



UNIVERSIDAD DE OTAVALO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**DISCAPACIDAD Y AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL EN EL
ECUADOR**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**MIREYA DEL ROSARIO PRADO GAIBOR
BLANCA PIEDAD TROYA ASTUDILLO**

TUTORA: Mgs. Katherine Jazmín Morán Quinteros

OTAVALO, NOVIEMBRE 2020

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el trabajo de investigación titulado “**Discapacidad y agresión sexual infantil en el Ecuador**”, desarrollado por las estudiantes Mireya del Rosario Prado Gaibor y Blanca Piedad Troya Astudillo bajo mi dirección y supervisión, para aspirar al título de Magíster en Psicología Mención en Jurídica y Forense, cumple con las condiciones requeridas por el programa de maestría.

En Otavalo, a los 12 días del mes de noviembre de 2020.

Tutora del Trabajo de Titulación

Mgs. Katherine Jazmín Morán Quinteros
C.C.:0916054901

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS


Nosotros, Mireya del Rosario Prado Gaibor y Blanca Piedad Troya Astudillo, declaramos que el trabajo denominado “**Discapacidad y agresión sexual infantil en el Ecuador**” es de nuestra total autoría y no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional.

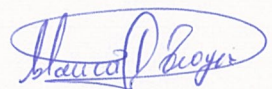
La Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes, según lo establecido por el Código Orgánico de la economía social de los conocimientos, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

En Otavalo, a los 12 días del mes de noviembre de 2020.

Estudiante

Estudiante


Mireya del Rosario Prado Gaibor
C.C.:1711665651


Blanca Piedad Troya Astudillo
C.C.:1500457765

DEDICATORIAS

Dedico este Trabajo de Titulación a la memoria de mi hermano Roli, siempre pendiente durante mis locos y largos viajes y a los infantes y adolescentes con discapacidad, ángeles silenciosos en espera de justicia.

Mireya del Rosario Prado Gaibor

Dedico este Trabajo de Titulación a mi esposo e hijos, por haberme motivado y apoyado incondicionalmente, por creer en mí y confiar que soy capaz de lograr todo cuanto me propongo, por haberme acompañado en este nuevo reto profesional, haciéndome sentir que soy un ejemplo de superación.

Blanca Piedad Troya Astudillo

AGRADECIMIENTOS

A Dios el único y benefactor. A mis padres, esposo, hijos y familia quienes no dejaron de motivarme y apoyarme incondicionalmente en todo momento. Al Dr. Carlos Burneo Garcés que con su impetuoso carácter y confianza no permito que decaiga y a nuestra tutora Mgs. Katherine Morán quien con mucha paciencia nos guio hasta la culminación de este trabajo investigativo.

Mireya del Rosario Prado Gaibor

Agradezco a Dios por su amor eterno y las bendiciones recibidas, a mis hijos, esposo y familiares que me apoyaron incondicionalmente durante mis estudios. Al Dr. Carlos Burneo Garcés por hacer posible esta maestría y a nuestra querida tutora Mgs. Katherine Morán quien con mucha paciencia nos guio hasta la culminación de este trabajo investigativo.

Blanca Piedad Troya Astudillo

Discapacidad y agresión sexual infantil en el Ecuador

1. Introducción

La población infantil con discapacidad, es considerada doblemente vulnerable, esta condición la puede determinar sus características etáreas y limitaciones, sean éstas de tipo intelectual, físico, sensorial, psicosocial o la combinación de varias le dan esta condición, que los hace propensos con mayor facilidad a que sean víctimas de agresión sexual, actos que dejan huellas en el psiquismo y en algunos casos un daño irreversible. Históricamente en las sociedades, los sujetos con discapacidad han sido desatendidos a nivel de salud, educación y justicia, por ser consideradas incapaces o por el mito de no ser conscientes cuando son vulneradas. Frente a esta realidad el estado ecuatoriano, a través de su legislación ha generado una serie de recursos legales y sociales para el reconocimiento de sus derechos y protección, tratando de garantizar el goce de una vida plena acorde a sus capacidades, para este efecto el Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades ha implementado un registro que permite tener una estadística real sobre esta población.

En este trabajo abordaremos la discapacidad y agresión sexual infantil en el Ecuador, realizando un análisis de los datos estadísticos podemos identificar la existencia de porcentajes elevados de discapacidad intelectual y física en niños y niñas. Pese a que hay avances importantes en materia jurídica para la protección de los derechos de las personas con discapacidad aún se necesita que desde las diferentes instancias de la sociedad se implementen acciones tendientes a la protección y que desde lo jurídico se busquen mecanismos para que estos casos no queden en la impunidad.

