las ventanas y cortinas, una camilla y un espejo junto a la cama.

Una vez yo caminaba junto a su aula para entrar y los chicos me abordaron, me preguntó uno de ellos a dónde va? Yo seguí caminando sin responder, cuando quise entrar “J.” no me dejaba, me dijo que no había nadie y me abrazo para que no entre, “J.” en especial se paraba en la puerta impidiéndome el paso para que no entre, yo entré y lo vi acostado en la cama aparentemente sin hacer nada, pero él

estaba en el medio y dos de los chicos a sus costados, el saltó y salió corriendo y se metió en el baño, se escondió y no salió.

Yo no tenía nadie quien me apoye, yo siempre le reclamé lo que él hace, yo le pedía planes de trabajo, la Doctora me dijo una vez que yo le tenía mala voluntad. Yo le dije una vez a la Doctora qué hacemos en casos abuso sexual y ella dijo, eso nunca va a pasar aquí, porque ella percibe a los agresores y eso no puede pasar.

Yo siempre quise encontrarlo, saber que hace este hombre con los chicos, yo quería que me crea la Doctora, que vaya a verlo, que vea los pasos; pero ella siempre le defendía, decía que él era su mano derecha y que era honesto, que les quería a los chicos, que no tenía por qué decirle nada, pero nunca le dije de frente lo que le vi.

La Doctora dijo una vez que entre él y yo, ella prefería quedarse con él como trabajador, yo le reclamaba porque él no trabajaba, entonces fue cuando me dijo eso; yo me Salí de la CH, solicité mi cambio después porque ya no aguantaba.

Además, cuando yo les limitaba a los chicos en algo por ejemplo que no se queden solos, él no les dejaba, yo sentía que él me vigilaba y me ponía en contra de la Doctora.

14) ¿Cómo era el sr EA con los usuarios, qué tipo de relación tenía con ellos?

Él les hacía que le digan papi, les manejaba con la mirada, le tenían miedo, siempre lo saludaban y todo, pero siento que era por miedo.

15) ¿Ha sido amenazada por esta situación o se ha sentido amenazada después de que se develaron los hechos?

Directamente no, porque él nunca me dijo nada; pero indirectamente sí porque a los chicos les había dicho que me iba a matar si alguien se enteraba (eso supe después). De las otras personas desconozco. El hombre siempre me espiaba luego de esa vez que yo le vi, él sabía los pasos de todos y yo sabía cómo él actuaba, y sabía si él estaba haciendo algo; él ese día que yo le encontré, sabía que a esa hora yo iba a

estar en otra parte, en la ludoteca; me hice como que me iba para allá pero no hice lo de siempre, entonces fue cuando lo encontré.

16) ¿Por qué los chicos dejaron de asistir a otros centros?

Fue una recomendación de él, decía para qué los van a mandar a la SINAMUNE si ellos podían asistir ahí mismo, “él los sacó”, yo creo que el busco sacarlos, él los traía a los médicos y él les daba las indicaciones y los niños tenían diagnósticos que no presentaban, por ejemplo J.A. tomaba medicación para epilepsia y ella nunca ha convulsionado yo la he cuidado siempre y yo sé que nunca ha convulsionado y él había dicho que sí, por eso le mandaban antiepilépticos.

Él era muy extraño siempre, un día vino con la hija creo que tenía unos seis años, no me acuerdo porque se quedó, ella no quería quedarse con el papá, ella estaba con mucho recelo y no se quedó con él, la llevé donde el papá y me dijo no me dejes aquí, y yo me preguntaba por qué quiso quedarse conmigo, con una extraña y no con él.

**1.2.5 ENTREVISTA AL ABOGADO QUE LLEVA EL PROCESO
DE LOS CASOS AQUÍ EXPUESTOS
SITUACION LEGAL**

Fecha: 12 de abril del 2012

Observación: Para el efecto del mencionado caso se conoce que la abogada principal que llevaba el caso, había renunciado; por lo que no hay un abogado que se encuentre llevando el mismo dentro de la institución. Actualmente el abogado que responde la entrevista ha sido asignado a dar seguimiento ya que conoce el proceso llevado; sin embargo, refiere encontrarse solamente haciendo el seguimiento hasta que haya nuevas disposiciones.

1) ¿Ha trabajado usted en la defensa de casos de abuso sexual, violencia y o maltrato de en personas con discapacidad?

Solamente en este caso en particular y de forma indirecta.

2) ¿En los casos en los que usted ha trabajado, cuáles han sido las dificultades más importantes que ha visto en el proceso?

- El mas importante de los problemas que se dieron en este caso fue la demora en denunciar, se pasó el tiempo, ya que ya no hay vestigios para tener elementos de juicio en el trámite.
- Falta de apoyo institucional desde una copia tenemos que poner de nuestro bolsillo.
- Desde una forma general a todo nivel hay corrupción y sobretodo a nivel judicial
- No hubo notificaciones a tiempo para el acusado, él no tuvo derecho a la defensa, el caso se manejó mal y eso afectó directamente el proceso.
- Cambios de personal, lo que ha generado que no haya seguimiento total del caso, además que las labores institucionales no permiten que uno se dedique el tiempo que requiere el mismo.

3) ¿El hecho de que las víctimas sean personas con discapacidad de qué modo influye en las decisiones judiciales y por qué?

No creo que influya de ningún modo, desgraciadamente más es el tiempo que ha pasado, el certificado y peritaje médico dice que no es contundente que pudo haber habido penetración parcial.

4) ¿Existe alguna ley que determine si el discurso de una persona con discapacidad mental puede no ser válido?

Existe lo que se llama “*las reglas de la sana crítica*”, lo que depende de los peritos y de su criterio técnico, es decir que si el perito dice que no es válido, se determina de ese modo.

5) ¿Cómo y cuándo conoció usted del caso CH-EA?

Cuando se conoció en el departamento jurídico de la institución, me pidieron que acompañe a rendir versiones del caso, todos quienes hemos trabajado aquí hemos sido designados a realizar algo del caso; sin embargo no hay nadie que se haga cargo.

6) ¿Qué acciones se tomaron?

- Denuncia por parte de la institución
- Se dio seguimiento de la instrucción fiscal (no de modo adecuado)
- Por ejemplo uno de mis compañeros es asistente del departamento y fue asignado en la captura del acusado
- Hubo la captura
- Sustituyen la medida cautelar ya que presenta habeas corpus, esto es una decisión del Juez-corte, lo cual debe ser entendido como “libre el cuerpo”, en el cual se menciona que él “no es un problema para la sociedad”, el juez dispone, y sustituye una medida cautelar bajo principios universales, lo que no quiere decir que lo liberaron de culpa, sino que pueda ser defendido pero en libertad y con el debido proceso.
- Se dio la indagación previa, aquí es donde se pidió la sustitución de la medida, en la instrucción fiscal se revisa la formulación de cargos, revisando que el dictamen del fiscal fue acusatorio como violación, de lo cual el perito médico dice “que si hubo penetración parcial puede ser que los pliegues se hayan regenerado”, para este tipo de casos de “violación” tiene que haber imprescindiblemente un informe positivo del perito médico, en este caso no hubo; ahí vemos lo que pasa con la víctima discapacitada ya que puede ser sujeto de manipulación. La demora en este caso es de más de un año, y la institución dijo que va a poner mano dura, pero sin haber tenido fundamentos, sin piso y sin pruebas.

7) ¿Cuáles han sido las principales dificultades encontradas en el proceso y por qué?

- Que el fiscal acusó de violación y la corte le bajó como tentativa, y en la audiencia el fiscal acusa de *atentado al pudor* porque no hay pruebas, esto lamentablemente da largas al asunto.
- Hay contradicciones de los peritos. En la audiencia penal dicen aspectos contradictorios en sus informes, eso es lo que revisaron.
- Ha habido varios directores del departamento jurídico (tres mencionados), todo fue tramitado en los dos primeros directores, pero nadie asumió el caso. La primera lo tomó como un “secreto de estado”. En el equipo descocíamos del caso.
- Esto se mantenía en reserva de acuerdo al criterio de cada director
- Cuando se presentó el abogado en la audiencia él no sabía ni el nombre de la víctima.
- No tenemos la logística suficiente, hay falta de apoyo para la revisión del proceso. Para este tipo de casos se requiere mucha experiencia, por ejemplo el abogado defensor del acusado, es penalista y nosotros hacemos de todo y no tenemos esa especialidad y experiencia.
- Otra de las dificultades importantes es que no se puede verificar varias condiciones, el acusado mientras laboró en la institución tenía calificaciones excelentes y de un día al otro cuando se conoce del caso, tenía una calificación baja. La directora de la CH debió haber sabido algo o no hacia su trabajo.

8) ¿Qué ha sucedido con los casos denunciados?

Si este que ha sido el caso principal no tiene piso, los otros se caen; los otros no tuvieron seguimiento, los directores de turno no hicieron seguimiento, uno de los casos se desestimó porque no había pruebas. No se continuó con los demás casos hasta que pase algo con este (Caso1 “P.”). Si en este caso ni los testigos sirven, peor en los otros.

9) ¿Se han hecho los peritajes de cada caso? si es que no se han realizado por qué?

De “P” si, de los demás no, porque se encontraban en fase de indagación previa, lastimosamente yo no estoy a cargo yo solo acompañé. Y ahora no hay nadie al frente de los casos.

10) ¿En qué proceso se encuentra cada caso?

En indagación previa, pre-procesal y están detenidos; uno de los casos se desestimó, y para que se conozca exactamente en qué estado están, es necesario al menos una semana para la revisión de los procesos, pero no puedo, tengo que estar aquí (Hace referencia al trabajo de oficina de la Matriz donde labora)

11) ¿Qué ha sucedido con el presunto agresor?

El tribunal de garantías penales declaró inocente el 17 de noviembre del 2011, el fiscal concluyó acusando de atentado al pudor; el 14 de diciembre se lo absuelve en la resolución. Del 19 al 20 de diciembre se puso el recurso de apelación. El 21 de diciembre fue concedido el recurso, el 28 de diciembre la corte avocó conocimiento. Ahora se está en espera para la diligencia de recurso de apelación.

El 24 de enero estaba definida la fundamentación del recurso de apelación pero se suspendió. No se conoce en que situación está el acusado. Lo que sí puede prever es que él va a venir con un juicio contra la institución por daños y perjuicios, podría ser que suceda.

12) ¿Qué medidas se van a tomar ahora con respecto al caso?

Si niegan apelación tendríamos que “casar”, interponer el recurso de casación y la revisión de la sentencia, en donde o se rectifica o se ratifica la sentencia. Luego se podría hacer un recurso extraordinario, haya o no haya razón, sería ir ante la corte constitucional, pero si no hay pruebas es poco lo que se puede hacer, el informe médico es fundamental, pero no es favorable.

