Cofinanciado por la Unión Europea

ATHENA BEGIN

MATERIALES DE FORMACIÓN

ATHENA BEGIN: 856613 - COOPERACIÓN EUROPEA CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

WP2: RECOGIDA DE DATOS SOBRE LAS NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE MATERIAL PARA LA MEJORA DE LAS COMPETENCIAS

έδρα social cooperative activities for vulnerable groups
U.PORTO FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DO PORTO
A LA PAR
UMAR
atades

Coordinator

Jose Ramón Roldán

Research Team

Grecia

Alexander Oikonomou
Maria Kerasoglou
Michalis Papachatzis

España

Victoria Ledesma
Alejandro Aineto Bandrés
Sara Flores Rueda
Jaime Alemany Carrasco

Portugal

Maria José Magalhães
Susana Coimbra
Cecília Loureiro
Ilda Afonso
Elsy Karina Gonçalves
Camila Iglesias

1. EL PROYECTO ATHENA

Este proyecto aborda la vulnerabilidad de las personas con discapacidad a ser víctimas de malos tratos, en particular a verse afectadas por la violencia doméstica y la violencia de género (VD/VG). Ofrece recursos y herramientas a los profesionales que asisten a personas con DI que son víctimas de violencia doméstica para capacitar a las propias víctimas de cara a mejorar su calidad de vida mediante el desarrollo de sus habilidades y capacidades. Para ello es preciso abordar tanto el contexto como las circunstancias en que se produjo la violencia, a fin de identificar cualquier realidad oculta, abordarla con eficacia y profesionalidad, y reducir al mínimo la victimización secundaria que estas personas puedan padecer durante el proceso.

Los principales resultados del proyecto son: manuales y pautas de intervención; capacitación de profesionales implicados en la atención a víctimas de VD/VG; contenidos escritos sobre prevención; desarrollo de directrices para distintas actuaciones; aplicación de un nuevo método formativo para profesionales; numerosos talleres de prevención destinados a personas con DI que pueden estar en riesgo de sufrir DV/VG.

Se espera que ATHENA beneficie directa o indirectamente a 2.800 mujeres y hombres con DI, 600 profesionales de diferentes ámbitos (sanidad, psicología, trabajo social, derecho, policía, cuidadores) y más de 7.140 ciudadanos y ciudadanas de los tres países implicados.

Otros resultados previstos del proyecto serán acciones de capacitación para profesionales que se lleven a cabo en los tres países socios; un Manual de Prevención y Sensibilización sobre la violencia doméstica/violencia de género dirigido a profesionales que trabajan con personas con discapacidad mental; varios talleres de prevención para personas con DI; elaboración de una guía con recomendaciones sobre la prestación de servicios a mujeres con DI que sufren VD o VG, que tiene por objeto completar y mejorar los protocolos de actuación ya establecidos por las autoridades competentes en materia de violencia doméstica/de género en cada país socio.

Además, otros resultados de la sección de investigación del proyecto, como el Informe de Situación y el Informe de Análisis de Necesidades, serán contribuciones de gran valor al banco de conocimientos sobre este campo escasamente estudiado.

2. INTRODUCCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA DI

El marco jurídico internacional sobre VG no solo alude a la violencia contra las mujeres en la esfera doméstica perpetrada por su cónyuge/marido, pareja o ex pareja aunque no convivan, sino que además establece un concepto amplio de violencia de género, introduciendo otros tipos y contextos de violencia que abarcan muchas áreas de la vida de las personas.

A escala europea, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Estambul, 2011) distingue entre violencia contra las mujeres y violencia doméstica, señalando que la violencia doméstica afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Establece las siguientes definiciones:

A. La "Violencia contra las mujeres" debe entenderse como una vulneración de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer y designará cualquier acto de VG que implique o pueda implicar un daño o sufrimiento para la mujer de carácter físico, sexual, psicológico o económico, incluidas las amenazas de llevar a cabo tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada.

B. "Violencia doméstica" significa todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que se produzca en la familia o el hogar, principalmente entre cónyuges o parejas u otros parientes, en hechos anteriores o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio con la víctima.

C. Por "género" nos referimos a los roles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad específica considera propios de las mujeres o de los hombres.

D. "Violencia de género contra las mujeres" significa toda violencia contra una mujer por el hecho de serlo o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. "Víctima" se entiende como cualquier persona física que sea objeto de las actitudes o los comportamientos especificados en los apartados A y B.

E. El término "mujer" se refiere no solo a mujeres adultas sino también a jóvenes menores de 18 años.

El Convenio define la VG desde una perspectiva amplia, considerando en este concepto diversas formas de violencia contra las mujeres, por ejemplo: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada.

Asimismo, este concepto amplio de VG incluiría: la venta de seres humanos con fines de prostitución sexual forzada, directa o indirectamente (situación de especial vulnerabilidad que pueden sufrir las mujeres migrantes o refugiadas), y la violencia institucional.

En definitiva, por sus características y dinámicas, la VG puede ser considerada como una forma particular de violencia (Larrosa, 2010), diferente a otros tipos de violencia interpersonal. Aunque la violencia de género y la violencia doméstica se asemejan en muchos aspectos, son conceptos distintos. La violencia doméstica sufrida por la mujer es una manifestación de la violencia por motivos de género, mientras que la violencia de género es un concepto mucho más amplio que incluye todas las formas de violencia contra las mujeres arriba mencionadas.

El impacto de la VG en las mujeres con DI

El concepto de DI ha evolucionado a lo largo de los años. Los modelos explicativos anteriores se centraban en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad, sus carencias y deficiencias, poniendo el foco del problema en el individuo, atribuyendo las dificultades para adaptarse al entorno a la persona con discapacidad y sus limitaciones, y considerando cualquier variable externa como inexistente o no contributiva (Cendra, J., Alemany, A., y Hernández, M. 2016).

Por suerte, a partir de 1992, como resultado de un cambio de modelo propuesto por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), y la Asociación Americana de Retraso Mental (ahora llamada la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo, en adelante AAIDD), esta visión está cambiando.

Ha contribuido a un cambio en la comprensión de la discapacidad, en el sentido de que esta no reside solo en el individuo, sino en la interacción con su entorno. Por ello, una gran parte de la discapacidad que se asocia con la persona reside realmente en la sociedad, al imponer barreras que incapacitan a algunas personas. Si se dispusiera de los recursos y los apoyos necesarios, el funcionamiento individual de la persona con DI no se vería perjudicado, sino que podría funcionar de forma plena y autónoma.

Desde esta perspectiva, la DI es una condición de la persona que se caracteriza por ser multidimensional (intervienen aspectos fisiológicos, psicológicos, médicos, educativos y sociales), multicausal (la discapacidad puede deberse a patologías genéticas, daño neurológico y factores ambientales, educativos o sociales) y enormemente heterogénea (las diferencias entre personas con DI son aún mayores, si cabe, que las diferencias entre personas de la población general sin discapacidad). (AAIDD, 2010)

Pese a la enorme disparidad entre las diferentes personas que comparten el diagnóstico de DI, según la AAIDD, este debe incluir necesariamente tres componentes:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.

- Limitaciones significativas en el comportamiento adaptativo.

- Edad inicial antes de los 18 años.

Por desgracia, aunque han pasado casi tres décadas desde que la ONU, la CIF y la AAIDD aportaran esta nueva concepción de la DI, muchas personas desconocen las

dimensiones de este cambio, y siguen ancladas en los modelos anteriores. Esto favorece la estigmatización a través de una mirada de lástima o pena hacia el colectivo con discapacidad y, por lo tanto, el riesgo de emprender una intervención basada en el paternalismo.

Es en los últimos años cuando la sociedad comienza a tomar conciencia de la vulnerabilidad de las personas con DI a ser víctimas de abusos (Westcott y Jones, 1999; Sullivan y Knutson, 2000). Durante décadas la literatura extranjera ha mostrado la alarmante prevalencia del maltrato en personas con DI (Brown, Stein y Turk, 1995; Sobsey, 1994; McCarthy e y Thompson, 1997), proporcionando datos como que hasta el 80% de las personas con DI han sido o serán víctimas de algún tipo de maltrato en sus vidas (Brown, Stein y Turk, 1995; Horner-Johnson y Drum, 2006; McCarthy y Thompson, 1997; Sobsey, 1994; Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

La Agencia de Derechos Fundamentales (ADF, 2014) publicó un informe en el que se recogen los principales resultados de una encuesta sobre violencia contra las mujeres en la UE y que aporta datos específicos sobre las mujeres con discapacidad. Según el informe, los investigadores entrevistaron a 42.000 mujeres en los 28 Estados miembros de la Unión Europea, preguntándoles sobre sus experiencias de violencia física, sexual y psicológica. Las encuestadas informaron de incidentes de acecho y acoso sexual, así como maltrato infantil.

Los resultados demuestran que la VG sigue muy presente en la UE. El 34% de las mujeres con discapacidad declararon haber experimentado alguna forma de violencia física o sexual desde la edad de quince años, en comparación con el 19% de las mujeres sin discapacidad. Además, el 46% de las mujeres con discapacidad dijo haber sufrido violencia física, sexual o psicológica antes de los 15 años (ADF, 2014).

En lo relativo a violencia y acoso psicológicos, las cifras son incluso superiores. El 61% de las mujeres con discapacidad ha sufrido algún tipo de acoso sexual desde los quince años. Por otro lado, el 26% de las encuestadas con discapacidad ha sufrido acecho (ADF, 2014).

En la vulnerabilidad adicional de las mujeres con DI influyen diversos factores que se pueden agrupar en tres variables principales:

1) Los antiguos marcos conceptuales o la propia visión social de la DI

Como se señala más arriba, las familias, los profesionales y la sociedad en general siguen anclados en una visión de la discapacidad basada en modelos anteriores, lo que dificulta el pleno desarrollo de las personas con DI y las convierte en las víctimas perfectas.

Esto sucede, no tanto por su condición de persona con DI, sino por la concepción que el contexto tiene sobre ellas y sus familias, es decir, la manera en que la sociedad mira a las personas con discapacidad. Esta percepción de la sociedad hacia la discapacidad repercute en la identidad de la persona con discapacidad y su familia, lo que puede generar baja autoestima e inseguridad (Avilés, 2019).

A partir de esta concepción social desajustada de la discapacidad, es común que la persona con discapacidad sea infantilizada, equiparando al individuo con discapacidad con un menor o con una persona sin capacidad de actuar o decidir por sí misma. Esto agrava la dificultad de la persona con discapacidad para desenvolverse por sí misma y buscar su propia autonomía, generando relaciones con su entorno de dependencia y sumisión.

Esta visión de la sociedad sobre la DI, junto con el frecuente desprecio y aislamiento que padecen las personas con discapacidad por su condición, provocan altos niveles de desvalorización social y dificultades para ser asertivas y defender sus propios derechos (Manzanero et al. 2011).

Asimismo, la falta de formación de las personas con discapacidad en materia afectivo-sexual, en violencia sexista o en la prevención de situaciones de abuso o maltrato, hace que este colectivo carezca de las herramientas necesarias para distinguir e identificar lo que puede ser perjudicial o malo para ellos. Tradicionalmente, las personas con DI han sido vistas como niños sin sexualidad, o asexuados sin ningún deseo sexual.

2) Dificultades para elaborar el duelo primario

La persona con DI (y sus familiares) afronta el daño emocional que supone el duelo por la discapacidad y las dificultades añadidas que entrañan las diferentes etapas del ciclo vital familiar. Este duelo implica asimilar la pérdida de expectativas y abordar la realidad que implica la llegada de un familiar con DI.

Este impacto se denomina trauma primario (Sinason, 1992) y se genera por la mencionada visión que la sociedad tiene de la DI; afecta a todos los miembros de la familia y a cómo se van a relacionar en sus diferentes roles (padres, madres, hijos o hermanos) e interactuar con personas ajenas al núcleo familiar, con los profesionales, en las amistades, en las relaciones románticas, etc.

Por esta razón, el duelo primario es un factor de vulnerabilidad. Por un lado, el duelo provoca en las familias de una persona con discapacidad una tendencia al aislamiento y dificultad para generar los recursos necesarios para prevenir o detectar cualquier situación de abuso. Por otro, dicho trauma puede generar daños psicológicos a lo largo de la vida de la persona con discapacidad, lo que puede influir en el aumento de la vulnerabilidad y la falta de mecanismos de afrontamiento ante una posible situación de violencia.

3) Falta de recursos para atender a las víctimas con DI

Actualmente existen muy pocos recursos especializados para víctimas con DI. Antes de 2010 no había ningún recurso específico, hasta que se creó la UAVDI de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce (A LA PAR) como referente nacional. Desde

entonces, esta organización se ha ocupado de crear otras unidades especializadas en diferentes puntos de España (Cataluña, Castilla-La Mancha, Aragón y La Rioja).

En Grecia no existen recursos estatales específicos dedicados a las víctimas con DI. Las entidades jurídicas y las instituciones de salud mental participan continuamente en un esfuerzo por desarrollar recursos creados en el marco de los programas cofinanciados por la UE (por ejemplo, StaySafe/ https://staysafeproject.eu/, DESEM / https://www.desemproject.eu/, etc.). En Portugal se da la misma situación, donde faltan recursos especializados para las víctimas con DI.

Asimismo, la escasez de recursos especializados, la falta de capacitación de los profesionales de atención directa en materia de abuso o maltrato a personas con discapacidad y la sobrecarga de trabajo de estos profesionales generan grandes dificultades para realizar el trabajo requerido en términos de prevención y detección de posibles casos, lo que contribuye a mantener los altos niveles de abuso en este colectivo, que siguen tan presentes hoy en día.

Por otra parte, la falta de conocimiento y sensibilidad sobre la DI entre los profesionales del ámbito policial o jurídico hace que se acepten mitos erróneos sobre la discapacidad, como dar menos credibilidad a las personas con discapacidad por la creencia de que este colectivo tiende a fantasear y mentir, o mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, sobre las que se supone que no tienen deseo sexual o son muy promiscuas.

La creencia en estos mitos afectará el trato que reciba cualquier persona con discapacidad en su paso por el sistema de justicia (Manzanero et al, 2011).

Es importante señalar que, en su mayoría, los factores de vulnerabilidad dependen del contexto de la persona, consecuencia directa de la concepción errónea y arcaica de la DI antes mencionada.

Por lo tanto, a medida que la sociedad progrese, transformando esta visión de la discapacidad e incluyendo la participación de este colectivo en la sociedad, muchos de estos factores de vulnerabilidad desaparecerán. De este modo, se reducirá la cantidad de abusos y el número de situaciones de violencia y, por ende, mejorará la calidad de vida de las personas con DI, y en particular de las mujeres con discapacidad.

3. MARCO NORMATIVO

3.1. APLICACIÓN ESTATAL DEL CONVENIO DE ESTAMBUL

A escala internacional, hay varios instrumentos jurídicos que contienen disposiciones sobre VG. Los más importantes se enumeran a continuación:

Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul).

La importancia del Convenio radica en ser el primer instrumento vinculante a escala europea en el ámbito de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, y es el tratado internacional de mayor alcance para abordar esta grave vulneración de los derechos humanos, que establece una tolerancia cero para la violencia contra las mujeres.

La violencia contra las mujeres está reconocida en el Convenio como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación, por lo que los Estados son responsables si no responden adecuadamente.

Objetivos del Convenio (Artículo 1):

a. proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica;

b. contribuir a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y promover la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, incluso mediante el empoderamiento de la mujer;

c. diseñar un marco, políticas y medidas integrales para la protección y la asistencia a todas las víctimas de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica;

d. promover la cooperación internacional con vistas a eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica;

e. proporcionar apoyo y asistencia a las organizaciones y los organismos encargados de hacer cumplir la ley para que cooperen eficazmente a fin de adoptar un enfoque integrado para eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica".

El Convenio reconoce como formas de violencia contra las mujeres: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Esto implica que los Estados deben introducir estos términos en sus ordenamientos jurídicos.

Prácticamente todas las conductas incluidas en el Convenio son perseguidas por diversos ordenamientos jurídicos. Por ejemplo: la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, incorpora el género como motivo de discriminación y como factor agravante, entendido de acuerdo con el Convenio del Consejo de Europa sobre

Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, es decir, "los roles, comportamientos o actividades y atribuciones socialmente construidos que una determinada sociedad considera como propios de las mujeres o los hombres". El género como factor agravante puede constituir una base de acciones discriminatorias distintas a las contempladas en la referencia al sexo.

En cuanto a otras formas de violencia contra la mujer, se incluye por primera vez el nuevo delito de matrimonio forzado, para dar cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos por España en el Convenio de Estambul (Artículo 172 bis).