2. Discapacidad en población infantil

La noción de discapacidad ha cambiado a medida que la sociedad se ha empoderado de sus de sus derechos humanos, marcando un avance visible en el contexto social, cultural y político. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (2018a), la discapacidad se define de manera general, aludiendo las deficiencias (restricción de la capacidad para realizar una actividad sin problemas), las limitaciones de la actividad (limitación para ejecutar acciones o tareas) y las restricciones para participar (los impedimentos en la ejecución de actividades vitales).

A partir de lo declarado en la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2004), suscrita y ratificada por varios países, entre ellos Ecuador, las organizaciones de la sociedad civil ecuatoriana, han impulsado la normativa rectora de la atención a la población con discapacidad, mediante la emisión de la Ley orgánica de discapacidades (2012), misma que determina en el Título II, Art.6, que una persona con discapacidad es aquella que “ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria” (p. 8).

Definir la expresión discapacidad es compleja, multidimensional y heterogénea debido a los múltiples factores que conjugan e influyen en la naturaleza del problema, a lo que se suman condiciones de salud asociadas, factores demográficos, o imaginarios sociales que la matizan, así como enfoques filosóficos y políticos de trasfondo. Son múltiples los paradigmas que a lo largo de la historia de la humanidad se han creado para alcanzar un concepto; Paramio - Pérez y Aguaded (2019) establecen tres modelos: el de la caridad (asistencialista), el médico rehabilitador (biólogo), el social (inclusivo).

2.1. Modelo de la caridad

En este modelo, las personas con discapacidad eran percibidas como una carga innecesaria para el Estado y, por lo tanto, prescindibles en la sociedad. La atención estaba orientada a la caridad y al asistencialismo desde los grupos religiosos.

2.2. Modelo médico rehabilitador

Este modelo está centrado en evaluar las deficiencias y las limitaciones en la funcionalidad, derivado de enfermedades o circunstancias de salud, en algunos casos su atención está centrada en la rehabilitación a través de la medicalización (discapacidad psicosocial), mientras que en otros casos se logra una mejoría significativa a través de terapia física. Entre sus bondades está el establecer grados en los diferentes tipos de discapacidad que permiten una intervención diferenciada, alcanzando una adecuada integración social.

2.3. Modelo social

Este modelo está centrado en la exigibilidad de los derechos de las personas con discapacidad a través de la construcción e implementación de políticas públicas incluyentes, es el caso de la adecuación de estructuras para el acceso en los diferentes espacios públicos y privados. En este modelo, el rol de la familia es valorado, en especial el que desempeña el cuidador.

Más allá de los enfoques y definiciones, la realidad de las personas que viven con discapacidad en nuestro contexto es compleja; existen limitaciones en la atención sanitaria, el acceso a la escolarización y posteriormente a un trabajo digno, en consecuencia, no existe igualdad de oportunidades. Para aportar un adecuado tratamiento de las personas con discapacidad, habría que partir de una tipificación de su condición que permita esclarecer sus particularidades y buscar mejores mecanismos de atención, todo ello en un intento de que exista mayor justicia y equidad social.

3. Tipos de discapacidad en el Ecuador

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), está diseñada para categorizar las deficiencias, limitaciones y poca funcionalidad en las personas (Organización Mundial de la Salud, 2018b). La discapacidad se puede clasificar de acuerdo con el órgano o el área funcional afectada, con independencia del grado en que se presenta la limitación. Así, podemos distinguir: motora, intelectual, sensorial (visual, auditiva y del lenguaje) y psicosocial.

3.1. Discapacidad motora (física)

Este tipo de discapacidad hace referencia a las deficiencias relacionadas al funcionamiento motor y cambios anatómicos de las extremidades tanto superiores como inferiores, y pueden ser adquiridos (causados por enfermedades, accidentes, violencia, desastres, etc.) o congénitos (por malformaciones que se dan durante el período de gestación). Así también puede generarse por daño en diferentes órganos y sistemas del cuerpo, cuyo origen puede ser congénito o genético (Pérez y Garaigordobil, 2007), que se asocia habitualmente a enfermedades catastróficas y produce un daño sistémico, en ocasiones irreversible. En niños, la forma más regular de este tipo de discapacidad es la parálisis cerebral infantil.

