



**Abuso sexual infantil intrafamiliar en niños con
discapacidad intelectual:
cuando la invisibilización toma cuerpo**

Trabajo final de grado - Monografía

Autor: Trinidad Grasso

C.I: 4.973.700-2

Tutor: Prof. Adj. Mag. Margarita Fraga

Revisor: Prof. Adj. Beatriz Falero

Montevideo, 15 febrero de 2021



Índice

Agradecimientos.....pág. 3

Resumen.....pág. 4

Introducción.....pág. 6

Capítulo 1: Un pequeño acercamiento

El abuso sexual infantil en numeros.....pág. 7

Capítulo 2: Discapacidad, hacia una mirada integradora

Historia y modelos de comprensión.....pág. 8

Marco normativo.pág. 10

Definición de discapacidad intelectualpág. 12

Capítulo 3: Abuso sexual infantil

Contextualización histórica y social del abuso sexual infantil.....pág. 16

Definición.....pág. 18

Tipos de abusos sexuales.....pág. 20

Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.....pág. 22

Capítulo 3: Abuso sexual infantil y discapacidad intelectual

Factores de riesgo del ASI en niños con discapacidad intelectual.....pág. 24

Particularidades del ASI en niños con discapacidad intelectual.....pág. 26

Capítulo 4: Lo que el abuso provoca

Consecuencias del ASI en niños con discapacidad intelectual.....pág. 28

Fallas en el proceso de simbolización: lo que el cuerpo nos comunica....pág. 30

Consideraciones finales.....pág. 35

Referencias bibliográficas.....pág. 38

Agradecimientos:

Antes de comenzar, se me hace necesario poder plasmar un par de palabras que también son parte de este documento, documento que funciona como el final de una etapa, un viaje, que sin duda alguna no hubiera podido emprender-transitar sola.

Por eso quiero, agradecer, agradecer a todos, y cada uno de los que hicieron posible este pequeño, pero gran paso en mi vida, a cada una de las personas que estuvieron en cada momento, en los buenos y los no tan buenos. Porque en fin, es de eso de lo que se trata, de estar, de acompañar, apoyar, ese acto de amor que significa tanto en los momentos de incertidumbre.

En primer lugar, a mi madre, mujer luchadora, mi pilar en esta vida, mi guía, mi ejemplo a seguir, mi todo. Gracias

A Luis, quien desde siempre, como un cable a tierra, supo tener las palabras justas en momentos difíciles. Gracias

A Tati, mi torbellino, mi otra mitad, mi complemento perfecto. Gracias

A mi abuela, la persona que más confió en mí y la que nunca me dejó bajar los brazos. Gracias

A Maxi, mi compañero de vida, a quien elijo cada día, que con sus pocas palabras y silencio oportuno me acompañan y me apoyan hace ocho años. Gracias

A mi tío Dostin, incansable lector, de todos y cada uno de mis trabajos, mi crítico predilecto. Gracias

A Pilar, compañera incondicional de todo este proceso, amiga con la que codo a codo hemos atravesado esta hermosa aventura de la facultad, horas de estudio, horas de estrés, horas de risas. Gracias

A todas y cada una de las personas que me crucé en el camino y marcaron para siempre este trayecto tan importante para mí, GRACIAS, esto no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

Resumen:

El presente trabajo final de grado se enmarca dentro de los requisitos fundamentales para la obtención del título en la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República.

En el mismo se despliega una aproximación teórica sobre el amplio campo problemático que abarca el abuso sexual infantil en niños con discapacidad intelectual.

A modo de acercamiento, se ofrecen datos que dan cuenta sobre la dimensión del problema, para luego dar paso a un abordaje más profundo.

Se aporta desde un breve recorrido histórico, una contextualización sobre los modos en los que la discapacidad ha sido entendida desde tiempos pasados, y como, con el correr de los años ha atravesado numerosas transformaciones para llegar a su concepción actual.

Además, se hace un recorrido por los distintos postulados teóricos que atraviesan y hacen al abuso sexual infantil en su totalidad, donde se plantean los puntos fundamentales que son de utilidad para una comprensión integral en cuanto a su contenido, para concluir con las consideraciones finales, donde se expondrán algunas líneas de reflexión que quedan abiertas para ser pensadas en nuevos trabajos.

Palabras clave: abuso sexual infantil, discapacidad intelectual, consecuencias, proceso de simbolización.

Summary:

This final degree project is part of the fundamental requirements for obtaining a degree in Psychology at the University of the Republic.

In it, a theoretical approach is deployed on the broad problematic field that encompasses child sexual abuse in children with intellectual disabilities.

As an approach, data are offered that account for the dimension of the problem, to then give way to a deeper approach.

It is provided from a brief historical journey, a contextualization of the ways in which disability has been understood since times past, and how, over the years, it has undergone numerous transformations to reach its current conception.

In addition, a tour is made through the different theoretical postulates that go through and make to child sexual abuse in its entirety, where the fundamental points are raised that are useful for a comprehensive understanding in terms of its content, to conclude with the final considerations, where some lines of reflection that remain open to be thought about in new works will be exposed.

Keywords: child sexual abuse, intellectual disability, consequences, symbolization process.

Introducción:

Las motivaciones primarias que me llevaron a optar por la Licenciatura de Psicología, recobran vigencia al llegar a la etapa final. En el tránsito formativo surgen interrogantes sobre cómo la diversidad de conceptos teóricos pueden aplicarse con la rigurosidad con la que fueron planteadas, y de ese modo, reflejarse en los casos de la práctica clínica.

En el presente trabajo final de grado, es qué pretendo, mediante la bibliografía obtenida al efecto, que abarca autores clásicos y contemporáneos, abordar uno de los problemas que subyace en el esquema intrafamiliar de estructura variable, qué son los producidos a través del abuso sexual que padecen sin distinción, niños y niñas de todos los sectores sociales, económicos y culturales.

Sin embargo el tema se complejiza aún más cuando refiere a casos de abuso sexual infantil (ASI) en niños que presentan discapacidad intelectual (DI). Según afirma el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV, 2019)¹: “La discapacidad coloca a NNA² en una situación de mayor vulnerabilidad frente a posibles situaciones de violencia y también, en muchos casos, mayor dificultad para poder elaborar las situaciones vividas” (p.61).

Es precisamente éste el fundamento determinante para elaborar la presente producción monográfica, que buscará a través de una mirada crítica y reflexiva, darle reconocimiento al tema, ya que desde siempre, a este grupo de personas se los ha invisibilizado y excluido de la sociedad, estigmatizando y provocando daños en los sujetos, así como también se dan en ellos, las consecuencias psicológicas que produce el abuso sexual, donde “... son mucho más vulnerables, tanto a ser víctimas, como a no sentirse escuchadas y defendidas como el resto cuando un delito de esta magnitud tiene lugar” (Recio et al., 2014, p.9).

¿Cómo es que los niños con discapacidad intelectual experimentan un abuso sexual intrafamiliar? ¿Pueden ellos simbolizar, procesar y elaborar el abuso sexual intrafamiliar como una experiencia traumática?

¹ Tiene como objetivo construir un sistema nacional de atención, mediante un abordaje interinstitucional que responda a la problemática de la violencia contra la niñez y la adolescencia. Esto supone fortalecer el sistema de promoción, protección y de garantías de sus derechos, avanzando en la materialización de acuerdos estratégicos que involucren a los diversos organismos competentes. Está presidido por el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) e integrado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio del Interior (MI) Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Poder Judicial, contando con el apoyo de UNICEF y PNUD.

² Niño, niña y adolescente.

Las interrogantes están planteadas, con la aspiración de que este trabajo logre contemplar los más variados conceptos, formas de abordaje que permitan, desde nuestra disciplina, constituirse como una herramienta posible frente a estos casos de extrema complejidad.

Capítulo 1: Un pequeño acercamiento

El abuso sexual infantil en números

Según el Informe de gestión del SIPIAV (2019), en nuestro país, en el año 2019 se registraron 4774 situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, lo que representa más de 13 situaciones reportadas por día. En el 56% de los casos las víctimas fueron de sexo femenino y la franja etaria de 6 a 12 años fue la que registro la mayor proporción; siendo el 23% de los casos abuso sexual, correspondiendo el 76% a niñas y 24 % niños.

De estas situaciones de maltrato 9 de cada 10 fueron detectadas en una fase crónica de la violencia, lo que corresponde a más de 6 meses de duración, aumentando en 2019 la detección de situaciones de abuso sexual infantil (ASI) en la etapa de inicio. Según estos datos, se entiende que son las niñas y adolescentes las que logran identificar el maltrato más que los varones, aunque existe la hipótesis de que “La dificultad de visualización se puede deber a la naturalización, negación, incorporación del discurso adulto (que responsabiliza a NNA) o a qué las víctimas no logran comprender la situación” (SIPIAV, 2019, p. 59).

En cuanto al abuso sexual infantil (ASI), durante el mismo año, se intervino en más de 1100 situaciones, lo que corresponde al 32% de los casos, lo que, a su vez, significan más de 2 por día, donde 3 de cada 4 fueron de sexo femenino y tenían 5 años o menos.

En el caso de agresores, 3 de cada 4 pertenecían a familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia, siendo el 90% hombres.

En lo que refiere específicamente al tema de discapacidad intelectual, el último Censo de Población llevado a cabo en el año 2011 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), citado por Meresman (2013) en Uruguay se contabilizaron 47.799 niños y adolescentes con discapacidad, lo que representa un 9,2 % del total de su población y un 5,6 % del rango de edad de 0 a 17 años (p.21).

Actualmente los datos disponibles, que son muy escasos, siguen dejando en evidencia la poca atención que se le presta a este grupo de la población. De igual manera, se puede establecer que el tipo de discapacidad que predomina en los niños es intelectual, por lo

tanto, “Un total de 23.472 niños de entre 6 y 17 años (que representan un 4 % del grupo de edad) tienen dificultades para aprender o entender. De ellos, aproximadamente 8.500 tienen dificultades moderadas o severas” (Meresman, 2013, p.22).

