



UNIVERSIDAD DE
OTAVALO
Libres y unidos en la diversidad

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Derechos sexuales y reproductivos e interdicción en personas con
discapacidad intelectual**

MARIA FERNANDA RIVAS YANGE

Otavalo - Ecuador

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

Modalidad de titulación:

Propuesta metodológica y/o tecnológica avanzada

Trabajo de Titulación:

Derechos sexuales y reproductivos e interdicción en personas con discapacidad

intelectual

Autores:

MARIA FERNANDA RIVAS YANGE

Este Trabajo de Titulación ha sido desarrollado bajo la tutoría de:

Sandra Moreira, MSc.

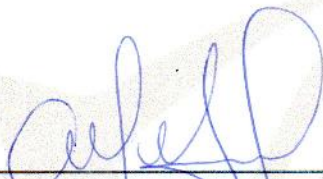
Otavalo - 2022

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, MARÍA FERNANDA RIVAS YANGE, declaro que este trabajo de titulación: Derechos sexuales y reproductivos e interdicción en personas con discapacidad intelectual es de mi total autoría y que no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional. Así mismo declaro que dicho trabajo no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo como autores la responsabilidad ante las reclamaciones que pudieran presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de cualquier responsabilidad al respecto.

Que de conformidad con el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social, conocimientos, creatividad e innovación, concedo a favor de la Universidad de Otavalo licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos, conservando a mi favor los derechos de autoría según lo establece la normativa de referencia.

Se autoriza además a la Universidad de Otavalo para la digitalización de este trabajo y posterior publicación en el repositorio digital de la institución, de acuerdo a lo establecido en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior. Por lo anteriormente declarado, la Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes otorgados, por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



MARÍA FERNANDA RIVAS YANGE
C.C. 0703770701

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

Trabajo de Titulación:

Derechos sexuales y reproductivos e interdicción en personas con discapacidad intelectual

El maestrante y la tutora de Trabajo de Titulación garantizamos, al firmar este documento, que este trabajo ha sido realizado por el maestrante bajo la dirección de la tutora de Trabajo de Titulación, y, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en su desarrollo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados cuando se han utilizado contenidos de sus publicaciones.

Otavalo, 17 de abril de 2022

Tutora del Trabajo de Titulación



Financiación electrónica por:
SANDRA MARICELA
MOREIRA FERRIN

Psc. Sandra Moreira Ferrín, Mgtr.

C.C.: 1310599517

Estudiante

María Fernanda Rivas Yange

C.C.: 0703770701

Estudiante

Dedicatoria

Yo, María Fernanda Rivas Yange, dedico este Trabajo de Titulación a mis hijos, Pablo Mateo, Paula Fabiana y Daniel Esteban; por ser mi esencia, mi fortaleza y mi amor, los amo incondicionalmente.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por su infinita bondad al permitirme tener una abuela sin igual, mi abuela Elsa María y una mamá llena de virtudes, Deysi pues su apoyo infinito y su confianza en mí me han permitido llegar a culminar uno de mis más grandes sueños.

María Fernanda

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS E INTERDICCIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1. Introducción

Este documento es una visión a los derechos reproductivos y a la capacidad de toma de decisiones referentes a la vida sexual activa de las personas con discapacidad intelectual, tomando en cuenta su grado de comprensión, consentimiento y conciencia para tomar decisiones incluyendo las responsabilidades emocionales, no justificamos el desarrollo de las actividades sexuales en personas con discapacidad intelectual de manera desmesurada, más bien se pone en evidencia las limitaciones que como sociedad enfrentamos al hablar de temas de sexualidad, pues el desconocer como abordar el tema con nuestras familias y no prepararnos les ubica a estas personas en un riesgo tres veces más alto a sufrir violencia física, sexual o emocional, cabe preguntarse si hay que defender además su derecho a ser padres y madres o establecer pautas que permitan un cambio en la sociedad.

2. Discapacidad y Discapacidad Intelectual

Existen varias aproximaciones a los conceptos discapacidad y discapacidad intelectual a la que nos referiremos como DI; que desde sus definiciones permiten al investigador tener un mejor conocimiento acerca de su significado tal y como se lo describe en el siguiente apartado, puntualizando hechos importantes del mismo. El término discapacidad de forma general muestra los aspectos negativos de la forma que interaccionan las personas cuya circunstancia de salud es diferente con otras, tomando en cuenta factores físicos,



sociales y cognitivos, mientras que una DI, implica limitaciones en las funciones intelectuales, en la conducta adaptativa del sujeto, se evidencian en un cociente intelectual disminuido en distinta magnitud, repercutiendo directamente en el desarrollo integral del individuo.

2.1. Cociente intelectual

El Cociente intelectual, considerando el resultado de la división entre la edad mental y la edad cronológica multiplicada por cien, permanece relativamente estable a lo largo de tiempo y se puede establecer desde una perspectiva psicométrica en varios niveles (Villamizar y Donoso, 2013). Para calcular el CI se aplican pruebas psicométricas que miden las habilidades generales y específicas a través de la evaluación de áreas como la memoria, conocimiento general, razonamiento, lectura, aritmética, semejanzas, habilidades verbales y visuales. Entre las pruebas que se utilizan habitualmente se emplean con este propósito se encuentran la escala de inteligencia de Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth Edition, (2015), SB-5, escala de inteligencia Stanford-Binet, 5 ed (2003), la batería de evaluación para niños de Kaufman (2004) y test de matrices progresivas, escala general de Raven (1939).

2.2. Causas de la DI

La DI puede originarse por diversos factores desde las primeras etapas de la vida hasta etapas posteriores al nacimiento, se asocian con factores que influyen en el desarrollo y funcionamiento del cerebro del niño, corresponden a tres periodos: el prenatal, perinatal y posnatal, su origen tiene un factor orgánico, genético o sociocultural, así tenemos que las causas prenatales, inician antes del nacimiento como los trastornos cromosómicos, trastornos de un solo gen, otros cuadros clínicos de origen genético; las causas perinatales hacen referencia a las complicaciones que alteran el desarrollo normal del feto o patologías en la madre gestante, prematuridad, bajo peso, hipoxia neonatal, parto difícil,

trauma en el nacimiento, septicemia, ictericia grave o hipoglicemia y las postnatales que se pueden dar en la primera o segunda infancia con la adquisición de infecciones virales o bacterianas que afecten el sistema nervioso central (Ke y Liu, 2017).

2.3. Síntomas clínicos de la DI

Desde el momento del nacimiento y en las etapas subsecuentes de desarrollo, los seres humanos cumplen estándares que evidencian sus potencialidades y su capacidad de maduración cognitiva y motriz. Por esta razón, entre más alto es el grado de discapacidad intelectual más temprano se podrá identificar los síntomas.

Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 5th ed.; American Psychiatric Association, (2013) las áreas a evaluar para el diagnóstico de una DI son seis, el área del lenguaje, que toma en cuenta la adquisición tardía del mismo y los problemas de comprensión y expresión; el área de la percepción, haciendo referencia a la capacidad de reaccionar a la percepción del estímulo en forma, tamaño y color; el área de la cognición que consiste en la capacidad que tiene el sujeto de asociar, evaluar y reflexionar ante el estímulo; en el área de concentración y memoria se anota las dificultades para almacenar información, a mayor grado de DI menor grado de retención y almacenamiento de información; el área de la emoción se destaca por un bajo control de impulsos, estas personas son manipulables e ingenuos, en cuanto al área del movimiento y conducta se anota la torpeza motora, comportamiento destructivo o violento con el medio o conductas autoagresivas.

2.4. Criterios diagnósticos de la DI según el DSM-5

Existen diferentes sistemas a nivel mundial para diagnosticar DI y según lo establecido en el manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales DSM-5 5th ed.; (American Psychiatric Association, 2013) y la clasificación internacional de

enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud. A continuación, se desarrollará una breve descripción de cada uno de ellos.

2.4.1. Diagnóstico de DI según el DSM-5

La Asociación Americana de Psiquiatría, en la quinta edición de su manual diagnóstico Dsm-5®; Apa, (2013) para considerar una DI considera que el individuo debe presentar alteraciones considerables en el funcionamiento intelectual, comportamiento adaptativo y el dominio social, conductual y práctico, cuyos criterios diagnósticos se describen a continuación.

a) Deficiencias de las funciones Intelectuales. Las deficiencias de las funciones intelectuales involucran un deterioro en la resolución de conflictos, se observan limitaciones en el razonamiento, sistema de planificación y pensamiento abstracto, su forma de aprender es lenta y desde la práctica, si se presentan antes de los 18 años, podríamos estar ante una posible DI.

b) Deficiencias del comportamiento Adaptativo. Las deficiencias del comportamiento adaptativo se refieren a la incapacidad en la adquisición de estándares socioculturales, desarrollo de independencia y autonomía personal, que dificultan el desarrollo del lenguaje y medidas adaptativas de la vida diaria.

c) Conducta adaptativa. La conducta adaptativa del sujeto involucra diversas dimensiones conceptuales, sociales y prácticas, que son aprendidas por él sujeto y le permiten desarrollarse en su vida diaria, se relacionan directamente con la edad cronológica del sujeto, indicando que, a mayor edad mayor dificultad en sus actividades, así el contexto social evalúa estándares y expectativas ambientales, analizando donde el individuo desarrolla su día a día, midiendo su conducta adaptativa y su rendimiento práctico y no el potencial de la persona, por lo general este parámetro se evidencia en la entrevista a cuidadores o familiares.



d) Deficiencias intelectuales y adaptativas. Es una limitación en el funcionamiento intelectual y la deficiencia adaptativa en ellas existen obstáculos para desarrollar con normalidad las actividades de la vida cotidiana, es decir; comunicación, cooperación social, desenvolvimiento independiente en los múltiples entornos (DSM 5, 2013).

2.4.2. Diagnóstico de DI según la CIE-10

La clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C. OPS, 1995 3 v. (Publicación científica; 554); es un sistema diagnóstico que incluye todas las enfermedades conocidas, las mismas que son asignas por códigos, así para los trastornos mentales y del comportamiento van desde (F00 al F99) y referentemente para trastornos que involucran DI desde la F70 a la F79, así descritos continuación.

F70 Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.). Cuyo cuadro se caracteriza con adquisición tardía del lenguaje oral, dificultades en la lectoescritura, alcanzan independencia laboral, adaptación a normas de convivencia, madurez emocional o social limitado pueden adquirir responsabilidades con una relación sentimental o crianza y educación de hijos.

F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.). Presentan limitaciones en comprensión del lenguaje, necesitan supervisión permanente, realizan actividades laborales vigiladas, conducta social limitada, imposibilidades motoras, son frecuentes el autismo, la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas.

F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.). Se identifican por un lenguaje oral bajo, puede presentar un déficit motor marcado, evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central, dependen de un cuidador constantemente.

F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.). No reconoce instrucciones, comunicación rudimentaria y básica, su movilidad es limitada o inexistente, no controlan



esfínteres, suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves como epilepsia o alteraciones visuales y auditivas.

F78 Otro retraso mental. Se usa cuando es muy difícil la evaluación del paciente debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, como ceguera, sordomudez o trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

F79 Retraso mental sin especificación. Los síntomas incluyen deficiencia mental sin especificación, subnormalidad mental sin especificación, oligofrenia sin especificación.

2.5. Diagnóstico de la DI

El diagnóstico de DI toma en cuenta seis aspectos indispensables mediante la recolección de información usando instrumentos como la historia clínica base para la anamnesis de la vida del paciente, el examen físico se evalúa el estado a la persona, su dinámica e interacción con los padres y otras personas; el examen neurológico, pruebas de laboratorio por su lado hacen referencia a los exámenes bioquímicos o radiológicos; es importante la exploración psiquiátrica completa que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad, es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad; asimismo la aplicación de las pruebas psicométricas, comúnmente conocidas como test psicológicos, que sumadas a técnicas, métodos y teorías permiten realizar un diagnóstico diferencial de la patología del paciente.

2.5.1. Diagnóstico diferencial

Este procedimiento identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas presentes en un cuadro clínico semejante al padecimiento; para una DI se establece la diferencia y conceptualización de los trastornos específicos del desarrollo y los trastornos generalizados del desarrollo, los primeros se dan durante el desarrollo del individuo, su periodo de duración puede ser de corto o largo plazo complicando su



continuidad de vida, pueden ser físicos o mentales o una combinación de ambos, sus consecuencias son permanentemente; los trastornos generalizados del desarrollo se inicia en los primeros años de la vida, se manifiesta con graves deficiencias en diversas áreas del funcionamiento, afectan significativamente la comunicación, emociones, relaciones sociales, etc., produciendo un deterioro generalizado del proceso evolutivo, presentan anomalías en varias áreas de su desarrollo con afectación en la interacción social, comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados, las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