13) ¿Cómo ha percibido el apoyo institucional?

No hemos recibido ningún apoyo, del MIES solo nos llaman y nos dicen ¿por qué? Yo no soy defensor, yo solo soy de base y como no hay director del departamento, me piden informes a mí cuando ni yo mismo puedo tener los recursos.

14) ¿De acuerdo a su criterio qué cree Ud. que va a suceder con el caso a nivel judicial?

No podría decir, creo que van a ratificar la sentencia porque no hay pruebas.

15) ¿Si estuviera en sus manos emitir una recomendación a nivel judicial e institucional, cual sería?

A la dirección jurídica de la institución: es importante capacitar a los abogados, es necesario apoyo logístico, vehículo, la disposición de una caja chica por las necesidades económicas que demanda la revisión de los casos, nosotros trabajamos

movilizándonos, la institución a uno no le da nada, ni tiempo para realizar el trabajo.

A nivel judicial la transparencia es primordial, sigue habiendo las mismas dificultades, falta de logística, se represan los casos, es necesario mas juzgados.

16) ¿Cuál es su rol actualmente en el caso CH-EA?

Apoyar al nuevo director jurídico, yo sólo he dado seguimiento y pasado informes.

4.3 ANALISIS DE RESULTADOS

4.3.1 Análisis de características comportamentales y psicológicas particulares en los cinco casos estudiados

Dentro de lo observado se evidencia que en los cinco casos existe una gran **preocupación por la esfera sexual**, en referencia a lo que implica tener relaciones sexuales, acercamientos insistentes en algunos casos, y masturbaciones altamente frecuentes especialmente en los varones, así como manifestación de conductas “seductoras”.

Sus dibujos suelen llegar a mostrar preocupación por los contenidos de la “sexualidad”, en especial muestran prominencia por dibujar los órganos sexuales y mostrar inquietud frente a éstos.

Dentro de su historia personal se observa **masturbación “aparentemente compulsiva”** en cuatro de los casos investigados; al estudiar el grado de conductas, se denota más bien conductas masturbatorias condicionadas por una posible hiperestimulación (ambiente estimulado en el área sexual), y gran manifestación de conductas sexuales “inapropiadas”; esto se puede evidenciar, en que los casos muestran comportamientos medianamente adecuados, hasta un cierto período en que empiezan a verse manifiestas éstas conductas desde el año 2002, intensificándose en el último período (hasta el 2009), mismas que cesan luego de la salida del presunto agresor; es así que las conductas masturbatorias persistentes desaparecen, así como la desinhibición de otras antes mencionadas, tanto en los casos aquí descritos, así como en el resto de la población allí atendida, exceptuando un solo caso de Deficiencia Intelectual profunda (1 de 28 usuarios).

Así mismo, se observa la **reproducción de escenas de abuso**, especialmente marcada en uno de los usuarios, mostrando la escenificación clara, vivida por los casos expuestos, exponiendo de algún modo los diferentes componentes del mismo; como la ocultación, el secreto impuesto y el uso de poder frente a sus compañeros.

Estas manifestaciones, corroboran las aseveraciones expuestas en el contenido teórico, en que las personas con discapacidad intelectual que presentan conductas inapropiadas de índole sexual, se encuentran condicionadas por un abuso sexual.

También se puede observar que en todos los casos se demuestra el hecho de **“lealtad”** frente al agresor mientras se encuentra en la Casa Hogar; posterior a ello dejan de llamarlo afectivamente y empieza la “develación verbal del hecho”. Este factor puede verse ejemplificado por el proceso que instauró el abusador en base a la “necesidad de pertenencia” de los menores, considerando sus antecedentes de maltrato y abandono; es así que pudo haber instalado la “ley de silencio”, fundamentando su nivel de poder y autoridad basado en el “símbolo padre”. Es preciso mencionar que los modelos de sometimiento para mantener el secreto han sido amenazas de agredir a sus familias, o referentes dentro de la Casa Hogar, o a su vez perder el hogar que ahora los acoge.

En un solo de caso, se pudo observar una seria manifestación de **depresión** los primeros meses subsiguientes a la salida del agresor, habiéndose fundado una relación afectiva más tácita entre el agresor y “P” (Caso 1), a quien le costaba inicialmente asimilar la ausencia del mismo y conociéndose de antemano que el agresor era con quien tenía una mayor vinculación “afectiva”.

La alta tendencia a **conductas secretas** en todos los casos, se ve establecida por condiciones de auto-culpabilización, o como se ve en la descripción de los mismos; ya que los menores reconocen que se encuentran haciendo algo “malo”, especialmente cuando se describe conductas sexualizadas con otros compañeros o en relación a la masturbación, reaccionando frente a las evaluaciones con modelos evasivos de actuación o de rechazo ante estos temas, fundamentalmente antes de la salida del agresor.

Así mismo se ven manifiestas **dificultades para el establecimiento de límites frente al cuerpo**, “lo permitido y no permitido”, todos los casos mantienen dificultades para establecer las fronteras que determinan acercamientos “apropiados e inapropiados” con respecto al “otro”. Dichas conductas actualmente no se ven manifiestas exceptuando en un solo caso (J.A.), hasta el 2010 que vuelve a ser víctima de abuso en la misma institución (por parte de un auxiliar de servicios). Uno de los riesgos encontrados en este caso, es que la menor mantuvo conductas seductoras, o búsqueda de acercamientos de tipo

sexual ante adultos varones, no pudiendo establecer límites con respecto a “otros”, esto dado durante un período de tiempo más amplio que el resto de la población, en especial en los casos descritos.

Todos los casos muestran **conductas propias de los indicadores de abuso sexual**, que no distan de las conductas de niños que han sufrido abuso sexual y que no presentan discapacidad intelectual; aseverando de este modo, que los indicadores de abuso sexual no son exclusivos de una u otra población. Cabe mencionar que la comparación de indicadores de abuso sexual en infancia y adolescencia, no se diferencian de la realidad psíquica de una persona con discapacidad mental, ya que la deficiencia intelectual en estos casos se ve manifiesta en un equivalente en edad entre 6 y 12 años de edad, es decir que su nivel de desenvolvimiento se desarrolla en consonancia con este estadio evolutivo infantil, tanto a nivel comportamental, social como cognitivo.

Las manifestaciones propias de indicadores de abuso sexual y maltrato que se reiteran en los cinco casos estudiados son:

Manifestaciones Conductuales: Tendencia a realizar conductas secretas de índole sexual, conductas sexuales inapropiadas, tendencia a la masturbación compulsiva y a buscar tener relaciones sexuales, regresión a conductas de menor edad, reproducción de conductas abusivas, comportamientos llamativos, mala relación con sus pares, reacciones extrañas; conductas agresivas o desadaptativas reactivas, mismas que se tendió a atribuir como conductas “psicóticas o de índole psiquiátrica”, evocación de palabras que no corresponden a la edad o a sus experiencias previas, dificultad de discriminación entre lo permitido y no permitido al ser tocados o tocar a alguien; con frecuencia manifestados como conductas “disociativas”; esto, dicho de antemano se ha “normalizado” en la población con discapacidad dentro del campo médico, frecuentemente diagnosticado como “psicosis”, que hoy en día ninguno de los casos aquí expuestos presenta.

Manifestaciones Emocionales: pasividad, llanto y tristeza sin motivo aparente, inseguridad, conductas ansiosas, rechazo, labilidad emocional, aislamiento, además bajo rendimiento en sus actividades cotidianas condicionadas por la falta de motivación, miedos aparentemente no justificados, dependencia afectiva y miedo a hablar por no ser “creídos”.

Manifestaciones físicas: tendencia a infecciones de vías urinarias, y problemas de apetito y sueño en al menos una de las dos áreas.

Existen varias manifestaciones físicas, pero cada una de ellas ha sido asociada y denunciada por los usuarios, en contra de las auxiliares de salud quienes presuntamente recurren a castigos físicos agravados.

Dichas conductas se pueden justificar tras un proceso de abuso en fase intermedia, considerando las características de acomodación al sistema abusivo y a las reacciones que de los estados de sometimiento y “alienación sacrificial”, claramente observados en los casos investigados.

4.3.2 Análisis de las estructuras socio-familiares en los cinco casos estudiados

Las estructuras sociofamiliares de los cuales se derivan estos casos, responden a **familias negligentes y con historia de violencia, abuso, maltrato, adicciones** y otras circunstancias desconocidas, que determinaron un abandono tácito de los menores.

Las condiciones a las que pudieron verse expuestos pueden ser ejemplificadas en las cortas historias de vida de los casos en los que encontramos referencias, los que muestran a familias disfuncionales, desorganizadas, de escasos recursos económicos y sobretodo falta de interés en sus hijos, la necesidad de “desprenderse de los mismos” por su “estado”.

El abandono no sólo recrea un desamparo hacia los menores, sino que se establece un cúmulo de problemáticas y conflictos basados en: **la necesidad de pertenencia**, tener una familia, afecto, aceptación no sólo por su condición de discapacidad, sino de sí mismos.

Las condiciones de abandono concedieron aún más el riesgo de ser víctimas de abuso sexual, violencia y maltrato; ya que se observó una gran dificultad por comprender adecuadamente demostraciones afectivas o de vínculo, dado por la “necesidad de pertenencia y ser aceptados”, por tener una familia establecida, lo que los vuelve más susceptibles de buscar “aprobación”, sin que los menores hayan podido medir los riesgos;

así como de discernir entre lo que es adecuado o no; tanto por su historia como por la carencia de lazos afectivos; lo que se ve manifiesto en los cinco casos.

Es así que, es más fácil aceptar parentescos “creados” como “padre”, con el fin de percibir un nivel de vinculación más próximo a la familiaridad, a pesar de las condiciones a las que se vean expuestos.

Entonces, el tener como referencia de vida “al maltrato, violencia, negligencia, abuso y abandono”, hace más asequible la aceptación de dichas expresiones, y promueve que la persona con discapacidad, “crea” que son procesos “normales” en su vida. En los casos investigados se conoce que nunca tuvieron un abordaje terapéutico psicológico a pesar de las experiencias previas que habían tenido en su historia emocional, familiar y social, lo cual hace que los comportamientos abusivos de “tutores” y/o personas que representen “autoridad”, sean más factiblemente aceptados, ya que no existen otras opciones, por el temor a perder estas circunstancias de “estabilidad” o de “homeostasis familiar”.

4.3.3 Análisis de factores institucionales que han influido en la dinámica de abuso sexual en los cinco casos estudiados

Las condiciones institucionales han sido un factor adverso frente a los cuidados de los menores; desde aspectos básicos como mantener un **registro de información** adecuado de cada uno de ellos. Se denota entonces, la falta de estructura y organización, que no ha permitido visibilizar adecuadamente el origen de los usuarios, lo cual evidencia la falta de interés por la población. Así mismo el extravío de documentos, refiere que los archivos no eran llevados de forma profesional o de un responsable específico.