El acuerdo fue ratificado por el Parlamento griego en 2018 y tiene la fuerza definida por el artículo 28 par. 1 de la Constitución de Grecia. Los acuerdos introducidos para la aplicación de las disposiciones del Convenio de Estambul incluyen:

a) fortalecimiento del derecho penal para hacer frente a los delitos contra las mujeres (mutilación genital, acecho, "delitos de honor")

b) se suprime la disposición sumamente anacrónica del artículo 339, párr. 3 del Código Penal (no persecución si se produce un matrimonio entre el autor de la seducción de un/a menor y la víctima)

c) Se enmienda la Ley 3500/2006 sobre la violencia en el hogar, con el fin de lograr una aplicación más amplia y eficaz

d) Se modifica la Ley 3811/2009 sobre la Autoridad de Compensación Helénica, con el objetivo de facilitar a las víctimas el acceso a la compensación prevista en esta ley

e) Se modifica la Ley 2168/1993 sobre armas para que no se concedan licencias a las personas procesadas o condenadas por delitos de violencia doméstica

f) Se protege de la repatriación a aquellas personas extranjeras que son víctimas de violencia doméstica y acuden a las autoridades competentes a presentar una denuncia

g) Se designa a la Secretaría General para la Igualdad de Género como autoridad de seguimiento del Convenio.

Portugal ratificó el Convenio el 5 de febrero de 2013. Según un informe reciente del GREVIO (Grupo de Expertos en Acción contra la Violencia hacia las Mujeres y la Violencia Doméstica), el órgano de seguimiento encargado de supervisar la aplicación del Convenio de Estambul, Portugal ha dado pasos importantes en la lucha contra la violencia doméstica y la desigualdad de género; sin embargo, aún quedan por subsanar algunas lagunas, sobre todo en lo que concierne a colectivos más vulnerables. El informe alienta a las autoridades portuguesas a "revisar los niveles de gasto para remediar las lagunas existentes en la prestación de servicios de apoyo especializado a las víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres, incluidos los grupos de víctimas más vulnerables, como las niñas, las mujeres mayores, las mujeres con discapacidad, (...) [y] garantizar la igualdad de acceso a los servicios para todas las víctimas en todo el territorio nacional, asegurando la asignación de recursos humanos y financieros adecuados en todos los niveles de responsabilidad pública" (GREVIO, 2019, pág. 20).

Los fundamentos y el alcance del Convenio están en concordancia con la normativa y las actuaciones emprendidas por los países del consorcio en esta materia, ya que entre las obligaciones a los Estados en el Convenio de Estambul destacan algunas medidas ya consolidadas en el consorcio, tales como:

A) La formación de los diferentes colectivos de profesionales que intervienen en situaciones de VG.

B) El servicio 016 de información y asesoramiento jurídico sobre violencia de género, gratuito y disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

C) El diseño y la actualización permanente de un sistema de información estadística para datos relacionados con la VG.

D) La concienciación pública y la prevención de la VG mediante campañas de información y sensibilización.

E) La existencia de la obligación de denunciar a quienes por razón de sus cargos, profesiones u oficios tengan noticia de un delito público, como los diversos delitos de violencia contra las mujeres.

F) La garantía de acceso de las víctimas a medidas especiales de protección.

CONVENIO EUROPEO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LAS LIBERTADES FUNDAMENTALES Y CARTA SOCIAL EUROPEA

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, más conocido como Convenio Europeo de Derechos Humanos o Convenio de Roma, fue adoptado por el Consejo de Europa el 4 de noviembre de 1950 y entró en vigor en 1953. Se inspiró expresamente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

Su objetivo es proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas sujetas a la jurisdicción de los Estados miembros.

Para permitir el control judicial del respeto efectivo a los derechos humanos, el Convenio creó en 1954 un órgano judicial, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, con sede en Estrasburgo.

La Carta de los Socios es un tratado del Consejo de Europa firmado en Turín el 18 de octubre de 1961 y revisado en 1996, que constituye un complemento natural del Convenio Europeo de Derechos Humanos, al garantizar los derechos sociales, económicos y humanos.

En particular, la Carta Social Europea especifica los derechos y libertades, y establece un mecanismo de control que garantice que son respetados por los Estados partes. Los derechos garantizados por la Carta Social Europea son la vivienda, la salud, la

educación, el empleo y la protección jurídica y social, la libertad de circulación de las personas y la no discriminación.

Este tratado ha sido firmado y ratificado por España en dos ocasiones: el 6 de mayo de 1980 y, con motivo de la revisión de la Carta de 1996, el 23 de octubre de 2000.

En 1953, el Parlamento heleno ratificó por unanimidad el tratado de derechos humanos del Consejo de Europa, el Convenio Europeo de Derechos Humanos y su primer protocolo. En 1967, tras un golpe militar, la junta griega abolió la democracia, entrando en conflicto con el Consejo de Europa. Tras la caída de la junta, Grecia se reincorporó al Consejo de Europa el 28 de noviembre de 1974 y el Convenio volvió a entrar en vigor. Después de una dictadura que duró más de 40 años, Portugal finalmente ratificó el Convenio el 9 de septiembre de 1978.

CONVENIO DEL CONSEJO DE EUROPA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRATA DE SERES HUMANOS

El Convenio del Consejo de Europa para la Eliminación de la Trata de Seres Humanos se aprobó el 3 de mayo de 2005, se abrió a la firma en Varsovia el 16 de mayo de 2005 y entró en vigor el 1 de febrero de 2008, tras su ratificación por 10 países. Es el primer tratado europeo en este ámbito que aborda de manera integral tanto la protección de las víctimas de la trata y sus derechos como la prevención de la trata y la persecución de los autores. España firmó el Tratado el 9 de julio de 2008 y lo ratificó el 2 de abril de 2009, y entró en vigor el 1 de agosto de 2009.

Aborda todas las formas de trata, nacional o internacional, independientemente de cualquier conexión con el crimen organizado y sin importar la víctima, mujeres, hombres o menores de edad, o la forma de explotación (explotación sexual, trabajos o servicios forzados, etc.).

3.1.1 GRECIA

En virtud del artículo 4, párr. 2, 2001 la Constitución griega reconoce (FEK [Diario Oficial] 85 / A / 18-4-2001) que "las mujeres y los hombres griegos poseen los mismos derechos y obligaciones". Por lo demás, el artículo 116 párr. 2 también establece: "No es discriminación de género adoptar medidas positivas para promover la igualdad entre hombres y mujeres. El Estado vela por que se eliminen las desigualdades existentes en la práctica, especialmente [las que van] en detrimento de la mujer".

En el plano legislativo, la Ley orgánica 3896/2010 (FEK 207 / A / 8-12-2010), es decir, "Aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato de hombres

y mujeres en materia de trabajo y empleo - Armonización de la legislación vigente con la Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006,

y otras disposiciones pertinentes", regula las cuestiones relativas a: a) igualdad de retribución entre mujeres y hombres, b) igualdad de trato en los regímenes profesionales de seguridad social, c) igual retribución en relación con el acceso al empleo en el desarrollo y la formación profesionales y las condiciones de trabajo.

Al mismo tiempo, se presentan las definiciones de los conceptos de acoso sexual, discriminación directa e indirecta y acoso (artículo 2). El acoso sexual se define como: "cualquier forma de conducta sexual verbal, no verbal o física indeseada, con la intención o el efecto de insultar la dignidad de una persona, en particular creando un entorno intimidatorio, hostil, humillante o agresivo". La ley prohíbe la discriminación directa e indirecta por razón de sexo, el acoso, el acoso sexual, la discriminación por embarazo o maternidad y cualquier trato menos favorable a una persona que se someta o haya sometido a reasignación de género (artículo 3).

La Ley 4351/2018 (FEK 62 / A '/ 5-4-2018) ratificó el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul). Lo característico del Convenio de Estambul, que es un texto integral de gran importancia para la protección de los derechos de las mujeres, es su referencia a la VG y su énfasis en la prevención. A título indicativo, el Convenio estipula la obligación de los Estados contratantes de garantizar la capacitación de los profesionales que atienden a las víctimas de la violencia, la puesta en marcha de programas de tratamiento para los autores de delitos de violencia doméstica y violaciones de la libertad sexual, así como la organización de acciones publicitarias para romper los estereotipos y garantizar el respeto a la diversidad.

Las disposiciones significativas para la protección de las víctimas exigen que los Estados miembros intensifiquen su atención en materia de apoyo a las víctimas. El artículo 40 establece específicamente que, en el caso del acoso sexual, "las partes adoptarán las medidas legislativas o de otra índole necesarias para garantizar que cualquier forma de conducta sexual indebida, verbal o no verbal, que pretenda atentar contra la dignidad de la persona, específicamente en caso de creación de un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo, sea objeto de sanciones penales o de otra índole".

El 26 de marzo de 2019, la nueva ley número 4604 iniciada por el Ministerio del Interior se publicó en el Diario Oficial de la República Helénica. Su primera parte (artículos 1 a 30) está dedicada a las cuestiones de igualdad sustantiva entre los géneros y violencia sexual y de género. Sus características básicas se pueden resumir como sigue:

1) Esta ley constituye un marco jurídico integral sobre la igualdad de género y la eliminación de discriminaciones contra las mujeres. El género femenino no se considera una "categoría especial" o un "grupo vulnerable" y todas las disposiciones están en consonancia con la Constitución, las directivas de la Unión Europea, los convenios internacionales ratificados por el Estado griego, así como el derecho de familia, el derecho laboral y el derecho de seguridad social de Grecia.

2) Se aclaran expresamente todas las nociones básicas, los mecanismos, las instituciones y las partes interesadas, a fin de aplicar el principio de igualdad de trato entre los sexos, la integración de la perspectiva de género y la formulación de una red de estructuras permanentes en todo el país para la prevención y la eliminación de la violencia contra las mujeres.

3) Se institucionaliza la red panhelénica de lucha contra la violencia sexual y de género proporcionada por la Secretaría General para la Igualdad de Género y los municipios (centros de asesoramiento, albergues, una línea de atención telefónica SOS 15900 que funciona las 24 horas del día).

4) Se anima a las empresas públicas y privadas a elaborar y aplicar "Planes de Igualdad" con objetivos, estrategias y prácticas específicos, y la Secretaría General para la Igualdad de Género del Ministerio del Interior puede otorgarles "Etiquetas de Igualdad" como recompensa por su compromiso en favor de la igualdad de trato y de oportunidades para sus empleados y empleadas.

5) El uso de un lenguaje no sexista en los documentos oficiales se incorpora como una tarea distintiva de la administración pública. El griego, al igual que otras lenguas europeas (por ejemplo, francés, italiano, español), se caracteriza por el uso de sustantivos y adjetivos masculinos y femeninos. La tendencia ha sido utilizar el sustantivo masculino de forma colectiva cuando se refiere a ambos sexos, a pesar de que esta práctica implica claramente una discriminación de género. Por ejemplo, en inglés existe la palabra "students" que abarca tanto a niños como a niñas, pero en griego existe la palabra" μαθητές" para los niños y "μαθήτριες" para las niñas.

6) Se institucionaliza el sistema de una cuota del 40% a favor de las mujeres para las listas de candidaturas en cada prefectura electoral en las elecciones parlamentarias. Se trata de una medida clara destinada a potenciar el papel de la mujer en la adopción de decisiones políticas. Cabe señalar que ya se ha establecido la misma cuota aumentada para las elecciones a las autoridades locales (regiones y municipios). Además, la ausencia de un sistema de cuotas en la composición de los Consejos de la Administración Pública conllevará sanciones legales.

7) Se crea una Oficina de Igualdad Autónoma en cada una de las 13 regiones del país, la Unión Central de Municipios Griegos y la Unión de Regiones Griegas, y se han mejorado los Comités de Igualdad Municipales y Regionales.

8) Se han establecido disposiciones especiales en el ámbito crucial de la educación (enseñanza primaria, secundaria y superior) con el fin de eliminar los estereotipos de género y promover actitudes saludables entre los futuros ciudadanos y ciudadanas.

9) Asimismo, se establece el principio de integración de la perspectiva de género en los ámbitos de la salud y la solidaridad social (por ejemplo, prestando especial atención a la situación y las necesidades de los colectivos vulnerables de mujeres), y se concede un permiso especial de siete días laborables a las empleadas que asisten a programas prescritos de tratamiento de fertilidad con apoyo médico.

10) En los medios de comunicación y la publicidad se activan disposiciones especiales contra los estereotipos de género y la discriminación.

En materia penal, el acoso sexual puede ser enjuiciado como delito de ofensa a la dignidad sexual en virtud del artículo 337 del Código Penal (Ley 4619/2019, A 95/11-6-2019), que establece:

"1. Quien ofenda brutalmente el honor de otra persona con gestos sexuales, con proposiciones relacionadas con actos sexuales, con actos sexuales realizados frente a otra persona o con la exhibición de sus genitales, será castigado con pena de prisión de hasta un año o multa. El enjuiciamiento requiere una denuncia.

3. El adulto que, a través de Internet u otros medios de comunicación o tecnologías de la información, se ponga en contacto con una persona menor de quince años y, con gestos o sugerencias, insulte el honor de un menor en el ámbito de su vida sexual, será castigado con pena de prisión de al menos dos años. Si se produce un encuentro, el adulto será castigado con una pena de prisión de al menos tres años.

4. Quien realice gestos sexuales o proponga relaciones sexuales a una persona que dependa de ella para trabajar o se aproveche de la necesidad de trabajar de una persona, será castigado con pena de prisión de hasta tres años o multa. El enjuiciamiento requiere una denuncia".

Organismos competentes en Grecia

Defensor del pueblo

El Defensor del pueblo es un órgano designado para supervisar y promover la aplicación, en los sectores público y privado, del principio de igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres. Una innovación importante de la Ley 3896/2010 es la disposición del párrafo 7 del artículo 25, que estipula que, especialmente y solo cuando reciba denuncias de discriminación por razón de sexo, el Defensor del Pueblo ya no detendrá la investigación si la persona afectada acude a los tribunales, sino que continuará el esfuerzo de mediación para resolver la cuestión hasta la primera vista del caso o hasta que se considere una solicitud de protección judicial temporal.

Secretaría General de Demografía y Política Familiar e Igualdad de Género

La Secretaría General para la Igualdad de Género tiene la responsabilidad de las cuestiones de acoso sexual y, como órgano gubernamental competente para diseñar, aplicar y supervisar las políticas nacionales de igualdad de género, ha establecido la lucha frente a la violencia contra las mujeres entre sus objetivos estratégicos. El Programa Nacional para Prevenir y Combatir la Violencia contra las Mujeres se aplica

desde 2010, cuando adquirió por primera vez una forma integral y coherente; se ocupa de todas las formas de violencia contra las mujeres (violencia doméstica, acoso sexual, violación, trata, etc.).

3.1.2 PORTUGAL

En Portugal, aunque el maltrato conyugal estaba presente en los documentos jurídicos desde hacía decenios, esta forma de violencia solo se reconoció oficialmente como delito y problema social en la década de 1980, con la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1980 (que entró en vigor en septiembre de 1981).

Sin embargo, la violencia en el hogar no se tipificó como delito de interés público hasta el año 2000 (reforzado en 2007 por los cambios introducidos en el Código Penal), que hacía hincapié en la desigualdad de género. En la actualidad, la VG plantea un grave problema en la sociedad portuguesa, debido al alarmante número de feminicidios y a los retrocesos en los problemas que afrontan las mujeres.

Portugal fue un país pionero en reconocer la violencia contra las mujeres y en considerar el maltrato como delito público en el Código Penal (1982). También hay otras leyes que se aplican a delitos contra la integridad física y sexual de la persona, incluida la violación, el abuso sexual infantil y las "burlas" sexuales[1].

Algunos de los avances en servicios jurídicos y públicos para las mujeres son el resultado del Convenio de Estambul (2011, ratificado por Portugal en febrero de 2013), así como la creciente conciencia pública de que la prevención de la VG debe considerarse una prioridad.

Los sucesivos gobiernos portugueses han asignado fondos a proyectos (nacionales e internacionales) en materia de prevención de la violencia de género y doméstica, principalmente desde 2001, cuando se aplicó la legislación sobre la red de apoyo a las víctimas de la violencia doméstica. Desde 1999 se han aprobado y aplicado en Portugal un total de cinco Planes Nacionales, que son instrumentos de orientación para la elaboración de políticas destinadas a prevenir e intervenir en el ámbito de la violencia doméstica.