3.1. Discapacidad intelectual

En este caso, la limitación funcional que afecta al individuo, se relaciona con la disminución en las capacidades cognitivas (memoria percepción y cognición), afectando la comprensión de las ideas a nivel concreto y abstracto, lo que le impide desenvolverse en la vida diaria y afecta su relación con el entorno; las personas con discapacidad intelectual son propensas a la sugestión de los adultos, siendo necesaria la figura de un cuidador de confianza (Wehmeyer et al., 2008). Dentro de esta categoría se encuentra el Síndrome de Down, Síndrome de Rett, retraso mental, entre otras.

3.3. Discapacidad sensorial

Este tipo de discapacidad implica las limitaciones en las funciones visual, auditiva y del lenguaje.

3.3.1. Discapacidad visual

Comprende limitaciones y deficiencias funcionales y/o estructurales de carácter irreversible e irrecuperable en el sistema visual, esto incluye la alteración de las estructuras y funciones asociadas a la captación de imágenes, la alteración de la agudeza visual, visión de los colores y profundidad. Este impedimento puede ser causado por condiciones pre natales, perinatales y post natales (Suárez, 2011). Es una limitación que se puede detectar en los primeros meses del desarrollo, siendo indispensable el apoyo adecuado de la familia. También es común que en estos casos se estimule y fortalezca otros órganos de los sentidos lo que facilita la integración plena en la sociedad. Las personas con esta deficiencia optan por el aprendizaje a través del sistema Braille, perros guías, sensores de proximidad, bastones tradicionales y electrónicos que contribuyen a la movilidad y un mejor desenvolvimiento (Escobar y Vélez, 2017).

3.3.2. Discapacidad auditiva

Es la imposibilidad de percibir sonidos, siendo su etiología multicausal; entre las más frecuentes se encuentran las causas congénitas, genéticas y adquiridas, esta última puede ser el resultado de traumas o deviene del envejecimiento natural. De igual forma las personas con estas limitantes de nacimiento optan por otras formas únicas e individuales para comunicarse con los miembros de su entorno, dependiendo de su cultura no siempre utilizan el lenguaje de señas. Esta deficiencia se asocia a la discapacidad del lenguaje, ya que el mismo se adquiere por imitación de los sonidos, en consecuencia, se ve afectado su aprendizaje (Campos y Cartes-Velásquez, 2019).

3.3.3. Discapacidad de lenguaje

Incluye la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla. Comprende limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles, refiriéndose exclusivamente a la pérdida total del habla.

3.3.4. Discapacidad psicosocial

Este término se utiliza para explicar las deficiencias causadas generalmente por enfermedades como esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, depresión mayor, demencia, Alzheimer, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastorno del pánico, entre otras. Estas limitaciones se expresan mediante la alteración de la conciencia, comportamiento, razonamiento, estados de ánimo, afectividad y/o discernimiento de la realidad (ira, depresión, desequilibrio emocional crónica). Comúnmente varían según los niveles; cuando se trata de leves o moderados, la persona con tratamiento farmacológico adecuado realiza sus actividades diarias con autonomía e independencia; en los casos de discapacidad psicosocial (mental) grave o muy grave/severa, la tendencia es el internamiento forzoso en instituciones psiquiátricas (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública, 2018).

4. Discapacidad infantil en el Ecuador

La norma jurídica ecuatoriana reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos protegidos desde su nacimiento. Los artículos 47, 48 y 49 de la Constitución de la República del Ecuador, señalan la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la atención de la población de niños con discapacidad, visibilizando su doble vulnerabilidad (Constitución de la República del Ecuador, 2008). De a poco se han ido adoptando medidas administrativas y jurídicas para dar atención prioritaria a este grupo humano, es así que el derecho a una educación inclusiva y especializada, ha logrado incorporar a niños con discapacidad en el sistema educativo regular del país, pese la

resistencia inicial; igualmente se han fortalecido las instituciones de educación “especial” (término que comúnmente se asocia a la discapacidad) y en algunos casos se han incrementado el número de beneficiarios de sus programas, todo ello con la finalidad de ajustar la educación a las necesidades de sus educandos con discapacidad.