Del total de situaciones intervenidas y registradas, el 5% de los niños tenía algún tipo de discapacidad perteneciendo el 66% de los casos al tipo intelectual.

Todo este panorama numérico deriva en un dato fundamental para el abordaje del presente trabajo, que refiere al abuso sexual. Según estos registros, un 26% en los casos de niños con discapacidad lo padecieron.

Las personas responsables de ejercer maltrato o abuso sexual hacia NNA, en el 91% de los casos, o sea 9 de cada 10, corresponden a familiares directos o integrantes de su núcleo de convivencia, lo que dificulta aún más, la posible detección e intervención adecuada (SIPIAV, 2019, p. 64). Asimismo es este parámetro el que implícitamente define el trabajo en relación a estas prácticas en un entorno intrafamiliar.

Capítulo 2: Discapacidad, hacia una mirada integradora

Historia y modelos de comprensión

Según el “Programa Discapacidad y Calidad de Vida. Estudios del bienestar subjetivo” propuesto por el Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se puede entender la discapacidad como un campo de problemas, debido a que “... representa un fenómeno complejo que involucra la vida de las personas, sus entornos inmediatos y a la sociedad en su conjunto” requiriendo de una visión integradora, donde desde la psicología, se establezcan nuevos modos de pensar y actuar (s.f, p.3). A su vez, la discapacidad es tomada como un concepto que evoluciona y por ende, se encuentra en construcción permanente debido a que abarca aspectos éticos, epistemológicos y antropológicos.

Es el marco histórico el que permitirá una comprensión más integradora y arrojará elementos necesarios para la interpretación de muchos aspectos que desembocan en el presente. En este sentido, a lo largo de la historia, al igual que ha sucedido con la infancia, el tema de la discapacidad, ha sufrido numerosas modificaciones en cuanto a construcciones teóricas, que han ido buscando modos de explicación, sobre cómo esta era vista, vivida y abordada.

Si se tiene en cuenta a Palacios (2008), quien hace un amplio recorrido sobre el tema, se pueden distinguir tres modos de entender la discapacidad, siendo estos, el Modelo de Prescindencia, Modelo Rehabilitador y Modelo Social.

En primer lugar, y con su origen desde la antigüedad se encuentra el Modelo de Prescindencia, donde las características o presupuestos esenciales son dos: "... la justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad" (Palacios, 2008, p.37). Argumentando que las causas de la discapacidad son de origen religioso, por un castigo de los dioses por pecados cometidos generalmente por los padres. Mientras que por otro lado se parte del supuesto de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad "... que es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad" (Palacios, 2008, p.37).

A su vez, dentro del modelo se distinguen dos submodelos: el eugenésico (eliminación de aquellos sujetos que la sociedad considera portadores de genes defectuosos o que no cumplen con los estándares genéticos y biológicos fijados) y el de marginación (que consiste en aislarlo, excluirlo) "... en el primero la solución es perseguida a través de la aplicación de políticas eugenésicas, mientras que en el segundo dicho objetivo es alcanzado mediante la marginación" (Palacios, 2008, p.37).

Con el avance de la ciencia sobre el carácter místico, donde el hombre, apoyado sobre la base racional, comienza a elaborar respuestas a estas cuestiones y otras, es que aparecen otros modelos. Tal es el caso del Modelo Rehabilitador, también conocido como médico-biológico, no toma a la discapacidad como consecuencia de un origen religioso, sino científico, en donde se ve a la diversidad funcional en términos de salud-enfermedad, "se considera que la persona con discapacidad puede resultar de algún modo rentable a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a la rehabilitación o normalización" (Palacios, 2008 p.66). Por lo tanto, y siguiendo a Vásquez (2017) quien parafrasea a Padilla el objetivo principal es la eliminación de la deficiencia, "... de manera que las personas con discapacidad sean capaces de adaptarse a las demandas del entorno, sin que se contemple como necesaria la modificación del entorno para su inclusión efectiva en la sociedad" (párr. 0).

Por último, y según el enfoque, en el que se centra el presente trabajo, se puede distinguir el Modelo Social, que difiere y opone a los dos modelos mencionados anteriormente, el cual se basa y fundamenta en el paradigma de los Derechos Humanos, donde se considera que

... no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2008, p.103).

Así como también se plantea que toda vida humana es igualmente digna, "... desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia" (Palacios, 2008, p.104).

Lo que provoca directamente qué las soluciones, no deben darse a la persona singularmente afectada sino, a la sociedad, haciendo frente a todas las necesidades de los sujetos. Según Meresman (2013) quien refiere al "Manual básico sobre desarrollo inclusivo, Nicaragua" de 2007:

la discapacidad es colocada como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona, que totaliza la vida de una persona en un marco de discriminación y exclusión. En este paradigma la discapacidad es caracterizada como un producto social que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y de entorno, que evitan la participación plena y efectiva, la inclusión y desarrollo de estas personas en la sociedad donde viven, en condiciones de igualdad con las demás (p.12).

Por otro lado, pero en el mismo sentido, si se tienen en cuenta los planteos de la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001), se puede decir que la misma, opta por un posicionamiento "biopsicosocial" para abordar la discapacidad, integrando dos modelos que entiende como opuestos, el médico y social, con la finalidad de "... conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social" (p.33).

Marco normativo de la discapacidad

Las transformaciones sociales determinaron a través del tiempo que los niños y adolescentes con discapacidad comiencen a ser considerados y reconocidos con las mismas necesidades que cualquier otro niño, donde se debe garantizar "... un ambiente familiar capaz de brindarles amor y protección para que crezcan sanos y felices, y un medio

social que los incluya y promueva su desarrollo personal”, así como también el acceso a la educación, la salud y la protección social (Meresman, 2013, p.11).

La consagración de una nueva definición social de la discapacidad, a partir de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se la toma como “... el resultado de la interacción entre las personas con limitaciones funcionales (físicas, mentales, intelectuales o sensoriales), y las barreras debidas a la actitud y al entorno que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad” (Meresman, 2013, p.11).

Dicha Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Uruguay por el Senado y la Cámara de Representantes, reunidos en Asamblea General, se refiere específicamente en el Artículo 7: “Niños y niñas con discapacidad” a que, “Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas” (Uruguay, 2008), garantizando la posibilidad de una nueva forma para estos niños de estar en el mundo, por lo tanto:

La igualdad de oportunidades y el acceso a estímulos y apoyos (familiares y del entorno) implican de manera concreta la posibilidad de percibir el futuro propio con esperanza y de acceder a niveles de educación, desarrollo y autonomía personal hasta ahora impensados (Meresman, 2013, p.13).

A su vez y en base en la Ley N° 18.651 “Protección integral de personas con discapacidad” (2010) y más precisamente al primer artículo, el estado uruguayo:

Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

Por otro lado y en relación directa con el tema del trabajo, en el Artículo 5° apartado G, de la misma ley, se establece que todo sujeto con discapacidad tiene derecho a “... ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante” (Uruguay, 2010).

En el Artículo 16 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, los Estados partes, se comprometen a "... proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género" (Uruguay, 2008). Así como también, adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso, diseñando además programas para servir a las personas con discapacidad y tomar medidas "... para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección" (Uruguay, 2008).

En este esquema de adjudicación de derechos, es qué se hace necesario que desde la psicología exista una adaptación práctica que permita efectivamente cumplir, no ya con una demanda profesional, sino también como un derecho constitucional. Aunque es necesario subrayar que fueron los planteos de la disciplina uno de los pilares para que se produzca un cambio de paradigma que permitió los cambios normativos aquí descritos.

Definición de la Discapacidad intelectual (DI)

En la misma línea, han sido numerosos los postulados que han girado en torno a la discapacidad intelectual, donde, sin duda alguna, ha cambiado considerablemente su enfoque y modo de abordaje. Es por eso, que en el presente apartado, mediante una recopilación cronológica, se aportarán los elementos necesarios para una mejor comprensión del tema.

Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo³ (AAIDD) antes llamada Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) que funciona como uno de los referentes a nivel mundial sobre el tema, a través de su concepción, propone un modelo multidimensional del funcionamiento humano y entiende que "la discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas ..." y qué es originada durante el periodo de desarrollo, antes de los 18 años (AAIDD, 2010, p. 25).

³ AAIDD fue fundada en 1876, lo que la convierte en la sociedad profesional interdisciplinaria más antigua del mundo con un enfoque en la discapacidad intelectual. Desde sus inicios, AAIDD ha elaborado pautas para nombrar, definir y diagnosticar la afección conocida hoy como "discapacidad intelectual".

En cuanto al funcionamiento intelectual, o también, la llamada “inteligencia”, refiere a la capacidad mental general que presenta el sujeto, tales como, el aprendizaje, el razonamiento, la resolución de problemas, entre otras, que puede ser medido a través de pruebas estandarizadas de coeficiente intelectual, donde generalmente una puntuación de CI alrededor de 70-75 indica una limitación en dicho funcionamiento.

Por otro lado, el comportamiento adaptativo, es entendido como aquellas habilidades conceptuales, sociales y prácticas que los sujetos aprenden y llevan a cabo en su vida diaria.

En consonancia, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, dentro del apartado de Trastornos del desarrollo Neurológico ubica la discapacidad intelectual (o trastorno del desarrollo intelectual), con una posicionamiento muy similar, debido a que sigue los planteamientos propuestos por la AAIDD, ampliando la explicación sobre estas habilidades, antes mencionadas, que se encuentran dentro del comportamiento adaptativo.

En primer lugar, el dominio conceptual (académico) hace referencia a las competencias en la memoria, el lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimientos prácticos, resolución de problemas y juicio en situaciones nuevas, el dominio social (implica la conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los demás, la empatía, las habilidades para la comunicación interpersonal, las habilidades para hacer amigos y el juicio social) y el dominio práctico (implica el aprendizaje y la gestión de dinero, ocio, la autogestión del comportamiento y la organización de tareas para la escuela o el trabajo). Por lo tanto, la “capacidad intelectual, la educación, la motivación, la socialización, los rasgos de la personalidad, las oportunidades vocacionales, la experiencia cultural y las afecciones médicas o los trastornos mentales concurrentes incluyen en el funcionamiento adaptativo” (APA, 2014, p. 37).