Esta carencia implica además el incumplimiento de leyes y obligaciones frente a las responsabilidades institucionales en referencia al menor.

Es preciso mencionar que la falta de interés por estos factores, muestra el modo de planificar el proyecto de vida de los usuarios, manifestando condiciones negligentes frente a los mismos.

La **carencia de profesionales** define una visión pobre de las necesidades de “seres humanos” y más aun de personas con multidiscapacidad y a ello agregada la situación de abandono de los mismos.

Las condiciones de **inserción a un proceso educativo de capacitación laboral y ocupacional**, siendo necesidad de todo ser humano, no fueron parte del criterio institucional durante 6 años, que cerró sus puertas, mostrándolos más vulnerables al encontrarse en un **“ambiente cerrado”**, siendo un factor de riesgo mayor para las actuaciones de maltrato y abuso. Si bien el acogimiento es una medida de protección, la organización institucional rinde su atención bajo premisa de **“Institución Total”**⁵⁸, haciéndose esta medida cuestionable, ya que las prolongadas permanencias y la ausencia de trabajo en función de las necesidades sociales y familiares de los usuarios, hace que se los desconozca como sujetos.

A nivel institucional se **minimiza las habilidades y destrezas de los menores**, y se puede observar en los seguimientos clínicos y de la Casa Hogar que, conforme pasan los años los usuarios son vistos con menos posibilidades de desarrollo, hasta llegar a no considerar pertinente tener una vida productiva o educativa en ninguno de los casos. La mayoría de informes clínicos manifiestan como sugerencia recurrente vida protegida y actividades rutinarias, sin expectativas de desarrollo.

Los profesionales médicos que atienden a los menores no hacen una revisión de la evolución de los casos, así como indagaciones de las situaciones que se pudieron advertir en el proceso de atención, como cuando uno de los casos menciona: “no me dejan salir”, carácter que pudo haber sido un aviso de que algo estaba cursando mal en su vida cotidiana, así como en varios de los casos no se hace seguimiento o atenciones solicitadas por los médicos, como en el Caso 5, quién requería seguimiento frecuente de su evolución o involución, y los funcionarios no hacen la atención requerida.

Las conductas inapropiadas reiterativas aumentan en los últimos 6 años, manifestadas por conductas desadaptativas y de alteraciones en sus conductas sexuales,

⁵⁸ Véase: Glosario: Institución Total. Campoverde, Nubia. (2009). *Modalidad y metodología de intervención para la atención a niños, niñas y adolescentes privados de su medio familiar y desinstitucionalización*. Informe de Consultoría, Proyecto INFA MIES – BID. Cuenca.

especialmente de agresiones frecuentes entre los usuarios, las que pasan inadvertidas y se **“normalizan”** como propias de los pacientes, mismas que debieron analizarse con profundidad ya que toda conducta muestra una “función”, en este caso de revelación de lo que se encontraban viviendo. De este modo la institución deja pasar por alto signos y síntomas evidentes de algunos problemas de salud.

Todas estas pautas posibilitan apreciar que el exosistema y el macrosistema fueron una fuente de inseguridad, desprotección, y nulidad frente a sí mismos y a la sociedad, exponiéndolos reiterativamente a situaciones amenazantes por la falta de cuidados en todas las dimensiones, reconociendo de antemano que la institucionalización ya es una forma de maltrato, y que al ser una medida transitoria y último recurso de un juez, en donde la entidad responsable tiene la obligación de preservar, mejorar, fortalecer o restituir los vínculos familiares, prevenir el abandono, procurar la reinserción del menor o su adopción, funda una violentación hacia los menores, más, si el encierro ha sido el particular de vida como en este caso. Cabe recalcar que la medida de acogimiento en los casos empieza a buscar acreditación de legalización a penas en el 2010.

De entre los factores que inciden para ser terreno fértil de un posible abuso sexual y maltrato, en resumen se evidencian los siguientes:

- Escasa o nula relación social desde el año 2002-2003 aprox. Aparentemente en todos los casos se menciona, que fue dado por motivos de deserción de la institución a la cual asistían, a lo que se le da poca relevancia; y coincide en todos los casos que ninguno desea continuar su formación y se accede fácilmente a dicha situación. Dentro de las entrevistas se conoce que esta decisión fue tomada por el presunto agresor, sin que la institución reconozca que este fin debe ser realizado por un equipo multidisciplinar, que propenda a la evaluación funcional de los sujetos con discapacidad, valoración que no fue realizada en ninguno de los casos.
- Escaso personal, donde se corrió el riesgo de manipulación, negligencia y maltrato por escasos recursos de profesionales; sin permitir la oxigenación del poco personal que allí laboraba; lo que a su vez hizo que se haya delegado la responsabilidad en la toma de decisiones técnicas a una sola persona y en este caso al agresor, lo que dio lugar a que fuera más fácil al acceso y la manipulación de los menores.

- No revisión del perfil de los profesionales: Personal en general sin capacitación y formación previa en atención a personas con discapacidad. El perfil que reúnen las personas que allí laboran no se adecúa a la población atendida. Se toma a “cualquier” persona para el cargo de auxiliar, sin medir que son éstas personas las que protegerán, proveerán de cuidados directos con su cuerpo entre otros, considerando que la mayoría de la población que allí vive, son dependientes de los cuidados diarios y directos.
- Delegación exclusiva del manejo de proyectos de vida de los usuarios a un profesional sin perfil, manifestando que esto debe realizarse por un equipo técnico y con experiencia.
- Institucionalmente no se prestan recursos necesarios y con criterios adecuados de acogimiento. No hay un verdadero proceso de acogimiento y mucho menos de reinserción familiar.
- Escaso seguimiento médico, social, familiar y emocional de los casos
- Falta de evaluación del trabajo de quienes laboran en dicho centro
- Falta de planificación
- Parentalizar a los trabajadores con respecto a los menores, simbólicamente el agresor representó una de las personas a quien le “debían” confianza y respeto, considerando que era su referente afectivo, de “ley y líder” del sistema “familiar-institucional” en el que se encuentran los menores; en este caso con gran sentido de pertenencia. Cabe mencionar que su miedo a ser nuevamente abandonados incidió en la vinculación que tuvieron con el mismo y por efectos de su discurso que refería que los “mandaría del hogar” si mencionaban el abuso.
- Falta de regularización de las condiciones legales del acogimiento institucional de los menores.
- Falta de seguimiento de los archivos de los menores
- Las diferentes instituciones conocieron de situaciones tanto de presuntos abusos como de maltrato, si bien, no solo dentro de la institución sino en otras circunstancias antes del acogimiento, sin embargo no se encuentra en los expedientes ningún tipo de seguimiento, denuncia o investigación entre otros factores. Lo que facilitó de algún modo que sus discursos no fueran valorados. Así mismo lo normalizaron aún más, mostrando a estos aspectos regulares para su vida,

instalando en su historia lo vivido como algo que puede darse en cualquier momento, sin que los menores puedan percibir protección real de su medio.

- Los profesionales mencionan la alta tendencia de referir en sus recomendaciones una vida protegida, así como terapias de orden recreativo, desmereciendo las expectativas personales de los pacientes. En ninguno de los informes o en los expedientes de los mismos se menciona planes de vida o proyectos individuales que permitan discernir entre las habilidades específicas de los pacientes o necesidades de los mismos. La discapacidad vista como un factor que requiere de apoyo en el desarrollo integral deja de lado la idea de ser sujetos y pasan a ser tratados como objetos institucionalizados.
- La anticoncepción en relación a las personas con discapacidad puede verse desde distintos enfoques, sin embargo en condiciones adversas como éstas puede ser un factor que incida en las practicas sexuales indiscriminadas o a su vez exagerando sus posibilidades reales de relación, y no reconociendo que esté dentro de los deberes institucionales el controlar y hasta favorecer encuentros entre personas adultas a pesar de la discapacidad.
- Ante las conductas desadaptativas hay una alta tendencia a la orientación del manejo de conductas, pero no a la investigación o evaluación de las mismas, dejando de lado las condiciones que podrían haber afectado a los usuarios para determinar dichas conductas, sin valorar áreas psicológicas y emocionales; en ninguno de los informes observados en sus antecedentes se visibiliza las valoraciones emocionales y psicológicas, dando mayor importancia a los rasgos patológicos, diagnosticándolos como alteraciones mentales y haciendo un uso indiscriminado de medicación para aplacar los síntomas, deshumanizando la atención que puede ser brindada a los menores, notándose además, que no constituye una necesidad la atención psicológica dentro de la institución, careciendo de dicho profesional hasta finales del 2010.
- La institución además no cuenta con permisos de funcionamiento, mostrando así la ineficiencia de las autoridades frente a la realidad de estos menores.

De este modo, todos estos factores inciden directamente en la población, ya que al estar expuestos a este sistema en el cual viven, se ve manifiesto el rol debilitado de protección,

si ésta es su familia, y ante ella son “invisibilizados”, mucho más ante las problemáticas que puedan fundarse en su entorno.

4.3.4 Análisis de relaciones entre víctimas y victimarios en los cinco casos estudiado

Las relaciones entre víctimas y victimario se pueden ver fundadas por la alta **necesidad de pertenencia** de los menores, por encontrarse dentro de un sistema familiar, el “rol patriarcal y el símbolo padre”, considero juegan el papel más importante en este sistema de relaciones.

El contar con una simbolización parentalizada dentro de la casa hogar, de la cual carece esta población; aún más, de referentes familiares reales, hace que sus niveles de vinculación sean mas fuertes, siendo así que las relaciones empiezan a vivenciarse con un carácter incestuoso.

El agresor en tanto, al parecer fue gestando un nivel de confianza con las personas que podían ejercer control sobre él, que termina siendo la persona de mayor referencia tanto para autoridades, como para los menores, sin discutirse de este modo su rol de autoridad y sobretodo de dependencia.

Su **rol de poder** frente a los diferentes subsistemas de esta “familia”, invita a que sus prácticas abusivas puedan establecerse en secreto y con seguridad, ya que su interacción no era discutida por los miembros del sistema. Las relaciones que establecen las víctimas con el agresor propenden a ser más estrechas cuando la “acomodación” a él es mas tácita, así como los “premios” que tienen bajo esta relación, y el mantenimiento del secreto, haciendo que las transacciones emocionales permitan un mayor acceso al acercamiento que tenía con los usuarios, en relación a premios hago referencia a la medida que usa el agresor para fortalecer el acercamiento que tiene con los menores.