La Secretaría de Estado para la Ciudadanía y la Igualdad (SECI) y la Comisión de Ciudadanía e Igualdad de Género (CIG) son responsables de su diseño, aplicación y seguimiento.

Más recientemente, el Decreto Ley 112/2009, de 16 de septiembre, representa un avance esencial en la lucha contra la VG en Portugal. Arroja luz sobre la prevención de la violencia doméstica según la definición portuguesa, ofreciendo protección y asistencia a muchas víctimas de esta atroz forma de violencia.

Esta ley establece una serie de medidas, entre las que destaca la provisión de derechos a las víctimas, garantizando una protección rápida y efectiva. En 2015 se creó el Estatuto de la Víctima (Ley 130/2015) para dotar a las mujeres de una serie de herramientas como medio para cumplir los derechos de las víctimas, por ejemplo,

la información sobre procesos judiciales o los servicios y las organizaciones donde pueden encontrar ayuda. En virtud de estas disposiciones, las víctimas especialmente vulnerables (incluidas las mujeres con DI) tienen derecho a una protección especial por parte del Estado.

Aunque Portugal está allanando el camino hacia la consolidación de los derechos y la ampliación de la protección de las mujeres víctimas de la violencia, todavía quedan por cubrir algunas lagunas importantes. El informe de referencia del Grupo de Expertos sobre la Acción frente a la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (GREVIO)[2] alentó a las autoridades portuguesas a

"a) desarrollar estudios y datos sobre VG que afectan a colectivos de mujeres discriminadas o en riesgo de serlo, como las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, las mujeres de minorías étnicas, incluidas las mujeres romaníes, **las mujeres con discapacidad**, las mujeres de la comunidad LGBTI, las mujeres de las zonas rurales y las mujeres que ejercen la prostitución;

b) integrar la perspectiva de esos colectivos en el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas integrales y coordinadas para **prevenir y combatir la violencia contra las mujeres**;

c) incorporar la prevención y la lucha frente a la violencia contra las mujeres en las políticas y los programas adaptados a las **necesidades específicas de esos grupos**". (pág. 14)

En el mismo informe también se destaca la importancia de contar con un servicio de apoyo a las víctimas más amplio desde el punto de vista de la multidisciplinariedad, que permita el desarrollo de respuestas especializadas, sobre todo para mujeres en condiciones especiales de vulnerabilidad.

Así, GREVIO alienta a las autoridades portuguesas a "revisar los niveles de gasto para subsanar las deficiencias existentes en la prestación de servicios de apoyo especializado a las víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres, incluidos los colectivos más vulnerables, como las niñas, las mujeres mayores, las mujeres con discapacidad, las mujeres de minorías étnicas (incluidas las mujeres romaníes) y las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo" (pág. 30).

[1] Que incluye algunos comportamientos de acoso sexual.

[2] Informe completo disponible en: https://rm.coe.int/grevio-reprt-on-portugal/168091f16f

3.1.3 ESPAÑA.

En España, el eje central del ámbito legislativo que regula el ordenamiento jurídico del país en materia de igualdad lo constituyen la Constitución Española, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra VG,

la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres y el Pacto de Estado contra la VG.

En virtud del artículo 14, la Constitución Española (CE. BOE, 29 de diciembre de 1978, nº 311) reconoce el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres bajo el principio establecido de no discriminación por razón de sexo: "Los españoles son iguales ante la ley, sin discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". El artículo 15 reconoce que "toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que pueda ser sometida en ningún caso a torturas ni tratos o penas inhumanos o degradantes [...]". Asimismo, el artículo 9.2 establece que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de la persona y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; eliminar los obstáculos que impidan u obstaculicen su cumplimiento [...]".

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la VG (BOE, 29 de diciembre de 2004, n° 313) tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de discriminación, resulta de la situación de desigualdad y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres ejercidas sobre ellas por quienes son o han sido sus cónyuges o por quienes están o han estado vinculados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia (Art.1.1). Esta ley incluye cualquier acto de violencia física o psicológica como VG, incluyendo los ataques a la libertad sexual, las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad (Art. 1.3).

A partir de esta ley se establecen una serie de medidas de protección integral destinadas a prevenir, sancionar y erradicar este tipo de violencia y brindar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores de edad y a los menores bajo su tutela o guarda y custodia. Asimismo, esta ley recoge los derechos de las mujeres víctimas de VG (Título II) en relación con el derecho a la información, la asistencia social integral y la asistencia jurídica gratuita (Capítulo I), los derechos laborales y las prestaciones de la Seguridad Social (Capítulo II), los derechos de los funcionarios públicos (Capítulo III) y los derechos económicos (Capítulo IV).

Esta ley contempla la Tutela Institucional (Título III), estableciendo mecanismos de coordinación entre los agentes implicados en combatir la violencia de género, con la creación de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia contra la Mujer (Art.29), el Observatorio Estatal contra la Violencia sobre la Mujer (Art. 30) y unidades especializadas en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para la prevención de la VG y el control de la ejecución de las medidas judiciales adoptadas (Art. 31).

Además, con esta ley se prevé la Protección Judicial (Título V) con la creación de Juzgados de Violencia contra las Mujeres (Capítulo I), garantizando la formación especializada de los profesionales. También se crean el Ministerio Fiscal (Cap. V. Art. 70) y las Secciones de Violencia contra las Mujeres (Art. 71) en cada Fiscalía de los Tribunales Superiores de Justicia y las Audiencias Provinciales (Art. 72).

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (BOE, 23 de marzo de 2007, nº 71), tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación contra la mujer, cualquiera que sea su circunstancia o condición, en cualquier ámbito de la vida y, en particular, en los ámbitos político, civil, laboral, económico, social y cultural [...] (Art.1).

Esta ley establece el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres, que supone la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo y, especialmente, la derivada de la maternidad, la asunción de obligaciones familiares y el estado civil (Art. 3).

Esta ley introduce modificaciones en la legislación sobre acoso sexual y acoso por razón de sexo (Título I. Art. 7), entendiendo por acoso sexual cualquier comportamiento verbal o físico de carácter sexual que tenga por objeto o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. Mientras que el acoso por razón de sexo se entiende referido al mismo tipo de comportamiento, pero realizado en función del sexo de una persona.

Además, contempla la discriminación por embarazo o maternidad, es decir, todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad constituye una discriminación directa por razón de género (Art. 8).

Esta ley recoge las consecuencias jurídicas de los actos discriminatorios, de manera que los actos y las cláusulas de las empresas jurídicas que constituyan o sugieran discriminación por razón de sexo se considerarán nulos y generarán la exigencia de responsabilidades mediante un sistema de reparaciones o indemnizaciones que sea real, efectivo y proporcional al daño sufrido [...] (Título I. Art.10). En aquellos procedimientos en los que se demande a una empresa por actos discriminatorios por razón de sexo, corresponderá al demandado probar la ausencia de discriminación [...] (Título I. Art.13.1).

Asimismo, se establecen medidas para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo mediante la creación de planes de igualdad en las empresas y otras medidas de fomento de la igualdad, promoviendo la prevención y la sensibilización, así como reformas a la Ley del Estatuto de los Trabajadores en esta materia.

En 2017 se aprobó el Pacto de Estado contra la VG (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2017) con el objetivo de eliminar cualquier tipo de violencia contra las mujeres y defender sus derechos y libertades fundamentales.

A través de la Delegación del Gobierno para la VG, el Gobierno central impulsa medidas para desarrollar el Pacto en coordinación con todos los Ministerios y Organismos Autónomos dependientes, así como con las Comunidades Autónomas y

Entidades Locales representadas por la Federación Española de Municipios y Provincias.

Se trata de un compromiso de todos los partidos políticos e instituciones plasmado en una serie de medidas que afectan a los ámbitos de sensibilización y prevención; mejora de la respuesta institucional; mejora de la asistencia, ayuda y protección a las víctimas; asistencia y protección a los menores; promoción de la formación de los diferentes agentes; seguimiento estadístico; recomendaciones a las Administraciones Públicas y otras instituciones; visualización y atención a otras formas de violencia contra las mujeres; compromiso económico y seguimiento del pacto.

4. RESUMEN DEL INFORME DE ANÁLISIS DE NECESIDADES ATHENA

La violencia de género contra las mujeres (VGCM) es un término general que engloba varias formas de abuso que afectan a las mujeres y las niñas de manera desproporcionada, como la violación, la explotación sexual, el acoso sexual, la mutilación genital femenina y la violencia doméstica. La violencia de género contra las mujeres es una forma generalizada de vulneración de los derechos humanos que afecta a 1 de cada 3 mujeres en todo el mundo (OMS, 2013). El riesgo cotidiano afecta en particular a las mujeres con discapacidad, ya que la evidencia muestra que los abusos son más frecuentes contra este colectivo vulnerable (ADF, 2014; Dunkle, Van Der Heijden, Stern y Chirwa, 2018).

Como un tipo de VGCM, la violencia doméstica es una de las formas más prevalentes de violencia contra las mujeres en todo el mundo (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2005; Alhabib, Nur y Jones, 2010). Sus orígenes están estrechamente relacionados con la desigualdad entre géneros y la dominación masculina sobre las mujeres (Dobash y Dobash, 1979; Yodanis, 2004). Si bien la violencia doméstica no se limita solo a la violencia perpetrada a puerta cerrada, a lo largo de la historia, las mujeres han sido maltratadas por los hombres dentro de sus hogares debido a mitos anquilosados como el de las "familias ideales" y el del "mundo privado seguro e íntimo" (según referencia de Saraga, 2001). Algunos autores se refieren al abuso sistemático que sufren las mujeres como una forma de terrorismo (Pain, 2014) o terrorismo patriarcal (Johnson, 1995; Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006).

En muchos casos, las formas de abuso se superponen, y es común que una víctima de violencia de género experimente más de una forma de victimización al mismo tiempo, en la medida en que las consecuencias pueden ser aún más generalizadas para las víctimas (OMS, 2012). El maltrato puede menoscabar gravemente la salud física y mental de las víctimas, y dada su prevalencia y consecuencias, la violencia doméstica también se considera un problema de salud pública (Flury y Nyberg, 2010).

Pese a las diversas manifestaciones y dinámicas de esta forma de maltrato, la VGCM se utilizará para aludir únicamente a la violencia perpetrada contra las mujeres (y los hombres) con DI. En este sentido, es esencial mencionar que las mujeres con

discapacidad mental están igualmente expuestas a las mismas formas de violencia que las mujeres sin discapacidad identificada. Sin embargo, el "factor de vulnerabilidad adicional" (acuñado por Nosek, Foley, Hughes y Howland, 2001, pág. 186) crea algunas formas particulares de violencia que solo afectan a las mujeres con discapacidad, ya que están intrínsecamente relacionadas con sus limitaciones y necesidades de atención médica (Walter-Brice, Cox, Priest y Thompson, 2012).

Dicho esto, el proyecto ATHENA aborda la vulnerabilidad de las personas con discapacidad a convertirse en víctimas de abusos de violencia de género, incluida la violencia doméstica. Busca ofrecer recursos y herramientas a los profesionales que asisten a las víctimas con DI y empoderar a estas últimas para que mejoren su calidad de vida mediante el desarrollo de sus habilidades y capacidades. Esto plantea la necesidad de identificar realidades ocultas, abordarlas de manera profesional y eficaz, y minimizar cualquier victimización secundaria que las víctimas/sobrevivientes puedan sufrir durante el proceso.

Para lograr estos objetivos, se ha alcanzado el compromiso de elaborar contenidos para capacitar a los profesionales implicados en la atención a las víctimas de la violencia de género, desarrollar programas de formación para la prevención y diferentes pautas de actuación. También se ha previsto la aplicación de un nuevo método formativo para profesionales y talleres de prevención dirigidos a personas con discapacidad que puedan estar en riesgo de sufrir VGCM. Los beneficiarios directos e indirectos del proyecto serán mujeres y hombres con DI, profesionales (sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, policías, cuidadores) y otros (responsables políticos y público en general).

Se espera elaborar materiales de formación que puedan mejorar las competencias de los profesionales para la protección y el apoyo a las personas con DI. Otros objetivos de este proyecto son la capacitación de los profesionales y la creación de un manual de prevención y sensibilización sobre la violencia de género para los profesionales que trabajan con personas con DI.

Se prevé organizar varios talleres para personas con DI, y también elaborar una guía con recomendaciones sobre atención a las mujeres con discapacidad, víctimas de VGCM, que se incluirá en los protocolos de actuación ya establecidos por las autoridades competentes. Los resultados recopilados hasta el momento han contribuido a la elaboración de dos entregables: el Informe de Situación (IS), para el cual se realizó un estudio exhaustivo de la información sobre la violencia de género contra las personas con/sin discapacidad intelectual; y el Informe de Análisis de Necesidades (IAN), en el que se presentan conjuntamente los resultados y el análisis de los datos, incorporando información de todos los países implicados.

[21-40] UPORTO

Este análisis identifica los principales desafíos en cuanto a conocimientos y habilidades que se plantean los profesionales y cuidadores informales de personas con DI para apoyar con eficacia a este colectivo vulnerable.

5. DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN Y LA ATENCIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad constituye un factor de riesgo para la violencia doméstica, en particular los abusos y malos tratos sexuales, tanto en la población infantil como en la adulta. A pesar de la escasez de investigaciones sobre la materia, es un hecho sobre el que se empieza a tomar conciencia. Datos recientes de España (Martorell, Alemany, 2017) revelan que los y las menores con discapacidad tienen hasta siete veces más probabilidades de sufrir abusos que quienes no la tienen. En la actualidad no se dispone de datos similares sobre la situación portuguesa que permitan una comparación al respecto.

Tanto si se considera la prevalencia de estudios sobre maltrato y abuso entre la población en general como los que comparan su incidencia entre las personas con discapacidad con respecto a la población en general, se puede concluir que la no denuncia del delito sigue siendo la norma. Así se desprende del único estudio realizado en España que analiza las denuncias presentadas ante la Guardia Civil que afectan a personas con discapacidad (González, Cendra, Manzanero, 2013).

Parece que prevalecen diferentes sistemas de creencias cuando se trata de personas con discapacidad intelectual y maltrato y/o abuso:

- ✓ Los niños con DI son vistos como seres cognitivamente incompetentes e inmorales, que se inventan historias de maltrato para acaparar la atención de los adultos, o como criaturas eróticamente seductoras.
- ✓ La equiparación de las personas con DI a los menores (siguen siendo vistos como "niños eternos") (Losada, 2019).
- ✓ **Otro mito es que las personas con DI son problemáticas. No pueden asumir la responsabilidad de sus vidas, carecen de sexualidad o, por el contrario, son escandalosamente sexuales por naturaleza. Todo ello contribuye al alarmante hecho de que sus testimonios se consideren menos creíbles que los de la población general.**
- ✓ El miedo a que no se les crea es uno de los factores que hace que el maltrato quede en secreto, por no hablar del desconocimiento de lo que significa el maltrato, la imposición de la ley del silencio, las amenazas del agresor, la vergüenza o la incapacidad de expresar lo que ha sucedido. Por eso, la capacidad de la familia directa o del cuidador profesional para saber detectar e intervenir cuando una persona con DI está siendo maltratada es crucial (Del Moral, 2001).

La detección temprana puede evitar un desequilibrio grave en la salud mental de la persona, pero es una tarea compleja. Cómo actúa el profesional o la familia en el momento de la revelación es clave. Cuando se cuenta el relato, debe cotejarse

adecuadamente mientras los oyentes muestran que están cerca y escuchando de forma activa, aunque manteniendo la distancia suficiente para no enturbiar el testimonio dado, que les permita actuar de una manera no crítica frente a lo que están escuchando. La coordinación con los expertos es necesaria, porque las consecuencias derivadas de la evaluación pueden ir desde el alejamiento de la persona de su situación familiar hasta la denuncia y el enfrentamiento a un proceso judicial. Todas ellas implican el riesgo de una segunda victimización, que solo se puede prevenir con un esfuerzo ampliamente coordinado entre los familiares, los profesionales que prestan atención directa a la víctima y los expertos. (Alemany, 2012) Juntos han de aplicar medidas correctas para lograr una recogida efectiva de pruebas y testimonios. Así se facilitará el enjuiciamiento del delito y se garantizarán los derechos de la víctima durante los trámites policiales y judiciales.