3. Sexualidad y afecto en personas con DI

Las personas con DI son parte de la minoría a quienes se les ha negado por mucho tiempo la posibilidad de afrontar escenarios sexuales y afectivos que les permita el libre goce del poder ser y hacer en su vida, inhibiendo el despertar de estas necesidades. Sin embargo, siendo la sexualidad multidimensional y conociendo que engloba todo nuestro ser desde una óptica de normalización de este principio básico, es necesario trabajar el derecho a la sexualidad y relaciones interpersonales de este grupo. Siendo así que muchas de sus dificultades provienen de la resistencia presente en la familia para el abordaje sexual, pues no toma en cuenta la satisfacción de necesidades de afecto e intimidad pese a que todos nacemos, nos desarrollamos y morimos sexuados. El desarrollo del despertar sexual en una persona con DI no difiere de una persona normal, ambos reaccionan al estímulo sexual o al enamoramiento, de tal manera que el impedir su disfrute sexual o afectivo sería discriminatorio, el desconocimiento de un abordaje adecuado sobre la sexualidad reforzaría la falsa idea de que las personas con DI son poco atractivos o deseables, convirtiéndolos en personas asexuadas lo que de manera direccionada incrementa la incidencia de abusos sexuales y a su vez disminuye la posibilidad de



establecerse como pareja, esta limitación en muchas ocasiones aumenta la sensación de fracaso y limita su interacción social. (Zarate y Calderón, 2010).

3.1. Descubrimiento de la sexualidad en las personas con DI

Siendo que su desarrollo fisiológico comienza en la adolescencia al igual que el resto de personas, entre otras estancias fisiológicas se caracteriza por la aparición de un impulso genital asociado al placer, lo que despierta el erotismo primario, por lo tanto, se inicia con la masturbación consciente o inconsciente a través de fantasías eróticas para saciar este deseo, la aparición de sensaciones nuevas y del impulso por descubrir el cuerpo de otra persona sin la necesidad de despertar sensaciones amorosas se lo conoce como deseo sexual, esta necesidad está caracterizada por la conquista, su meta sería tener una pareja y la posibilidad de tocar otro cuerpo. Las fuentes de excitación en los jóvenes con o sin DI, pueden ser personas, figuras, imágenes, películas, entre otros, en la etapa adulta, el deseo sexual va acompañado por el impulso reproductivo y la necesidad de una descendencia, en el caso de las personas con DI su desarrollo emocional se queda estancado, por tal motivo, no pueden descubrir por su cuenta sobre las experiencias sexuales y si lo han hecho, no acceden a una vida sexual y reproductiva con conciencia y conocimiento de lo que significa. Podemos decir que la familia es la primera fuente de valores para una vida sexual sana y que una vida sana incluye una sexualidad sana (Zarate y Calderón, 2010).

Las diferencias sexuales están instauradas fisiológicamente en el ser humano desde antes del nacimiento, las conductas sexuales se moldean y desarrollan, en consecuencia la sexualidad incluye tendencias humanas derivadas de la energía sexual o instintos vitales, este potencial instintivo de la sexualidad se manifiesta a través de los cambios físicos del cuerpo y la presencia de los sentidos, entonces el sexo hace relación al tacto, placer, deseo expresado o experimentado a través del cuerpo; en las personas con DI, se

presentan dificultades para reconocer ciertos aspectos, sus necesidades llegan a ser disminuidas durante la adolescencia llegando incluso a considerándolos seres asexuados o eternos niños. (Caricote, 2012).

3.2. Características de la sexualidad de las personas con DI

EL desarrollo de la sexualidad en una persona con DI, no es diferente al de una persona con inteligencia normal, la falta educación sexual en el ámbito familiar-social limita su campo, desarrollando mitos y falsas creencias que distorsionan su realidad, llegando a predisponer su conducta con reacciones agresivas "rabia natural" o el exacerbado incremento de la estimulación del comportamiento sexual (Dios et al., 2007). Las personas con DI, aprender de diferente manera su procesamiento de información infiere también en el desarrollo de su estabilidad emocional, capacidad de relacionarse socialmente o en su nivel de independencia, siendo así que una persona con DI Leve podría llegar a tener una educación sexual que le permita mantener una relación sentimental y una familia o también desempeñarse en el ámbito laboral con un cierto grado de independencia financiera, mientras que en la DI moderada, se presentan limitaciones grandes, no encajan fácilmente en nuestra sociedad, poseen conductas infantiles y reacciones emocionalmente exageradas llegando a limitar su campo relacional a un ambiente seguro, este grupo es capaz de aprender poco acerca de la sexualidad y la función reproductora. En la DI grave o profunda, por lo general dependen más de otra persona para su cuidado y toma de decisiones, el orden de problemas es disperso, es más difícil instruirles y mayor parte de las veces no logran establecer más que unas pautas muy rudimentarias de comunicación, su capacidad de aprendizaje es relativamente baja.

3.3. Necesidades afectivas y sexuales de las personas con DI

El ser humano tiene necesidades afectivas y sexuales independientemente de tener o no una DI siendo necesaria la satisfacción del impulso sexual y el fortalecimiento de relaciones afectivas, incluyendo metas e ilusiones que para muchos son tan comunes, para una persona con DI es una situación difícil de alzar sin el apoyo familiar, vale recalcar que cada ser humano tienen deseos y metas distintas llegando a percibir la información desde realidades diferentes, para algunos el deseo de una pareja y de recrear el rol de la familia es importante para otros tantos prefieren el cariño y amor de sus padres con su familia nuclear, pese de ello, les gustaría vivir una nueva experiencia y sentir el amor de diferente manera (Rojas., Haya & Lázaro, 2015). Así, las necesidades afectivas de las personas con DI son las mismas de una persona normal, sus metas, anhelos, deseos interés por temas sexuales no varían, lo que varía es la forma en que se expresa, recepta y procesa dichas emociones.

3.4. El matrimonio en personas con DI en Ecuador

En Ecuador existen limitantes legales en cuanto al matrimonio de personas con DI ubicando a la familia en una situación paternalista y sobreprotectora limitando sus decisiones, pues en las leyes referentes al matrimonio, sus causales y nulidades viene dada por el código civil, siendo así que, el matrimonio es un contrato solemne por el cual dos personas se unen con el fin de vivir juntos y auxiliarse mutuamente Art 81 código civil (Sentencia código civil 10-18-CN/19) que acuden por libre consentimiento y en igualdad de derechos, para este se necesita una real y válida voluntad no aquejada de vicios invalidantes y que se determina la nulidad del matrimonio como en cualquier contrato jurídico, incluyendo a las deficiencias o anomalías psíquicas que constituyen por sí mismas un impedimento para que la persona afectada por dicho diagnóstico pueda contraer matrimonio, esta definición se argumenta en el Art. 95 numeral 4: donde es nulo



el matrimonio contraído por personas con discapacidad intelectual que afecte su consentimiento y voluntad; así mismo el Art. 96, numeral 2, explica que la nulidad del matrimonio por falta de libre y espontaneo consentimiento limita a las personas con discapacidad, complementando las limitaciones jurídicas y con el Art. 1462. donde toda persona es legalmente capaz, excepto las que la ley declara incapaces conforme al artículo 1463 CC libro 4to de los contratos en concordancia con el Artículo 36 del COIP vigente reformado a septiembre del 2021 (código orgánico integral penal, 2014). En el contexto diario los fines del matrimonio son liricos y utópicos, pueden o no cumplirse puntualizaciones como vivir juntos, auxiliarse juntos o la procreación, estos son inherentes a la elección y la toma de decisiones de los conyugues, con esta base se deben poner fin a cualquier tipo de discriminación en relación con el matrimonio, familia, paternidad, relaciones personales; quienes tiene discapacidad también tienen derecho a la procreación, el asumir responsabilidades demanda apoyo familiar y social.