Se pueden distinguir cuatro niveles diferentes de gravedad de discapacidad intelectual, dentro de los que se ubican el leve, moderado, grave y profundo, determinado según el funcionamiento adaptativo y no según las puntuaciones de cociente intelectual (CI). Debido a que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyo requerido y porque las medidas de CI son menos válidas para las puntuaciones más bajas del rango (APA, 2014, p. 33).

Este tipo de discapacidad es una afección heterogénea con múltiples causas que puede provocar, debido a la falta de habilidades para la comunicación, una predisposición a

comportamientos agresivos o disruptivos, así como también la credulidad, que puede funcionar como un rasgo que incluye ingenuidad en situaciones sociales y tendencia ser arrastrado fácilmente por otros, dando como resultado que terceros los pongan en riesgo de explotación, victimización, fraude, implicación accidental en delitos, confesiones falsas, riesgo de maltrato físico y abuso sexual (APA, 2014, p. 38).

Por otro lado, desde una concepción psicoanalítica sobre el tema, la terminología y el modo de abordaje cambia radicalmente, ya que la denominación refiere a términos tales como “débil mental”, “retrasado” o “retardado” que si bien, han caído en desuso debido al paso del tiempo, en la literatura clásica consultada aún siguen vigentes.

Maud Mannoni (1992) introduce al campo del psicoanálisis la dimensión subjetiva, en cuanto al tratamiento del “débil mental”, sentando las bases fundamentales de la clínica de la debilidad mental. En un primer momento se plantea

¿Qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje (en la relación madre-hijo), que se expresa por un camino extraviado, inmovilizando al sujeto en el estatuto social que se le ha adjudicado, fijando a la madre en el rol que ella misma se ha asignado?
(p.28)

Luego, sigue interrogándose en cuanto a ¿Por qué encontramos débiles mentales ‘tontos’ y débiles mentales “inteligentes”, con CI idénticos? a lo que da como respuesta, en que la misma “... reside en el sentido que la enfermedad ha tomado en la constelación familiar” (Mannoni, 1992, p.32).

Por otro lado, tomando en cuenta los postulados de Anny Cordié (1994) se entiende la debilidad mental como “... una pobreza, una fragilidad original de las facultades intelectuales.” Sosteniendo que muchas veces los problemas instrumentales, hacen que se piense al síntoma, no como encerrado en la problemática del sujeto, sino como un síntoma, el cual, por una extrapolación abusiva, se erige como estructura en el sujeto. Por lo tanto, entiende la debilidad mental en sí, “... como la limitación de las facultades intelectuales, la dificultad para comprender” (p.154-170).

A su vez plantea la inteligencia y la debilidad a través del conjunto de operaciones que presiden el nacimiento del sujeto “... es imposible disociar el funcionamiento intelectual de todo aquello que constituye un ser: afecto, libido, fantasmas, pulsiones, deseos, forma de ser en el mundo”. Y argumenta que “Ser inteligente es saber leer entre líneas, comprender lo que se dice más allá de las palabras” (Cordíé, 1994, p.167-171).

En su concepción, acude en numerosas ocasiones, para abordar la debilidad mental, a la inteligencia, la cual entiende como dependiente de la forma a en que el sujeto organiza la lengua y el acceso que posee el saber sobre la lengua, ese “saber que no se sabe”,

Si el dominio del lenguaje es necesario para las operaciones intelectuales, no es suficiente para que el sujeto pueda demostrar inteligencia. Si no puede comprender más allá de las palabras, sino puede “leer entre líneas”, corre el riesgo de presentarse como débil mental .. donde no se aparta del sentido literal (Lacan citado por Cordié, 1994, p.183).

Lo que se encuentra comprometido es la movilidad del significante, el cual es denominado con el nombre de holofrase. Esto, refiere a la apariencia de que el sujeto se fija en un significado dado y no puede entender ningún otro aparte del que se constituyó de una vez y para siempre. “Esta ausencia de flexibilidad, de movilidad del significante hace decir del débil que está sobre una placa giratoria o que flota entre dos discursos” (Cordié, 1994, p.190)

La expresión del discurso y el contenido de la persona débil mental es pobre, chata y repetitiva, debido a la imposibilidad que presenta para apelar a los significantes reprimidos. Los niños permanecen en el “inmovilismo”, adheridos, pegados al discurso, sin salir de un formalismo que lo asegura, y se aferra a un “no saber” que lo protege, actuando la inhibición neurótica frente a la angustia de castración (Cordié, 1994, p.192).

La autora, formula un cambio de en la terminología y plantea la suspensión de la inversión intelectual como inhibición, mecanismo fundamental de donde provienen la mayoría de las conductas de fracaso. Freud habla, entre otras, de la inhibición de la función intelectual, y distingue una serie de causas, dentro de las que se encuentran evitar el conflicto con el ello y el autocastigo (superyó), donde la inhibición se mantiene oculta en el desarrollo de un síntoma particular y no aparece en primera fila. “En la inhibición el sujeto revela algo de su verdad a través de un no que es un no de rechazo, no es más el no encerrado en el discurso, es un acto: la suspensión del pensamiento es un acto” (Cordié, 1994, p.205).

En la inhibición intelectual, hay una suspensión, y la repetición de ésta es lo que constituye el síntoma, que se refleja cuando el sujeto manifiesta el “no puedo comprender”. En relación directa, Freud vincula a la inhibición con la angustia debido a que la primera, es una limitación que el yo se impone para no despertar la segunda, la cual actúa como un dispositivo al que el yo recurre frente a una situación de peligro.

Muchos son los autores, al igual que Mannoni, que toman al niño “débil mental” en relación al vínculo con su madre, debido a que estos en la mayoría de los casos

... son objetos exclusivos de cuidados maternos, sin la intervención de la ley encarnada de la imagen paterna, recrean en todo momento de su vida un tipo de relación dual similar a la que viven, en donde el deseo del otro es sumamente importante (Bandin y Lora, 2008, p.139).

Donde la imposibilidad de establecer la identificación significativa, ante situaciones de dependencia dual, los deja sin defensa. Por lo tanto estos niños no han tenido a nivel consciente la posibilidad de pasar por la castración significativa, y mantienen frente al mundo objetal, un comportamiento que no pueden cargar significativamente a los objetos por permanecer desprovistos de sentidos.

Dicho todo esto, el psicoanálisis procura trabajar a partir de la subjetividad en el caso a caso, para aislarse de la posición de objeto de cuidados de otro, debido a que “... si bien se está ante un cuerpo enfermo, con un defecto en lo real del cuerpo, aspecto que afecta la organicidad misma ...” no quiere decir que implica dejar de lado la subjetividad, que lo demarca de un simple objeto ligado a la madre, y no de un sujeto (Bandin y Lora, 2008, p.140).

Aquí se expresa con claridad las dificultades existentes a la hora de abordar la discapacidad intelectual, a la que se le suma un evento disruptivo como lo es el abuso sexual. En este punto, la contraposición de las diferentes áreas de abordaje, tales como el psicoanálisis o la psiquiatría, no deberían suprimirse en una oposición, sino conformar una paleta de herramientas que permita amplitud en un esquema que lo demanda frente a las multiplicidad de variantes que se presentan.

Capítulo 3: Abuso sexual infantil

Contextualización histórica y social del abuso sexual infantil

*“El abuso sexual es un problema histórico,
que ha tenido momentos efímeros de visibilidad y luego ha vuelto a silenciarse”*

(Gonzalez y Tuana, 2009, p.26).

El abuso sexual constituye ineludiblemente una forma de malos tratos en la infancia. En este sentido: ¿qué implicancias o agravantes genera cuando éste se produce en relación a la DI?

El primer paso para responder esta interrogante será definirla. Es así que la Organización Mundial de la Salud (2014) entiende el maltrato infantil como:

... los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (p.1).

La génesis del maltrato y abuso sexual infantil, surge con el origen mismo del hombre, ya que desde siempre los niños han sido víctimas de violencia, abandono, infanticidio y practicas disciplinarias coercitivas, que no eran cuestionadas ni reconocidas, sino por el contrario, normalizadas y aceptadas. Desde la Edad Media era una práctica bien vista, que lejos estaba de ser considerada un modo de crianza erróneo o reprochable. La que “Se ha dado en variedad de pueblos, culturas, religiones y clases sociales” (Cacciatori, 2015, p.36).

Como plantean Baita y Moreno (2015), a lo largo de la historia los niños han sido olvidados, desacreditados y no tenidos en cuenta. “El hecho de tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien no se extiende mucho en el tiempo” (p.12), sino que es recién a partir del siglo XIX cuando se comienza a tomar conciencia del problema (Cacciatori, 2015, p.36).

Durante muchos años la legislación consideró privados los episodios que se daban dentro de una familia, brindando un marco de complicidad para que estos hechos se perpetúen (Toporosi, 2018, p.23). Hoy en día, y luego una larga lucha “El abuso sexual infantil o infanto-juvenil (ASI) es una forma de violencia a la infancia” (Baita y Moreno, 2015, p.9) y constituye, desde el minuto cero, un delito, ya que no se considera un problema social singular aislado (del Moral, 2001, p.122). Por lo tanto se puede decir que si bien “siempre hubo abusos contra los niños, hoy parecen haberse puesto en palabras” (Cohen, 2017, p.21).

Definición del abuso sexual infantil (ASI)

En consonancia con lo anteriormente mencionado, “De todas las formas de maltrato, el abuso sexual es, quizás, la más difícil de aceptar y reconocer, como así también de investigar, ya que en ella se violan tabúes sociales y roles familiares” (Cohen, 2017, p.51).

Al igual que sucede con muchas definiciones, se pueden encontrar numerosas posturas sobre qué es el abuso sexual infantil (ASI), pero una de las más aceptadas y reconocidas refiere a la Organización Mundial de la Salud formulada en el año 2001 (citada en Intebi, 2011), donde:

Se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgredan las leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades -cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona- abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas (p.17).