Los agentes policiales y judiciales son figuras clave en este proceso. No obstante, en ocasiones carecen de formación y experiencia en entrevistar a personas con DI. Es habitual ver en ellos:

i) impaciencia y falta de atención cuando las personas con DI prestan sus declaraciones,

ii) sentimientos de lástima y aflicción, que a su vez pueden impedir un examen apropiado de sus declaraciones,

iii) otra dificultad que encuentran quienes entrevistan a personas con DI es la confusión que suscita en la persona con DI lo que desea saber exactamente el entrevistador. No tener claro lo que el interlocutor quiere decir hace que el nivel de detalles obtenidos tiende a ser insuficiente y, en muchos casos, está condicionado por el tipo de preguntas (más cerradas e íntimas).

Por todas estas razones, es esencial que cuidadores directos informales y profesionales o personas de confianza acompañen activamente a la persona con discapacidad intelectual (PDI) víctima de maltrato en su paso por el sistema policial y judicial, de manera que se faciliten todos los mecanismos de apoyo necesarios y se exijan todas las adaptaciones pertinentes (Alemany, 2012).

Este Módulo está diseñado para proporcionar algunos recursos clave a todos aquellos familiares, cuidadores, profesores, instructores, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, etc., que viven y trabajan con PDI. Estos recursos pueden permitirles responder al reto de un posible maltrato o abuso, ayudar en la revelación del caso y acompañar a la PDI en su paso por los servicios sociales y jurídicos.

5.2. DETECCIÓN

Los profesionales y los familiares no deben limitarse a considerar que una persona con DI puede ser víctima de abuso o maltrato únicamente en los casos en que haya confidencias o revelaciones directas de esa persona, sobre todo porque, ahora más que nunca, los menores y adultos con discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir maltrato, y porque los mitos asociados a la discapacidad han impedido durante mucho tiempo que se preste más atención a las señales, a los indicadores y a la presencia de síntomas acompañantes (Martorell, Alemany, 2011).

Los indicadores hacen referencia a:

→ hechos observables que apuntan a un probable abuso o maltrato (restos de fluidos corporales o signos físicos en los genitales, fracturas o hematomas).

Los síntomas hacen referencia a:

→ posibles consecuencias psicológicas que el abuso o maltrato puede tener en la persona, pero en ningún caso son las únicas, dado que no existe un síndrome asociado al abuso.

Los factores que condicionan el impacto que el maltrato tiene en la persona pueden variar dependiendo de:

i) tipo de maltrato;

ii) relación con el agresor;

iii) apoyo familiar tras la revelación;

iv) consecuencias derivadas del paso por el sistema judicial. El impacto de este último puede manifestarse de muchas maneras.

Los síntomas de maltrato que suelen aparecer con mayor frecuencia son:

- ✓ Presencia de problemas conductuales (alteración del comportamiento) relacionados con apegos desorganizados;
- ✓ Trastorno de estrés postraumático, que se manifiesta con frecuencia en forma de trastorno del comportamiento, especialmente en personas con DI grave;
- ✓ Ansiedad;
- ✓ Depresión (rechazo constante de la persona);
- ✓ Conducta sexualizada anormal;
- ✓ Problemas de aprendizaje que, como es de esperar en el grupo que nos ocupa, apenas se detectan, ya que con frecuencia se asocian al propio diagnóstico de DI;
- ✓ Problemas de autoestima.

En relación con esto último, sorprende el demasiado frecuente "efecto eclipse" (la tendencia del clínico a atribuir la DI como causa de los síntomas psiquiátricos eclipsando la presencia de enfermedad mental) entre las personas con DI.

Por este motivo, la hipótesis de la discapacidad acaba tomando protagonismo (Martorell, 2008).

Siguiendo su metaanálisis sobre el impacto del abuso sexual infantil, Kendall-Tackett et al. mostraron con claridad que los niños y niñas abusados sexualmente presentan más síntomas que los no abusados, pese a que la presencia de estos es muy heterogénea. Sin embargo, los niños y niñas abusados sexualmente no presentaron más síntomas que otros niños sintomáticos que acudieron a una clínica por otros motivos, salvo en los casos de trastorno de estrés postraumático y conducta sexualizada.

La ausencia de síntomas asociados al abuso y maltrato no debe restar credibilidad a las alegaciones de la presunta víctima, del mismo modo que la ausencia de expresión emocional no significa que los hechos no hayan ocurrido. Por lo tanto, tener en cuenta estas consideraciones en el contexto de la revelación es un requisito necesario si se desea actuar de forma responsable.

El efecto eclipse mencionado se refiere al fenómeno por el cual los síntomas psiquiátricos pueden pasar desapercibidos cuando una persona presenta DI o deterioro cognitivo al mismo tiempo que una enfermedad mental (Martorell et al., 2011)

5.3. Contexto de la revelación

Cuando se produce una revelación espontánea de una situación de maltrato, será preciso actuar para hacer una adecuada valoración de los hechos y, dado el caso, proteger a la persona. Es importante atender a la persona sin cuestionar la veracidad de sus declaraciones (Manzanero, Recio, Alemany, 2013).

La actitud inicial del destinatario de la información no debe ser:

- ☹ de incredulidad, ni tampoco conviene dar credibilidad acrítica a estas verbalizaciones.

Más bien:

- ☺ se debe escuchar a la persona y tratar de corroborar que los hechos descritos ocurrieron en realidad. Para ello, en la mayoría de los casos se requiere la participación de especialistas en la evaluación del maltrato, ya que este tipo de actos constituyen un delito, y ellos pueden contribuir a los procesos de investigación posteriores. La indicación al oyente es mostrar una actitud de escucha activa, no mostrando conmoción sino empatía, dejando que la persona se exprese con libertad el tiempo que necesite, es decir, sin interferir;
- ☺ actuación responsable, que incluye una valoración adecuada de la revelación del maltrato y que requiere, en la mayoría de los casos, la planificación de las entrevistas de evaluación necesarias por expertos en la materia, como se detalla en los apartados siguientes.

.

Existe el riesgo de que, para verificar la veracidad de lo dicho, se le pida repetidamente a la persona que repase cómo ocurrieron los hechos. Esto constituye una práctica profesional inadecuada, pues implica una interferencia con posibles

recuerdos de los hechos, en particular con las PDI, mediante reinterpretaciones, y podría conducir a que sus posteriores declaraciones no se tengan en cuenta durante el proceso judicial.

Cuando se ha hecho una declaración espontánea sobre un posible maltrato, se puede realizar una entrevista de evaluación. Hay una serie de principios generales (Manzanero, Recio, Alemany, 2013) que se deben contemplar al realizar tales entrevistas, cuyo objetivo principal será comprender el malestar que la persona está expresando, no confirmar el maltrato. Estos principios son:

• La víctima debe tener confianza en la persona que la entrevista, que ha de estar capacitada en este tipo de técnica de entrevista, o, al menos, conocer las etapas clave del proceso.

• El hecho del abuso o maltrato nunca se debe sugerir específicamente.

• Se utilizarán a ser posible preguntas abiertas. Solo cabe emplear preguntas cerradas en casos estrictamente necesarios, cuando la persona tenga limitaciones de comunicación considerables.

• Se debe grabar toda la entrevista. Para que el proceso sea accesible, conviene adaptar el lenguaje y apoyar a la persona para asegurar que entiende la entrevista por completo.

Tener un registro meticuloso tanto de las verbalizaciones como de las sospechas puede resultar muy útil si en efecto se está produciendo o se ha producido una situación de maltrato. Toda esta información puede servir para la posterior actuación de profesionales policiales, judiciales, sanitarios, forenses o clínicos, además de evitar que la víctima deba repetir su testimonio.

Si la persona que custodia la revelación o sus cuidadores de referencia no está acostumbrados a este tipo de entrevista de evaluación, o se sienten abrumados por el contenido de la revelación, es mejor no apresurarse a realizar la entrevista de evaluación y en su lugar consultar a un especialista.

La consulta con especialistas o facilitadores es fundamental (Martorell, Alemany, 2017) en aquellos casos en los que se requiere un trabajo previo de diseño y despliegue de mecanismos de apoyo a la entrevista, ante una merma de capacidades que pueda afectar a cualquier testimonio prestado.

Una vez que el profesional está convencido de que podría haber una situación de riesgo o abuso, deberá actuar, a pesar de las dudas o temores que pueda tener al respecto. La intervención profesional debe caracterizarse por ser responsable, y eso supone evaluar todas las variables que puedan condicionar la toma de decisiones.

5.4. Reconocimiento

La complejidad de cualquier caso de abuso o maltrato cometido contra un adulto con DI (para casos de abuso cometidos contra menores con DI no hay diferencia en

cuanto a las acciones que cabe emprender para proteger a los menores en riesgo) requiere saber actuar de manera responsable y conocer las variables que condicionarán tanto la evaluación profesional como el desempeño.

5.4.1 Tipo de maltrato: intrafamiliar o extrafamiliar

Comprender el contexto en el que se produce la violencia es un elemento fundamental para evaluar el caso. Evidentemente, un caso de abuso sexual en el que el perpetrador es un extraño que agrede a la víctima es completamente distinto de un caso de abuso sexual en el que el autor es un familiar, un cuidador o un progenitor. Lo mismo se puede decir de otros tipos de VG.

El hecho de que sea un tipo de abuso u otro nos movilizará a involucrar a los familiares de la víctima desde el principio o, al contrario, a ser cautelosos con lo que les decimos exactamente. Por lo tanto, la regla general será la siguiente:

A) Si el maltrato es cometido por una persona conocida o desconocida de fuera de la familia, las actuaciones se llevarán a cabo en coordinación con la familia desde el principio, contrastando la respuesta profesional con la respuesta de la familia a la revelación, y decidiendo con ellos los siguientes pasos.

B) Si el maltrato es cometido por un familiar con quien convive la persona con DI que revela el delito, prevalecerá el deber del profesional de proteger a la víctima sin involucrar al presunto agresor en las evaluaciones y actuaciones pertinentes. Tampoco participarán en el procedimiento los familiares si está en duda su capacidad para mantener la confidencialidad de la evaluación (Cirillo, 2013).

Diferentes tipos de maltrato determinan distintas dinámicas relacionales (Barudy, 1998):

- Abuso sexual **extrafamiliar**: aquí el agresor, dependiendo de si es conocido o desconocido para la víctima/familia, actuará de acuerdo con diferentes tipos de conducta:

  i) Un agresor desconocido actuará ejerciendo fuerza y disfrutará del sufrimiento de la víctima. El grado de sufrimiento de la víctima dependerá del contexto y el alcance de la agresión.

  ii) Por otro lado, un agresor conocido se ganará la confianza del círculo familiar y trabajará para manipular desde dentro. Actuará desde una posición de autoridad.

- Abuso sexual **intrafamiliar**: se refiere a aquellos casos en los que el agresor es un pariente. Las personas que han sufrido abuso sexual por parte de su progenitor no solo son maltratadas por alguien de quien dependen vitalmente, sino que les resulta difícil entender lo que sucede como una forma de violencia o un abuso de poder por parte del adulto. Por ejemplo, si el abuso sexual es perpetrado por la misma persona que realiza los cuidados de higiene (como puede ocurrir con las personas con un mayor nivel de dependencia), la

capacidad de distinguir los actos sexuales de las tareas de aseo puede ser muy difícil.

Es útil conocer la dinámica bajo la cual todo tipo de VG es perpetrado por un familiar o una persona conocida y de confianza de la víctima o un pariente. Esto permite un posterior análisis adecuado de la validez del testimonio de la víctima, y la identificación de todas las dinámicas que subyacen al establecimiento de una relación abusiva de esta índole, y que una persona con DI difícilmente podría inventar (ver tabla inferior).

No identificar estas dinámicas relacionales puede llevar al entrevistador a reducir la credibilidad del testimonio de la víctima, a considerar que hay una falta de emotividad en el relato.

Hay diferentes fases en el reconocimiento, y es útil identificar en qué etapa se encuentra actualmente la víctima (Rivera, 2020):

i) Fase de seducción: manipulación de la confianza y la dependencia de la víctima. Incitar a la víctima a participar en juegos eróticos, preparando el espacio físico donde ocurrirá el maltrato.

ii) Fase de interacción sexual abusiva: proceso gradual y progresivo. Exhibicionismo, caricias con intenciones sexuales, masturbación, felación, penetración, exposición a material pornográfico/sexualmente explícito.

iii) Secretos: el maltratador impone la ley del silencio, la persona maltratada solo puede adaptarse a la situación; los familiares están ausentes o son cómplices.

iv) Revelación: accidental o premeditada.

Si la víctima pertenece una familia "sexualmente abusiva" en la que los progenitores se convierten en cómplices directos o indirectos del maltratador, tras la revelación del abuso puede aparecer una fase en la que la familia busca reequilibrarse de forma desesperada, convenciendo a la víctima de que lo que sucedió no fue real o no tuvo importancia.

Algo similar puede suceder en aquellas instituciones en las que el abuso sexual es cometido por un cuidador de la persona con DI. En estos casos:

- la víctima no quiere "arriesgarse" a denunciarlo;
- la víctima no quiere experimentar no ser creída por las partes institucionales al compartir la situación, estableciendo así un nuevo "pacto de silencio";
- la víctima no quiere arriesgarse a escuchar que lo ha soñado. Por contra, si nos encontramos en un contexto protector, la revelación les llevará de forma inevitable a valorar una posible denuncia.

5.4.2 Causa penal: un delito contra la libertad sexual o un delito de violencia doméstica o de género

A) Si el delito es abuso o agresión sexual, estamos ante un delito semipúblico, por lo que la víctima es la única persona que puede decidir si presenta una denuncia.

B) Cuando la violación se produce en la esfera privada de la víctima, corresponde a esa persona encontrar la facultad de hacerla pública.

C) Sin embargo, si el delito es violencia doméstica o de género (incluyendo la agresión habitual ejercida por miembros del hogar de la víctima, por sus parejas o ex parejas, así como por profesionales que actúan como sus tutores), estamos ante un delito público y cualquier persona que lo presencie debe presentar una denuncia (para más información, consulte el módulo 3, apartado 3).

5.4.3. ¿Está la persona legalmente incapacitada?

Si la víctima está incapacitada, las medidas judiciales deben emprenderse en coordinación con el tutor, que tiene derecho a estar presente en las diferentes actuaciones policiales y judiciales que se lleven a cabo con la víctima. Cabe tener en cuenta que el hecho de tener el derecho a estar presente en el momento de la denuncia no implica que cualquier persona con discapacidad, esté o no legalmente incapacitada, tenga capacidad para denunciar (ver cuadro a continuación).

Si el tutor es el presunto agresor, cualquier actuación judicial se iniciará con la notificación al Ministerio Fiscal de la situación de desamparo de la víctima y la solicitud de una orden de protección con todas las medidas necesarias.

5.4.4. Tiempo transcurrido desde la comisión del delito

Si la agresión o abuso sexual se ha cometido en las últimas 72 horas:

a) El médico forense tiene la posibilidad de preservar las pruebas.

b) Así, en la mayoría de los protocolos actuales de intervención por abuso sexual, es imprescindible haber presentado una denuncia, ya que los recuerdos están en un estado de cambio continuo (Baddeley, Eysenck y Anderson, 2010).

c) Prevalecerá la intervención rápida. Esto significa ayudar a la persona a decidir si desea denunciar el caso y, en caso afirmativo, acompañarla urgentemente al servicio especializado de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para luego ser valorada por el médico forense.

Si el abuso o la agresión sexual no se ha cometido en las últimas 72 horas:

a) No habrá posibilidad de recoger muestras.

b) Con todo, en estos casos se pueden recoger otras pruebas médicas (por ejemplo, enumeración de las lesiones), así como obtener declaraciones, para lo cual será indispensable la intervención de expertos en la materia.

5.4.5. ¿Se requiere una intervención sanitaria de urgencia?

Cuando se requiere una intervención sanitaria de urgencia, es obligación del profesional trasladar a la víctima a los servicios sanitarios correspondientes.

Los protocolos nacionales de actuación sanitaria frente a la VG (2012) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (incluyendo las agresiones sexuales) establecen "que los impactos psicológicos que sufre la mujer [o la víctima] deben reducirse al mínimo posible tras la agresión.

→ Así pues, no solo está justificado, sino que se recomienda que la valoración ginecológica y el examen forense se realicen en un solo acto, independientemente de las actuaciones sanitarias y periciales, para que no sea necesario un nuevo examen.

→ Por ello, dado que no existe ningún impedimento legal o ético, sino todo lo contrario, para que los exámenes en casos de agresión sexual se realicen de forma simultánea y coordinada, es necesaria la comunicación inmediata por teléfono con el Abogado de guardia. Este acordará entonces la asistencia del médico forense o encomendará al médico de guardia la recogida de muestras de interés legal".