3.5. Hijos de padres con DI

Una DI puede poner en cuestión la competencia de una persona a ser padre o madre, siendo una situación bioética que evidencia la intencionalidad de la paternidad, misma que debe ir enfocada a la capacidad de autonomía y toma de decisiones del sujeto para asumir con lucidez el formular y comprender la responsabilidad de la nueva vida a su cuidado con el fin de evitar la instrumentalización del menor, pues altera el desarrollo de su plan de vida. La crianza de un menor siempre será una gran responsabilidad más si uno o ambos padres poseen una DI tomando en cuenta que los intereses del hijo van sobre los intereses de los progenitores y que la responsabilidad como padre no termina con los primeros años de crianza. La familia o red de apoyo juega un papel importante en el desarrollo de un hijo de padres con DI en una sociedad discriminatoria los hijos de padres DI puede ser sometidos a desigualdad de oportunidades en cuanto al desarrollo social y

estimulación que asegure su identidad y personalidad, no existe mayor referencia de imposibilidades que una persona con DI leve pueda propender en cuanto a la crianza de sus hijos o el hecho de no garantizar una crianza adecuada el mismo, el éxito de estas actividades de crianza depende en muchos casos de la preparación y apoyo brindada a los padres del menor completando las labores de paternidad en sus dimensiones básicas sin quitarles el rol paternal.

4. Derechos de las personas con DI

La convención de naciones unidas por los derechos de las personas con discapacidad establece un acuerdo entre países para que quienes tenga discapacidad gocen los mismos derechos en todo el mundo, así se limitaría el rechazo y se asegurarían las oportunidades para ellos. Esta entidad establece que los estados partes no deben tratar a las personas con discapacidad y DI de manera diferente, siendo parte de la sociedad y teniendo derechos a ser libres, respetados y con igualdad de oportunidades y posibilidades. El Ecuador en su carta magna habla sobre las políticas de prevención y la integración social del estado incluyendo derechos de las personas con discapacidad en todos los bienes. (Ley orgánica de discapacidades: Art. 47). Un amplio apoyo legal internacional y nacional da prevalencia de derecho de las personas con DI toma en cuenta limitaciones y redes de apoyo, siendo así en la constitución de la república del Ecuador (2008), la Ley Orgánica de Discapacidades (2012), Código Orgánico Integral Penal (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2014), a nivel internacional tenemos la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU-2006) y la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA-199). El código orgánico integral penal (COIP), establece sanciones ante posibles delitos contra personas con DI siendo así, en su Art.100, sección tercera, en concordancia con el Artículo 69 del código niñez indica que la pena



para las personas que cometan explotación sexual a personas con DI pueden llegar a tener una pena entre 17 a 19 años de prisión, mientras que en el Art.150 del mismo documento, habla sobre el aborto no punible por violación en caso de víctimas con DI. El Art. 442 y 443 indica que para garantizar el cumplimiento de las leyes y normativas en contra la integridad sexual y reproductiva de las personas con DI la entidad reguladora sería la fiscalía. (Código integral penal, 2013). Si bien es cierto, las personas con DI, deberían fortalecer su capacidad para expresión y elección, que les permita tener el control de las decisiones que afectan su vida, desde el enfoque de derecho a la privacidad y autonomía, el de tener una pareja, el derecho a la identidad de género, a la orientación sexual, a la atención en centros de salud, entre otros.

4.1. Marco legal internacional para personas con DI

Los Estados partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo, siendo así entidades como la Organización de Naciones Unidas (ONU), la creadora el comité de derechos de personas con discapacidad, cuyo objetivo es permitir la promulgación de normativas de derecho que disminuya la discriminación a personas con discapacidad incluyendo a la DI en diferentes ámbitos incluyendo al matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, partiendo de esta premisa se hacen algunas observaciones, las cuales deben ser consideradas como la negación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad que conduce a la privación de derechos básicos, así también la capacidad jurídica no debe asimilarse a la capacidad mental o que el sistema de interdicción sea sometido a cambios que favorezca el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones para las personas con discapacidad.

El respeto, igualdad y no discriminación de las personas con DI es un compromiso que los países adquirieron con el propósito de apoyar a este grupo de persona que por años han sido vulnerados, siendo así que, el derecho a la vida, libertad, seguridad de la persona protección contra la tortura, violencia abuso sexual, trata de blancas, a no ser discriminado, a tener una libertad de opinión, expresión y acceso a la información, a tener una familia, educación, trabajo, a una vida digna y a la salud; siendo así que en 2006, la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, en el artículo 25, establece que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar de salud sin discriminación, obligando a los estados: Proporcionarán programas y atención de la salud gratuitos, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, que en salud se brinde atención de calidad a las personas con DI con consentimiento libre e informado sensibilizando en respecto de los derechos humanos incluyendo el ámbito sexual, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas.

4.2. Marco legal ecuatoriano para las personas con DI

La normativa ecuatoriana establece múltiples derechos y beneficios para las personas con discapacidad en el marco de ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al plan nacional de buen vivir 2013 -2017 como: sensibilización, participación, prevención, salud, educación, trabajo, accesibilidad, turismo, cultura, arte, deporte/recreación, protección/seguridad social, legislación/justicia, vida libre de violencia, política pública/rendición de cuentas; que permitan una vida digna con un trato justo de acuerdo a sus limitaciones brindando oportunidades de poder tomar sus propias decisiones e independencia dado que vivir sujetos a depender de otras personas tomen decisiones por ellos es discriminatorio. En Ecuador la constitución de la república, Art. 11, señala que en el ejercicio de los derechos se rige por el principio de igualdad, con goce de derechos, deberes y oportunidades sin discriminación de ningún tipo o será

sancionado, propendiendo la igualdad de derechos. Así mismo, las personas con discapacidad son sujetos de atención prioritaria. Así mismo el Art. 35, nos indica que: en educación co-participativa indica que la autoridad educativa nacional y los centros educativos inclusivos, especiales y regulares, deberán involucrar como parte de la comunidad educativa a la familia y/o a las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a personas con discapacidad, en la participación de los procesos educativos y formativos, desarrollados en el área de discapacidades concordancia con el Artículo 47 de la constitución señala que el estado brindará protección especial, a las personas en condición de doble vulnerabilidad. El Art. 58 de la ley orgánica de discapacidades, en la sección séptima se garantiza a las personas con discapacidad la accesibilidad a espacios físicos que permitan su desenvolvimiento libre y adecuado e integración de la sociedad. (ley orgánica de discapacidades, 2012). Para el cumplimiento de la ley, las personas con discapacidad deben tener sobre el treinta por ciento de discapacidad según la valoración de su discapacidad. (Conadis, normas jurídicas de discapacidades, 2014).