Las relaciones de dependencia que se fundan, no solo establece un marcado nivel de vigilancia, sino que además es quien establece el nivel de relaciones limitadas, impidiendo socializaciones fuera del entorno del hogar, promoviendo el **aislamiento total** durante los últimos seis años, y siendo quien frecuentemente acompaña a las revisiones médicas mostrando “celo” sobre los menores.

El uso del lenguaje hace que la ubicación del menor esté en mayor asimetría con el agresor, el uso de amenazas o de términos que los invalidan como seres humanos (“nadie te va a creer”) hace que incremente su **sentimiento de inferioridad** y en mayor medida el miedo y el lazo con su victimario.

CONCLUSIONES

Concluyendo la presente investigación se plantea una preocupación imperante alrededor de la problemática de violencia, maltrato, y abuso sexual en la población con discapacidad, así como de los diferentes abordajes que debieran ocuparse alrededor del tema; las escasas intervenciones que existen dentro del mismo, y de este caso en particular, reconociendo la **pobre respuesta institucional, estatal y judicial** frente a una condición de abuso sexual, siendo de alta gravedad.

El problema de la incidencia de abuso sexual entre los niños y niñas con discapacidad física, sensorial o psíquica, al ser un tema que apenas empieza visibilizarse, tiende a ser un ámbito extremadamente complicado de trabajar, ya que el desconocimiento, el minusvalorar o negar estas situaciones adversas, a las cuales los menores con discapacidad se ven expuestos y considerando que ésta es una población muestra mayor indefensión ante los abusos dadas sus características personales, hace que la población en general no muestre interés por esta problemática, o su vez sienta que difícilmente se pueda trabajar en estas esferas.

Así, las reacciones de la institución ante una problemática que tuvo lugar en el sector público, que se comportó como una relación “incestuosa”; y aun cuando el agresor se encuentra fuera de la institución, nadie quiso, ni quiere asumir acciones ante el problema, tanto a nivel institucional como judicial, por lo que considero que no se requiere solamente de un abusador para que exista la problemática, se requiere de un sistema que sostenga los ciclos de violencia y agresión.

En función de ello concluyo en que la revisión de cada caso y la situación en que se desarrolla el proceso abusivo, requirió de un terreno propicio para establecerse, siendo así que la institución presenta condiciones tan adversas y con una falta de interés hacia esta población, que de cualquier modo ofreció que una persona pueda ejercer abusos sistemáticos de este tipo. La falta de accesos sociales, reinserción familiar en los casos que hubo oportunidades, formación de equipos técnicos, planes y programas desarrollados para intervenciones primarias, secundarias y terciarias⁵⁹ para personas con discapacidad, falta

⁵⁹ Véase Glosario.

de proyecto institucional, escasa relación con los usuarios, escasos o ningún proyecto de vida establecidos, el responsabilizar a una sola persona sobre el ejercicio de las actividades de los menores sin una revisión clara de los procesos; hace que se promueva un sistema de maltrato y abuso sexual, aunque ésta no sea la causa directa, sí es el medio propicio para que dichas condiciones sean promovidas; en función de ello podemos ver que la respuesta institucional ha sido tan escasa y que la problemática dentro de esta institución no ha mejorado, así como el proceso judicial ha tenido un abordaje negligente, llegando a declarar inocente al agresor.

En cuanto a la falta de personal con perfil para atención de los menores no ha cambiado, se ha mantenido un perfil pobre entre los profesionales, exceptuando que hoy cuentan con un equipo de trabajo social, psicología y terapia ocupacional. Sin embargo, los profesionales a cargo de los cuidados de los menores, continúa estando en las mismas condiciones, sin que exista ninguna regulación que advierta el mínimo de cuidadores “formados” para el cuidado de personas con multidiscapacidad, conociendo de antemano los cuidados especiales que demanda esta población.

La **alta incidencia del maltrato y abuso sexual en personas con discapacidad intelectual**, es una de las problemáticas que debe ser un eje transversal en las intervenciones en todo campo de atención, tanto a nivel familiar, escolar, social, médico y jurídico; esta alta prevalencia, debido a la demanda de cuidados que tienen estas personas y los niveles de estrés a los que se enfrentan las familias y los profesionales a cargo; sin embargo las instituciones en general tienen una pobre formación, capacitación y sensibilización ante ésta problemática, siendo éste el criterio bajo el cual muchos de estos casos no se denuncian aunque exista la sospecha. El personal médico, psicológico y educativo no fomenta la respuesta que debió ejercerse en tiempo anterior por la escasa comprensión del tema.

Los **profesionales de la salud aún no han asumido la responsabilidad de intervenir en los asuntos ligados a la sexualidad**, se lo ha dejado relegado al espacio privado, sosteniendo de este modo las posibles prácticas sexuales abusivas, cabe considerar que la mayor parte de agresiones sexuales se encuentran limitadas al entorno familiar o de conocidos, en el caso que concierne a mi tema de investigación, al sistema cerrado “institucional-familiar”.

Las historias abusos sexuales no son hechos aislados o marginales, la minimización al problema, la falta de empoderamiento de las instituciones, hace mas difícil la toma de conciencia de la realidad y su amplitud y por tanto dificulta también la búsqueda de soluciones efectivas para proteger o ayudar a los menores víctimas.

Cuando se sostiene otro tipo de **relaciones afectivas, familiares, sociales o institucionales**, como se promueve en la Casa Hogar después de la develación del caso, se da la oportunidad de discernir entre lo adecuado y no adecuado, entre las condiciones abusivas en las que se encontraban viviendo y las que querían vivir; ahora que pueden elegir entre una y otra experiencia, es más fácil para ellos enfrentarse y denunciar lo que no quieren que les pase, han asumido figuras protectoras lo que conlleva a un manejo más adecuado de la comunicación de sus emociones, lastimosamente antes no podían hablar porque éste era el único sistema que les daba seguridad.

Como se puede observar, existe un alto riesgo en la **representación de una persona con discapacidad** quien debe ser “puro e inocente”, negando así su sexualidad, lo que deja de lado la posibilidad de conocer y aceptar su sexualidad como una característica humana, y la falta de información o guía, impide el protegerse de los riesgos de agresiones sexuales de adultos abusivos.

Los problemas sexuales de las personas con discapacidad se devienen de los prejuicios y no de la deficiencia individual propiamente, por lo que **la educación sexual** beneficia a esta población al incrementar habilidades sociales y mejorando sus relaciones interpersonales y su independencia. Permite cambiar conductas para expresar adecuadamente su propia sexualidad. Los jóvenes con discapacidad tienen las mismas preguntas e inquietudes que aquellos que no la tienen, por lo tanto se les debe escuchar y atender su demanda de información.

Las víctimas de este agresor han sido vistas como personas con **discursos poco creíbles**, menciono este particular no sólo por las condiciones en que se encuentra el proceso judicial, sino que los menores han percibido la poca capacidad para sostener la ayuda que demandan como seres humanos.

Existen **efectos psicológicos y comportamentales** determinados por abuso sexual evidentes en adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada, como una sexuación traumática, la pérdida de confianza relacional y autoimagen-autoestima, el sentimiento de pérdida o falta de poder, entre otras; lo cual supone alteraciones en sus dinámicas afectivas, psicológicas, relacionales y sociales.

Las relaciones entre víctimas sufriendo de discapacidad intelectual y sus victimarios, se establecieron dentro de un marco de **uso de poder y sometimiento**, argumentado desde una simbolización protectora, ejerciendo autoridad y ley, así como de alteraciones en las filiaciones por las necesidades afectivas y autoimagen de vulnerabilidad, la cual resulta de su percepción de la discapacidad.

Existen **factores socio-familiares** que influyen en la aparición de cuadros de abuso sexual, actuando como agentes facilitadores de riesgo, tales son familias negligentes, abandono, falta de aceptación de sus hijos y o hijas con discapacidad, familias violentas, hogares desestructurados o reestructurados, entre otros.

Entre **las manifestaciones** que presentan las personas con discapacidad intelectual que han sido víctimas de abuso sexual, según el marco de referencia observado en los casos y de acuerdo a lo investigado se corrobora que se verían enmarcadas en:

- Aumento en la intensidad y frecuencia del comportamiento sexual propio de este grupo
- Transgresión de la normativa social que habían incorporado en el ámbito de la sexualidad y deterioro de las habilidades sociales adaptativas a este respecto
- Incorporación de terceros en prácticas sexuales que antes realizaban en solitario
- Búsqueda de la privacidad u ocultamiento durante la interacción sexual con otros menores generalmente de menor edad o mayor deterioro intelectual, aparatándose del espacio público en que se acostumbran a estar, estableciendo el secreto-
- Búsqueda activa de contacto corporal siendo la intención y el contenido del mismo de tipo sexual, observándose planificación en la consecución del placer derivado de dichos contactos
- Mayor concreción de prácticas sexuales.

Al ir estudiando cada caso en su historia tanto personal, familiar y médica, ha permitido observar que las manifestaciones observadas se dan en un transcurso de tiempo específico y fueron apareciendo al unísono en todos los casos; si bien los casos analizados aisladamente pueden dar a conocer conductas aparentemente “regulares y propias de la discapacidad intelectual” no son condiciones que puedan “normalizarse”, cabe aquí mencionar que cada conducta es una forma de expresar las vivencias de los menores y que psicológicamente en todos los casos muestran rasgos de baja autoestima, miedo a la autoridad, rasgos de manipulación, entre otros.

RECOMENDACIONES

Es imperante reconocer las implicaciones, entorno y consecuencias del abuso sexual cuando la población compromete discapacidad, no sólo a favor del ámbito diagnóstico, sino también psicoterapéutico; lo que permita a los profesionales que laboran alrededor de cada una de las temáticas concernientes a personas con deficiencias, la capacidad de reconocer a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad que hayan sido sometidos a abuso sexual, así como las intervenciones adecuadas, además la prevención de problemáticas subyacentes, y conforme a ello **establecer políticas que promuevan programas de prevención primaria, secundaria y terciaria**, en instituciones relacionadas con el tema de discapacidad, las cuales en su mayoría no cuentan con herramientas adecuadas para la identificación de esta problemática, así como para los procesos de intervención terapéutica y relacionados con las habilidades cognitivas de los pacientes.

Es necesario **desarrollar una investigación** más amplia, que involucre directamente a los profesionales que trabajen en el área de discapacidad, como hemos intentado hacer en ésta, para valorar la magnitud del problema, y realizar propuestas definidas en cada uno de los campos en que se labora con discapacidad intelectual.