En materia jurídica nacional, las políticas de protección a personas que viven con discapacidad, tuvieron sus inicios en los años 2007 y 2008, mediante los decretos ejecutivos 1076 y 1188, donde se declara al ámbito de las discapacidades como emergencia, incluyéndose ésta en los ejes de todas las políticas públicas. Es así que se crean los programas Ecuador sin Barreras y Misión Manuela Espejo, que permitieron visibilizar y sensibilizar a la población en general sobre la realidad de la discapacidad en Ecuador, siendo uno de sus hitos el acceso a las ayudas técnicas (audífonos, sillas de ruedas, muletas, prótesis, mejoras en vivienda, etc.) y al Bono Joaquín Gallegos Lara, destinado a las personas con discapacidad severa y en situación crítica. Este contacto permitió evidenciar múltiples casos donde existió rechazo y/o abuso (físico, psicológico y sexual) de parte de los adultos cercanos (cuidadores, familia, amigos) hacía los niños, niñas, adolescentes y adultos con esta condición, sin embargo, este fue un aspecto no contemplado dentro de los planes de asistencia, por lo que muchos hechos punibles quedaron sin impulso legal necesario para su judicialización.

Posteriormente, se han incorporado lineamientos a nivel jurídico para personas que litigan teniendo discapacidad intelectual (debido a que en su condición existen escasas habilidades a nivel cognitivo y de autoprotección, que no garantizan su propia seguridad), en donde es necesario nombrar un curador o adulto cuidador que asegure la protección en contra de todo tipo de abusos hacia la persona con discapacidad, mismo que la representará en los actos de la vida civil o cuando existen bienes a nombre de la persona que viven con estas restricciones (Guerra, 2010).

A nivel de la sociedad civil son escasas las instituciones que abordan la atención a personas con discapacidad, la mayoría interviene en las limitaciones motoras y físicas; en los casos donde es indispensable el acogimiento institucional, es frecuente la residencia temporal en albergues legalmente constituidos sean públicos o privados. En general se trata de espacios que carecen de la infraestructura y personal especializado para brindar un proceso de reparación adecuado.

4.1. Datos estadísticos sobre discapacidad en población infantil ecuatoriana

La atención interdisciplinaria para las personas con discapacidad en sus diferentes etapas de vida, es una problemática de interés público y estatal. Los reportes del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, establecen un total de 481.392 personas registradas y carnetizadas en esta institución, hasta junio del 2020. De esta cifra, una población de 64.121 son niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años, es decir, representan el 13.32% de personas con discapacidad en Ecuador. (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2020). En términos de maduración, los niños, niñas y adolescentes que viven con discapacidad, presentan dificultades para alcanzar los hitos del desarrollo cognitivo, afectivo y conductual que comúnmente se logran antes de la adultez cronológica, este hecho es percibido por sus cuidadores primarios (padre-madre) y está ligado al tipo de restricción existente. En referencia a lo último, las cifras en Ecuador muestran que existen diferencias porcentuales significativas entre las distintas condiciones de discapacidad.

En relación a las cifras de junio del 2020, un porcentaje importante de infantes y adolescentes presentan discapacidad intelectual (50,23%), mientras que el 30.44 % tiene discapacidad física; en menor proporción se encuentran quienes presentan discapacidad auditiva (8.08 %) y los últimos dos valores corresponden a personas con discapacidad psicosocial (6.52%) y visual (4.73 %). A partir de estos datos podemos inferir que la

población con acceso a la escolarización regular y/o especial es baja; en el primero grupo, las probabilidades de presentar problemas de aprendizaje, falta de adaptación y atención adecuada, son factores que inciden en el fracaso escolar. Esta situación es más visible cuando el niño, niña o adolescente con discapacidad pertenece a las zonas rurales, donde existen limitaciones de otra naturaleza (distancia, infraestructura, recursos humanos, etc.) para el acceso a la educación; en cifras se registran 17.512 niños, niñas y adolescentes con discapacidad en la ruralidad, en contraste con el sector urbano que alcanza los 46.649 miembros. Es importante señalar además que cuando se evalúa a un menor con discapacidad, se considera como grado leve la presencia de hasta el 49% de restricción; en cifras demográficas se trata de 27.345 NNA; el grado moderado contempla restricciones entre el 50% y 74% e incluye a 20.985 usuarios; el grado grave comprende entre el 75% a 84%, identificando a 10.330 NNA y finalmente el grado muy grave que considera restricciones de más del 85%, identifica a 5.499 menores con limitaciones importantes en su desarrollo. La población que registra restricciones de cualquier tipo que sean inferiores al 45%, no son carnetizadas por el estado ecuatoriano.

5. Discapacidad y sexualidad en población infantil

Al igual que todas las formas de desarrollo humano, el desarrollo sexual de un niño o niña comienza desde el nacimiento y está presente durante todo el ciclo vital, en él influyen factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales, culturales y religiosos que se manifiestan acorde a la edad, con el autoconocimiento de su cuerpo, incluida su genitalidad, el proceso de diferenciación con sus pares y otros factores relacionados con el género, los vínculos afectivos y la reproducción (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2017).