4.3. Vulneración de derechos en salud sexual y reproductiva de personas con DI

El desarrollo sexual de personas con DI se ve comprometido debido al protagonismo rígido y sobreprotector de la familia, tornándolos dependientes e infantiles perturbando su inclusión en el sistema de manera activa. El estado Ecuatoriano amparado en los derechos humanos debe garantizar el goce igualitario de derechos a través de medidas de orden público y acción afirmativa, haciendo uso de un trato diferenciado, de acuerdo a las especificidades y potencialidades de cada persona, siendo los funcionarios obligados a garantizar que las personas con discapacidad tengan pleno acceso a la justicia en todas las etapas del proceso, independientemente de su condición, problema y su naturaleza (Consejo de la Judicatura y Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2015).



Existen casos de violencia sexual en la familia y que el ocultarlos para evitar problemas legales desmerecen los derechos de la víctima, en una relación de pareja si un miembro tiene una DI su toma de decisiones es propensa a la manipulación emotiva llegando a crear dependencias afectivas con su pareja e incrementando su riesgo de vulnerabilidad e indefensión. (grupos focales, conadis – unfpa: 2017). La limitación de la salud sexual y reproductiva de personas con DI es marcada por la sociedad, predisponiéndolos a riesgos asociados con la violencia sexual y sus consecuencias, según la convención de derechos de las personas con discapacidad, estas personas deben tener acceso a todas las formas de cuidado en salud sexual y reproductiva (Artículo 25), el derecho al matrimonio, a fundar una familia y a mantener su fertilidad (Artículo 23). La familia en muchos casos recurre a mecanismos de control natal que imposibilitan su derecho a ejercer su paternidad por mitos recurrentes a la trasmisión de la DI a sus hijos o por comodidad, Así tenemos:

La esterilización forzada

Es un procedimiento quirúrgico definitivo, para llevar a cabo el mismo debería involucrarse la toma de decisión por voluntad propia bajo conocimiento de causa donde la elección asumir o no su paternidad se haya explicado de acuerdo a su nivel de comprensión, de tal manera que se evite la discriminación y se respete la autonomía de la persona con DI, la búsqueda de la comodidad familiar es un detonante para recurrir a esta práctica terapéutica definitiva justificando el acto con la prevención de embarazos, más que por el hecho de permitirles una vida sexual activa, incrementado así el índice de abuso sexual, se considera una práctica forzosa cuando es decisión familiar que conlleva a una vulneración flagrante de los derechos civiles en contra mujeres y niñas con DI, este procedimiento clínicamente altera la salud provocando una menopausia precoz, osteoporosis e incluso la aparición de enfermedad cardíaca. Cabe resaltar que existe la

esterilización social no consentida de las personas con DI que se acompaña de un firme control de su vida que le impide fácticamente toda relación incluyendo la sexual.

Anticoncepción forzada

Aunque las necesidades anticonceptivas de las mujeres con DI no difieren de la población en general, el patrón de uso de anticonceptivos es muy diferente, las mujeres con discapacidades particularmente aquellas con DI tienen más probabilidades de ser esterilizadas a que se les receten anticonceptivos inyectables de acción prolongada y menos probabilidades de que se les receten anticonceptivos orales (UNFPA, 2018).

Violencia de género

Una de cada tres mujeres con discapacidad sufren violencia de género, las formas múltiples de discriminación contribuyen y agravan la violencia contra las personas con DI la violencia tiene causas únicas, adquiere formas únicas y tiene como resultado consecuencias únicas, donde la víctima llega a ser objeto de formas particularizadas de violencia y discriminación; a pesar de la evolución de los marcos normativos relacionados con las personas con discapacidad, la combinación de género y discapacidad no ha recibido suficiente atención y la violencia sigue siendo sorprendentemente alta. (UNFPA, 2018).

Negación de los derechos de maternidad y paternidad

La crianza de hijos de padres con DI sigue siendo un campo hostil, el elevado número de violaciones de los derechos humanos y reproductivos de las personas con DI, puede involucrar situaciones como la sugerencia al aborto como mecanismo de salida al problema o la pérdida de la custodia de sus hijos (Besoain et al, 2019), dificultando la orientación asertiva para que las personas con DI asuman roles de maternidad o paternidad adecuados, debido a que se presume no están en la capacidad de cumplir con



este rol, se debería identificar si ese deseo de paternidad mimético o por el contrario es deseo directo de paternidad (Cruz y Rincón, 2018). Si el nacimiento del hijo ha sucedido ya, el artículo 23.4 de la Convención señala de manera muy pertinente los criterios a seguir: a) la razón de discapacidad nunca es razón adecuada para separar a los padres del niño: están aquí en juego tanto los derechos de los padres como los del niño; b) sí debe ser una razón para que se ofrezcan los apoyos necesarios ante esta circunstancia - art. 23.2-; c) si hay otras razones, en torno al interés del menor, que piden la separación, ésta tendrá que hacerse con los procesos argumentales y judiciales pertinentes, igualmente aplicables al conjunto de la ciudadanía (sin que deban dejar de contemplarse posibilidades intermedias, que cabe concretar en formas variadas de «adopciones compartidas», convenientemente reguladas, entre los padres del niño y otras personas

Incapacidad para acceder a servicios y programas de salud sexual y reproductiva

La discriminación que experimentan las mujeres con discapacidad se refleja en el acceso y uso de los servicios o programas de salud sexual/reproductiva, para muchas personas con DI los servicios y programas que necesitan para hacer realidad sus derechos sexuales y reproductivos simplemente no están disponibles, incluso donde hay servicios y programas disponibles, muchas mujeres con DI siguen excluidas debido a barreras económicas, sociales, psicológicas y culturales que impiden o excluyen su acceso (Unfpa,2018)). El garantizar el pleno goce y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las personas con discapacidad exige generar cambios sustanciales en la salud sexual y reproductiva como los referentes al lenguaje, modelos de atención médica o eliminación de obstáculos que impiden el acceso a la información y al espacio físico adecuado (Besoain et al., 2019).