Además se deben desarrollar **programas de prevención primaria** que contemplen las necesidades de estos niños y niñas, proporcionándoles pautas de comunicación y autodefensa así como de autonomía, realistas. No puede seguir negándose la necesidad de una educación afectivo sexual y de manejo de conducta en estos niños y niñas. Su discapacidad no los incapacita como seres humanos. Debe así, contemplarse la realización un programa de prevención de abuso sexual, considerando el grado de vulnerabilidad que acaece en éstas personas. Para ello, los profesionales deben adquirir una adecuada formación con el fin de que sean capaces de promover la educación sexual y sanitaria basada en el concepto de Salud Sexual. Los comportamientos sexuales de éstas personas pueden ser educados de igual forma que cualquier otra conducta, sabiendo de antemano que al tener el derecho a una educación incluye también una educación sexual adaptada a los tipos de discapacidad y de cada persona; por este motivo es responsabilidad de las instituciones educativas el fortalecer estos programas, para un quehacer mas acertado de la problemática. Resulta entonces imperativo además, que las instituciones educativas

promuevan a su vez, la misma formación en las familias que tienen a su cargo niños y niñas con discapacidad, para el manejo adecuado de la sexualidad.

Para el efecto es preciso reconocer que los servicios de educación especial y acogimiento, además de ofrecer oportunidades de educación, son la única alternativa de socialización y ocupación del tiempo para niños, jóvenes y adultos con discapacidad, es por ello que éstas instituciones son las que deben generar el reconocimiento e identificación de riesgos y/o en sí mismo abuso sexual, de este modo es que considero importante sensibilizar y capacitar al personal para que propenda a la prevención y a la detección de riesgos en éstos ámbitos.

Las instituciones de salud que laboran alrededor de la discapacidad, deben tener un **entrenamiento para la detección precoz de los riesgos**, así como de los indicadores que pueden ser fuente de información para una atención adecuada ante las circunstancias de maltrato, abuso y violencia. Sería importante entonces elaborar instrumentos que permitan detectar los riesgos, y en sí mismo las condiciones de maltrato, abuso, violencia y abuso sexual en personas con discapacidad, que permita un mejor abordaje a la hora de establecer un diagnóstico e intervenir en el problema.

Las instancias que cumplan con roles de salud, judiciales, educativos, sociales, protección de derechos, en general en temáticas de protección dirigido a personas con discapacidad, se les sugiere **normar la adecuada práctica de registro** y de atención en sus servicios para que incorporen datos de discapacidad y en relación al problema aquí expuesto, para que esta información pueda ser fuente de investigación y de visibilización de la problemática, ya que se constata la ausencia de sistemas de información que permitan establecer la incidencia del abuso sexual y maltrato en personas con discapacidad.

Las instituciones que laboran en función de protección de derechos y en los servicios de atención a personas con discapacidad, se les recomienda constituir una mesa de trabajo que permita elaborar y difundir criterios o indicadores básicos que faciliten al personal de las instituciones receptoras de denuncias, salud y educativas la labor de detección de posibles casos en riesgo.

Es prioritario entonces, construir políticas de atención para personas con discapacidad, si bien en este momento político social, la población ha tenido un carácter de protección con mayor atención, requiere de un proceso de inclusión mucho más acertado;

ya que las prácticas actuales tienden al establecimiento de procesos “paternalistas”, sin propender al refuerzo de habilidades y fomentar su aparición y ser actores sociales, es por ello preciso, que se remitan lineamientos básicos alrededor del tema, y en especial en lo referente al acogimiento institucional para personas con discapacidad, y dejen de ser centros de cuidado, para lo cual se debería basar las modalidades de atención en función a la revisión de los siguientes criterios:

- Elaboración de proyectos institucionales claros y definidos.
- Establecimiento de ruta de procedimientos para el acogimiento dirigidos a: atención, asistencia o protección de las personas con discapacidad en los distintos ámbitos; procesos psicoafectivos, rehabilitación, programas de generación de autonomía e independencia de acuerdo a las capacidades individuales, localización de posibles centros de educación para inclusión, capacitación laboral y programas terapéuticos de acuerdo a los casos, programas de sensibilización, formación y terapias dirigidas a las familias que posiblemente sean foco para la reinserción, estudios psicológicos, médicos pedagógicos y sociales.
- Propuesta pedagógica dentro de los centros de acogimiento: educación centrada en el menor, socialización y convivencia social, proyectos de vida, intervención para la resiliencia y procesar la experiencia de acogimiento.
- Acompañamiento psicoafectivo y terapéutico a razón de las condiciones propias de la discapacidad así como del abandono.
- Proceso metodológico de intervención: establecimiento de criterios de ingreso, permanencia y egreso, seguimiento y evaluación.
- Establecimiento de perfiles profesionales, instrumentación, planes de acompañamiento y registro.
- Establecer mínimo de cuidadores por grupos de atención
- Eliminación de barreras arquitectónicas en los espacios donde se encuentran
- Formación en el campo de la sexualidad y prevención de abuso sexual, maltrato y otras formas de violencia

Para lo cual podría ser fuente de apoyo el realizar una adaptación de la “Modalidad y Metodología de intervención para la atención a NNA privados de su medio familiar y desinstitucionalización” INFA MIES-BID (2009).

Los procesos no deben ser regidos por direcciones estáticas para lograr un programa de atención a personas con discapacidad, se requiere de equipos directivos que permitan una mejor visibilización de los problemas, entre ellos trabajo social, psicólogos clínicos, familiares, laborales y rehabilitadores.

El abuso sexual en personas con discapacidad no va a desaparecer por ignorarlo, este “caso” debe dejar de ser un problema en estudio y su contenido debe ser abierto a la sociedad, el sistema judicial y estatal debe analizar y propender a la actuación justa para los usuarios y agresor/es; es responsabilidad social el impedir que la impunidad sea la “causa” y siga siéndolo.

GLOSARIO

Actividades de la vida diaria (AVD) son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio.

Las actividades de la vida diaria, básicas o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo, movilidad, alimentación, aseo, continencia, uso del baño e independencia al dormir; por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria.

Apoyos: Recursos y estrategias que promueven intereses y metas de las personas, posibilitan el acceso a los recursos, a la información y a las relaciones de ambientes de trabajo y vivienda integrados, y dan lugar a un incremento de la dependencia/interdependencia, productividad, integración comunitaria y satisfacción. (AAMR, 1992)

Atentado al pudor: Podemos definir los atentados al pudor como todo acto contrario a las buenas costumbres (pudor), ejercido intencionada y directamente sobre una persona sin su consentimiento o contra su voluntad, ya sea pública o privadamente. Tales serían por ejemplo, los tocamientos manuales sobre los pechos o genitales de una persona, en forma intempestiva o violenta; los actos lascivos, como los tocamientos con el pene sobre los genitales de una niña menor de 12 años, siempre que no haya tentativa de intromisión.

Autodeterminación: Es el proceso por el cual la acción de un persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas o interferencias. (Wehmeyer, 1992). Es el derecho de las personas con discapacidad a dirigir su vida.

Bradipsiquia: Lentitud en las reacciones psíquicas o mentales.

Calidad de vida: Es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por un programa en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos.

Carbamazepina: (CMP) es un anticonvulsivante, con eficacia particular en pacientes con epilepsia psicomotora o ataques parciales complejos.

Conducta autolesiva: Es una intención de causarse lesiones a si mismo.

Conducta tipo acting out: El acting out, es un término utilizado en el psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación

habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma de auto-herteroagresión. Se observa en tanto bajo esta conducta la señal de la emergencia de lo reprimido.

Deficiencia: Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica/sensorial.

Disartria: Dificultad en la articulación de las palabras debido a parálisis o espasmos de los órganos fonadores. La causa radica en diversas lesiones de los núcleos motores cerebrales, del cerebelo o de las fibras nerviosas de los músculos de la lengua, la laringe o la faringe.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad, para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Dispraxia: Es una discapacidad que afecta a los movimientos corporales y a la coordinación. Suele derivar en torpeza, problemas en el lenguaje, la percepción y los pensamientos. Debido a una lesión cerebral funcional o estructural.

Encefalopatía epiléptica: Nombre dado a un conjunto de trastornos cerebrales, que complican a veces ciertas infecciones, intoxicaciones entre otras, y que corresponden con alteraciones anatómicas graves y variadas, tóxicas, anóxicas o vasomotoras en las que no predomina el elemento inflamatorio, y que por dicha causa manifiestan crisis epilépticas, siendo estas afecciones crónicas caracterizadas por la repetición de paroxismos debido a descargas epilépticas, siempre repentinas, teniendo aspectos clínicos variables que van desde las crisis generalizadas hasta las crisis parciales y las ausencias.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características del paciente y de su evolución.

Enfermedad genética: Es la causada por una alteración en el ADN.

Enfermedad congénita: Es la enfermedad que está presente en el momento del nacimiento.

Enfermedad hereditaria: Es la enfermedad que se trasmite de generación en generación.

Enuresis: La enuresis es la incontinencia urinaria o persistencia de micciones inapropiadas más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical, que se ubica entre los cuatro y cinco años como edad extrema. La enuresis puede ser diurna, cuando la pérdida involuntaria de orina ocurre durante las horas del día, o nocturna, cuando sucede durante el sueño. Puede ser primaria: cuando nunca ha logrado controlar a pesar de su edad, o secundaria cuando luego de un evento o edad en particular, en la que ya controlaba de pronto vuelve a tener problemas de control vesical y empieza a orinarse.

Encopresis: Consiste en la evacuación de las heces en lugares inapropiados, tanto si es involuntario como intencionado. La encopresis se asocia frecuentemente con el estreñimiento y con la retención fecal. El escape de las heces puede ocurrir durante el día o la noche y rara vez hay causas físicas diferentes al estreñimiento (algunas veces presente desde la lactancia). Otras causas pueden estar relacionadas con la falta de educación en el control, alteraciones emocionales importantes como el maltrato, abuso sexual, o problemas de conducta.

Exhibicionismo: Cuando un adulto muestra sus genitales a un menor.

Fellatio: Práctica de sexo oral. Cuando una persona estimula los genitales masculinos con la boca.

Habeas corpus: Este término proviene del latín *habeās corpus* que expresa “tendrás tu cuerpo libre”. Es una institución jurídica que garantiza la libertad personal del individuo, con el fin de evitar los arrestos y detenciones arbitrarias. Se basa en la obligación de presentar a todo detenido en un plazo perentorio ante el juez, que podría ordenar la libertad inmediata del detenido si no encontrara motivo suficiente de arresto.

Hemiparesia: Debilidad o parálisis (paresia) parcial de una mitad del cuerpo, cuyas causas suelen ser las mismas que en la hemiplejía.

Hemiplejia: Es un trastorno motor, en el cual queda paralizada una mitad del cuerpo, ocasionado por accidentes cerebro-vasculares, como hemorragias cerebrales y trombosis arteriales. Pero también puede ser ocasionada por infecciones, traumatismos.