Los resultados de trabajos investigativos de Mora y Rodríguez (2011), han aportado datos interesantes sobre los mitos de la sexualidad en población con discapacidad, que

afectan a su desarrollo psicoevolutivo, generando sentimientos de agresión e incomprensión en la interrelación, siendo prioridad que las familias de este grupo reciban psicoeducación respecto a estos temas y puedan evitar así la desinformación y la normalización de la agresión sexual.

Al igual que en el resto de la población infantil, el desarrollo sexual del niño con discapacidad evoluciona a través de las nociones de correcto-incorrecto, aceptable-no aceptable, por ello, los del entorno cercano (padres, parientes, maestros y amigos) deben tener una actitud de respeto y estar preparados para llevar a cabo este acompañamiento.

En este contexto, uno de los mitos establece que las personas con discapacidad pierden su sexualidad y con ella, las posibilidades de construir un proyecto de vida familiar; sin embargo, ésta es una dimensión presente en la conducta humana que además de ser una función biológica, es una fuente de intimidad y comunicación de sentimientos y afectos (Vélez, 2006).

6. Agresión sexual en población infantil

De forma general, la agresión sexual es considerada como un problema universal que ha estado presente a lo largo de la historia en todas las instancias sociales, se trata de un hecho trasgresor que, en cualquiera de sus formas deja huellas en la vida del niño, no solamente por ser una experiencia no acorde a las actividades propias de su etapa evolutiva, sino también porque se presenta con mayor frecuencia dentro de la familia o involucra a personas cercanas con las que existen lazos de afinidad. Es precisamente el vínculo entre víctima-agresor lo que atrapa al niño en una serie de sentimientos ambivalentes que lo imposibilitan a develar la agresión sexual.

6.1. Conceptualización de la agresión sexual en población infantil

La agresión sexual en la infancia es un hecho de violencia, que denota asimetría y poder, esta desigualdad se relaciona a varios factores: la edad, el tipo de familia, la personalidad, etc., dejando huellas en el psiquismo, en algunos casos el daño es de carácter irreversible.

Para Intebi (2011), estas consecuencias negativas están determinadas en que los acercamientos no son consensuados, aunque el niño no se resista, constituyen una forma de violencia, generalmente son evolutivamente inadecuados, alteran el vínculo que los niños establecen con las personas de su entorno, pueden producir miedo y confusión, regularmente la respuesta de los niños interfiere en el desarrollo evolutivo normal. Así también González y Pardo (2007), explican que este problema es un delito violento y desfavorable en la vida de la víctima que vivencia impotencia por la incapacidad para evitarlo, miedo extremo a soportar un grave daño en su integridad personal con riesgo vital.

Con el término “agresión sexual” se hace alusión a una tipología amplia que abarca varios delitos en el ámbito jurídico-penal. Al tratarse de hechos con características sexuales, se entiende la involuntariedad de la otra persona. Los niños y niñas que son víctimas, no son capaces de consentir, por lo tanto, constituye una acción típica antijurídica y determina un perjuicio para la víctima que ha sufrido un daño; ante esto el Estado ecuatoriano brinda normas que protegen y restituyen sus derechos vulnerados.

La Constitución de la República del Ecuador (2008), establece que los profesionales deben brindar atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (Art. 35), así como el reconocimiento y garantía de los derechos determinados en el Art. 66. Núm. 3, literal a y b, donde explícitamente instaura los derechos a la integridad personal, incluyendo el aspecto sexual, psíquico, físico y moral. A lo que se suma lo declarado en el Código Orgánico Integral Penal (2014), instituye que los delitos contra la integridad sexual cometidos hacia un niño o niña (menor de 12 años) independientemente del acceso

carneal, son sancionados con pena privativa de libertad hasta veintiséis años. Además, señala que cuando se trata de una persona que por su condición no esté en la capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física, daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. En el Art. 171 establece; si la víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años.