4.3.1. Como llega la maternidad y paternidad a una persona con DI

Fisiológicamente una persona con DI pese a las deficiencias cognitivas que posee puede gestar un embarazo y llevarlo a término, el recién nacido no precisamente tendría una DI como muchos mitos así lo predisponen. Para autores como Etxebarria (2012) la paternidad y maternidad llega a las personas con DI en tres momentos: el primer momento hace mención a la toma la decisión sobre la posible paternidad, en donde es necesario brindar a los posibles padres un consejo sobre la genética y la parte psicosocial sobre las capacidades de los progenitores para asumir las responsabilidades de ser padres y madres, definir los apoyos que van a requerir durante el proceso, siendo el apoyo familiar indispensable; el segundo momento es el de la gestación; se debe ofrecer a la madre todas las atenciones correspondientes, puede plantearse en determinadas ocasiones la interrogante sobre la posibilidad del aborto como un tema de relevancia; el tercer momento es el del nacimiento y la crianza, si se ha discernido este proceso y se tiene el acompañamiento necesario, hasta llegar al punto del nacimiento, se deben considerar ciertas pautas como que el padecer una discapacidad no es razón para separar a los padres del niño; además de que si se cuenta con apoyo necesario los padres estarán en capacidad de ejercer su rol.

5. Interdicción en personas con DI

La figura de la interdicción es la prohibición absoluta o relativa de realizar ciertos actos o de asumir alguna conducta en relación a casos de incapacidad, debe ser adjudicado por un juez de acuerdo con los procedimientos legales prescritos por la ley; la interdicción es la alternativa jurídica que se otorga sobre otra en virtud a la privación de ciertos derechos, como administrar sus propios bienes, de obligarse de contratar, entre otros, por encontrarse en circunstancias especiales que involucran la falta de conciencia, salud, vicio; por esta razón la ley determina que se nombre un representante legal para el



ejercicio de los derechos civiles, estas normas son de referencia a la patria potestad, tutela y curaduría. En todo el proceso de tutelaje no sólo habrá que tener presentes los derechos del posible futuro niño y los derechos de los posibles padres. Es necesario completar este enfoque, guiado decisivamente por los principios de autonomía y justicia, con el enfoque de beneficencia, el que evalúa los riesgos físicos y psíquicos que puede suponer la maternidad y paternidad para las personas con DI para lo que se requiere atención a la persona concreta.

La búsqueda de la independencia para las personas con DI, ha generado debates sobre la interdicción y el sistema de toma de decisiones; siendo este un procedimiento que va más allá de lo legal, tomando en cuenta las representaciones sociales y experiencias de vida que intervienen de forma directa en personas con DI y su sistema de familias. Se suele confundir el concepto de interdicción llegando a anular derechos que van más allá de la administración de bienes como el sometimiento de procedimiento médicos invasivos conocidos como la esterilización forzada en mujeres con DI.

El marco jurídico ecuatoriano, presenta varias debilidades refiriéndose a esta práctica, una de ellas es la ausencia de una normativa clara y concisa que permita establecer una diferencia entre la capacidad de ejercicio de las personas con DI y su grado de discernimiento y raciocinio, dado que el propósito de este proceso se declara que una persona no se encuentra en plenas condiciones mentales para tomar decisiones, el art 334 del código orgánico general del proceso, habla del procedimiento voluntario, determina las reglas que se debe cumplir para el proceso de jurisdicción voluntaria de interdicción como un certificado médico psiquiatra o neurólogo sobre el estado del presunto interdicto, este dictamen deberá contar con las manifestaciones características del estado actual del paciente, la etiología, el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, además de indicar las consecuencias en la capacidad del paciente para administrar sus bienes y disponer de



ellos y el tratamiento conveniente para procurar la mejoría del paciente. La interdicción es decretada a través de un proceso de jurisdicción voluntario, con este proceso se declara que una persona no se encuentra en plenas condiciones mentales para desenvolverse por sí mismo, este trámite se lo lleva a cabo ante un juez de familia, se debe determinar las reglas a cumplir para el proceso de jurisdicción voluntaria de interdicción, junto a la demanda debe estar el certificado médico psiquiatra o neurológico sobre el estado del presunto interdicto y en este dictamen deben constar las manifestaciones características del estado actual del paciente, la etiología, el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, con indicación de sus consecuencias en la capacidad del paciente para administrar sus bienes y disponer de ellos, el tratamiento conveniente para procurar la mejoría del paciente.

En estos 50 años últimos, el apoyo a la discapacidad desde un ámbito legal es positivo, la apertura a las necesidades de personas con DI y su abordaje les permite ser tratadas con mejor predisposición por académicos y jueces, sin embargo, las discusiones sobre las personas con DI y el derecho a la interacción sexual voluntaria es un tema controversial, incluso a quienes poseen años de trayectoria ejerciendo la profesión. En sujetos institucionalizados es complejo el abordaje sobre este tema, más sin embargo, la presencia de un trastorno mental no debería ser interferencia para ejercer el derecho a la interacción sexual, siendo necesario realizar un análisis de determinación de capacidad y competencia del sujeto en base a su toma de decisiones, para ejercer un consentimiento informado, se toma en consideración que el análisis sobre un proceso de interdicción no solo involucra el derecho a una vida sexual activa y las consecuencias del hecho como embarazos, custodia y mantención de un hijo, a menudo las personas con DI no toman en cuenta su imputabilidad en casos relacionadas con los actos sexuales (Perlin et al.,2017)

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad requiere sobre los estados partes la garantía de cumplimiento sus derechos en igualdad de condiciones con los demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y apropiados a la edad, para facilitar el desempeño de sus funciones; siendo así, el código civil ecuatoriano admite relativa incompetencia citando el artículo 1463, que se determina qué estas personas son incapaces absolutos y relativos bajo ciertas características, como la edad niños, niñas, adolescentes y la discapacidad intelectual, siendo impedidos de emitir un consentimiento válido, excluyendo la aparición de intervalos de lucidez llegando a utilizar formas diversas de expresar su voluntad; en nuestro código civil ecuatoriano, actualmente se ha reemplazado el término demencia por enfermedad mental o discapacidad intelectual, que reconoce la necesidad de evaluar cada situación con individualidad, tanto en procedimiento, contenido y forma de comunicación (Consejo de la judicatura y consejo nacional para la igualdad de discapacidades, 2015).