5.4.6. Si la víctima tiene capacidad para decidir sobre la denuncia

Antes de activar el proceso de denuncia, es importante evaluar si la persona con DI puede decidir si desea denunciar el incidente. Esta evaluación requiere considerar que una persona con DI tiene la capacidad de decidir denunciar si:

• Es mayor de edad;

• Comprende las consecuencias derivadas de la denuncia (positivas y negativas);

• No ha sido coaccionada, presionada o amenazada para hacerlo;

• Conoce lo que significa denunciar o entiende la idea si un adulto responsable le informa de ello;

Si la víctima no pudiera decidir sobre el proceso de la denuncia:

- Se le debe proporcionar todo el apoyo necesario para que pueda decidir si desea denunciar el incidente. Al margen de cualquier duda, el apoyo siempre beneficiará a las víctimas para afrontar la investigación policial (Contreras, 2015);
- En los casos en que se hayan agotado todos los recursos para implementar el apoyo para que puedan decidir, sus familiares y profesionales decidirán bajo el principio del interés superior de la víctima.

Se habrán considerado las consecuencias que puedan derivarse de la denuncia y se garantizará que la víctima no tenga contacto con el presunto agresor en el momento de la denuncia.

Si el presunto agresor es el tutor o cuidador de la víctima y vive con él, antes de presentar la denuncia, deberán permitirse las condiciones para garantizar que se tomen todas las medidas de protección necesarias:

Las medidas de protección deben acordarse siempre con la persona afectada (Contreras et al., 2015), ofreciendo todo el apoyo necesario, y sin precipitar una actuación profesional que vulnere el derecho a decidir de la víctima.

5.5. Prestación del apoyo a la denuncia y al proceso judicial

Ante la declaración de un abuso cometido contra una persona con DI, existe toda una serie de mecanismos de apoyo que se le pueden brindar a la hora de enfrentarse al proceso policial y judicial (Recio, Alemany, Manzanero, 2012):

• Ofrecer todas las explicaciones necesarias que (1) permitan a la persona entender qué es una denuncia, (2) porqué cabe denunciar, (3) qué va a suceder en la comisaría, (4) porqué la policía va a hablar con ella y (5) porqué es importante que diga la verdad. Para ello, se puede utilizar material de fácil lectura para personas con DI.

• Es esencial que la persona sea capaz de anticipar lo que va a pasar y que, antes de ir a presentar la denuncia, se hayan abordado todos sus temores (por ejemplo, el miedo a no saber qué responder, el miedo a no entender las preguntas, el miedo a que el agresor se entere, el miedo a volver a verle, el miedo a que no le crean, el miedo a volver a casa si confiesa lo ocurrido, el miedo por otras personas que pueden estar en riesgo, etc.).

→ Abordar estos temores de ninguna manera implica preparar la declaración mediante ensayos. Debe evitarse la preparación de la declaración mediante la práctica de posibles interrogatorios, en primer lugar porque son una fuente de victimización secundaria y, en segundo lugar, porque sus declaraciones perderán espontaneidad y, por tanto, credibilidad ante una posible evaluación forense posterior.

• Acompañar a la víctima en el momento de la denuncia y durante cualquier proceso judicial posterior, exigiendo que no se le deje a solas con los policías o los funcionarios judiciales si no quiere. Ofrecer el acompañamiento de "apoyo emocional" en cada etapa del proceso.

• Apoyar en todo el proceso, en coordinación con los abogados de la víctima, con el Ministerio Fiscal o con los funcionarios policiales y judiciales, para evitar declaraciones repetitivas innecesarias, y contar con el respaldo necesario durante todo el proceso, de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

• Coordinarse con especialistas en intervenciones con víctimas con DI que ayuden a los profesionales involucrados a activar las medidas de protección necesarias y las adaptaciones óptimas durante el proceso judicial, a través de la figura del facilitador, y que garanticen que las evaluaciones forenses se adaptan a la discapacidad de la persona.

5.6. Gestión de la revelación por la organización

Uno de los principales problemas que tienen las organizaciones que trabajan en servicios de apoyo a personas con DI que han sido víctimas de algún tipo de abuso es el manejo de la información relacionada con el abuso por parte de la organización (Recio, Alemany, Manzanero, 2012). Este aspecto se vuelve crucial si se considera que el bienestar y la salud mental de la víctima dependerán en gran medida de cómo se gestione la información.

El manejo inadecuado de dicha información puede llevar a:

i) aumento de la estigmatización de la víctima, con el consiguiente incremento de los sentimientos de vergüenza o culpa,

ii) también puede influir negativamente en el procedimiento judicial, y aumentando las consecuencias desfavorables para la víctima.

Antes de tomar cualquier decisión sobre cómo manejar la información relacionada con el abuso, cabe tener presente que el derecho de la víctima a la privacidad debe prevalecer. Este derecho implica que la víctima será quien decida cuánta información desea compartir y a qué persona o personas se concederá acceso a la información. Conviene señalar que el tratamiento de la información por la institución a la que acude la víctima dependerá sobre todo del origen del autor del delito. Se consideran dos supuestos:

a) Cuando el autor del delito no tenga relación con la organización. El conocimiento del maltrato por parte de los profesionales está supeditado a la voluntad de la víctima y/o de sus tutores legales, que deben dar su consentimiento por escrito. Esto permitirá a la víctima desahogarse con la persona (profesional o usuario) que elija, independientemente de los servicios especializados que se le ofrezcan.

b) Cuando el autor del delito forme parte de la plantilla de profesionales o usuarios de la organización. La información sobre el maltrato que se maneje deberá respetar el derecho a la intimidad de la víctima y el derecho del presunto autor a la presunción de inocencia. Se garantizará, desde la posición de deber profesional de protección ante un posible delito, que durante el proceso de investigación policial y judicial el presunto autor del maltrato no tenga acceso a la presunta víctima.

→ La experiencia debe ayudar a la organización a hacer una evaluación de los hechos y activar medidas preventivas contra posibles abusos futuros. Debe haber una evaluación de la responsabilidad de la organización. La investigación policial ha de abordar el papel de la organización en el caso.

En todos los casos, si se considera preciso que un profesional conozca cierta información relacionada con el maltrato, siempre se solicitará el consentimiento por escrito de la víctima y/o sus tutores legales. Todos ellos deben ser conscientes de las razones por las que es importante que ciertos profesionales conozcan aspectos relacionados con el abuso.

Estos profesionales pueden ser personas de apoyo de referencia (por ejemplo, profesores, monitores, preparadores laborales o psicólogos con los que trata la víctima), que deben estar atentos a las posibles manifestaciones de síntomas derivados del maltrato, y desplegar las actuaciones necesarias para su tratamiento (Estellés, Alemany, Martín Caro, 2017)

El tratamiento de toda esta información, una vez obtenida con el consentimiento escrito de la víctima y/o sus tutores legales, deberá cumplir con lo establecido en la Ley de Protección de Datos.

5.7. Conclusión

Para que el presunto maltrato llegue a los servicios especializados o a un contexto policial, normalmente debe ser un tercero (por lo general un familiar o profesional cercano a la víctima) quien se dé cuenta de que la persona sufre un problema de salud, por lo que habrá de hacer un seguimiento de sus sospechas para comprender el motivo del malestar.

La respuesta del profesional o familiar a las manifestaciones de malestar de la persona con DI es crucial. Pueden darse casos de respuestas negligentes, tales como:

i) las marcadas por una incapacidad para observación y atención;

ii) por una negación del malestar;

iii) por una atribución general del comportamiento diferente de la persona a la propia discapacidad.

- → Por el contrario, las respuestas responsables se caracterizarán por la capacidad de saber escuchar, atender y valorar, siendo capaces de tolerar la hipótesis del maltrato, pero sin mostrar credulidad acrítica.

Por desgracia, ante verbalizaciones de abuso o maltrato, e incluso con la presencia de indicadores y sin importar la veracidad potencial, la tendencia en demasiadas ocasiones es decidir encubrirlo, no denunciarlo. Esta decisión se suele tomar en base a la creencia generalizada de que el sistema policial y judicial es agresivo, que no es capaz de desplegar el apoyo necesario a las víctimas vulnerables.

Tras la comisión de un acto delictivo, además del daño físico, económico, psicológico y social producido, la víctima suele experimentar un grave impacto emocional, que en ocasiones se agrava al entrar en contacto con el marco jurídico-penal generalmente desconocido. Las víctimas con DI rara vez reciben explicaciones sobre este marco. Ni siquiera se les pregunta si quieren participar en él:

a) Los derechos de la persona con DI son ignorados en general porque nadie proporciona la información legal de una manera que se adapte a su comprensión.

b) Por otro lado, es frecuente que ni los instrumentos clínicos ni los informes de credibilidad utilizados hayan sido validados en este colectivo. Todo esto provoca un fenómeno conocido con el nombre de "segunda victimización", una experiencia que en muchos casos es incluso más dañina que la propia actividad delictiva, y que provoca muchos sentimientos de indefensión.

- → Por todo ello es de vital importancia que se realicen las adaptaciones necesarias para que las personas con discapacidad, y en especial las más vulnerables, quienes tienen una DI, tengan un acceso igualitario a la justicia.

¿Cómo?

- ✓ Esto depende de la capacidad del sistema, empezando por los agentes de policía y los profesionales y expertos forenses, para ofrecer apoyo y aplicar las adaptaciones procesales necesarias.
- ✓ La adopción de medidas específicas para las personas con DI se justifica por la necesidad de proteger a la persona por motivo de su falta de comprensión y voluntad, y está en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que también nos obliga a:

"Los Estados Partes garantizarán el acceso efectivo a la justicia de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes procesales y adecuados a la edad, a fin de facilitar su función efectiva como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todas las actuaciones judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares" (artículo 13.1).

Los profesionales y familiares que denuncian posibles abusos o malos tratos pueden contribuir a abrir la puerta de acceso a la justicia, actuando con responsabilidad y exigiendo que se pongan en marcha los mecanismos de apoyo en cada una de las

fases del proceso policial y judicial o, por el contrario, pueden contribuir a mantenerla cerrada. Estas declaraciones tienen sin duda la intención de alentar lo primero.

6. APOYO Y ESTRATEGIAS PARA REDUCIR AL MÍNIMO LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Las personas con DI son muy vulnerables a cualquier tipo de maltrato y violencia (Verdugo, 2002). De hecho, la prevalencia del maltrato en personas con DI es muy alta en comparación con el resto de la población.

Ante este panorama, tanto las personas con DI que han sufrido abusos o malos tratos como sus familias deben enfrentarse a un doble desafío:

1) deben afrontar las consecuencias emocionales que el abuso o maltrato ha dejado atrás;

2) estas personas a menudo se ven obligadas a lidiar con un sistema policial y judicial que no está adaptado a su condición, lo que provoca que su acceso a la justicia sea desigual.

Para responder a esta doble necesidad de las víctimas con DI (superar el daño derivado del maltrato y acceder a los sistemas judicial y policial en igualdad de condiciones), se propone un nuevo modelo de intervención metodológica a nivel terapéutico, policial y judicial, destacando en este último la introducción de la figura del facilitador (Martorell, Alemany, 2017).

Esta figura se basa en el modelo inglés del ISVA (por sus siglas en inglés, Asesor Independiente en Violencia Sexual), un servicio público especializado en casos de abuso sexual a víctimas vulnerables que adapta todo el proceso penal a sus necesidades. Más información en:

https://www.gov.uk/government/publications/the-role-of-the-independent-sexual-violence-adviser-isva

A través de la figura del facilitador, queremos:

1) adaptar el paso de las personas con DI por los sistemas policial y judicial;

2) contribuir a un acceso más efectivo de estas personas a la justicia, ya que esto permitirá que los procedimientos se adapten a las limitaciones y capacidades de cada persona con DI que ha sido víctima de abuso o maltrato y ha decidido denunciarlo.

3) contribuir a la sensibilización sobre la necesidad de que los funcionarios policiales y judiciales adapten sus procedimientos de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

En cuanto a la intervención terapéutica, el proyecto propone:

A) un nuevo modelo de intervención para reparar los daños derivados del maltrato en víctimas con DI, no limitándose a las estrategias de modificación de comportamiento comúnmente utilizadas con esta población;

B) no centrarse solo en la experiencia traumática, sino abordar las dificultades de la persona y del familiar derivadas de la propia discapacidad.

C) incluir el trabajo en red con todos los agentes involucrados con la víctima de una forma u otra, tales como sus familiares o los profesionales que trabajan a su favor (Martorell, Alemany, 2017).

Por un lado, como se indica más arriba, cabe considerar todos los factores de vulnerabilidad que condicionan la identidad de la persona con DI y la relación de la sociedad en su conjunto con ella.

El factor de vulnerabilidad tendrá importantes consecuencias en el proceso de intervención porque (1) puede hacer compleja la crónica del abuso (dadas las dificultades asociadas a su detección); y (2) agravar las consecuencias, al no proporcionar recursos para proteger o tratar a las víctimas o incluso agravar y victimizar doblemente a las personas objeto de maltrato (Verdugo, 2002).

- → Las mujeres con DI que se enfrentan al proceso judicial son mucho más propensas a sufrir lo que se denomina "victimización secundaria", definida como el daño causado por las instituciones o profesionales encargados de asistir a la persona con DI víctima de abusos y su contexto: jueces, peritos, policías, fiscales, etc.

Ambos factores, es decir, la vulnerabilidad de las personas con DI y las dificultades de los profesionales para la detección, protección e intervención, están interconectados, ya que la vulnerabilidad condicionará la detección, protección e intervención (menor credibilidad, dependencia, etc.). Además, el impacto del maltrato y las consecuencias derivadas de él pueden reforzar y amplificar estos mecanismos de vulnerabilidad.

Por lo tanto, la intervención se producirá dentro de una red, en continua coordinación, que se adapte a las necesidades, limitaciones y capacidades de la persona y del propio contexto.

Con ello se pretende que la etiqueta de DI no eclipse las capacidades que la persona posee y el nuevo aprendizaje que pueda lograr y que, a su vez, actuarán como factores protectores frente a futuras situaciones de riesgo.

Las tres figuran que prestarán apoyo en los procedimientos son:

Muchas de estas actuaciones se solapan en el tiempo, de modo que tanto la víctima como su círculo pueden hacer uso de los diferentes recursos en función de las necesidades específicas.

La función del facilitador

1) constituye uno de los principales ajustes procesales destinados a adaptar los procesos judiciales a las personas con DI;

2) es un profesional de la psicología independiente y neutral, experto en DI y psicología forense (y especialmente en el campo de la psicología del testimonio);

3) cuyo objetivo es evaluar las capacidades y limitaciones de las personas con DI que participan en procesos judiciales, con el fin de diseñar y prestar el apoyo y los ajustes procesales necesarios para que puedan acceder a la justicia en igualdad de condiciones con otras personas.

Este enfoque se basa en el ISVA (Asesor Independiente en Violencia Sexual) del Reino Unido, que desde finales de la década de 1990 y principios de 2000 ejerció el papel de intermediario profesional tanto en la investigación policial como en el juicio, para ayudar en la comunicación y ofrecer el apoyo necesario para que las víctimas de DI podría prestar una declaración con garantías. En concreto, las funciones del facilitador son las siguientes:

- Aplicar el Protocolo para la Evaluación de las Capacidades que Afectan el Testimonio de la persona con DI (ECAT-DI) (ver capítulo 8, página 49). Mediante la aplicación de este protocolo, el facilitador evalúa las capacidades y limitaciones de la persona con DI, a fin de diseñar y prestar los apoyos y ajustes procesales necesarios para que pueda participar en el proceso con todas las garantías.

- Asesorar a los operadores jurídicos. Una vez aplicado el Protocolo ECAT-DI, el facilitador elabora un informe que hace referencia tanto a las limitaciones detectadas como a los apoyos diseñados. Este informe se entrega desde el inicio del procedimiento, y el facilitador complementa su contenido con asesoramiento detallado sobre la mejor manera de practicar las pruebas, en especial las relacionadas con el testimonio de los testigos, en base a los resultados del ECAT-DI.

- Asistir a la persona en el proceso probatorio. Con el fin de adaptar el contenido y el desarrollo de las diligencias de prueba a las limitaciones y capacidades de la persona con DI, el facilitador le asiste durante su realización, interviniendo siempre de manera neutral e independiente según convenga (por ejemplo: adaptando las preguntas formuladas por las partes a su capacidad de comprensión).

- Adaptar las pruebas periciales. En aquellas ocasiones en las que se realiza algún tipo de prueba pericial sobre aspectos de la persona que puedan estar relacionados con la DI (por ejemplo: pruebas psicológicas forenses), el facilitador, como experto en DI, participa activamente en la práctica de dichas periciales, bien realizándolas directamente, bien asesorando a los peritos designados a tal efecto.