6.2. Tipos de agresión sexual en población infantil

La violencia sexual infantil es la manera más grave de maltrato y la menos denunciada, ocasionada de manera física, verbal o psicológica. Esta es una expresión polimorfa de la sexualidad del adulto, quien recibe estimulación o gratificación sexual mediante prácticas tipificadas en las leyes ecuatorianas, “Delitos contra la integridad sexual y reproductiva”, misma que incluyen sanciones por: violación, abuso sexual, acoso sexual, estupro, distribución de material pornográfico, corrupción de niñas, niños y adolescentes, utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual, oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos, contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos e incesto (Código Orgánico Integral Penal, 2014). A continuación, se describen estos actos punibles con la finalidad de orientar en su diferenciación:

6.2.1. Violación

Se trata de un acto violento, donde se considera la negativa del presunto consentimiento y la existencia de la sujeción verbal, psicológica y en especial la física para el acceso al coito; este acto dañoso incluye contacto por vía oral, vaginal o anal, pudiendo usarse el órgano genital, alguna parte del cuerpo (dedos, mano) u objetos.

6.2.2. Abuso sexual

Se considera bajo este término a toda acción de connotación sexual no consentida por la otra persona, además de imposición para ejecutar actos sexuales hacia sí mismo o hacia él agresor sin que exista penetración.

6.2.3. Acoso sexual

Se refiere a la insinuación y demanda de un acto de naturaleza sexual. Se describe como un hecho ofensivo, donde regularmente existe violencia verbal y psicológica. En estos casos, hay un evidente menoscabo en la integridad personal donde prevalece la relación de poder, y puede darse en cualquier contexto social (religioso, laboral, académico, familiar, salud, etc.).

6.2.4. Estupro

Se configura como delito cuando un adulto tiene una relación consensuada o no con un adolescente entre catorce y dieciocho años. Las tácticas usadas con el fin de obtener un beneficio sexual son regularmente la seducción (mediante obsequios, aparente actitud empática, etc.) y el chantaje emocional.

6.2.5. Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes

Usualmente este tipo de delito se determina cuando un adulto induce la estimulación sexual de un niño, niña y adolescente utilizando para este fin material pornográfico (revistas, videos, etc.). Como norma cultural inapropiada en los varones no es censurado, aunque las leyes ecuatorianas determinan que es un delito.

6.2.6. Corrupción de niñas, niños y adolescentes

Abarca todas las acciones que una persona adulta realiza para inducir el ingreso a niños, niñas o adolescente, a prostíbulos. Esta es una práctica normalizada socialmente en algunos sectores culturales donde se lleva a los hijos (familiares, amigos), a tener su primera relación íntima con trabajadoras sexuales.

6.2.7. Utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual

Es otro tipo de agresión, donde se exhibe de manera parcial o total el cuerpo de niñas y niños con fines sexuales.

6.2.8. Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos

Es una forma de agresión por medios electrónicos de comunicación, donde se utilizan las redes sociales como: correo electrónico, video juegos, chat, mensajería de texto, fotografías, etc., o cualquier otro medio electrónico o telemático, para ofertar los servicios sexuales, donde los niños y niñas son exhibidos como mercancía o souvenir.

6.2.8. Contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos

Se considera al comercio sexual que se realiza mediante la concertación con fines sexuales o eróticos de un adulto con una persona menor de edad.

6.2.9. Incesto

Según White y Campos (2004), el incesto se entiende como la actividad sexual entre miembros del seno familiar.

6.3. Circunstancias asociadas a la agresión sexual en población infantil

Un niño o niña tiene mayor probabilidad de ser víctima de agresión sexual debido a los factores predisponentes implícitos que elevan su vulnerabilidad; conocer la interacción tanto de la víctima como del agresor en las áreas personal, familiar y sociocultural, permite establecer posibles elementos de riesgo que promueven la agresión sexual infantil, estos factores son diversos y se encuentran descritos desde diferentes enfoques recogidos a continuación.

6.3.1. Factores de riesgo

Son todas las circunstancias asociadas a la agresión sexual, que exponen a los niños y niñas a sufrir daño en su intimidad. Save the children (2001) y los autores Echeburúa y Guerricaecheverría (2005), coinciden que son factores de riesgo: estar en el rango de edad de seis y doce años, (entre ellos los niños y niñas con discapacidad psíquica) porque tienen dificultades para verbalizar los abusos; la carencia de afecto; el convivir con una sola figura parental biológica o que forme parte de una familia reconstituida; la convivencia con personas violentas, a lo que se suman circunstancias sociales como: desempleo, pobreza, insatisfacción laboral, escasa red de apoyo o insuficiente integración social; se mencionan además, la normalización de la violencia y aceptación del castigo físico; determinadas actitudes negativas; las creencias falsas, mitos y tópicos sobre la sexualidad o necesidades afectivas.