Por otro lado, Fuster y Ochoa (citados por Pincever et al., 2008) definen al maltrato infantil como: “Cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenaza el desarrollo normal del niño” (p.25). Lo que constituye “... una de las formas más extremas de violencia en tanto arremete contra el desvalimiento y la vulnerabilidad ...” del mismo (Giordano, s.f, p.1).

Desde una mirada psicoanalítica y siguiendo a Toporosi (2018) quien refiere a Bleichmar, se concibe el abuso como “... la conducta consciente de quien buscando su propia satisfacción sexual se apropia del cuerpo de un niño, niña o adolescente, sin considerarlo como sujeto, o sea, desubjetivándolo”. Expresándose cuando el abusador, luego de llevar a cabo el minucioso trabajo de ir “minando” la subjetividad del niño, para que este sienta anhelo de participar en dichas acciones. A partir de esto es que se puede comprender la culpa y la responsabilidad que los infantes padecen, “Las propias pulsiones de la niña, niño o

adolescente, son convocadas y puestas en juego”. Como si el adulto se expropiara de la propia pulsión usándola para su satisfacción (p.31).

Según Intebi (2011) existen tres elementos que caracterizan el comportamiento abusivo (lo que no significa que deben darse siempre juntos) qué son; las diferencias de poder, las diferencias de conocimientos y la diferencia en las necesidades satisfechas.

En cuanto a la diferencia de poder se hace referencia a aquellas situaciones donde el agresor controla a la víctima y en las que no hay acuerdo entre ambos para el encuentro sexual.

Este desequilibrio puede deberse a relaciones de parentesco, vínculos jerárquicos y de autoridad, diferencia de estatura, tamaño corporal y/o fuerza física que permiten que el agresor pueda manipular al niño mediante la intimidación, la coerción física y/o emocional, mediante sobornos, promesas y/o engaños (Intebi, 2011, p. 27).

Las diferencias de conocimientos se da cuando una de las partes implicadas (el agresor) posee más conocimientos sobre el significado y los alcances del comportamiento sexual, lo que puede darse a una mayor edad, a qué está evolutivamente más desarrollado, o que sea más “inteligente” que la víctima. Este punto es sumamente importante ya que se plantea, y en relación directa con el presente trabajo que “... no existen dudas cuando la persona victimizada tiene algún tipo de retraso madurativo o de minusvalía física o emocional. En estos casos, no importa si la víctima tiene la misma edad o si es mayor que el agresor” (Intebi, 2011, p.27).

Por último y no menos importante, la diferencia en las necesidades satisfechas se da cuando, en los casos de abuso sexual infantil, el objetivo, como es sabido no es la gratificación sexual mutua, sino qué es el propio agresor quien satisface exclusivamente sus necesidades. “Esta gratificación diferencial ocurre más allá de que el agresor consiga excitar sexualmente a la víctima” (Intebi, 2011, p.28).

Seguido a esto “El abuso sexual puede ser también llevado a cabo por personas menores de 18 años cuando dichas personas son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de poder o control sobre la misma” (Álvarez et.al., 2007, p.22)

Es sin dudas el consentimiento uno de los ejes fundamentales a tener en cuenta en todo caso de ASI, generando múltiples controversias a partir de las interpretaciones. Entonces, ¿cabe hablar de consentimiento en el sentido de “permitir” o no, algo que no se entiende, no se comprende, y por ende se ponen en juego el abuso de notorias diferencias de poder?

Cuando se habla de consentimiento informado se entiende que quien lo otorga tiene toda la información necesaria para comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente, el alcance y el propósito de su participación, así como las eventuales consecuencias o riesgos. El consentimiento da a quien lo otorga un lugar activo de protagonismo y, supuestamente, de ejercicio de la propia voluntad. El término consentimiento no encaja en el contexto del abuso sexual infantil, porque el niño abusado sexualmente está sometido a la voluntad de quien abusa de él, voluntad que además se ejerce desde una posición de autoridad y con diversos niveles de coerción. Lejos está un niño, niña o adolescente víctima de así de comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente, así como el alcance y el propósito de su participación (Baita y Moreno, 2015, p.26).

La respuesta se hace evidente. Como también quedan expuestas las múltiples formas de legitimación que aún actúan para solapar, amparar o avanzar sobre una definición categórica; tales como las derivadas de la cultura actual, con resabios del sistema patriarcal que opera desde organismos de singular importancia como lo es el poder judicial, estado, etc.

Tipos de abusos sexuales

Es de menester importancia tener presente que para qué se dé un hecho abusivo, no necesariamente debe haber contacto físico entre las partes ni penetración, debido a que se puede dar también en otras formas.

Los comportamientos sexuales sin contacto físico están constituidos por comentarios sexualizados hacia el niño (lo más frecuente es que se realicen en presencia del niño; sin embargo, el agresor puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas), exhibición de genitales frente al niño llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de él, voyeurismo (espiar la intimidad del niño), exhibición de materiales pornográficos al niño (libros, revistas o películas, vídeos, DVD, páginas de internet) e inducción a que el niño se desnude o se masturbe delante del agresor.

Además, se dan comportamientos con contacto sexual, abarcando tocamientos en las partes íntimas, inducción a que el niño realice tocamientos al agresor y frotamiento.

La penetración digital o con objetos está dada por la introducción de su dedo en vagina y/o en ano, inducción a que el niño introduzca su(s) propio(s) dedo(s) en vagina y/o en ano, introducción de algún elemento en vagina y/o en ano e inducción a que el niño se introduzca

algún elemento en vagina y/o en ano. La penetración peneana acapara el coito vaginal, anal o con animales.

El sexo oral (el niño practica sexo oral al agresor o el agresor lo realiza con el niño, o ambas modalidades) abarca los besos de lengua, el succionar, besar, lamer o morder pechos, cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal), felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene) y la anilingus (lamer o besar el orificio anal) (Intebi, 2011, p.28).

Por otro lado, también se incluye, como un tipo de violencia sexual, la explotación sexual comercial, que es definida como el abuso, por parte de un adulto que incluye la

... remuneración en metálico o en especie al niño o niña y a una tercera persona o varias. El niño es tratado como un objeto sexual y una mercancía. La explotación sexual comercial de los niños constituye una forma de coerción y violencia contra los niños, que puede implicar el trabajo forzoso y formas contemporáneas de esclavitud (Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, 1996, p. 1).

Esto, puede darse en diversas modalidades, tales como aquellos actos sexuales remunerados o con promesa de serlo, utilización de imágenes o representaciones de niños, niñas o adolescentes en pornografía, su utilización en espectáculos con connotaciones sexuales, explotación sexual en viajes y turismo, matrimonio o parejas forzadas y la "... trata con fines de explotación sexual, que incluye la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción del nna para su explotación; puede ser internacional (cruzar fronteras hacia otro país) o interna (dentro de un mismo país)" (Lozano, García, Sande, Perdomo y Zunino, 2018, p.27).

En este existe otra clasificación existente, se da en torno a las formas del ASI, donde se reconocen dos tipos. En primer lugar se encuentra el Abuso sexual intrafamiliar, que refiere al "... contacto o interacción sexual en la que una persona menor es utilizada por un adulto con el que existe una relación familiar o con un adulto que está cubriendo de manera estable un rol parental".

Por otro lado el Abuso sexual extrafamiliar hace alusión a "cualquier interacción de carácter sexual en la que el abusador no es un miembro de la familia del niño o la niña" (Álvarez et.al., 2007, p.22).

En relación a el Abuso sexual intrafamiliar, que es el entorno donde se ubica la presente producción monográfica, es concebido, de acuerdo a los planteos de de Finkelhor (citado en

Del Moral, 2001) qué la agresión sexual por miembros de la familia son “... potencialmente más traumáticas que aquellas realizadas por conocidos o desconocidos ...” debido a que “... al ser más cercana la relación, mayor es la traición a la confianza y seguridad del niño ...”, como así también la cercanía, que aumenta la complicación de la dinámica familiar, lo qué empeora si se da el incesto, donde el niño siente más culpa debido a que muchas veces la familia se enfrenta y divide en quienes apoyan al niño y quienes apoyan al agresor (p.127).

Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil

Como lo sostienen diversos autores, muchas veces resulta difícil identificar situaciones de abuso sexual infantil, ya qué no hay una sintomatología clara o evidente, o simplemente la víctima no logra hablar sobre el hecho, manteniéndolo en secreto por mucho tiempo y en ocasiones sin contárselo a nadie a lo largo de toda la vida.

Si bien, se dan casos en los que el abuso comienza de manera brusca, lo más frecuente es que el agresor se acerque a la víctima y gane su confianza lentamente, luego de un largo proceso de seducción, “... elabora complejas estrategias para atraer al niño, obtener su cooperación y evitar que cuente lo que está sucediendo” (Intebi, 2011, p.31), sexualizando de a poco, conductas que en principio aparentan no ser sexualizadas. Por lo tanto es pensado en el marco de un proceso de vinculación particular, ya que “no se podría entender nunca la dinámica abusiva si el abuso sexual se pensara como un hecho aislado, único, accidental” (Baita y Moreno, 2015, p.56). Sobre este punto vale aclarar la diferencia entre violación y abuso sexual ya que si bien muchas veces en el cotidiano se las utiliza como sinónimo, no lo son:

Mientras que en la violación se logra el sometimiento inmediato de la víctima a través del uso de la fuerza, la amenaza y la intimidación, el sometimiento del niño o niña víctima de ASI empieza siendo un proceso psicológico. Los inicios de este proceso de vinculación suelen ser confusos; sus límites son difusos, ya que las acciones del ofensor tendientes a lograr el sometimiento de la víctima suelen mezclarse con lo cotidiano, lo cual hace aún más difícil para la niña tanto comprender lo que está sucediendo, como correrse de ello (Baita y Moreno, 2015, p.57).

Por lo tanto, el agresor no actúa de manera impulsiva, sino que “hay una serie de acciones previas al contacto físico propiamente dicho que le permitirán chequear la permeabilidad de la víctima” (Baita y Moreno, 2015, p.57).