Haldol: Uso en trastornos psicóticos. Medicación que se usa como agente neuroléptico en: Ilusiones y alucinaciones (en: Esquizofrenia aguda y crónica, Paranoia, Estado confusional agudo, alcoholismo, Ilusiones hipocondríacas); Desórdenes de la personalidad (Paranoide, esquizoide, esquizotipo, antisocial, algunas personalidades “límitrofes” y otras); como agente contra la agitación psicomotora en: Manía, demencia y retardo mental; y desórdenes del comportamiento.

Hipocrondría: La hipocondría es un cuadro clínico caracterizado por el temor a padecer o creer que se tiene una enfermedad que podría ocasionar graves consecuencias, basándose fundamentalmente en una interpretación distorsionada de los síntomas físicos que le afectan a la persona. El eje de la vida de estas personas comienza a ser la preocupación por su cuerpo, y tienden a cuidarse en forma excesiva, con el fin de prevenir el agravamiento de sus síntomas.

Homeostasis familiar: Es la regulación y el mantenimiento de un medio interno constante. Es cuando la familia conserva o mantiene sus pautas preferidas tanto tiempo como le es

posible, poniendo resistencias a los cambios mediante mecanismos de regulación llamados homeostáticos, con el objeto de mantener un “equilibrio” al cual están acostumbrados, así sus prácticas sean disfuncionales.

Incesto.- relaciones sexuales practicadas entre padre e hijos, abuelos y nietos, hermanos, tíos y sobrinos y/o padres o hijos adoptivos. Es una de las variedades más frecuentes de abuso sexual y al mismo tiempo menos denunciada.

Integración: Va ligado al concepto de normalización. Se considera la normalización como una forma de poner a disposición de las personas con discapacidad, los servicios que utilizan las personas sin discapacidad (una escuela, a empleo, al ocio, al sexo, utilización de servicio de salud).

Institución total: Lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Su condición es equivalente a una “prisión” sin embargo los individuos no han quebrantado la ley.

Maltrato institucional: Se entiende por maltrato institucional a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual de los profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de una persona bien sea adulto o menor de edad. Se refiere a las inadecuadas ó insuficientes prácticas llevadas a cabo por los siguientes sectores: ámbito sanitario, justicia, educación, servicios sociales, centros de acogimiento/ familias sustitutas, medios de comunicación, asociaciones para la prevención del maltrato infantil y ONGs. Incluye tanto las formas más conocidas de malos tratos llevadas a cabo extrafamiliarmente (a nivel físico, negligencia, emocional y sexual), como de los programas - educación, salud, nutrición, sociales - y de los sistemas sociales -políticas públicas y/o sociales- inadecuadas.

Manoseo.- Cuando una persona mayor toca, acaricia, roza o refriega los genitales en cualquier parte del cuerpo del niño, besos prolongados en la boca.

Masturbación compulsiva: En los niños, hasta la pubertad, la masturbación no tiene el mismo significado que a partir de la adolescencia, por la ausencia de orgasmo, como experiencia de descarga placentera física y psíquica; por lo tanto podríamos clasificarla como prácticas eróticas o autoeróticas, en la que el menor se manipula los genitales o se frota constantemente y/o en lugares inapropiados. Buscará de este modo sensaciones placenteras que le producen el tocamiento y fricción. Estas son prácticas, absolutamente

normales y esperables en los niños y las niñas, sin embargo su exceso y su alta frecuencia determinan si el carácter de compulsivo, es decir la práctica masturbatoria cuando es excesiva, a tal punto que produce aislamiento durante largos periodos de tiempo en casa o en el centro educativo, imposibilita el desarrollo del juego, o provoca irritación en los genitales, o a su vez muestra síntomas de angustia en lugar de eliminarla.

Minusvalía: Hace referencia a la existencia de una barrera o situación de desventaja presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Moria: Síndrome caracterizado por una pérdida de la inhibición con euforia, tendencia y falta de control en la conducta social. Puede asociarse a una intolerancia a la frustración, los accesos depresivos súbitos, una apatía y una apariencia de psicopatía; aunque la estructura de la personalidad no sea tan bien organizada como en el psicópata.

Orientación: Conocimiento que cada uno de nosotros tenemos de quienes somos, dónde nos encontramos y hacia donde vamos en las coordenadas espacio-tiempo. Existen dos tipos de orientación: alopsíquica y autopsíquica.

Orientación Alopsíquica: Orientación sobre el exterior. Aquí tenemos dos trastornos según los coordenados espacio y tiempo. Desorientación en el tiempo: el individuo desconoce el año, el mes, el día, la estación en la que vive. Desorientación en el espacio: el individuo no sabe donde esta y se pierde en su ciudad, en su barrio.

Orientación Autopsíquica: Saber quien es uno, orientación acerca de nuestra persona. Del yo corporal, reconocer quién es uno, incluso de sus padecimientos.

Parafilias: (del griego παρά, *pará*: ‘al margen de’, y φιλία, *filía*: ‘amor’) Es una recurrente e intensa aparición de fantasías sexuales o conductas que engloban a objetos o animales, niños o adultos que no dan su consentimiento, o de producir dolor y sufrimiento a las parejas o a sí mismo. O sea, que la imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios, reiterados y a veces excluyentes, para conseguir la excitación sexual.

También son llamadas desviaciones o variaciones, se usa comúnmente el término “perversiones”.

Parálisis cerebral: Es un trastorno permanente y no progresivo, describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos

del comportamiento. Las lesiones cerebrales de la parálisis cerebral ocurren desde el período fetal hasta la edad de 5 años.

Parálisis cerebral espástica: Cuando hay afectación de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de parálisis cerebral). Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez. Se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento.

Pedofilia: Desde un punto de vista médico, la **paidofilia** o **pedofilia** es una parafilia que consiste en que la excitación o el placer sexual se obtienen, principalmente, a través de actividades o fantasías sexuales con niños de, generalmente, entre 8 y 12 años.

Psicosis: Es un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal. Una correcta apreciación del término implica circunscribir la psicosis como una situación de enfermedad mental que presenta un desvío en el juicio de realidad. Los sujetos psicóticos suelen experimentar (o no) alucinaciones, pensamientos delirantes, y trastornos formales del pensamiento (cambios de las relaciones semánticas y sintácticas) y alteraciones comportamentales manifestadas a través de estos estados.

Prevención primaria: Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad

Prevención secundaria: También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

Prevención terciaria: Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Prostitución Infantil.- Es cuando el adulto utiliza a niños en sus prácticas sexuales a cambio de un pago.

Recurso de apelación: La apelación es un recurso procesal a través del cual se busca que un tribunal superior o Corte Provincial de Justicia respectiva enmiende conforme a Derecho la resolución del inferior, dentro de los tres días de notificada la providencia.

Recurso de Casación (Casar): Recurso extraordinario que tiene por objeto anular una sentencia judicial que contiene una incorrecta interpretación o aplicación de la ley, o que ha sido dictada en un procedimiento que no ha cumplido las solemnidades legales. El recurso será procedente ante la Corte Nacional de Justicia. El recurso de casación se interpondrá dentro del término de cinco días contados a partir de la notificación de la sentencia, ya sea en procesos penales de acción pública o de acción privada; y de inmediato se remitirá en sobre cerrado a la Corte Nacional de Justicia.

Señalamiento: es el momento en el cual una situación de maltrato grave y/o abuso sexual contra un menor es llevado a conocimiento de una autoridad competente. Es además el proceso de remisión de los casos que necesiten una intervención apropiada y especializada a instancias autorizadas y con experiencia profesional en problemáticas de violencia, maltrato y abuso sexual.

Sevicia: Crueldad excesiva. Trato cruel.

Sedución: Persuadir o iniciar con promesas o engaños a un menor para lograr tener relaciones sexuales con el mismo.

Sideración Psíquica o estado de sideración: Es el verdadero momento de desestructuración yóica, y el inicio de procesos psicopatológicos, que operan fundamentalmente bajo el predominio de la *disociación o clivaje* de las representaciones, ya que una parte de los pensamientos continúa circulando libremente, permitiendo en apariencia adaptarse a la realidad presente. Produce una hipervigilancia que permite estar en estado de alerta, mientras que un embotamiento de las emociones y una amnesia parcial permiten manejar el estrés. Pero otra parte queda adherida alrededor de la imagen traumática –disociada–, originando perturbaciones que luego de cierto tiempo de transcurrido el evento traumático, se organizan y consolidan bajo el nombre de síndrome de repetición traumática. Así el sujeto revive las escenas traumáticas indefinidamente como un filme que se reitera de manera circular.

Síndrome de estrés post-traumático: El síndrome por estrés postraumático es un tipo de trastorno de ansiedad que aparece tras la experimentación de un evento estresante y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su integridad física. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen -aunque no de forma exclusiva- los combates, los ataques

personales violentos (agresión sexual y física), los desastres naturales, los accidentes automovilísticos graves, etc. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual, pueden incluirse las experiencias inapropiadas para la edad, aún en ausencia de violencia o daños reales. Además, puede desencadenarse este trastorno simplemente por el hecho de ser testigo de un suceso que ponga en peligro la integridad física de otros.

Somnolencia: Estado en el que se produce una disminución de la vigilia y un fuerte deseo de dormir. Se produce de forma fisiológica en estados de fatiga y de forma patológica en trastornos como la arteriosclerosis y la hipertensión endocraneal, entre otras.

Terrores nocturnos: Durante una noche típica, el sueño pasa por una serie de fases. Cada una de ellas se asocia a una actividad cerebral particular, y la fase de movimientos oculares rápidos (MOR o REM en inglés) es cuando tienen lugar la mayoría de sueños. Los terrores nocturnos ocurren durante el sueño no REM. A diferencia de las pesadillas (que ocurren durante el sueño REM), un terror nocturno no es un sueño desde el punto de vista técnico, sino más probablemente una súbita reacción de miedo que tiene lugar durante la transición de una fase de sueño a otra. Por lo general, esta transición sucede con suavidad. Pero en ocasiones el niño se agita y se asusta —y esa reacción de miedo es el terror nocturno. Durante un terror nocturno, un niño puede incorporarse y sentarse en la cama súbitamente y ponerse a chillar o gritar como si estuviera sumamente angustiado. La respiración y el ritmo cardíaco se le pueden acelerar, puede empezar a sudar, a agitarse y a comportarse como si estuviera sumamente alterado.

Trastornos psicósomáticos: se aplica a enfermedades de las que se sospecha que pueden deberse más a motivaciones emocionales o psicológicas que a causas orgánicas, aunque presenten síntomas orgánicos, las enfermedades psicósomáticas serían trastornos orgánicos de origen psíquico.

Verborrea: Uso excesivo y crónico de la reiteración al hablar. Término que se usa para definir a un tipo de actitud que supone el hablar permanentemente, sin que se logre el sujeto controlar lo que se dice, suponen estados de ansiedad y estrés.

Voyerismo: Trastorno psicosexual en el que el sujeto obtiene la excitación y el placer erótico observando clandestinamente a personas que se desvisten o están desnudas, o a parejas en actos sexuales.