6.3.2. Factores de vulnerabilidad

Las agresiones sexuales suelen realizarse en ciertos ambientes y circunstancias, entre ellos, la discapacidad y la edad se convierten en factores doblemente vulnerables. Es importante destacar que en estas circunstancias los menores no cuentan con los suficientes o adecuados recursos cognitivos, emocionales o físicos que les permitan anticipar o advertir una amenaza real, dejándolos propensos a sufrir algún tipo de abuso, es así que mientras más alto el grado de limitación, mayor exposición a sufrir algún tipo de daño existe.

6.3.3. Factores de protección

Son el conjunto de recursos individuales, familiares, socio-ambientales y psicológicos que favorecen la probabilidad de disminuir las agresiones sexuales contra los niños y niñas (Muñoz-Rivas, Gámez-Guadix, y Jiménez, 2008). Entre los factores de protección se encuentra: la psicoeducación, donde se deben establecer mecanismos adecuados para promover el cuidado personal y mantener una actitud de rechazo frente a lo no deseado

lo cual fortalece las conductas adecuadas a cada edad (Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002). En todos los casos, la familia estructurada, afectiva y funcional podrá proveer mejores recursos psicológicos a los NNA con discapacidad, proporcionándoles seguridad, apoyo y orientación para prevenir las agresiones sexuales en esta población (Amar, Abello y Acosta, 2003).

7. Consecuencias de la agresión sexual en niños y niñas con discapacidad

Las consecuencias de la agresión sexual en niños y niñas se reflejan en diferentes áreas de su vida, la etiología de esta problemática es multicausal, no existen signos o síntomas exclusivos y cada caso es diferente; están determinadas en la víctima de acuerdo a: personalidad, tipos de agresión, niveles de afrontamiento, red de apoyo familiar y social, recurrencia (hecho único o repetitivo), cercanía del agresor, etc. En todo caso, las afectaciones son detectables desde diferentes ámbitos que conforman la vida del niño o niña. En este sentido usaremos la idea de “trastorno”, que hace referencia al funcionamiento inapropiado en alguno de los niveles de la vida psíquica de los niños (Beigbeder, Barilari y Colombo, 2009). Para determinar los indicadores en casos de agresión sexual debemos tomar en cuenta que la sintomatología que presenta esta población no sea propia de la discapacidad, antes bien debemos de considerar que estas agresiones se pueden evidenciar en las diferentes áreas del desarrollo evolutivo (físico, cognitivo, emocional, psicosocial y sexual).

7.1. Área física.

En esta área es posible observar, insomnio, pérdida de apetito, descontrol de los esfínteres que terminará con antecedentes de enuresis y encopresis, además expresiones corporales atípicas (falta de ánimo, tristeza), falta de límites en el acercamiento interpersonal (familiarizarse con personas desconocidas, abrazarles, etc.).

7.2. Área conductual y comportamental

Dentro de estas variables se pueden observar: pérdida de interés en actividades significativas, rabietas, movimientos erráticos y repetitivos, autoestima disminuida, agresión, autoagresión, regresión, crisis de descontrol emocional acompañadas de irritabilidad y destrucción de objetos de su entorno.

7.3. Área cognitiva

Hace referencia a la naturalización de la agresión sexual, que puede manifestarse mediante una falsa percepción de afecto y cuidado por parte del agresor (sobre todo en casos de incesto), para García-López (2017), esta obnubilación trastoca el buen funcionamiento cognitivo en general (memoria, percepción y atención).

7.4. Área emocional

Generalmente en este nivel se encuentran indicadores entre los que se destaca: el miedo generalizado, sentimiento de culpa, vergüenza, depresión, ansiedad que además son síntomas asociados al trastorno de estrés post traumático. En casos de discapacidad donde no existe deterioro cognitivo severo (física o auditiva y lenguaje), se observa baja autoestima, sentimiento de rechazo frente al estigma y ambivalencia (Echeburúa y De Corral, 2006).

7.5. Área psicosocial

En este aspecto se evidencian dos posturas polarizadas: la primera es la disminución de la actividad y relacionamiento que se traduce en retraimiento social, tendencia al aislamiento, disminución de la actividad lúdica, dificultad para relacionarse con otras personas (en especial con el agresor si es parte del círculo primario) y la segunda, en la exacerbación de la actividad relacional, donde existe un debilitamiento de las barreras interpersonales, falta de control de la impulsividad y no aceptación de las normas en todos los espacios de relacionamiento (Rodríguez, Aguiar y García, 2012).

7.6. Área sexual

En el ámbito sexual, las personas con discapacidad, en especial los niños, actúan de manera instintiva y sin discriminar el riesgo, el tipo de persona o norma social; frente al impulso, activación o excitación, no logran entender que la expresión de sus deseos no puede darse en cualquier contexto, es posible que en muchos casos se realice la reproducción gestual de las experiencias agresivas vividas.