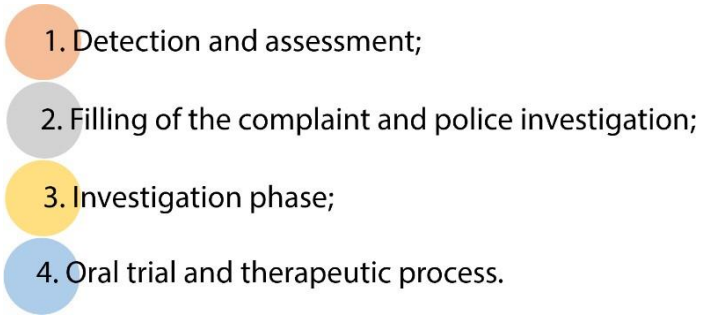
- Adaptar las decisiones judiciales. A lo largo del procedimiento se generan una serie de documentos que se proporcionan directamente a la persona con DI (por ejemplo: hojas de derechos, citaciones, resoluciones, etc.). El facilitador se encarga de adaptar el contenido de esta documentación a las capacidades de la persona para facilitar su comprensión y garantizar sus derechos.

Mediante la realización de estas funciones, la intervención del facilitador:

1) garantiza el acceso a la justicia de las personas con discapacidad en los procedimientos judiciales;

2) cumple no solo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sino también con otros instrumentos jurídicos internacionales y nacionales, como los Principios y Directrices Internacionales sobre acceso a la justicia de las personas con discapacidad, que definen y promueven la figura de los intermediarios / facilitadores (Martorell, Alemany, 2017).

La intervención puede variar dependiendo de en cuál de las 4 fases del proceso nos encontramos:



Los profesionales involucrados en las distintas fases son:

- Detección y valoración: un **psicólogo** encargado de evaluar las sospechas y un **abogado** que, junto con el psicólogo, asesora a la persona con DI, los familiares y los profesionales.

- Presentación de la denuncia, investigación policial, instrucción y juicio oral: **facilitador** y **abogado**. El facilitador se encargará de todas las adaptaciones necesarias para que la persona con DI pueda afrontar el proceso judicial con todas las garantías posibles. Por su parte, el abogado puede realizar tareas de asesoramiento y representación del caso en el proceso penal.

- Proceso terapéutico: **psicólogo.**

Antes de comenzar a describir cada una de las fases, cabe señalar que todas las intervenciones que se describen a continuación se graban en soporte audiovisual, previo consentimiento de todas las partes participantes.

1. Detection and assessment;

En esta fase, la atención se divide en dos tareas fundamentales:

- → el asesoramiento a profesionales y familiares, principalmente en la identificación de indicadores y síntomas que puedan ayudar en la detección de un caso y en la protección y creación de un entorno seguro y libre de violencia;
- → el testimonio se obtiene en los casos en que se requiera, bien porque en la primera verbalización existan dudas sobre lo ocurrido, bien porque todavía no se ha verbalizado nada, pero hay suficientes indicadores.

Siempre cabe respetar la autodeterminación de la víctima, ya que a menudo la percepción de este proceso cambia entre la PDI y los profesionales (Giménez García, 2017)

Esta obtención del testimonio consiste en una serie de acciones en las que se desplegarán apoyos de diversa índole para ayudar a la persona con DI a poder verbalizar lo que le ha sucedido. Para ello, en primer lugar, se recoge toda la información sobre los indicadores y las verbalizaciones previas, así como todos los informes que se tengan a mano, para conocer tanto el contexto de la persona como todas aquellas variables que nos ayudarán.

Tras el estudio de toda la información y, antes de obtener el testimonio, se realiza una Evaluación de las Capacidades que Afectan el Testimonio de las personas con DI utilizando el protocolo ECAT-DI (Recio, Alemany. 2014),

El objetivo de esta evaluación es detectar las limitaciones de la persona en las diferentes capacidades que le afectarán a la hora de declarar (expresión, comprensión, memoria, atención, etc.), y una vez detectadas, poner en marcha los mecanismos de apoyo necesarios para aquellas capacidades que estén afectadas, con el fin de ayudar a esta persona a explicar y verbalizar todo lo que le ha podido ocurrir. Tras la valoración, se realiza la entrevista para obtener el testimonio.

Al final, se elabora un informe que refleja las conclusiones de la obtención del testimonio, las limitaciones detectadas en el ECAT-DI y los apoyos y las necesidades que la persona requiere para una adecuada entrevista o declaración.

En esta fase se realiza un asesoramiento personalizado a la persona y a su entorno más cercano sobre los recursos más adecuados en función de lo ocurrido. Si la persona con DI o su familia (en caso de que sea menor de edad o esté incapacitada legalmente) deciden presentar una denuncia, el facilitador puede informarles sobre las diferentes fases de la denuncia y del proceso penal (por ejemplo, en qué consiste una denuncia, etapas del proceso penal, funciones de los diferentes operadores jurídicos, etc.).

Para ello se han creado varias herramientas específicas, tanto para personas con DI como para profesionales y familias.

La valoración diagnóstica de la discapacidad debería efectuarse también a aquellas personas con sospecha de DI que nos llegan desde las entidades que trabajan con víctimas de trata de seres humanos, ya que en la mayoría de los casos no se valora.

En muchos casos, estamos hablando de personas que no han tenido la oportunidad de desarrollarse ni académica ni personal y socialmente, lo que genera muchas dificultades a la hora de aprender determinados contenidos y adquirir habilidades adaptativas y sociales.

Las citadas entidades colaboradoras contactan con ATHENA o con alguno de los recursos incluidos en este documento, para derivar el caso y obtener una valoración que abarque los aspectos personales, cognitivos y emocionales de la víctima.

La intervención puede englobar diferentes fases.

- ✓ Mediante diversas pruebas, los profesionales realizan una valoración de la DI y, simultáneamente, una valoración del estado emocional examinando la salud mental de la persona y la posible presencia de un trastorno de estrés postraumático, ansiedad o depresión, entre otros, a través de pruebas específicas para la DI y siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o los criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos para adultos con DI (DC-LD).
- ✓ Después de valorar a la víctima, se elabora un informe que recoge los resultados de la valoración para la solicitud de DI al centro base correspondiente.

2. Filling of the complaint and police investigation;

A veces, la derivación de casos se produce una vez interpuesta la denuncia, por personas distintas a la persona con DI, en general las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Unidad de Atención a la Familia y la Mujer del Cuerpo Nacional de Policía, Policía Local, Unidad de Gestión de la Diversidad de la Policía Municipal, etc.).

En estas ocasiones, el objetivo de la derivación será obtener el testimonio en las mejores condiciones posibles y el facilitador supervisará este objetivo (Alemany, Quintana. 2012).

Para ello, en coordinación con el servicio que deriva el caso:

→ el primer paso es estudiar toda la documentación disponible (informes anteriores, verbalizaciones previas del hecho a investigar, etc.).

→ Posteriormente, se realiza una entrevista inicial en la que asisten la presunta víctima y sus familiares más cercanos, con el fin de explicar los objetivos y la metodología que se utilizará para obtener el testimonio.

Al igual que en la fase de detección, antes de tomar la declaración, se aplica el Protocolo ECAT-DI para adecuar la recogida del testimonio a la persona evaluada, luego se recoge el testimonio y, por último, se elabora un informe de las actuaciones que se adjuntan, junto con las grabaciones, a los informes policiales.

3. Investigation phase;

Las actuaciones emprendidas en esta etapa son similares a las descritas anteriormente. En esta fase pueden participar jueces, abogados o fiscales.

→ Esta intervención consiste en la elaboración de un informe ECAT-DI para facilitar la declaración de la presunta víctima en la fase de instrucción y, además de lo anterior, participar en la declaración como peritos en la fase de juicio oral.

La participación del facilitador en esta etapa es crucial. Ofrecerá una mayor garantía para la salvaguardia de los derechos de las personas con discapacidad y, por lo tanto, será un instrumento útil en la prevención de la victimización secundaria.

i) Las herramientas disponibles,

ii) el conocimiento sobre el tratamiento de las personas con DI

iii) y la experiencia en el ámbito forense y clínico

garantizarán que el testimonio se obtenga en las mejores condiciones posibles.

Por último, el facilitador también ofrece adaptar el testimonio, dependiendo de las limitaciones y capacidades de la persona con DI, para permitir una mejor comprensión de los términos y el contenido de cada afirmación.

4. Oral trial and therapeutic process.

El objetivo de la terapia es para reparar el daño o mitigar el impacto de los diferentes traumas que la persona con DI tiene que vivir.

El marco conceptual, como ya se ha indicado, es un modelo de intervención psicoterapéutica adaptado a las víctimas con DI, sus familias y su círculo inmediato.

Existen varias modalidades, dependiendo del impacto:

- ✓ Por un lado, se ofrece terapia individual cuando el impacto ha recaído principalmente en la víctima, o terapia familiar cuando el impacto no solo ha recaído en la víctima, sino que las personas más cercanas a ella también se ven afectadas por el abuso y este impacto repercute en la propia víctima de una manera circular.
- ✓ Tanto los factores de vulnerabilidad como el trauma secundario modularán el impacto que la DI y la situación de victimización delictiva, respectivamente, tienen en la persona.
- ✓ En consecuencia, la intervención terapéutica sugerida en estos materiales no solo puede centrarse en el maltrato, sino también en los factores que han contribuido a que este abuso ocurra (dependencia, sumisión, credibilidad de la persona con discapacidad, autoestima, etc.).

En otras palabras, es la etiqueta que se ha arrancado de viejos modelos explicativos sobre la DI y los valores patriarcales de nuestra sociedad lo que ha afectado la identidad de la persona con DI y su círculo. Esto último suele ser mucho más perjudicial que la violencia misma.

7. DIFICULTADES PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VD/VG CON DI ANTES DE LA DENUNCIA

7.1. Cómo superar las limitaciones de la víctima con DI antes de la denuncia

Uno de los refuerzos más importantes a la hora de abordar un proceso penal con todas las garantías para la víctima con DI es el:

- → informe de evaluación de sus capacidades (Contreras, Silva, Manzanero, 2015).

Este informe no es más que un análisis de las limitaciones que cada víctima, por su discapacidad, puede tener al declarar, y en el que se ofrecen uno o más mecanismos de apoyo para ayudar a policías y operadores jurídicos a superar cada una de estas limitaciones. Esto permitirá que la comunicación con la víctima sea lo más fluida posible y que se descubra información más precisa y detallada.

En principio, cualquier profesional que conozca a la víctima, sus limitaciones y el trabajo de apoyo necesario para superarlas, podría elaborar este documento. Sin embargo, para garantizar una mejor calidad del informe, es aconsejable contar con profesionales expertos en la materia para esta tarea.

7.2. Apoyos a incluir en la presentación de la denuncia

En esta fase, la principal dificultad estriba en lograr que la denuncia dé buena cuenta de lo sucedido a la víctima con DI, y que el relato de los hechos sea lo más preciso, coherente y detallado posible.

No obstante lo anterior, y a pesar de los avances realizados en la policía en materia de atención e intervención con víctimas especialmente vulnerables, persisten algunos factores externos:

- la percepción de hostilidad y frialdad que puede emanar de la policía;
- la intimidación involuntaria que los oficiales y/o sus uniformes pueden ejercer;
- la escasa formación de los agentes en lo relativo a DI, etc.

Del mismo modo, los factores inherentes a la discapacidad:

- problemas de comunicación;
- mala orientación espaciotemporal;
- problemas de memoria episódica;
- fenómenos de deseabilidad y aquiescencia social.

Todo ello dificulta enormemente la presentación de una denuncia lo bastante completa (Giménez-García, 2017).

Así pues, dado que la víctima con DI puede tener que repetir el contenido de su declaración en el juzgado (posiblemente varias veces), sería preferible evitar que esté presente al presentar la denuncia.

Esto tiene un doble objetivo:

1) evitar el deterioro del testimonio causado por la repetición constante del hecho,

2) proteger contra la posibilidad de revictimización.

Para evitar que la víctima tenga que estar presente en las dependencias policiales, podemos proporcionarle (si lo tenemos) apoyo audiovisual o sustituir su declaración con la de un testigo de referencia (la primera persona a la que se lo reveló). Como es común no poder contar con alguna de estas dos posibilidades (y, a veces, incluso con ninguna), el policía puede solicitar la presencia y/o firma de la propia víctima para que se presente la denuncia. Sería preferible presentar un informe de valoración de capacidades y pedir que se le tome declaración con la asistencia de un facilitador.

7.3. ¿Qué es un facilitador?

En el capítulo 8 se profundiza en el concepto de facilitador y su labor. A modo de introducción, el facilitador es:

I) un profesional de la psicología independiente y neutral

II) experto en DI y en la evaluación de las capacidades cognitivas en cuanto a su impacto en el proceso judicial;

III) alguien que asiste a la persona con DI en su comunicación durante el proceso policial y judicial;

IV) alguien que ofrece el apoyo necesario para garantizar un testimonio válido y fiable (Martorell, Alemany. 2017).

Las principales funciones del facilitador son las siguientes:

- acompañar emocionalmente a la víctima con DI, para que esté lo más tranquila posible, reduciendo los efectos de la victimización secundaria;
- informar a la víctima con DI sobre el funcionamiento del sistema policial y judicial (qué es una denuncia, quién es la policía, por qué tienen que entrevistarla, etc.);
- asesorar a los agentes de policía y los operadores jurídicos sobre las adaptaciones que deben hacerse en las entrevistas con la víctima con DI a partir de una evaluación previa de capacidades;
- diseñar los mecanismos de apoyo necesarios para la toma de declaración (ofrecerse como traductor en los interrogatorios policiales y en las declaraciones judiciales, reformular las preguntas y explicaciones, es decir, adaptarlas al nivel de comprensión de la víctima, etc.).

En determinadas ocasiones, por ejemplo, en caso de ausencia o indisponibilidad de facilitadores, grandes dificultades de comunicación, etc., el papel del facilitador también puede ser desempeñado por una persona cercana a la víctima, con la que se sienta segura y con la que se haya establecido una comunicación fluida.

8. APOYO EN EL PROCESO: EL FACILITADOR

Algunas personas con DI pueden tener dificultades especiales durante un proceso policial o judicial para entender y revelar determinados hechos, dadas sus graves limitaciones y problemas de comunicación (Giménez-García, 2017).

Este hecho no debe implicar en ningún caso que las personas con DI no puedan ofrecer una declaración judicial ni participar en una investigación con todas las garantías. Sin embargo, todavía son consideradas por demasiados profesionales como testigos menos válidos o incluso menos creíbles.

Detrás de esa consideración se esconde una comprensión limitada de la discapacidad. De hecho, esta es la principal barrera para alcanzar los principios generales de no discriminación, igualdad de oportunidades y acceso al sistema judicial (CNUCPD, 2006).

Garantizar el cumplimiento de los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad significa incorporar mecanismos de apoyo y adaptaciones, tanto en la fase de investigación policial como en el proceso judicial.

Una medida clave para derribar las barreras a las que se enfrentan las víctimas y los testigos con DI es la presencia de la figura del facilitador, un psicólogo experto en DI y Psicología del Testimonio. Que esta figura se introduzca, se acepte y se incluya en los protocolos de actuación judicial sería un hito fundamental en los países asociados para cumplir con las pautas establecidas por la Convención.

Hoy en día, en Londres, por ejemplo, el interrogatorio policial a una víctima de abuso sexual con DI se realiza en presencia del "ISVA" (Asesor Independiente sobre Violencia Sexual), un facilitador independiente en casos de abuso sexual para personas especialmente vulnerables. Los facilitadores y las adaptaciones necesarias a las entrevistas con víctimas con DI no se introdujeron oficialmente hasta hace unos años.

Su aceptación proviene de numerosos estudios (Contreras, Silva, Manzanero. 2015) que muestran que las personas vulnerables no son entrevistadas adecuadamente. A decir verdad, en los casos en que no se les entrevista de forma correcta, especialmente utilizando técnicas sugestivas, su testimonio puede verse alterado.

Este trabajo coordinado entre los facilitadores, la policía y los funcionarios judiciales busca garantizar la igualdad de acceso a la justicia para la persona con DI, reducir al mínimo el impacto emocional de esta persona en su paso por el sistema judicial, prevenir la victimización secundaria y, por último, garantizar que las pruebas testificales se obtengan en las mejores condiciones posibles.