Roland Summit en los años 80 denominó Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI) a una serie de cinco etapas en las que suelen atravesar los niños víctimas de ASI, donde las dos primeras (secreto y desprotección) refieren a la vulnerabilidad básica de los niños y las tres restantes (atrapamiento y la adaptación, revelación tardía y poco convincente, y la retractación) son secuelas contingentes de la agresión sexual. “En este proceso de abuso el niño/a atraviesa situaciones confusas, ambiguas, indefinidas que lo llevarán a consolidar aquellos aspectos que el abusador persigue tenazmente” (Giordano, s.f, p.3).

Para mantener el secreto el agresor intenta convencer al niño, generalmente cuando están a solas, de que nadie debe enterarse de lo que está sucediendo, a pesar de que la víctima pueda percibir qué lo que está pasando no es algo bueno (Giordano, s.f). Tristemente lo más común no es que los infantes hablen y lo revelen sino que por el contrario y por miedo, lo callen.

Luego, y por temor a la desprotección la víctima experimenta una “... profunda angustia y ante la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar continúa sometiéndose sumisamente a los episodios sexuales previstos por su abusador” (Giordano, s.f, p.3).

En cuanto al atrapamiento y la acomodación Giordano (s.f) plantea que:

La única posibilidad que existe para detener una situación abusiva es que la víctima busque protección o que se produzca una intervención en forma inmediata. En caso de que nada de eso suceda, la única opción saludable que le queda es aprender a aceptar la situación y sobrevivir (p.3).

Por lo tanto, “se produce una fractura inevitable en los valores morales convencionales: la máxima virtud consiste en mentir para mantener el secreto, mientras que el mayor pecado será decir la verdad” (Intebi, 2011, p.35).

Como se mencionó anteriormente muchas veces se da una revelación tardía y poco convincente donde el abuso no se conocerá nunca, o al menos por fuera de la familia, ya que según se sabe

Los casos tratados, informados o investigados constituyen la excepción, y no la norma. La revelación suele producirse por un descubrimiento accidental o como consecuencia de un conflicto familiar serio. Cuando el factor desencadenante del develamiento es un conflicto familiar, habitualmente significa que el abuso sexual ha ocurrido durante años (Intebi, 2011, p.35).

Por ultimo en la retractación, la victima nuevamente se responsabiliza y es "... es capaz de desdecir cualquier afirmación que haya hecho sobre abuso sexual". Debido a que aún existe una ambivalencia que se da en la culpa, obligándolo, en casos de abuso intrafamiliar, a preservar la familia. Frente a esta situación "... las caóticas consecuencias de la revelación, los niños descubren que se vuelven realidad los temores y amenazas que lo forzaban a mantener el secreto" (Intebi, 2011, p.36).

Capítulo 3: Abuso sexual infantil y discapacidad intelectual

Factores de riesgo del abuso sexual infantil en niños con discapacidad intelectual

Para comprender esta parte del apartado, es necesario definir a qué se le denominan factores de riesgo, debido a que alrededor del niño con discapacidad intelectual "... se reúnen una variedad de factores personales, familiares y sociales que lo hacen más vulnerable y lo convierten en fácil víctima del fenómeno de abuso sexual, ante los cuales existe escasa o nula prevención y/o evitación" (del Moral, 2001, p.122). A causa de esto, "Se entiende por factores de riesgo aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda" (Bringiotti citado por Baita y Moreno, 2015, p.32).

Existen posibles factores explicativos del ASI, algunos relacionados con las características del niño y otros a las variables y conductas del entorno, tales como las limitaciones cognitivas inherentes a la discapacidad que "... dificultan la capacidad para expresar los deseos y las necesidades afectivas y sexuales" ... "La presencia de trastornos y/o carencia de habilidades de comunicación que impiden al niño hablar y contar lo ocurrido" Las relaciones de dependencia y sumisión que generalmente se dan entre los niños y los padres o cuidadores, y por lo tanto la "... consecuente pérdida de intimidad que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y ante determinadas personas" ... "La ausencia de un modelo de rol sexual, especialmente en personas institucionalizadas que impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual" ... La falta de información/educación sexual que da como resultado "... el desconocimiento de la adecuación o no de determinadas conductas sexuales" ... y la adecuación de conductas sexuales determinadas. A veces el relacionarse con ciertas personas los lleva a ser más vulnerables para ser coaccionados (Turk y Brown, 1993; Ammerman et al., 1994; Sobsey, andall y Parrilla, 1997; Bermejo, 1999 citados por Verdugo, et al., 2002, p.127).

Cuanto los niños más pequeños son, las probabilidades de sufrir abusos aumentan ya que "... es más fácil que el niño pueda ser involucrado por el adulto en conductas sexuales que no comprende" (p.35). El ASI comienza generalmente alrededor de los 5 o 6 años, y se

explica en que el pequeño no tiene "... la posibilidad de discriminar si lo que está ocurriendo es o no correcto ...", muchas veces "... la falta de educación sexual, la no habilitación social de hablar del tema, les impide identificar que esos 'juegos' o caricias no son adecuados" (Cacciotari, 2015, p.48).

Es de destacar que es muy difícil llegar a conclusiones certeras debido a la baja tasa de denuncias, pero cuando las víctimas son niños con discapacidad intelectual el riesgo de abuso se potencia y más aún, cuando se es mujer menor de edad, debido a que están ubicadas en una triple vulnerabilidad (Verdugo, et al., 2002, p.126).

El ámbito familiar, los círculos de amistades y el ambiente residencial constituyen contextos potenciales de ASI como también lo son los cuidadores o personas que están en contacto directo y continuo con los niños (Verdugo, et al. 2002, p.126). Planteándose que el lugar más peligroso para los niños con discapacidad es su propio hogar, empeorando si estos, padecen más de un tipo de discapacidad o "... tienen dificultades de comunicación o bien padecen discapacidad desde el nacimiento o durante la niñez" (Dettner citado por del Moral, 2001, p.123).

Las dificultades para comprender las interacciones sexuales pueden verse agravadas por factores cognitivos, comunicativos y emocionales que impiden la capacidad de los niños para describir experiencias de abuso de manera comprensible, lo que da como consecuencia una mayor probabilidad de que al no revelar el abuso, este se continúe provocando (Oosterhoorn y Kendrick citado por Hershkowitz et al., 2007, p.634).

Es casi tres veces más probable que padres, figuras parentales, sean los perpetradores del abuso en niños con discapacidad intelectual en comparación con niños sin dicha discapacidad, tendiendo a ocultarlo con más frecuencia que a otros agresores, lo que significa el retraso o evitación del relato debido a que es frecuente que dependan física o psicológicamente de los mismos (Hershkowitz et al., 2007, p.634). Según datos de los Servicios de Protección Infantil (CPS), Crosse, Kaye y Ratnofsky (1993) es 1,7 veces más frecuente que el maltrato en el ámbito intrafamiliar en niños con discapacidad intelectual (citado en Hershkowitz et al. 2007, p.630).

En relación a lo que plantean Baita y Moreno (2015), quienes refieren a especialistas en el tema, se interpreta como factores de riesgo de ASI a la presencia de un padrastro, la falta de cercanía en la relación materno-filial, madres sexualmente reprimidas o punitivas, padres poco afectivos físicamente, insatisfacción en el matrimonio, violencia en la pareja, falta de educación formal en la madre, bajos ingresos en el grupo familiar, abuso de alcohol o

drogas por parte del ofensor, impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor, antecedentes en los adultos de maltrato físico, abuso sexual o negligencia afectiva en la infancia, o haber sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro, que el niño ha padecido situaciones de malos tratos y/o abuso sexual anteriormente, discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor, dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor, relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal y fácil acceso a las víctimas (p.32).

Si bien es muy probable que muchos de los abusadores presenten las características expuestas, es importante tener en cuenta que existen numerosos casos en los que estos aspectos no se reconocen y estos sujetos "... funcionan de manera impecable en el entorno social en el que se mueven y pueden pertenecer a las escalas socioeconómicas más altas de la comunidad en que viven" (Baita y Moreno, 2015, p.33).

Particularidades del abuso sexual infantil en niños con discapacidad intelectual

Según los planteos de Cafranga expuestos en Recio et al. (2014) "El abuso sexual y físico a las personas con discapacidad intelectual es hasta diez veces más frecuente que el de cualquier otro colectivo" donde en la mayoría de los casos las víctimas no logran identificar el abuso como tal, siendo necesario, muchas veces, la presencia de un tercero (p.9).

Por lo tanto es necesario tener presente que

Se estima que sólo el tres por ciento de los casos de abuso sexual cometidos a personas con DI serán revelados (Valenti-Hein y Schwartz, 1993). El desconocimiento de lo que significa un abuso, la imposición de la ley del silencio y las amenazas por parte del agresor, el miedo a que no les crean o la incapacidad para expresar el delito del que están siendo víctimas, son sólo algunas de las causas que explican el hecho de que la revelación del abuso sea la excepción (Recio et al., 2014, p.29).

A pesar de esto, y de que se considera que estos niños tienen más riesgo y por ende están más expuestos a sufrir maltrato y violencia (del Moral, 2001, p.119) los estudios y aportes teóricos acerca del tema son sumamente escasos, pero según los planteamientos de Bailey (1998) los tipos de abuso más frecuentes en la personas con discapacidad intelectual son el abuso sexual sin contacto (acoso, pornografía, posturas indecentes e insinuaciones) y abuso sexual con contacto (tocamientos, masturbación y penetración) (citado por Verdugo, et al., 2002, p.126). Según los estudios de Hershkowitz et. al. 2007) se puede afirmar que las víctimas con discapacidad intelectual pueden sufrir formas más graves de

ASI a diferencia de los niños sin discapacidad, que abarcan tanto el uso de la fuerza, como la tendencia a causar lesiones físicas durante el hecho abusivo (p.634).