8. Reflexiones finales

Existe un escaso acompañamiento en el desarrollo sexual y la psicoeducación de parte del cuidador hacia el niño o niña con discapacidad. Entre los factores que influyen en la agresión sexual de este grupo se encuentra la negación y la naturalización de este tipo de violencia, en especial en los casos de incesto, donde hay vínculos afectivos con el agresor; esta situación es negativa para el proceso porque en muchos casos hay retractación, contaminación del testimonio y se promueve la impunidad en las víctimas y la perpetuación de este comportamiento inapropiado.

Las limitaciones y restricciones propias de la discapacidad, en especial las de tipo intelectual, pueden causar confusión en los niños y la familia, quienes eventualmente perciben los actos agresivos como manifestaciones de afecto y cuidado. En los casos de discapacidad de otros tipos (sensorial, motora, psicosocial), los aspectos propios de la sexualidad infantil pueden ser invisibilizados, en especial por los sectores convencionales y religiosos.

9. Referencias

- Amar, J., Abello, R. y Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 11, 107-121.
- Beigbeder, C., Barilari, Z. y Colombo, R. (2009). *Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado (IFR)*. Buenos Aires: Cauquen.

- Campos, V. y Cartes-Velásquez, R. (2019). Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Revista Médica de Chile*, 147, 634-642. doi: 10.4067/S0034-98872019000500634.
- Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador (2014). Registro Oficial. Suplemento. Año I, n° 180. Disponible en: <http://www.registroficial.gob.ec>.
- Consejo Nacional para la Igualdad de discapacidades (2017). *Guía sobre derechos sexuales, reproductivos y vida libre de violencia para personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1NEMN-j5twmRTVFLFQbFmnkityEWQyTZb/view>.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2020). *Estadísticas de discapacidad*. Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>.
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Registro Oficial n° 449. Recuperado de: http://www.corteconstitucional.gob.ec/images/contenidos/quienessomos/Constitucion_politica.pdf.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Echeburúa, E., y Guerricaecheverría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín (ed.). *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Escobar, H., y Vélez, C. (2017). Ayudas externas para mejorar la independencia en personas con discapacidad visual. *Revista cubana de oftalmología*, 30.
- García-López, E. (2017). *Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia*. Bogotá: Manual Moderno.
- Guerra, O. (2010). Creación y puesta de en marcha de un servicio de intervención familiar de víctimas de malos tratos y abusos sexuales: principales logros, dificultades y retos del futuro. En M. Gonzáles, M. Díez y J. Roca (coords). *Trabajo en red. Claves para avanzar en el buen trato a la infancia. Reflexiones y alternativas*. Valladolid: REA
- González, J. y Pardo, E. (2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. *Interpsiquis*. VII Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 10 de septiembre, de 2020, de: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/29258/.

- Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar: Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Granica.
- Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). Registro Oficial. Suplemento. Año IV, n° 796. Recuperado de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía para Atención de Personas con Discapacidad en la Salud Rural*. Recuperado de: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH4f82.dir/doc.pdf>.
- Mora, C. y Rodríguez, M. (2011). Sexualidad, discapacidad y una población inesperada. Un tema cada día menos controversial. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*, 14, 27-36.
- Muñoz-Rivas, M., Gámez-Guadix, M. y Jiménez, G. (2008). Factores de riesgo y protección para el maltrato infantil en niños mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 165-174.
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Discapacidades*. Disponible en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/#:~:text=Las%20deficiencias%20son%20problemas%20que,para%20participar%20en%20situaciones%20vitales>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). *Discapacidad y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
- Paramio-Pérez, G. y Agueda, I. (2019). Salud, educación y discapacidad. En G. García y R. Granato (coords.). *Educación, salud y discapacidad* (pp. 30-43). Buenos Aires: Ciencia y Técnica Administrativa.
- Pérez, J. I., y Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad física: Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28, 343-357. doi: 10.1174 / 021093907782506434.
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9, 58-68.
- Save The Children. (2001). *Abuso Sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf.

- Suárez, J. C. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Medicina UPB*, 30, 170-180.
- Vélez, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 7, 156-162.
- Verdugo, M., Alcedo, M., Bermejo, B. y Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R. y Verdugo, M. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 39, 5-18.
- White, O. y Campos, K. (2004). El incesto: su perspectiva histórica y jurídica. *Medicina legal de Costa Rica*, 21, 21-36.