Violación: Es el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal, o vaginal, o la introducción de objetos a una persona de cualquier sexo y edad, siendo esta conducta de carácter violento.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, Lourdes; Rosa, Aragonés; Bassa, Maria; Farran, Montserrat; Guillén, Joan; Juncosa, Xavier; López, Sandra; Querol, Rosa y Laia, Toro. (2009). *Características psicosociales y judiciales de los menores implicados en denuncias de abuso sexual. Cien casos valorados por el equipo de asesoramiento técnico penal de Barcelona*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- Bailey, G. (1998). *Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities*. Chesterfield. UK: Asosiation for residencial Care. **En:** Berastegui, Ana; Gomez, Blanca. (2006), *Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: Una revisión*. Intervención Psicosocial, Vol.15, N.3. <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a04.pdf>, Visitado en enero del 2012.
- Barudy, Jorge. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Berastegui, Ana y Gómez, Blanca. (2006). *Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: Una revisión*. Intervención Psicosocial, Vol.15, N.3, <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a04.pdf>, Visitado en enero del 2012.
- Brenner, Avis. (1984). *Los Traumas Infantiles*. Barcelona: Planeta
- Cala, Hno. Francisco; García, Loreto; Eva, Martínez; Molina, Cristóbal; Pérez, Francisca; Rodríguez, Lucía y Sánchez, Marta. (2006). *Desarrollo de la sexualidad en la discapacidad psíquica*. Centro Educativo Asistencial San Juan de Dios Alcalá de Guardaira Sevilla. Sevilla: FEAPS. http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/18_desarrollo.pdf. Visitado en Agosto del 2011.
- Campoverde, Nubia. (2009). *Modalidad y metodología de intervención para la atención a niños, niñas y adolescentes privados de su medio familiar y desinstitucionalización*. Informe de Consultoría. Proyecto MIES INFA – BID. Cuenca-Ecuador
- Casamayor, Adriana y Marchesoni, Cristina. (2005). *Salud Infanto Juvenil. Abordaje desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- CIF. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la salud. (2001). España: IMSERSO.

- Cavani, Gino. (2010). *Crisis familiares: Momentos Decisivos. Una mirada sistémica*. <http://es.scribd.com/doc/44877624/Crisis-Familiares-Gino-Cavani-Grau>, visitado en diciembre del 2011.
- Clemente, Antonio. (2006). *Desarrollo Sexual Del Discapacitado Psíquico*, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Madrid: FEAPS. http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/04_desarrollosexual.pdf, visitado en julio del 2011.
- Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. FEAPS. (2004). “*Discapacidad intelectual*“, http://www.asprodesa.org/portal/docs/analisis_discapacidad_aarm_2002.pdf visitada en enero del 2011.
- Cornejo, Carmen. (2008). Tesina: “*El duelo de los padres por el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down y Parálisis cerebral*”. Diplomado. México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- Cross, Merry. (2000). *Seminario Prevención del abuso sexual en el ámbito educativo*. Helsingor-Dinamarca.
- COMPINA. (2010). *Guía de atención Integral y de restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes*. Quito-Ecuador.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales -IV-* Texto revisado. (2001). Barcelona: Masson.
- Del Moral, Martha. (2001). *Prevención del abuso Sexual infantil y la discapacidad intelectual*. Vol. VI. N°2. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. En http://48horasdigital.com/imesex/articulos/Vol_VI_No2/prevabusexinf_VI_2.pdf visitado en enero 2011
- Dolto, Françoise. (1990). *Psicoanálisis y Pediatría*. México: Ed. Siglo XXI.
- Dupret, Marie-Astrid y Santín, Vanessa. (2009-2010). Proyecto de investigación: “*Intervención psicosocial y judicial para el tratamiento de la Violencia sociofamiliar contra niños, niñas y adolescentes*”. Ficha 2: Características y circunstancias del abuso sexual y/o maltrato sospechado(s). Visibilización y develamiento del Maltrato y Abuso Sexual contra menores. Instituciones Educativas. Quito-Ecuador: UPS. (Inédito)

- Dupret, Marie-Astrid y Santín, Vanessa. (2009-2010). Proyecto de investigación: “Intervención psicosocial y judicial para el tratamiento de la Violencia socio familiar contra niños, niñas y adolescentes”. *Ficha del Presunto Agresor. Visibilización y develamiento del Maltrato y Abuso Sexual contra menores*. Quito-Ecuador: UPS. (Inédito)
- Dupret, Marie-Astrid. (2012). *La violencia Intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes. ¿Cómo prevenir y cómo intervenir?* Quito-Ecuador: UPS.
- Finkelhor, David. (1992). *Abuso sexual al menor*. México: Pax.
- Flores, René y Trovato, García. (2006). *Sexualidad y Retardo Mental*. Acta Médica Peruana. Vol. IX.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/1982_n1-2/pdf/a08.pdf, visitada en enero del 2012.
- Frank, Elvira. (2004). *La sexualidad en personas discapacitadas*”. Uruguay: Banda Oriental.
- Jasso, Luis. (1991). *El niño Down Mitos y realidades*. México DF: Manual Moderno.
- Jerusalinsky, Alfredo. (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo Infantil*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- García, José. (1990). *Sexualidad y deficiencia*. *Rev. Minusval* N°69. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- García, Nicolás. (1999). *Problemas y demandas de las familias*, *Rev. Minusval*, N°120. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- GLARP, Grupo Latinoamericano De Rehabilitación Profesional. (1998). *Preparar para ser adulto*. Bogotá.: Grupo Latinoamericano Para la Participación, la Integración y la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Kennedy, Margaret. (1996). *Agresiones sexuales y discapacidad infantil*. En: Morris, Jenny. (Ed.) *Encuentros con desconocidas*. Feminismo y discapacidad, Madrid: Narcea.
- Kennedy; Margaret. (1996). *Agresiones sexuales y discapacidad Infantil*. En: Verdugo M.; Alcedo, B.; Bermejo B. y Aguado Antonio. (2002) *Abuso sexual en personas con discapacidad intelectual*. *Psicothema* Vol 14 Supl.
- López, Félix. (1995). *Prevención de los abusos sexuales a menores: educación sexual*. Salamanca: Amaru.

- López, Félix. (2000). *Educación sexual y discapacidad. III Congreso “La atención a la diversidad en el Sistema educativo”*, Instituto Universitario de integración en la comunidad (INICO) Universidad de Salamanca. España.
- Mc. Curry, Christopher; Jon, McClellan; Adams, Julie; Norrei, Marilyn; Michael, Storck; Eisner, Andrea y Breiger, David. (1998). *Sexual behavior associated with low Verbal IQ in youth who have severe mental illness, Mental Retard*, Vol. 36. S/Ed.
- MIES-INFA, UNICEF. (2007). *Metodología para la atención psicológica a la niña, niño, adolescente y su familia. Centros de Protección de Derechos*. Ecuador.
- MIES-INFA, UNICEF. (2006). *Ruta de la denuncia*. Centros de Protección de Derechos. Ecuador.
- Molina, Cecilia; Saavedra, Ximena; Salvador, Patricia y Sánchez, Oriana. (2007). *Estudio exploratorio descriptivo de las características de niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental, que son percibidos como indicadores de abuso sexual por operadores psicosocioeducativos*. Artículo publicado en: el libro *Violencia Sexual Infantil: Debates, Reflexiones y Prácticas Críticas*. Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia, ONG Paicabí.
- Naranjo, Gino. (2009). *Compilación de documentos para la Cátedra de Psicología y Psicoanálisis de la familia, infancia y adolescencia*. Quito-Ecuador: UPS.
- Navarro, José. (2006). *Desarrollo afectivo-sexual de la persona con discapacidad*. Departamento de psicología de la Universidad de Cádiz. Madrid: FEAPS. http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/03_desarrolloafectivo.pdf, visitado en: agosto del 2011.
- Novell, Ramón; Rueda, Pere y Salvador, Luis. (2008). *Salud Mental y Alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Manual práctico para técnicos y cuidadores*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Asociación europea de Salud Mental en el Retraso mental, Asociación Española para el estudio científico del Retraso mental. España: FEAPS.
- Núñez, Blanca. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares*. Artículo especial. Arch.argent.pediatr 101(2). <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pd>, visitada en: marzo del 2009.

- Ordóñez, Martha. (2011). *Dime cómo te castigaron y te diré quién eres*. Colombia: Grijalbo.
- Sánchez, Josefa; Del Molino, Carmen; Horno, Pepa y Santos, Ana. (2002). *Niños y niñas víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial, Informe nacional*. España: Save the Children y financiado por el Programa Daphne de la Comisión Europea.
- Rodríguez, Ana y Domínguez, María. (1994). *Deficiencia mental Autoimagen y psicopatología, Comunicación Psiquiátrica*. España: Anales Universitarios Español de Psiquiatría.
- Save The Children Suecia. (1999). *Discapacidad y abuso sexual. Estudio exploratorio en Perú y Paraguay*.
- Save the Children. (2007). *Abuso sexual Infantil. Manual de formación para profesionales*. España.
- Sarto, María. (2002). *Familia y discapacidad*. III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).
<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>, visitado en: octubre del 2010
- Soria, Miguel y Hernández, José. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.
- Tonón, Graciela. (2003). *Maltrato Infantil intrafamiliar, una propuesta de intervención*. Buenos Aires: Espacio.
- Udry, Richard y Morris, Naomi. (1986). *Biosocial foundations for adolescent female sexuality*. Carolina: Demography.
- Vallejo, David. (2008). *El duelo de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad*. Psicólogo Universidad de Antioquia, Psicólogo de la Fundación Vivan Los Niños, Psicólogo ALIFISAN, Docente Corporación Universitaria Rémingto.
<http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/335/257>, visitado en enero del 2012
- Verdugo, Miguel. (2002). *Análisis De La Definición De Discapacidad Intelectual De La Asociación Americana Sobre Retraso Mental*. Revista Española sobre discapacidad Intelectual Vol 34 Num 205 Pág 1.

http://www.asprodesa.org/portal/docs/analisis_discapacidad_aarm_2002.pdf,
visitado en marzo del 2011.

- Verdugo, Miguel. (2004). *Maltrato y Violencia de género en personas con discapacidad intelectual. Estrategias de prevención*. En: Seminario “Violencia de género y discapacidades. España.
- Verdugo, Miguel; Alcedo, María; Bermejo, Belén y Aguado, Antonio. (2002). *El Abuso sexual en personas con Discapacidad Intelectual*. Vol 14 Supl. Psicothema. Instituto Universitario de Integración en la comunidad, universidad de Salamanca. Universidad de Oviedo. España.
<http://www.psicothema.com/pdf/3482.pdf>, Visitado: mayo del 2011.
- Verdugo, Miguel y Bermejo Belén. (2007). El maltrato en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Universidad de Salamanca.
http://www.aetapi.org/congresos/salamanca_93/instituciones_02.pdf, visitado en:
octubre del 2011.