En estos casos, además de que muchas veces la credibilidad de los hechos se ve cuestionada, sucede que se dan "... mayores relaciones de dependencia entre la víctima y el autor" (Cederborg y Gumpert citado por Martorell, y Alemany, 2017, p.41) debido a que frecuentemente los niños dependen exclusivamente de un otro que lo habilite.

Uno de los aspectos más difíciles en estos casos es la obtención, lo más completa y precisa posible, del testimonio de la víctima, debido a que, según Recio et al. citado en Martorell y Alemany (2017) quien llevó a cabo una revisión de los factores que influyen en la tarea, argumenta que es más compleja ya que las personas con discapacidad intelectual, por regla general incorporan en su discurso menor cantidad de detalles, además de "... las dificultades que afloran ante la formulación de preguntas cerradas ..." y "... la tendencia a la aquiescencia" (p.41).

Por otro lado, el acceso al testimonio en la justicia no es solo lo que se ve afectado, sino que también "... las dilaciones excesivas de los procesos, en conjunción con la posible afectación de la memoria autobiográfica de la persona con discapacidad intelectual, pueden resultar dramáticas, así como la aplicación de técnicas de evaluación de la credibilidad ..." que con personas con discapacidad intelectual han mostrado no ser funcionales (Recio et al., citado por Martorell y Alemany, 2017, p.41) como así también la menor credibilidad en las mismas, las convierten en víctimas especialmente vulnerables (Reiter et al.2007 citado por Martorell y Alemany, 2017, p.41). Durante el interrogatorio y en las pruebas indagatorias "... el sistema judicial muchas veces no tiene en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos de la víctima. Este hecho provoca que el efecto de la revictimización sea todavía más nocivo en las víctimas con discapacidad intelectual" (Botero et al. citado en Martorell y Alemany, 2017, p.42).

Según del Moral (2001) quien refiere a los estudios de Heshusius "... las personas con discapacidad intelectual experimentan la intimidad y sexualidad, al igual que cualquier ser humano, algunas veces de manera confusa, pero como una parte esencial de sus vidas" (p.121). Debido a esto, no se encuentran grandes diferencias entre la sexualidad de estas personas y el resto de la población, por lo que se hace imprescindible a modo de prevenir conductas abusivas hacia niños con discapacidad intelectual y para lograr un adecuado desarrollo y satisfacción sexual y afectiva, utilizar la información y educación sexual como herramienta fundamental, informando acerca de la diferencia de lo público y lo privado, la diferencia entre un contacto adecuado y abusivo, así como también dependiendo del tipo de

relación, qué son los contactos adecuados y cuáles no, enseñar a decir no cuando no se desea algo y motivar a expresar las preferencias y gustos y reforzar las conductas apropiadas para cada edad (Edwards y Elkins; Bailey, citados Verdugo, et al., 2002, p.128).

Según se ha investigado, existe un proceso de representación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, con mayor demora en el conocimiento de su propio cuerpo, y la introyección de las normas sociales, con una menor erotización que la de sus coetáneos que da muchas veces como resultado el abuso por personas de su entorno (del Moral, 2001, p.121). Por lo que debe tenerse presente que los niños con discapacidad intelectual "... tienen necesidades educativas especiales que requieren medidas de enseñanza adicionales ..." siendo necesario ejemplificar y presentar material concreto para ayudar a su comprensión (D.G.E.E., citado por del Moral, 2001, p.128)

Por lo tanto, es común que se recurra a la educación sexual, debido a que favorece al reconocimiento de cuáles son las conductas aceptadas y ante cuales deben pedir ayuda, para desarrollar un esquema de prevención del abuso (del Moral, 2001, p.128) debido a que

El no permitir al menor con discapacidad intelectual decidir acerca de sus preferencias e intereses y el obligarlo a obedecer o depender totalmente de sus padres, lo lleva a una situación de dependencia que constituye un serio peligro, ya que lo convierte en una persona más vulnerable al abuso sexual (Zacarías citado por del Moral, 2001, p.129).

Capítulo 4: Lo que el abuso provoca

Consecuencias del ASI en niños con discapacidad intelectual

“Esta es una pregunta que uno se ha hecho muchas veces, cómo hablar de un tema cuando el tema está altamente investido o sensorialmente, y la palabra, entonces, se convierte en palabra-acción, digamos, en palabra-cosa, porque solo al nombrarlo no logra una articulación sino lo que hace es despertar huellas” (Bleichmar, 2016, p.137).

Existen escasas publicaciones sobre las posibles consecuencias psicológicas del abuso en personas con discapacidad intelectual, pero se pueden distinguir diferentes signos o efectos que pueden derivar de estas experiencias (Sequeira y Hollins citados por Recio et al., 2014, p.31).

En primer lugar los Trastornos de estrés postraumático (TEPT) se manifiestan con "... la presencia de flashbacks, pesadillas, reducción de la actividad, sensación de indefensión, incapacidad para recordar aspectos del suceso traumático, pensamientos intrusivos y

rechazo de aspectos relacionados con el abuso” (Howlin y Clements; Peckham, Howlett y Corbett citados por Recio et al., 2014, p.31). Es importante tener presente que dicho diagnóstico es más complejo de obtener en personas con discapacidad intelectual debido al déficit para referir a vivencias internas. Como afirma McCarthy (citado por Recio et al., 2014), “El TEPT en personas con DI con déficit en la capacidad introspectiva, suele manifestarse en forma de trastorno de conducta” (p.31).

La ansiedad puede observarse como hiperactividad, explosiones de ira, agresividad, inseguridad en las relaciones, comportamientos fóbicos, regresiones a estadios de desarrollo más infantiles, quejas somáticas sin base orgánica y alteraciones del sueño (Sequeira y Hollins; Turk y Brown; Sobsey y Mansell citados por Recio et al., 2014, p.31).

La depresión es referida como unos de los síntomas más frecuentes en víctimas de ASI, manifestándose “... en forma de retraimiento, falta de vitalidad, abandono del cuidado personal o apatía”. A su vez pueden darse trastornos tales como el disociativo y borderline debido a que frecuentemente se asocian a experiencias de abusos intrafamiliares en la infancia (Recio et al., 2014, p.32).

Según Cruz et al; Dune y Power; Sobsey y Mansell; Sinason; Sobsey y Doe; Johnson, (citados en Recio et al., 2014) “muchas personas con DI expresan su malestar físico o psicológico a través de la conducta, en concreto a través de alteraciones conductuales”. Por tal motivo las personas con discapacidad intelectual, al tener menos recursos para comunicar lo que les sucede, se les dificulta frenar las situación lo que provoca que

... al estar durante más tiempo viviendo la experiencia traumática, la probabilidad de que aparezca el malestar y la sintomatología en forma de trastorno de conducta es mayor. La segunda razón tiene que ver con sus mayores dificultades en la capacidad metacognitiva o función reflexiva, es decir, para entender y para conectar con lo que les está sucediendo, lo que también lleva a la persona a reflejar su malestar a través de equivalentes conductuales (p.32).

Esto a su vez, puede ser un punto complicado debido a que el hecho de que los problemas en la conducta sean un signo de alarma ante una posible situación de abuso hace que detectarlo se vuelva más difícil, “... debido a que los problemas de conducta constituyen la manera de comunicar malestar para algunas personas con DI con dificultades de expresión verbal en general, sin deberse necesariamente a una situación traumática” (Recio et al., 2014, p.32).

Además se “... generan trastornos profundos que permanecen mucho tiempo después de haberse producido el abuso” (Bailey citado por Verdugo, et al., 2002, p.127), provocando un grave daño en la salud mental de las personas (Ammerman et al, citado por Verdugo, et al., 2002, p.127) encontrándose “... una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y reacciones como ansiedad, culpa, agresividad, delincuencia, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima y conductas repetidas de imitación del ataque sexual” ... algunos niños reaccionan ante un episodio de incesto cerrándose a estados psicóticos tales como periodos de confusión prolongados ...” (Verdugo citado por Verdugo, et al., 2002, p.127). También, existen “... evidencias de que los niños con discapacidad que son sexualmente abusados, están en grave riesgo de tener mayores trastornos emocionales, deficiencias del habla ...” (Cohen y Warren, 1990 citado por del Moral, 2001, p.123).

Por último, se encuentran confidencias insinuaciones, comentarios, comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual, cambios repentinos de conducta y rechazo repentino a una persona, autolesiones y comportamiento suicida, trastornos alimenticios y alteraciones del sueño, dificultades en las relaciones interpersonales, promiscuidad sexual, problemas físicos como infecciones heridas o molestias en los genitales, hinchazón, dolor de panza, etc (Bailey citado Verdugo, et al., 2002, p.127).

En síntesis, a pesar de que “... no todos los niños son afectados de la misma forma, ni con la misma intensidad” el apoyo y sostén que recibe es fundamental e influye directamente en cómo se superará la agresión (del Moral, 2001, p.126).

Fallas en el proceso de simbolización: lo que el cuerpo nos comunica

López (2019) hace referencia a Cramer para referirse a los mecanismos de defensa como, “cualquier operación cognitiva que funciona protegiendo al individuo de los efectos disruptivos de una ansiedad excesiva” como lo es un abuso sexual (p.7).

Dado que los mecanismos de defensa aparecen en el individuo según avanza su desarrollo, se plantea que las personas con discapacidad intelectual “... poseen los mecanismos de defensa más básicos ...” como la negación o la proyección, presentando más dificultades en la adquisición de aquellos más maduros o complejos como lo pueden ser la identificación, anulación o el humor, que aparecen en edades más tardías, debido a que se dificulta la comprensión de las metáforas, el lenguaje complejo y en el pensamiento abstracto (López, 2019, p.2).