Actualmente, para el derecho civil las personas con discapacidad psíquica (mental) y DI son consideradas incapaces de realizar una conducta legal de acuerdo con ciertos estándares referentes con la identidad del sujeto, la determinación de la capacidad judicial se basa completamente en un diagnóstico médico de efecto biológico; el segundo basado en el resultado, cuando la persona con discapacidad adopta una decisión que se cree que tiene consecuencias negativas; el tercero basado en lo funcional, que cuestiona la aptitud de la persona con discapacidad para adoptar decisiones (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021). El Código Civil en su artículo 1043 numeral 2 establece ciertas prohibiciones expresas para las personas con discapacidad intelectual: prohibición de testar y de ser testigos en testamentos solemnes, aunque dichas prohibiciones se infieren de la propia calidad de incapaz absoluto. Bajo esta misma lógica



la Ley Notarial señala que no pueden ser testigos en las escrituras públicas, entre otros, "los dementes, los locos, los ciegos" (Asamblea Nacional del Ecuador, 2019).

Dentro del protocolo para el acceso a la justicia de las personas con discapacidad (2013), el nuevo modelo atribuye que las personas con discapacidad tienen derecho al respeto, a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas, derecho a la no discriminación, a la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, derecho al respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; a la igualdad de oportunidades, a la accesibilidad; a la igualdad entre el hombre y la mujer, y al respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

5.1. Proceso de Interdicción en personas con DI

El objetivo del proceso de interdicción es declarar que una persona no está en capacidad mental para ejercer sus derechos y la protección legal de las personas con incapacidad mental, sin menoscabar los derechos que posee inherentes a las personas y que pueden ser ejecutados por los representantes legales denominados tutores o curadores asignados.

El Código Orgánico General de Procesos (COGEP) en su numeral quinto, artículo 332, habla sobre este proceso a la par de los artículos 478 y siguientes del Código civil (Chaves, 2020).

5.2. Clases de Interdicción

Existen dos tipos de interdicción y pueden ser judicial o legal, la primera hace referencia a que es el resultado de un defecto intelectual habitual grave, su nombre se deriva de que es necesaria la intervención de un juez para pronunciarla, en ella se determina una incapacidad de protección, la segunda hace referencia a la interdicción legal, es el



resultado de una condena a presidio, su nombre se deriva de que, una vez impuesta la condena sin necesidad de ningún otro requisito, el culpado queda en incapacidad de defensa social. Las personas que pueden solicitar la interdicción son aquellas que desempeñan la curaduría legítima del discapacitado mental, tal como lo determina el artículo 502 del Código Civil así tenemos: el cónyuge, si no hubiera separación conyugal; pero el cónyuge tendrá derecho aceptar o repudiar esta guarda, y en caso de no aceptarla, podrá pedir la liquidación de la sociedad conyugal, a sus descendientes, a sus ascendientes, a sus colaterales, hasta el cuarto grado o a sus hermanos, se expresa además que los padres no podrán ejercer este cargo sin el consentimiento del otro cónyuge.

5.3. Falta de acceso a la justicia para una persona con DI

El derecho de acceso a la justicia es uno de los derechos civiles y políticos más importantes, ya que determina la medida en que las personas pueden garantizar y hacer cumplir sus otros derechos humanos sustantivos; es el propio sistema de justicia (y por tanto el Estado) perpetra y / o aprueba la discriminación y la violencia que sufren las mujeres y niñas con discapacidad a través de diversas barreras. A las mujeres y niñas con discapacidad, en particular a aquellas con DI, cognitivas y / o psicosociales, a menudo se les niega el acceso efectivo a la justicia porque no reciben asistencia para denunciar violaciones de sus derechos o para participar en procesos legales; a menudo se les considera testigos poco fiables o no creíbles; y las violaciones de sus derechos a menudo se aceptan y toleran como prácticas de "manejo del comportamiento" como la administración forzosa de medicamentos (UNFPA, 2018). Los derechos de las personas con discapacidad han sido recogidos por varios organismos como: la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), la guía de recomendaciones generales sobre la promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad publicada por la organización mundial de la salud (2009) y en



la declaración universal de los derechos sexuales aprobada por la asamblea general de la asociación mundial de sexología (1999), en donde se promulga como objetivo principal el derecho a la integridad y propiedad del cuerpo, de tal forma que no sean tomados como objetos o abusen sexualmente de ellos y ellas; dentro de estos documentos además se declara el derecho a tener una vida sexual y afectiva según sus deseos, posibilidades y características personales, recibiendo una adecuada educación afectiva y sexual con el apoyo de sus familiares (FEAPS Comunidad Valenciana, 2017).

5.4. Denegación de capacidad legal y toma de decisiones

La sexualidad y la discapacidad intelectual han salido de lo privado para transformarse en objeto de discusión pública tanto en el terreno científico como social. Esto viene ocurriendo gracias a las familias de las personas con DI y ellos mismos que alzado su voz para señalar interrogantes en relación a sus hijos. La influencia positiva de los medios de comunicación influye abiertamente, permitiendo una amplia difusión de información sobre temas relacionados con la sexualidad en personas con DI siendo la determinación de la capacidad la que está indisolublemente ligada al ejercicio del derecho a la autonomía y la autodeterminación, el declarar incapacidad resulta en la restricción de uno de los derechos más fundamentales consagrados en la ley, el derecho a la autonomía. Sin embargo, millones de mujeres con discapacidad en todo el mundo se ven despojadas de su capacidad jurídica debido al estigma y la discriminación, a través de una declaración judicial de incompetencia o simplemente por la decisión de un médico de que la mujer “carece de capacidad” para tomar una decisión (Mora y Aráuz, 2019).

6. Implicaciones psicojurídicas

Una mirada hacia la realidad psicojurídica que viven las personas con DI nos permite apreciar la importancia de hacer un llamado de atención a la comunidad y en especial a la familia en lo referente a la sexualidad en personas con DI y sus implicaciones como el



proceso de toma de decisiones, una persona con DI Leve podría elegir por sí misma el inicio y la continuidad de su actividad sexual y las responsabilidades que implican, mediante la valoración de su capacidad para consentir y los factores de vulnerabilidad del medio donde se desarrollan, pues el sentido de individualización considera la ausencia de la competencia consentidora en el área afectivo/sexual y la racionalidad asociada a la toma de decisiones para su capacidad de consentimiento, partiendo del hecho de que todos los seres humanos somos distintos e individuales incluyendo a las personas con DI y pese a lo heterogéneo del constructo social donde se desarrollan, lo ideal sería que se satisficieran su instinto primario con mayor o menor grado siendo necesario tomar en cuenta la decisión de consentimiento sexual evaluando aptitudes de comprensión para las relaciones sexuales e interpersonales siendo su capacidad para consentir no disminuida o cohesionada para el acto.