ANEXO
ESCALAS DE EVALUACIÓN
1. TEST DE MAYO

Antecedentes

Los protocolos de valoración utilizados en el Centro de Rehabilitación Médica, obedecen al proceso de formación para la valoración y medición de la discapacidad, conforme a los criterios y manuales establecidos por el CONADIS y conforme a la ley de discapacidad del Ecuador; dicho proceso fue dado como parte de la capacitación al personal que fue acreditado a nivel nacional en el año 2009 para la calificación de discapacidad emitida por CONADIS al equipo calificador⁶⁰; mismo que permite acreditar el porcentaje de discapacidad en el CRM1 para la obtención del Carnet del CONADIS; es así que el **Test de Mayo**, fue uno de los instrumentos remitidos para dicha valoración y es uno de los instrumentos que nos permite la ubicación y diagnóstico del estado cognitivo de los sujetos en función de la valoración de las Funciones Mentales Superiores.

APLICACIÓN Y REACTIVO

El reactivo aplicado tiene su raíz en instrumentos desarrollados para realizar rastreo de alteraciones cognitivas desarrolladas por Folstein (1975); Mini-mental Escala Neuropsicológica abreviada), mismo que es un instrumento estandarizado y de uso determinando, siendo una valoración breve del estado mental, generalizado para la población. Dicha valoración se establece en función de la medición, no de un coeficiente intelectual, sino de la ejecución y respuesta de las funciones mentales superiores, valorando varias áreas en las que no necesariamente se cuantifican conocimientos, sino la expresión del estado cognitivo del paciente en relación a las funciones que más adelante se expresan conforme al protocolo.

Para ello se establecen los siguientes criterios:

Medición: el test mide el nivel de déficit y/o deterioro cognitivo (Rastreo)

Población: el test está dirigido a la población general desde los 12 años de edad hasta cualquier edad, ya que nos permite ir reconociendo el proceso de deterioro cognitivo en función de los estadios del ciclo vital.

Tipo de Valoración: Individual

⁶⁰ **Equipo Calificador:** Médico Fisiatra, Psicóloga-Psicorehabilitadora y Trabajadora Social.

Instrucciones para su administración

- Antes de comenzar con la prueba, verifique si el sujeto requiere el uso de anteojos y/o audífono y que los tenga colocados en ese momento.
- Cada pregunta puede ser efectuada hasta 3 veces si el sujeto parece no haber comprendido o no intenta responder. En el caso de responder incorrectamente o en forma incompleta o de intentar responder sin lograrlo el puntaje será 0 (cero), de lo contrario se calificará de acuerdo a las definiciones de cada escala.
- En todos los casos ajustarse a las indicaciones sobre la manera de interrogar.

Administración

- Siempre se empieza con *“Voy a hacerle algunas preguntas y luego le voy a solicitar que realice algunas tareas. Comencemos.”*

TEST DE MAYO

I. ORIENTACION

- 1.- Dígame su nombre por favor
- 2.- ¿Cuál es la dirección en la que vives?
- 3.- ¿Cómo se llama esta casa-edificio-este hospital?
- 4.- ¿Cómo se llama la ciudad en la que vivimos?
- 5.- ¿Qué día de la semana es hoy?
- 6.- ¿En que fecha estamos?
- 7.- ¿En que mes estamos?
- 8.- ¿En que año estamos?

TOTAL DE PUNTOS -----/8

II. ATENCIÓN

Repita en el mismo orden que yo le diga los siguientes números, califica 0 si no puede contestar los 3 primeros números dados por el examinador.

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 5-8-2 | califica 3/7 si lo repite bien |
| 2. 6-4-3-1 | califica 4/7 si lo repite bien |
| 3. 4-2-7-3-1 | califica 5/7 si lo repite bien |
| 4. 5-9-1-7-4-2 | califica 6/7 si lo repite bien |
| 5. 6-1-9-4-7-3-8 | califica 7/7 si lo repite bien |

III APRENDIZAJE-FIJACION (0-4) (Califica 1 punto por cada respuesta acertada)

- Al final se repite para calificar reaprendizaje-recuerdo

- “Repita estas palabras que yo les digo hasta lograr aprenderse de memoria”
(repetición 4 veces seguidas con ayuda del examinador y a la 5ta vez, se califica) 1 punto por cada palabra, no importa en el orden que se las diga:

1. Manzana
2. Sr Pérez
3. Caridad
4. Túnel

TOTAL DE PUNTOS _____/4

IV CÁLCULO

1. Multiplique 13 x 5 (sin papel si no mental)
2. Ahora reste 65 - 7
3. Ahora divida 58/2
4. Sume 29 +11

TOTAL DE PUNTOS _____/4

En personas de bajo nivel escolar:

1. 5 x2
2. 10 - 4
3. Ahora divida 6 / 2
4. Sume 3 +3

TOTAL DE PUNTOS -----/4

V. ABSTRACCION: (0-4) califica 1 punto por cada respuesta correcta

1. ¿En qué se parece una naranja a un plátano, sin tomar en cuenta la forma, si no mas bien otro tipo de atributos que a los demás les sean comunes?
2. ¿En qué se parece una carreta a una bicicleta?
3. ¿En qué se parece una mesa y una silla?
4. ¿En qué se parece un perro y un león?

TOTAL DE PUNTOS -----/4

VI INFORMACION: (0-3) cada respuesta acertada califica 1 punto

1. ¿Cómo se llama nuestro presidente de la republica ?_ si no lo dice bien – usted deberá dar el nombre y calificar 0
2. ¿Para que nos sirve un termómetro?
3. ¿Cuántas cosas forman una docena?

TOTAL DE PUNTOS -----/3

VII CONSTRUCCION (PRAXIS): (0 -4) cada respuesta positiva se califica 1 punto

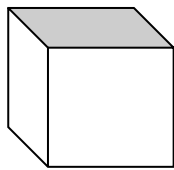
1. Dibuje un reloj y señale las 11h15 – se dará una hoja en blanco para que dibuje, se califica 0-1-2

0= sino corresponde

1= si dibuja la esfera y puso únicamente los números y al menos los principales

2= si dibuja lo solicitado

2. Copie este dibujo por favor



Se califica

0 = sino hay los 3 parámetros ALTO-ANCHO – PROFUNDIDAD

1 = Si al menos hay cuadrado con ángulos bien hechos

2 = si cumple lo solicitado

TOTAL DE PUNTOS -----/2 Y /2 = ----/4

VIII REVOCACION

Se solicita que repita las 4 palabras anteriormente memorizada. 1 punto por cada respuesta adecuada (Manzana, Sr Pérez, caridad, túnel).

TOTAL DE PUNTOS -----/4

BAREMOS

INTERPRETACION	TEST DE MAYO	PORCENTAJE
	PUNTAJES	DETERIORO
NORMA	38-34	0%
LIMITROFE	33-29	15-29%
DEF. LEVE	28-24	30-59%
MODERADO	23-16	60-75%
GRAVE-PROFUNDO	15 o menos	76%

2. CRITERIOS DE VALORACION CUALITATIVA EN RELACION A DSMIV TR

El presente protocolo, responde a una valoración de corte cualitativo que nos permite evidenciar características de las personas con discapacidad intelectual para el debido reconocimiento y afianzamiento del diagnóstico a establecerse, mismo que se aplica para validar conclusiones diagnósticas, o en casos en que no es valorable por algún motivo la aplicación de escalas estructuradas de corte cuantitativo, sea por la incapacidad de respuesta ante órdenes, por ejemplo en el caso de Autismo, trastornos del comunicación y lenguaje, personas con discapacidad intelectual en las que no han tenido ningún grado de intervención terapéutica y/o educativa, entre otras.

DEFICIENCIA INTELECTUAL LEVE

CRITERIO	
CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50 al 69	
Adquiere tardíamente el lenguaje , pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica	
Alcanza una independencia completa para el cuidado de su persona (comer , lavarse , vestirse controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias para la vida domestica	
Dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en la lectura y escritura	
Pueden desempeñar trabajos que requieran aptitudes de tipo práctico más que académicas, entre ellas trabajos manuales semicualificados.	
Falta de madurez emocional o social notables para hacer frente a las demandas de matrimonio o a la educación de los hijos o dificultades para en las costumbres y en las expectativas de la propia cultura	
Presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren en la posibilidad de lograr una independencia, ya que puedan persistir, en la vida adulta	
Pueden presentarse además otros trastornos tales como Autismo, otros del Desarrollo, Epilepsia, Trastorno Disocial o discapacidades somáticas	

DEFICIENCIA INTELECTUAL MODERADA

CRITERIO	
El CI esta comprendido entre 35 y 49	
Presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje , dominio limitado	
La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente	
Progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo	
Capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado	
Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta	
Son físicamente activos y tienen un total de movimientos	

Alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y participar en actividades sociales simples	
Desarrollo del lenguaje es variable desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla	
O adquisición de un lenguaje solo suficiente para sus necesidades prácticas	
Algunos nunca aprenden hacer uso del lenguaje, aunque puedan responder a instrucciones simples	
Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar cierto grado de los problemas del habla	
En la mayoría se presenta etiología orgánica. En una proporción presentan autismo infantil o trastornos del desarrollo, son frecuentes en la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas. Algunas veces es posible identificar otros trastornos psiquiátricos.	
La mayoría pueden llegar a ser capaces de caminar sin ayuda	
El escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros	

DEFICIENCIA INTELECTUAL GRAVE

CRITERIO	
El CI esta comprendido entre 20 y 34	
Muchas personas dentro de esta categoría padecen de un grado marcado de déficit motor	
Tanto el cuadro clínico, como la categoría orgánica y la asociación de otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos	
Existe la presencia de otros déficits, daño u anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica	

DEFICIENCIA INTELECTUAL PROFUNDA

CRITERIO	
El Coeficiente intelectual en esta categoría es inferior a 20	
Están incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas	
La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente	
No controlan esfínteres	
Son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal	
Limitada capacidad para cuidar de sus necesidades básicas y requieren de ayuda y supervisión constantes	
La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de las órdenes básicas y a hacer peticiones simples	
Pueden adquirir funciones visoespaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar	
Son capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas	
Presentan etiología orgánica como déficits: somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o visuales o de audición; trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial del autismo atípico, sobretodo en aquellos casos que son capaces de caminar.	

3. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ

Población diana: Población general.

Se trata de un cuestionario hetero administrado con 6 ítems dicotómicos.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del
- E. W.C. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- ✓ Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- ✓ Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- ✓ Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ

AREA		Calf.
1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		