Tal es así, que al exponer las posibles consecuencias que se pueden dar en casos de ASI en niños con discapacidad intelectual, queda en evidencia, como es frecuente que todas las

manifestaciones giren en torno al cuerpo, donde en palabras de Casas (1999) "... hacer es también un decir" (p.30). Estas conductas, al igual que los gestos, son entendidas, como parte del lenguaje, son testimonios del sujeto dividido, materia prima imaginaria en la que se lee o escucha otro discurso, otra escena, la del inconsciente (Casas, 1999, p.30). En efecto, es allí donde "... se anuda y desanuda el sujeto, se organiza el conflicto, la represión toma consistencia y cada vez que se mueve-gesticula-juega-habla, expresa y actualiza vivencias, articula sentidos" dando como consecuencia, al igual que en el discurso verbal, que se hagan presente lo manifiesto y lo latente, a lo que se debe estar atentos (Casas, 1999, p.53).

Debido a la dificultad de poner en palabras y simbolizar estos hechos traumáticos que atraviesan a los sujetos, se da el predominio del acto por sobre la palabra, donde no se logra, de manera adecuada elaborar lo sucedido. En este sentido, como sostiene Fainblum et.al., (2013) en la clínica de la discapacidad, es frecuente que se dé una pobreza simbólica, debido a un debilitamiento en los tiempos que hacen las operatorias para su construcción (p.225).

Cuando en la infancia se sufre un abuso sexual, esto se presenta como devastador de la subjetividad, donde la imposibilidad de simbolizar impregna al sujeto, sumándose una sensación de terror sin nombre, junto con la imposibilidad de imaginar un futuro construido sobre los pilares del presente desorganizante.

La disrupción que genera el acontecimiento, no sólo externo, sino vuelto interno, siniestro y por ello, traumático, produce fallas en la posibilidad de articulación y de representación. Las escenas vividas por los niños abusados generan una suerte de "hueco psíquico" o vacío, representacional en su trama vivencial, que se hace presente en el psiquismo como vivencia de vacío (Cohen, 2017, p.76).

Por lo tanto, y en relación a lo anteriormente mencionado, cabe considerar que trauma es todo aquello que traspasa el límite de lo tolerable, "Lo verdaderamente traumático sería aquello que queda arrojado fuera del campo del sentido, aquello que no puede ser entendido y que expone al sujeto a un exceso de excitación cercano al dolor" (Cohen, 2017, p.77) dándose relatos confusos debido a la situación sufrida, de forma crónica, quedando sin defensas para evitarla, manifestándose perturbación emocional y confusión mental a punto de la desestructuración (Cohen, 2017, p.81).

Por eso, el trauma, y sobre todo en casos de abuso sexual, "... no es algo extraño que se enquista, sino algo familiar qué se volvió extraño en el encuentro con un acontecimiento

exterior” (García citado por Cohen, 2017, p.78). Según Rozenbaum de Schavartzman (2008) el hecho traumático queda imposibilitado de ligazón psíquica, sin encontrar su modo de tramitación, con un vacío de representación (Citado por Cohen, 2017, p.78) que se ve agravada en niños con discapacidad intelectual debido a que las fallas muchas veces son parte de su día a día.

En palabras de Revello (2015) el acontecimiento traumático, está fuera de los parámetros de la cotidianeidad, donde su intensidad e impacto sorpresivo, producen una escisión subjetiva, algo se desprende del mundo simbólico, “... un exceso de sentido que queda sin posibilidad de representación y no termina de inscribirse, quebrando la linealidad del tiempo, por lo que reaparece inesperadamente, produciendo una presencia latente” (p.16)

Pero, ¿qué se entiende por proceso de simbolización? Según Schkolnik (citado en Stéffano, 2015) desde el psicoanálisis la simbolización es entendida como

... la capacidad del sujeto de representar, de configurar cadenas de diferentes representaciones y elaborar una red por donde circule el afecto, en permanente reestructuración y movimiento. Dichas redes y estructuras simbólicas son las que organizan lo que proviene del otro y de lo pulsional, habilitando las resignificaciones y la apertura de sentidos (p.1).

Según lo planteado por Álvarez (2006) la producción simbólica es la

... actividad psíquica encargada de la construcción de representaciones, mediante la cual el sujeto interpreta el mundo en el que se inscribe, de acuerdo con sus propias relaciones de sentido, y que a su vez se modifica, a través de los elementos que conforman la trama de significaciones con la que expresa su singularidad psíquica históricamente constituida (p.99).

Abarcando la heterogeneidad de la actividad representativa del sujeto, donde “... se construye también la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general” (Klein, 1930, p.3).

Previo a esto, y para que no se den fallas en los procesos de simbolización, como sucede en los casos de niños con discapacidad intelectual, durante el desarrollo psicosexual en el niño

... a medida que transcurren las diferentes etapas (oral, anal, fálica), se van produciendo las diferentes metáforas (simbolizaciones) que no se apoyan en el cuerpo biológico sino en el cuerpo erógeno. Entre el cuerpo y la palabra sucede la

simbolización y se crea el espacio del fantasma, lugar del despliegue sublimatorio y creador (Casas de Pereda citado por Stéffano, 2015, p.11).

La simbolización se relaciona al trabajo de lo negativo, permitiendo que se habilite algo en lugar de otra cosa, encontrándose presente en todo el proceso de estructuración psíquica, sustitución, transformación y producción (trabajo de las defensas), lo que significa que “Todo el trabajo de simbolización se basa en la existencia de la ausencia que habilita la sustitución” (Casas de Pereda, 1996 citado por Stéffano, 2015, p.11).

Por otro lado, siguiendo a Bleichmar (2000), este tipo de fallas en la simbolización, cuando se unen a los traumatismos severos presentan ausencia de significantes, donde no hay palabras,

La ausencia de significantes que marca, precisamente, la imposibilidad de retranscripción o de recomposición de aquello traumático, no solamente por la defensa extrema que opera en el sujeto, sino por lo inédito, por la falta de elementos previos de simbolización para poder operar sobre ello (párr. 17).

En ocasiones sucede que la vivencia al no poder ser cualificada a través de la palabra, configura una falla “... en la capacidad de simbolización, significación y contención de la experiencia dentro de la vida mental” transitando entre el límite de lo biológico y lo psíquico, donde no es posible otorgarle sentido a la experiencia (Manfredi et.al., 2007, p.168).

Se debe procurar entonces, “crear sentido allí donde sólo había desorganización y caos corporal” (Manfredi et.al., 2007, p.169).

En casos en los que infantes, han sido abusados sexualmente, la experiencia se puede presentar sin recuerdos, como un vacío no historizado, un “agujero psíquico”, debido a que es frecuente que “... frente a los intentos de negar lo vivido los niños montan mecanismos defensivos como la negación y el silenciamiento” (p.89) Según Manfredi et.al., (2007)

Este déficit en el psiquismo no parece manifestarse a través de síntomas ricos en significados, sino en la aparición reiterada de síntomas somáticos cargados en intensidad (angustia masiva), sometidos a la compulsión repetitiva y desprovistos de otra significación vinculándose esta vivencia a una falla en las funciones simbolizantes y en las posibilidades de procesamiento psíquico de la experiencia. (p.170)

Donde se ven implicados efectos tales como, a nivel de la expresión sintomática como a lo referido a la organización psíquica del sujeto.

Este acontecimiento disruptivo, no puede ser asimilado por el sujeto a la cadena de representaciones, ni tampoco reprimido, requiriendo ser simbolizado, en el retorno incesante de imágenes, sueños o puestas en actos, donde tiene la función de dominarlo e integrarlo a su organización simbólica, debido a que estos fenómenos de reexperimentación están ligados al acontecimiento del abuso en un sujeto con el aparato ya constituido que le permite la modificación por medio de la elaboración, donde la "... repetición, puede ser entendida no sólo como automática sino como intentos de curación a través de la inclusión en el psiquismo de aquello que no pudo ser procesado" (Manfredi et.al., 2007, p.176) lo que requiere de un trabajo más profundo en niños con discapacidad intelectual.

Por lo tanto, "... un trauma precoz que genera una suerte de agujero psíquico, sin posibilidad de ligadura mediante la cadena de representaciones ..." se configura en una falla en la constitución del psiquismo "... con inhibición de las funciones simbolizantes, dejando inerte al sujeto e indefenso frente a la situación traumática" (Manfredi et.al., 2007, p.176).

El impacto psicológico que genera el abuso por sobre las víctimas, como se vio, depende de numerosas cuestiones, dentro de las que encontramos el grado de culpabilización del niño por parte de los padres, las estrategias y los recursos psíquicos de los que dispone el niño, donde se produce un desmantelamiento psíquico, que le impide construir su otredad (Cohen, 2017, p.87).

Es muy importante que se dé una elaboración terapéutica para intentar transformar el dolor sin nombre en sufrimiento comunicable. Debido a que si el displacer perdura como dolor, sin representación psíquica, este no podrá ser metabolizado, en cambio el sufrimiento que es el displacer representado o dolor desubjetivado que se hace comunicable. Se debe lograr que el niño simbolice lo vivenciado, para elaborarlo y transformar el dolor en sufrimiento ya que si el displacer perdura en forma de dolor tendrá sólo inscripciones somáticas que pueden devenir síntomas corporales como ya se ha mencionado.

En cuanto el dolor no se transforma en sufrimiento o no puede ser elaborado, corre el riesgo de encapsularse, manteniéndose en el registro originario. La inmadurez del aparato psíquico no siempre permite que el proceso de transformación del dolor en sufrimiento se cumpla totalmente durante la infancia, lo que se agrava en estos casos (Benyakar, 2016, p.241).

En esta vivencia traumática, que irrumpe en el aparato psíquico, como factor desestructurante, como una vivencia de derrumbe, hace que la misma se inunde de afecto

sin que se logre llegar al nivel de la significación, por lo tanto, “Cuando lo afectivo en forma desligada inunda el aparato psíquico crea un estado de desequilibrio torturante para el paciente. Se rompe una relación reguladora entre el mundo interno y el mundo externo del individuo.” donde no se puede significar, no se puede poner en palabras, creando una vivencia averbal, muda pero no silenciosa, debido a que las palabras que lo expresan son sus gritos, no sus contenidos (Benyackar, 2016, p.173).

Consideraciones finales

Una inquietud, enquistada en muchas otras, fue el motor de este trabajo que tuvo como base un abordaje teórico. ¿Cómo es que los niños con discapacidad intelectual experimentan un abuso sexual intrafamiliar? ¿Pueden ellos simbolizar, procesar y elaborar el abuso sexual intrafamiliar como una experiencia traumática?