La función del facilitador

El facilitador es un profesional independiente y neutral. Puede ser psicólogo, profesional de la salud mental, trabajador social o experto en DI, y puede ayudar en la evaluación de las capacidades que podrían afectar a una persona con DI en un proceso judicial y en la puesta en marcha de los mecanismos de apoyo necesarios requeridos durante este proceso.

Puede ayudar a la persona con DI durante el proceso. El facilitador garantiza un testimonio válido y creíble. Presta asistencia en este último mediante la comunicación durante el proceso policial y judicial junto a los funcionarios policiales y judiciales, ofreciendo apoyo para garantizar un testimonio válido y fiable. De este modo, el facilitador asegura que los funcionarios policiales y judiciales dispongan de una prueba testifical en las mejores condiciones (Martorell, Alemany. 2017).

Más concretamente, las funciones del facilitador serían las siguientes:

• Informar a la víctima con DI sobre el funcionamiento del sistema policial y judicial (qué es una denuncia, quién es la policía, por qué tienen que entrevistarla, etc.);

Para la mayoría de la población, enfrentarse a las diligencias policiales y judiciales es una experiencia estresante. Para las personas con DI, que tienen más dificultades para entender las complejidades del sistema, es fundamental incorporar mecanismos de apoyo que les permitan comprender, por ejemplo, las razones por las que tienen que contar sus experiencias de victimización a tantas personas o cuál es la función de las distintas personas que comparecen durante el proceso judicial.

• Ayudar a la víctima con DI a decidir si desea denunciar el incidente (en los casos en que la víctima sea adulta). Por lo general, las decisiones relativas a las personas con DI son tomadas por terceros, negando así el derecho de estas personas a tomar

decisiones sobre sus vidas. No dejarles decidir no solo vulnera sus derechos, sino que también conlleva serias consecuencias emocionales, ya que deja a la persona en una situación de incomprensión, indefensión e impotencia. De ahí que los mecanismos de apoyo que permiten a la persona con DI comprender las implicaciones y consecuencias de presentar una denuncia sean esenciales y legalmente necesarios.

• Evaluar todas las capacidades que puedan influir en la investigación policial y judicial, con especial énfasis en las que intervienen en el testimonio. (Más adelante en este Módulo se explica con detalle la importancia de evaluar las capacidades de la persona con DI). No realizar esta evaluación limitará considerablemente el buen trabajo de los funcionarios policiales y judiciales y dificultará el acceso de esas personas a la justicia en condiciones de igualdad.

• Evaluar la capacidad de la persona con DI para consentir relaciones sexuales, ya que en muchos casos de abuso sexual esta evaluación es imprescindible para la investigación judicial y debe adaptarse en base a las capacidades previamente evaluadas.

• Asesorar a los funcionarios policiales y judiciales sobre los mecanismos de apoyo que se deben aplicar y las adaptaciones pertinentes que cabe realizar en base a la evaluación realizada. A la luz de la evaluación de capacidades antedicha, se deben desarrollar mecanismos de apoyo que permitan a los funcionarios involucrados comunicarse adecuadamente con la persona y obtener una declaración testifical de calidad. Así, se entiende que la labor de esta figura experta no es sólo facilitar a la persona con DI su paso por el sistema judicial, sino también facilitar la labor del poder judicial.

• Acompañar a la víctima (y sus familiares) durante todo el proceso policial y judicial, adecuando las explicaciones de cada una de las fases, así como los autos y sentencias, a la persona con DI.

• Actuar como perito durante la toma de declaración, y durante el reconocimiento o las pruebas preconstituidas, garantizando que estos procesos se adaptan a la evaluación de capacidades realizada previamente y prestando todo el apoyo necesario.

La prueba preconstituida tiene por objeto garantizar la obtención del testimonio y preservarlo. Garantiza la protección de la víctima y evita su exposición pública, limitándola al contacto con especialistas y evitando en lo posible nuevas ramificaciones traumatizantes del hecho delictivo.

Las propias características de esta prueba evitan la repetición de declaraciones y garantizan el principio de contradicción, ya que las partes pueden intervenir a través de los especialistas facilitadores.

Contar con un experto facilitador en todo el proceso policial y judicial garantiza:

• El cumplimiento del derecho de la persona con DI a la participación e información (Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de

2012, por la que se establecen las normas mínimas sobre derechos, apoyo y protección de las víctimas de delitos).

• Un acceso a la justicia en igualdad de condiciones que los demás, mediante las adaptaciones procesales necesarias (artículo 13.1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

8.2 Herramientas del facilitador

8.2.1. La Entrevista para Obtener el Testimonio por Fases Adaptada a Personas con DI.

La entrevista para obtener el testimonio por fases adaptada a personas con DI es una herramienta que debe ser adaptada en cada caso, contemplando el grado de discapacidad y las limitaciones comunicativas presentes en la persona. Adaptada por especialistas en DI, debe aplicarse a personas con DI leve, moderada o grave, y a personas en el espectro autista. Esta adaptación se considera obligatoria y debe hacerse antes de su aplicación.

La aplicación de esta herramienta requiere conocimientos y experiencia en el trabajo con personas con DI. Estas herramientas se deben facilitar a los profesionales que asisten a cursos de facilitadores especializados como este, que han valorado inequívocamente su uso como fundamental en el trabajo experto con personas con DI.

8.2.2 El protocolo ECAT-DI

El protocolo ECAT-DI se enmarca en la forma de una entrevista semiestructurada, a través de la cual el facilitador puede evaluar todas las capacidades que afectan a la forma de recordar y relatar los hechos que luego son investigados por el sistema policial y judicial.

Se trata de una propuesta de evaluación de las capacidades que afectan al testimonio de la persona con DI, cuyo objetivo principal no es la evaluación de la DI (para lo cual ya existen instrumentos científicamente validados y utilizados por los técnicos especialistas que trabajan en los servicios públicos de evaluación de la discapacidad) sino el diseño de los mecanismos de apoyo que deben existir cuando accede al sistema policial y judicial.

En el contexto de una investigación policial, penal o forense, el protocolo ECAT-DI resulta especialmente útil como trabajo previo a la obtención del testimonio. De hecho, se constituye como la primera fase de la Entrevista para Obtener el Testimonio por Fases Adaptada a la Persona con DI, que fue creada en la Unidad de Atención a Víctimas con DI y ya está siendo utilizada por policías, psicólogos forenses y criminólogos de toda España.

El conocimiento óptimo del Protocolo y de la Entrevista solo se puede lograr tras una formación especializada. Sin embargo, la presentación de las diferentes fases implicadas permitirá al lector tener una primera aproximación al único trabajo que, hasta la fecha, está asegurando que los procedimientos policiales y judiciales se adapten de acuerdo con los derechos de las personas con DI, al mismo tiempo que facilita el trabajo de los funcionarios policiales y judiciales, y de los psicólogos forenses cuando tienen que intervenir con personas con DI.

Como se ha señalado, el protocolo ECAT-DI tiene como finalidad prestar el apoyo que se necesite durante el proceso policial y judicial. Cumple una doble función: por un lado, desplegar el apoyo que la persona con DI requiere para garantizar su acceso a la justicia (ya sea víctima, testigo o imputada) y, por otro lado, proporcionar el apoyo que los funcionarios policiales y judiciales pueden requerir cuando desarrollan su trabajo con una población cuyas modalidades de relación y comunicación a menudo son desconocidas.

Por ejemplo, se puede pedir al facilitador que evalúe si la persona con DI tiene capacidad para decidir, para recordar años después en un Juicio Oral (y, en consecuencia, para determinar si deben aplicarse medidas para preservar el testimonio, como las pruebas preconstituidas), para reconocer a un sospechoso en una rueda de reconocimiento o, ahora más comúnmente, para ofrecer un testimonio válido (en cuyo caso se aplica enmarcado en la Entrevista para Obtener el Testimonio por Fases adaptada a la Persona con Discapacidad Intelectual).

A lo largo del protocolo se evaluarán las capacidades que pueden afectar al testimonio de la persona con DI, como paso esencial para lograr el despliegue de todo el apoyo necesario durante el proceso judicial (Recio, Alemany. 2014). Estas capacidades son las siguientes:

• Comunicación: incluye un análisis de cómo se expresa la persona (lenguaje verbal y no verbal), así como sus limitaciones, y la terminología y el vocabulario que utiliza. En los casos en que la persona con DI utilice otros métodos de comunicación, como el uso de pictogramas o el lenguaje de signos, se debe evaluar la habilidad y el uso que hace de ellos.

• Percepción: visual y auditiva.

• Memoria: episódica-autobiográfica y semántica.

• Localización espaciotemporal: permite anticipar si la persona será capaz de responder a preguntas sobre el lugar y la hora de los hechos.

• Cuantificación: permite anticipar si la persona será capaz de responder a preguntas que requieren la capacidad de contar o enumerar acontecimientos, objetos o acciones.

• Atención: selectiva (para predecir la capacidad de recordar detalles secundarios/de fondo) y sostenida (para anticipar la organización del tiempo durante la toma de declaraciones).

• Pensamiento y procesos metacognitivos: incluye el razonamiento, la toma de decisiones y la función reflexiva, que permitirán evaluar la forma en que se atribuyen los acontecimientos de la persona y el tipo de formulaciones, conceptos y preguntas que esta podrá comprender.

• Sugestionabilidad: la intervención de factores cognitivos y sociales como la autoestima, la dependencia emocional y la autoconfianza sobre todo, que permitirán valorar la información que la persona con DI ha podido añadir o puede añadir a su relato en función de la forma en que ha sido interrogada por los diferentes agentes sobre lo sucedido.

• Deseabilidad social o tendencia a responder exclusivamente para satisfacer al entrevistador, al margen de que la respuesta sea cierta o no.

• La aquiescencia o la tendencia a responder "sí" o en la misma línea en que se formula la pregunta. Esto se correlaciona con el coeficiente intelectual y las habilidades de comunicación, así como con el lenguaje y la memoria.

Las cinco fases que componen el protocolo ECAT-DI se resumen en la siguiente tabla y se explican a continuación con detalle.

I	I. Recogida de información, con los principales cuidadores de la persona con DI
II	Fase de compenetración y evaluación indirecta de capacidades
III	Evaluación directa de capacidades
IV	Registro de la evaluación de capacidades y diseño de los mecanismos de apoyo
V	Informe de evaluación de capacidades

I. Recogida de información, con los principales cuidadores de la persona con DI

Antes de reunirse con la víctima, testigo o imputado con DI, la información se registra cuidadosamente mediante consulta con los cuidadores principales o los profesionales de atención directa que conocen mejor a la persona. Con ellos, se debe hacer un registro de los siguientes aspectos:

• Datos personales y laborales (edad, composición familiar, estado civil, escuela, taller o centro al que asiste, y horarios y rutinas cotidianas).

• Cuestiones relativas a la discapacidad (tipo, síndrome o enfermedades asociadas, momento del diagnóstico, conocimiento de la discapacidad, medicación y efectos secundarios asociados).

• Enfermedades físicas que pueden afectar a la memoria o al testimonio (discapacidad visual o auditiva).

• Aproximación inicial a las capacidades básicas que afectan al testimonio: lenguaje, memoria, atención, localización espaciotemporal.

Aproximación inicial a las habilidades sociales: asertividad, sumisión, dependencia, deseabilidad social.

Conocimiento de la sexualidad y de los principales elementos implicados.

Además de estas características, se debe recopilar información básica para poder contrastarla en la siguiente fase con la persona con DI evaluada, con el fin de obtener datos objetivos y válidos para evaluar sus capacidades directamente. La información que se debe recoger es:

• La dirección de la persona usuaria.

• El itinerario desde el domicilio hasta el centro, taller, escuela o emplazamiento al que asiste cada día, así como el tiempo estimado que tarda (si no va a ningún sitio, elegir un lugar que visite habitualmente).

• Si hace el recorrido sola o en compañía de otra persona

• Cómo ha sido la jornada en el centro de trabajo o comunitario o en casa/ Estructura de salud mental

• Las tareas realizadas durante el día.

Qué actividades de tiempo libre suele realizar con sus amigos.

• Registro de episodios concretos del pasado, que permitan evaluar la memoria autobiográfica de la persona.

Por ejemplo, se elegirá un episodio significativo vivido por la persona en un marco temporal cercano a los hechos objeto de la investigación penal. Se le pedirá al cuidador que relate con el mayor detalle posible todo lo que sucedió ese día (como una excursión, una visita al médico, un accidente, un incidente destacado) y, en la segunda fase, se le preguntará a la persona directamente sobre el incidente.

Mediante este pequeño ejercicio, el facilitador tendrá una primera aproximación al número de detalles con los que la persona es capaz de expresar sus recuerdos. Además, esta evaluación puede mostrar el número de detalles y la riqueza del testimonio con o sin apoyo adicional.

Con este primer registro, el evaluador tendrá suficiente información para anticipar las principales adaptaciones a realizar en la comunicación con la persona, así como los apoyos que puedan ser necesarios en caso de precisarse una entrevista en comisaría o juzgado.

Por último, esta primera entrevista con el cuidador principal o el profesional de atención directa de referencia servirá para aclarar la necesidad de grabar las entrevistas con la persona y obtener el consentimiento informado para este fin (firmado por el tutor en aquellos casos en que la víctima sea menor de edad o esté incapacitada legalmente).

Se recomienda encarecidamente que cada entrevista realizada tanto a la persona con DI como a su familia sea grabada en soporte audiovisual, para lo cual todos deben

dar su consentimiento informado. Debe haber una versión de fácil lectura para la persona con DI.

II. Fase de compenetración y evaluación indirecta de capacidades

Esta fase permitirá al evaluador comprender la forma de comunicarse de la persona, establecer una relación de confianza, familiarizar a la persona con el DI en las "grandes reglas" de cualquier entrevista pericial y evaluar específicamente las capacidades que afectan el testimonio y al proceso (policial y/o judicial).

Tras presentar al entrevistador, explicar el motivo de la entrevista (conocerles, aprender a comunicarse con ellos y ayudarles en el proceso policial o judicial), y solicitar su consentimiento para que la entrevista sea grabada, el entrevistador comienza explicando "las reglas clave de cualquier entrevista", que son:

• "Di la verdad". Por ejemplo, puede decir: es muy importante que todo lo que tú y yo digamos sea solo la verdad. Si digo algo que es mentira, dímelo tú. Por ejemplo, si te digo que mi suéter es rojo (el entrevistador lleva un jersey de otro color): ¿es verdad o es mentira? Es muy importante que todo lo que me digas sea solo la verdad. El entrevistador debe verificar que la persona entrevistada conoce las diferencias entre la verdad y la mentira con tantos ejemplos como sea necesario.

• "Siéntete libre de expresar dudas". Cuando las personas con DI no entienden algo, debido a su alto grado de deseabilidad social y su inseguridad en contextos desconocidos, no suelen decirlo. Por esta razón, es muy importante subrayar este punto y hacer que practiquen, desde el principio, ser asertivas cuando no entienden una pregunta. No practicar estas preguntas antes de cualquier entrevista aumenta significativamente el riesgo de obtener respuestas sujetas a la aquiescencia.

Por ejemplo, puedes decir: a veces no me expreso bien o utilizo palabras extrañas y es importante que me corrijas y me digas "María, no te entiendo". De la misma manera que con la primera regla, se deben practicar tantos ejemplos como sean necesarios con la persona entrevistada hasta que pueda verbalizar directamente que no entiende o no sabe responder.

• "Siéntete libre de parar la entrevista". Debido al factor de deseabilidad social, también es necesario dejar claro que pueden detener la entrevista cuando quieran, ofreciéndoles una forma específica de hacerlo (por ejemplo, diciendo: si estás cansada, aburrida, necesitas ir al baño, o quieres parar, por favor avisa).

• "Siéntete libre de expresar ignorancia o falta de memoria". De manera similar a lo anterior, debido a su alto grado de deseabilidad social, muchas personas con DI pueden tener dificultades para expresar ignorancia o falta de memoria sobre algunas de las preguntas que se hacen durante una entrevista. Por lo tanto, es fundamental que se explicite la posibilidad de no responder preguntas cuya respuesta se desconoce o no se recuerda. (Por ejemplo, decir: a veces hago preguntas difíciles, así que si no sabes la respuesta o no te acuerdas, es importante que me lo digas. Es mejor decir "no sé" o "no me acuerdo" que inventarse las respuestas).

• "Siéntete libre de corregir al entrevistador". No es raro que el entrevistador confunda conceptos o términos utilizados por la persona con DI a lo largo de la entrevista.

Fomentar la posibilidad de que la persona entrevistada pueda corregir al entrevistador reducirá el efecto de sugestibilidad (por ejemplo, diciendo: si no he entendido algo que has dicho, es importante que me lo digas. A veces me equivoco. Dijiste que hoy es martes (cuando se dijo lunes), ¿verdad? Como ves, me he equivocado, es importante que me digas, "María, he dicho lunes, no martes".