Las personas con DI pueden llegar a presentar dos tipos de problemas en cuanto a su toma de decisiones, el primero va asociado al plano intelectual donde se ven alteradas funciones mentales superiores y la segunda hace referencia a la conducta adaptativa del sujeto que se caracteriza por el modo que tienden de afrontar las exigencias cotidianas y ajustarse a la norma, teniendo como referencia su grupo de edad, comunidad y origen sociocultural.

Acerca de la capacidad para consentir y factores de vulnerabilidad

El área afectiva/sexual, es inherente a todos, se rige por el instinto sexual de los seres humanos, de esta manera la competencia consentidora de una persona con DI debe ser valorada individualmente a lo heterogéneo de su constructo, no implicando la DI como la anulación de todas las dimensiones de placer de la persona, desde el punto de vista psicojurídico es indispensable realizar una valoración específica a la capacidad de consentir una relación sexual, identificando las aptitudes de comprensión, decisión y



comunicación presentes en el sujeto y tomando en cuenta que la capacidad de consentimiento es dinámica y que puede evolucionar en el tiempo, en función del contexto y los apoyos recibidos, la capacidad de la persona no es inamovible pudiendo o no el consentir en base a lo que comprende tanto en el plano del placer con la satisfacción del instinto sexual y sus consecuencias como la responsabilidad de embarazos, convivencia, responsabilidad emocional o incluso enfermedades de transmisión sexual etc.

Desde un plano legal la capacidad de elección y toma de decisiones referente a la libertad afectiva/emocional/sexual que tiene una persona con DI se ha visto vulnerada, implicando limitaciones en su relación con sus pares, familia y estado, esta limitación no excluye grado de DI; a nivel internacional existen normas jurídicas que fomentan la independencia y respeto a los derechos sexuales, reproductivos y de matrimonio de las personas con DI, sin embargo en Ecuador existen limitantes que inhiben estos derechos haciendo uso de competencias jurídicas como la interdicción o competencias quirúrgicas como la esterilización en el caso de limitar cualquier oportunidad de procreación. La implementación de un sistema de evaluación del proceso de toma de decisiones y comprensión del ámbito sexual permitiría diferentes instancias legales que les dignifique con una vida sana.

7. Conclusiones

Finalmente, podemos decir que la competencia consentidora de una persona puede o no verse afectada por una DI, siendo la DI leve la que tendría mejor capacidad de análisis y desenvolvimiento ante situaciones de toma de decisiones basados en comprensión de conceptos y capacidad adaptativa al medio, mientras que una DI moderada y severa tendría una participación muy limitada, pudiendo no ser homogénea ni total en cuanto a las áreas de conocimiento, razonamiento y voluntariedad, es importante tomar en cuenta los factores de vulnerabilidad y el tipo de relación que vive la persona con DI en su día a



día, pues se presume una afección en la capacidad consentidora referente a simbolismos distorsionados que pueden llegar a involucran manipulaciones de poder. Así, podríamos decir que desde el plano judicial una perspectiva mas individualista en base a valoraciones psicológicas y psiquiátricas de la capacidad consentidora sería una opción asertiva, pues se pondría en participación a la familia y al estado en cuanto al manejo del abordaje de temas referentes a la actividad sexual de una persona con DI y las implicaciones que con ella vendrían.

8. Referencias bibliográficas

Azevedo, L. y Damasceno, L. (2013). Matrimonio y reproducción en una mujer con síndrome de Down. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down* (Ed. castell.), 39-42.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-internacional-sobre-el-306-pdf-S1138207413700411>

Cabezuelo, G. y Frontera, P. (2010). *El desarrollo psicomotor desde la infancia hasta la adolescencia*. Narcea.

Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Educere*, 16(55), 395-402.

<https://www.redalyc.org/pdf/356/35626140020.pdf>

Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Salus*, 16(2), 53-57.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000200009&lng=es&tlng=es.

Código Orgánico Integral Penal. (12 de septiembre de 2014).

http://181.113.58.211/documentos/LeyTransparencia_2016/mayo/a2/6%20CODIGO%20ORGANICO%20INTEGRAL%20PENAL.pdf

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (3 de mayo de 2008).



https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/convencion_derechos_discapacidad.pdf

De Dios del Valle, R., García, M. y Sánchez, O. (2007). Particularidades sexuales de las personas con discapacidad intelectual, *Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas*, (cap. IV, pp. 39-44).

<https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4491/1/Archivo.pdf>

Etxebarria, X. (2012). *Maternidad – paternidad en personas con discapacidad intelectual*. [Folleto].

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/maternidad_paternidad_docset_ica-conportada.pdf

Ke, X., Liu, J. (2017). Trastornos del desarrollo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (cap. 1).

http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/TRASTORNOYDIFICULTADESDEAPRENDIZAJE/document/PDF/Trastornos_del_aprendizaje/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf

Ley orgánica de discapacidades (25 de septiembre del 2012).

https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

Mora, P., & Aráuz, E. (2019). *Guía sobre Derechos sexuales, reproductivos y vida libre de violencia para personas con discapacidad*.

<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia%20salud%20sexual%20discapacidad.pdf>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi, 429-436.

<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

Parra C., Galarza S., San Andrés P., (2018) Sexualidad responsable vs tabúes sociales. *Revista San Gregorio*, 1(21), 74-87.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6591750>

Perlin, M., Cucolo, H. y Lynch, A. (2017). *Ley de discapacidad mental: casos y materiales*, (3.ª ed.).

https://digitalcommons.nyls.edu/fac_books/39

Puerto, M., y León, E. (2018). Un debate entre lo personal y lo público: la interdicción como pretexto. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(1), 75-90.

<http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5398>

Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

https://www.academia.edu/50002540/DSM_V_Manual_Diagn%C3%B3stico_y_Estad%C3%ADstico_de_Trastornos_Mentales_5ta_Edicion

Rojas, P., Haya, S. y Lázaro, V. (2015). Necesidades afectivo-sexuales en personas con discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 3(2), 41-54.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5295796>

Schaaf, M. (2011). La negociación de la sexualidad en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Sur, revista internacional de derechos humanos*, 8(14), 117-137.

https://educaresexualidad.com.ar/pluginfile.php/23/mod_forum/attachment/157/negociaci%C3%B3n-sexualidad-discapacidad.pdf

Villamizar, G. y Donoso, R. (2013). Definiciones y teorías sobre inteligencia. Revisión histórica. *Psicogente*, 16(30).

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1927/1843>

Zárate, L. y Calderón, M. (2010). Elaboración de una escala de actitudes respecto a la sexualidad de personas con discapacidad mental. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 106-115.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num4/Vol13No4Art6.pdf>