En este entramado, que se desglosa en capas, complejizado aquí de sobremanera, por la condición de niños, categorizados como discapacitados intelectuales, en un entorno familiar, y qué además, sufran ni más ni menos que un abuso sexual, efectivamente, fue una tarea que buscó decididamente respuestas y encontró mayores interrogantes que las que se plantearon en un inicio.

No cabe dudas que el abuso sexual intrafamiliar produce en estos niños efectos devastadores y desorganizantes que afectan su constitución psíquica, la cual se encuentra en pleno desarrollo, donde quedan desprovistos de sentido, desbordados, llegando en muchos casos a la inmovilización y el silencio.

No se debe olvidar ni tampoco creer, que porque los niños “tengan” discapacidad intelectual no son capaces de “entender” o sufrir el abuso, como “cualquier otro niño,” debido a que sería dejarse llevar por afirmaciones absurdas que lejos de tener una mirada integradora, retrasan, y dan cuenta de lo lejos que estamos de comprender que todos somos iguales, y que un diagnóstico no define nada.

No cometeré el error de generalizar, y más aún, cuando nos situamos en un contexto tan variable, como lo es la forma que encuentran los niños con DI de exponer el hecho traumático. Debido a esto, considero que a pesar de que en muchos de los casos lograrán manifestar, fundamentalmente a través de su cuerpo, como vía principal de expresión las consecuencias de los hechos sucedidos, se da también, que en muchos otros, esto sigue sin poder exteriorizarse, perpetuándose hasta la adultez. Para lo que se torna fundamental, como profesionales, poder estar atentos a estas “señales”, porque como sostiene María Fux

(s.f), “algo tienen en común el cuerpo y el silencio, y es que no pueden mentir”, la cuestión es desentramar, lo que allí se esconde.

Por otro lado, uno de los ejes fundamentales de los que da cuenta este trabajo, es la importancia que juega el papel de la educación sexual a modo de prevención y conocimiento de las conductas abusivas. Es este marco muy favorable, ya que utiliza el conocimiento como herramienta primordial, como así también, la posibilidad del diálogo y la confianza, elementos básicos, pero saludables en la diaria de cualquier niño. Específicamente cuando se trata de abuso sexual intrafamiliar, los centros educativos, son una forma de vinculación externa que permite la captación y el abordaje de esta problemática.

Otro punto que se hace necesario plantear es el después, ¿Qué pasa cuando estos niños al fin logran comunicar lo sucedido? ¿Se encuentra la presencia de un otro que lo sostiene y lo habilita en el proceso? ¿En su entorno están dadas las condiciones para que el mismo se desarrolle de forma óptima? para que esto se logre, ¿Existe un equipo multidisciplinario que apoya a él y su familia? ¿O aún la burocracia del Estado y el sistema judicial los sigue desprotegiendo y desamparando a pesar de la legislatura existente? En fin, son muchas interrogantes y pocas las respuestas, repito.

Existe la necesidad de desarrollar, con urgencia, políticas adecuadas que favorezcan una integración social real que le permita a los niños vivir plenamente, donde se encuentren desprovistos de “etiquetas”, porque, lamentablemente aún hoy, es muy frecuente que luego de lo sucedido, sigan cargando eternamente con frases que diagraman subjetividades, que funcionan como recordatorios constantes, condenando y marcando a los sujetos. Estas etiquetas, como lo son el haber sido abusados, y el ser “discapacitados”, “retrasados” “idiotas”, tienen un peso negativo, estigmatizante que siguen vigente a pesar de los logros conquistados.

La suma de estas situaciones planteadas siguen aún en un rincón oscuro de la sociedad, a pesar que la ha atravesado desde tiempos inmemoriales. Los avances no son abarcativos ni mucho menos suficientes, prueba de ello es la escasa bibliografía y trabajos de investigación que al respecto existen. Como así también la escasa captación de los mismos en la clínica.

Cuando un niño con DI sufre un abuso intrafamiliar y se manifiesta a su manera y de acuerdo a sus posibilidades, hoy es un desolador grito en el desierto.

A esta afirmación se llega teniendo en cuenta que desde la perspectiva histórica, en general las soluciones se buscan o se alcanzan ante problemas, que en muchos casos cuentan con una preexistencia dolorosa, y que se develan frente a la demanda, alcanzada por la maduración o transformación de la sociedad en su conjunto.

Es así que la sola visibilización del tema, que inicialmente pretendía ofrecer algún tipo de respuesta, hoy se erige como un interruptor que enciende una problemática que aún permanece en el ostracismo, que es una recurrente condena a la que se ven sujetas las poblaciones vulnerables.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, M., Fernández, A., García, A., Sanchez, C., Suárez, M., Bustamante, C., y Bertrand, P. (2007). *Maltrato Infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias*. Recuperado de https://files.sld.cu/prevemi/files/2010/02/maltrato_infantil_guia.pdf
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistema de apoyo*. (11ª ed.) Madrid: Alianza.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Baita, S., y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Recuperado de http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=141
- Bandin, C., y Lora, M. E. (2008). *Un abordaje desde el psicoanálisis sobre el déficit mental*. *Ajayu*, 6, 123-142. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n2/v6n2a1.pdf>
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático: Vol. 1. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos.
- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor: relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2000, abril 3). *Traumatismo y simbolización: los modos del sufrimiento infantil* [Transcripción]. Seminarios. Clase N° 1. Recuperado de http://www.silviableichmar.com/sem_clases/semi2000.htm
- Cacciatori, A. (2015). *Madres frente al problema del abuso sexual: ideas y representaciones acerca de la repetición, la ambivalencia y la culpa* (Tesis de

- maestría, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8334/1/Cacciatori%2c%20Analia.pdf>
- Casas de Pereda, M. (1996). Investigación en metapsicología: Simbolización en psicoanálisis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 84-85, 1-14. Recuperado de <https://www.apuruquay.org/apurevista/1990/168872471996848511.pdf>
- Cohen Imach, S. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia . Notas de la clínica y la evaluación*. Buenos Aires: Paidós.
- Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños. (1996, agosto 24). *Declaración Programa de Acción*. Estocolmo. Recuperado de http://white.lim.ilo.org/ipec/documentos/decla_estocolmo.pdf
- Cordié, A. (1994). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires, Argentina. Nueva visión.
- del Moral Zamudio, M. P. (2001). La prevención del abuso sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(2)
- Fainblum, A. y Edgar, L. (2013). Sexualidad y discapacidad intelectual: cuando se habla de eso, que no se habla. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, IX Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-054/706.pdf>
- Falero, B., Bagnato, M. J., Sívori, E., Premuda, P., Luzardo, M., Russo, A. L., Cohen, J., Larrosa, D., Salvo, J., Varela, M., Pádula, D., Chavez, N., Forteza, D., Tomassini, A., Córdoba, J., & González, L. (n.d.). *Programa Discapacidad y Calidad de Vida. Estudios del bienestar subjetivo*. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/files/discapacidad_y_calidad_de_vida.pdf

- Giordano, R., E. (s.f). *Abuso sexual infantil intrafamiliar*. Recuperado de <http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/abuso-sexual-infantil-intrafamiliar>
- Gonzalez, D. y Tuana, A (2009). *El Género, la Edad y los Escenarios de la Violencia Sexual*. Recuperado de <https://ongelpaso.org.uy/wp-content/uploads/2020/10/andreaTuanayD.pdf>
- Hershkowitz, I., Lamb, M. E. y Horowitz, D. H. (2007). Victimization of children with disabilities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 629-635.
- Intebi, I. (2011). Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Argentina: Ediciones Granica, S.A
- López, S. (2019). Estudio de los mecanismos de defensa en personas con capacidad de inteligencia límite (Trabajo final de grado, Universidad Pontificia Comillas, Madrid). <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31805>
- Lozano, F., García, M., Sande, S., Perdomo, V., y Zunino, C. (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Manfredi, C., Julian, M. C., Linetzky, L. (2007). Reflexiones sobre “trauma” y repetición” a partir de la clínica con pacientes con pánico y estrés postraumático (caso Cromagnon). *Psicoanálisis APdeBA* 29(1), 165-179. Recuperado de http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Manfredi_Julian_Linetzky.pdf
- Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre* (5a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Martorell Cafranga, A. y Alemany Carrasco, A. (2017). La figura del facilitador en casos de abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 48(1), 37-49. <https://doi.org/10.14201/scero2017483749>

Meresman, S. (2013) *La situación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay: la oportunidad de la inclusión*. Recuperado de <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/discapacidad-en-uruguay-web.pdf.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2020). *Maltrato infantil. Datos y cifras*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/el-modelo-social-de-discapacidad.pdf>

Pincever, K. (2008). *Maltrato infantil: El abordaje innovador del programa Ieladeinu: Aprendizajes de una experiencia integral comunitaria*. Buenos Aires: Lumen

Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaró, G., y Martorell, A. (2014). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y actuación*. Recuperado de <http://www.infocoonline.es/pdf/GuiaAbusoyDI2014.pdf>

Revello, M., (2015). *La atemporalidad del trauma en víctimas de abuso sexual infantil Su incidencia en la construcción del Psiquismo y los registros corporales*. (Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7866>

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2018) *Informe de gestión 2018*. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>.

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2019) *Informe de gestión 2019*. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>.

Stéffano Pérez, L. V. (2015). *Abordajes psicoanalíticos del aprender y sus dificultades: procesos de simbolización* (Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7291>

Toporosi, S. (2018). *En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil*. Buenos Aires: Topía.

Uruguay (2008, diciembre 4). Ley n° 18.418: Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>

Uruguay (2010, marzo 3). Ley 18.651: Ley de protección integral de personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Vásquez, J. (2017). *Paradigmas de la discapacidad*. Recuperado de <https://www.desdemisilla.com/1478-2/>

Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B., y Aguado, A. (2002). *El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual*. *Psicothema*, 14(1), 124-129. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3482.pdf>