Después de concretar y practicar las reglas principales, se procede a preguntar una serie de aspectos neutros de su vida, con el fin de comenzar a establecer una relación de confianza con la persona a la vez que se evalúan sus capacidades.

La siguiente tabla muestra ejemplos de preguntas que se pueden utilizar en esta fase, y cómo con cada una de ellas, al tiempo que se establece una relación de compenetración o confianza con la persona, el evaluador va obteniendo una valoración indirecta de las mismas. Estas capacidades pueden afectar a la posterior obtención de testimonio.

Preguntas	**Capacidades evaluadas**
¿Puedes decirme qué día es hoy? ¿Qué mes? ¿Qué año? ¿Qué día es tu cumpleaños? Si me dices que fue el ... ¿cuánto tiempo ha pasado desde entonces? ¿Dónde vives? ¿Te ha costado mucho llegar?	Lenguaje Localización temporal Localización espacial
¿Cuál es tu trabajo? ¿Qué estudias? ¿Puedes contarme un día normal en el trabajo/la escuela? De principio a fin, por favor, dame tantos detalles como puedas, aunque creas que no son importantes. ¿Qué es lo que más te gusta del trabajo/colegio? ¿Por qué? ¿No te gusta ... más? ¿Qué es lo que te gusta menos?	Lenguaje (la cantidad total de detalles que se proporcionan, la estructura del contenido) Memoria semántica Razonamiento Deseabilidad social Asertividad Aquiescencia
Tus padres me dijeron que antes del verano fuiste a... ¿Podrías decirme todo lo que hiciste ese día? Desde que te levantaste hasta que te dormiste. Por favor, dame todos los detalles que puedas, aunque creas que no son importantes.	Memoria episódica

III. FASE DE EVALUACIÓN DIRECTA DE CAPACIDADES

Esta fase continúa la evaluación de aquellas capacidades que pueden afectar al testimonio de un modo más directo.

La evaluación directa de capacidades comprende una serie de ejercicios mediante los cuales se realiza una evaluación rigurosa de las necesidades de apoyo. Se utilizan diferentes fotografías que la persona debe describir, respondiendo preguntas concretas, y recordar una vez que se han retirado.

En esta fase también se puede valorar el uso de escalas psicométricas especialmente diseñadas para ello si se detectan déficits específicos en áreas importantes (y se considera que hacen falta adaptaciones notables en el proceso judicial). Por ejemplo, si durante la fase de compenetración se observa que un adulto con síndrome de Down presenta un deterioro significativo de la memoria, será necesario promover el uso de la prueba preconstituida en la fase de instrucción.

Esta medida es la única que puede preservar el testimonio y evitar que la persona deba declarar años después. Por lo tanto, la propuesta de prueba preconstituida puede basarse en el informe pericial con el protocolo ECAT-DI.

Durante estas fases, el evaluador debe detectar limitaciones evidentes en la persona evaluada y tener suficiente experiencia para incluir los mecanismos de apoyo que se sabe que son útiles para aliviarlas.

Por ejemplo, si en estas fases se detecta que la persona no tiene capacidad para ubicar los acontecimientos en un marco temporal, se puede diseñar un gráfico con ella en el que aparezcan los principales acontecimientos del último año, que servirá para ubicar cuándo ocurrieron los acontecimientos mencionados en las entrevistas. Posteriormente en el contexto policial, este mismo gráfico podría servir de apoyo para localizar los hechos delictivos que se están investigando.

IV. Registro de la evaluación de capacidades y diseño de los mecanismos de apoyo

Una vez finalizada la evaluación de la persona, se graban las respuestas. A continuación se determina el grado de afectación de las capacidades que pueden afectar al testimonio, además de los mecanismos de apoyo que deben existir durante el proceso judicial.

Si la evaluación de las capacidades se utilizará con fines periciales, la metodología de examen debe ser interjurisdiccional, es decir, dos evaluadores con experiencia en la materia deben ver la evaluación por separado y determinar el posible impacto en las capacidades.

Tras el acuerdo interjurisdiccional, se concretarán todos los mecanismos de apoyo para la persona con DI que se consideren necesario durante la intervención policial y judicial.

V. Informe de evaluación de capacidades

La evaluación de las capacidades, así como los apoyo que se consideren necesarios durante el proceso, se definirán claramente en un informe. Este informe deberá entregarse a todas las figuras policiales o judiciales pertinentes (por ejemplo:

magistrados, fiscales, abogados o psicólogos forenses). Su objetivo es ayudarles a llevar a cabo su investigación, para lo cual es esencial contar con un testimonio válido. Solo se puede lograr un testimonio válido planificando de la entrevista de obtención de testimonio que se realiza con personas con DI, una vez efectuado todo este trabajo preparatorio.

La entrevista para obtener el testimonio por fases adaptada a personas con DI, que se detalla en el siguiente apartado, incorpora el protocolo ECAT-DI como tarea fundamental previa a la obtención del testimonio.

8.2.3 La entrevista adaptada

Es previsible que surjan diferentes problemas de comunicación durante una entrevista con personas con DI (Contreas, Silva, Manzanero. 2015). Algunas de las peculiaridades más frecuentes del discurso de una persona con DI son las contradicciones, los silencios, su ritmo más lento, la confusión y la inseguridad.

Los problemas que pueden surgir en la comprensión de la persona con DI no son causados ni por el entrevistado ni por el entrevistador, sino que se deben a las diferencias en las habilidades comunicativas. Estas solo se pueden corregir haciendo las adaptaciones pertinentes y poniendo en marcha los mecanismos de apoyo necesarios (AAIDD, 2011).

La Entrevista para Obtener el Testimonio por Fases adaptada a personas con DI constituye una propuesta que garantiza las adaptaciones y mecanismos de apoyo mencionados y busca obtener un testimonio con el mayor número de detalles que la persona pueda ofrecer y libre de contaminación por el entrevistador. Por esta razón, la entrevista tiene, a su vez, tres fases:

• Una primera fase que comprende el Protocolo ECAT-DI para la Evaluación de las Capacidades que Afectan al Testimonio de la Persona con DI, cuyo objetivo es planificar la entrevista y diseñar los apoyos que deben existir durante este proceso.

• Una segunda fase de Abordaje del Suceso a Investigar u Obtención de Testimonio (con las adaptaciones pertinentes basadas en la aplicación de los mecanismos de apoyo previamente planificados).

• Una tercera fase de Cierre.

La grabación audiovisual de la entrevista es muy recomendable, para obtener un registro fiel de lo que dice la persona entrevistada y de cómo lo dice, ya que esto asegurará su testimonio en el tiempo. La grabación puede ser estudiada posteriormente (por los propios entrevistadores, y por otros peritos forenses), y podría servir para evitar que la persona con DI tenga que declarar repetidamente ante diferentes agentes del proceso penal.

<u>Fase 1: Protocolo ECAT-DI y planificación de la entrevista</u>

Tras la aplicación del Protocolo ECAT-DI, se dejará descansar a la persona y se le citará en otro momento para proceder a la segunda fase de obtención del testimonio con el apoyo necesario. Dada la complejidad y la fatiga que puede causar tanto al entrevistador como a la persona entrevistada, la realización del protocolo ECAT-DI y la obtención del testimonio en el mismo día debe limitarse a los casos estrictamente necesarios.

En cualquier caso, es vital hacer una pausa entre el protocolo ECAT-DI y la obtención del testimonio. Solo así se evitará la improvisación del apoyo y se podrá planificar cuidadosamente la entrevista.

Durante esta pausa, el entrevistador debe determinar el grado de afectación de las principales capacidades que podrían condicionar la narración de los hechos, (y así poder anticipar si tendrán muchos o pocos detalles; detalles clave o periféricos; especificidades o abstracciones; alto / moderado / bajo riesgo de deseabilidad social y, por tanto, aquiescencia, etc.), así como los mecanismos de apoyo que debería desplegar el entrevistador para obtener un testimonio lo más preciso y fiable posible.

Si se observa una gran necesidad de apoyo, es aconsejable recurrir a un psicólogo facilitador o, en su defecto, a un especialista en DI acostumbrado a diseñar sistemas de apoyo centrados en la persona.

Fase 2: Abordaje del Suceso y Obtención del Testimonio

En la segunda fase de la entrevista se aborda el hecho a investigar con los mecanismos de apoyo previamente diseñados. El abordaje del suceso es crucial para obtener una buena declaración, y requiere la aplicación de otra serie de pasos:

- Paso 1: Introducción y reglas clave

Aunque la norma en los contextos forenses no es sugerir el tema sobre el que uno quiere hablar, es probable que la persona con DI desconozca por completo el motivo por el que tiene que hablar con un desconocido.

Por lo tanto, el primer paso antes de preguntar sobre el hecho será preguntar si conoce las razones por las que está en la entrevista, y luego cerrar la pregunta (por ejemplo, "¿Sabes por qué estamos aquí?", "¿Hay algo que quieras decirnos / decirme?", "Hemos venido a hablar contigo para que nos cuentes algo que te ha pasado", " Hemos venido a hablar de algo que dijiste antes...").

Cabe señalar que la función primordial del evaluador es facilitar, no interrogar. Es fundamental no hacer demasiadas preguntas en la parte inicial de la fase de recogida de testimonios, ya que es mucho mejor obtener la información de la manera más espontánea y no contaminada posible.

Antes de comenzar a relatar lo sucedido, es importante recordar a la persona las "reglas clave" de la entrevista, que se practicaron durante la fase del Protocolo ECAT-DI. Recordar las reglas clave es útil no solo para prevenir los problemas de aquiescencia y asertividad habituales en las personas con DI, sino también para continuar estableciendo un clima de confianza antes de proceder a recordar el suceso potencialmente traumático.

- Paso 2: Narración libre

Las personas con DI suelen contar los aspectos periféricos al principio y no abordan temas centrales de los acontecimientos hasta sentirse preparadas o cómodas. Es muy importante no empezar de inmediato a preguntar por estos aspectos centrales, sino aguantar y tolerar su ritmo, las pausas, incluso las que son largas, y los silencios.

Así pues, incluso trabajando con una persona con DI, e independientemente de sus dificultades de expresión y comprensión, el acercamiento al tema a investigar será a través de la narración libre. Sin embargo, pedirles que operen de esta manera puede ser una situación novedosa, ya que suelen estar acostumbrados a que sus interlocutores sean quienes controlan y dirigen las conversaciones.

Sabiendo que los testimonios que mejor se pueden analizar son aquellos en los que la narración libre es extensa, en las entrevistas deben prevalecer las preguntas abiertas, que se cerrarán cuando se trate de profundizar en ciertos detalles. Serán las preguntas abiertas las que obtengan las respuestas más precisas y detalladas.

Con todo, hay preguntas que tienen un efecto adverso en las respuestas de las personas con DI. En general, cuanto más cerrada sea la pregunta, menos precisa será la respuesta, porque las personas con DI son más sensibles a la deseabilidad social, lo que les lleva a responder con aquiescencia en mayor medida que las personas sin DI (AAIDD, 2011).

NARRATIVA ABIERTA	Tratamos de obtener información sin presionar ni manejar las respuestas "*¿Podrías decirme, con todos los detalles que quieras, qué pasó?"*
PREGUNTAS ABIERTAS	Intentamos aclarar la información facilitada por la persona *"Has dicho que estuvo hablando contigo en el parque. ¿Puedes explicarme más sobre eso?"*
PREGUNTAS CERRADAS	Si es posible, al hacer estas preguntas cabe ofrecer más de dos opciones de respuesta "*Cuando has dicho que te tocó con "eso", ¿quieres decir con la mano, con un lápiz, con una regla...?"* Esta pregunta debe ser equilibrada, repitiendo las preguntas y alternando las opciones de respuesta para verificar si la respuesta se da bajo los efectos de la aquiescencia

Dado que el relato libre de una persona con DI es siempre más amplio que las meras respuestas a las preguntas, existe el riesgo de que el entrevistador deje de lado el relato libre y espontáneo de los hechos y se centre más en la especificidad. De este modo se obtienen respuestas más fáciles de entender. Sin embargo, casi todas las

personas con DI pueden hacer un relato libre de los hechos. En caso de duda, siempre hay que agotar los recursos para que esto suceda, aunque su capacidad de expresión sea limitada.

- Paso 3: Preguntas cerradas

Solo una vez obtenido el relato libre (sin que importe el número de detalles disponibles), y tras haber agotado las preguntas abiertas, se formulará la pregunta de manera cerrada. Las preguntas dicotómicas, con una respuesta de solo "sí" o "no", se limitarán a las personas con DI que tengan serias dificultades para expresarse.

Fase 3: Cierre de la entrevista

Antes de concluir la entrevista, se procede a la tercera y última fase, que constituye el cierre de la entrevista y tiene tres objetivos:

• Corregir las posibles distorsiones en el testimonio, debido a fallos de comunicación que puedan haberse producido entre el entrevistador y la persona entrevistada. El testimonio obtenido se debe revisar, para dar a la persona con DI la oportunidad de corregir, ampliar o suprimir la información que considere apropiada. Para ello, resulta imprescindible, dados los frecuentes problemas de deseabilidad social, hacer una petición explícita de corregir esos aspectos que sean erróneos y añadir lo que se considere oportuno.

• Responder a las dudas que tenga la persona entrevistada. Dado que en la mayoría de los casos las personas con DI rara vez se sienten libres para expresar sus dudas, debe ser el entrevistador quien pregunte proactivamente si tienen dudas sobre lo que se ha hablado.

• Suavizar el posible impacto que la entrevista pueda haber tenido en la persona, agradeciéndole el esfuerzo (independientemente de lo que se haya logrado) y terminar con un tema agradable y neutro que ayude a reducir la tensión antes de despedirse del entrevistador.

En conclusión, la entrevista para obtener la declaración de una persona con DI no debe realizarse sin conocer los apoyos que necesitará durante la misma, para lo cual se recomienda la aplicación del Protocolo ECAT-DI para la Evaluación de las Capacidades que Afectan al Testimonio de la persona con DI como tarea previa al abordaje del hecho investigado.

Una vez aplicado, se pueden anticipar los posibles mecanismos de apoyo que el entrevistador debe desplegar desde el inicio de la entrevista. En esta, el entrevistador debe ser paciente y agotar todos sus recursos para asegurar el relato libre del hecho, para luego utilizar las preguntas que permitan un testimonio válido. La entrevista debe ser cerrada a la hora de responder a las dudas de la persona entrevistada, al tiempo que se propicia un ambiente amigable para mitigar el impacto del recuerdo de los hechos.

8.2.4. Evaluación de la Capacidad de Consentir Relaciones Sexuales en Personas con DI

Históricamente, se ha pensado que, independientemente de su edad, las personas con DI no tenían derecho a tener relaciones sexuales y que cualquier relación sexual constituía abuso. Por suerte, la sociedad es cada vez más consciente del derecho de estas personas a acceder libremente a su sexualidad de una manera saludable. El consentimiento es crucial para decidir si una relación sexual o acto sexual en particular se considera abuso contra una persona adulta con DI. Dado la complejidad que conlleva, la decisión requiere conocimientos que permitan llegar a una conclusión lo más cercana posible a la certeza. Esto último se hace más complejo, ya que la capacidad de las personas con DI para dar su consentimiento es difícil de medir, pues pueden ser capaces de tomar decisiones sobre algunas cosas, pero no sobre otras.

Identificar si una persona es capaz de consentir en una relación sexual no es fácil, pero los facilitadores pueden ayudar a hacer esta determinación proporcionando información valiosa con una evaluación rigurosa y con el diseño de mecanismos de apoyo adecuados.

Huelga decir que no todos los casos en que una persona con DI ha sido presuntamente abusada requieren una evaluación de su capacidad para consentir relaciones sexuales. Hay casos en los que es evidente si ha habido consentimiento, pero en muchos casos pueden surgir dudas, y es aquí donde debe hacerse una valoración por parte de profesionales especializados en la materia.

La legislación vigente no castiga todos los encuentros sexuales entre un adulto y una persona con DI, pues si así fuera, se entendería que los adultos con DI no pueden tener relaciones sexuales. En atención a lo establecido por la jurisprudencia, cabe diferenciar dos tipos de escenarios:

a) Casos en que la víctima tiene un grado de discapacidad tal que cualquier contacto sexual establecido con la víctima deba considerarse no consensual. En tales casos, se entiende que el sujeto activo necesariamente tiene que estar aprovechando la discapacidad de la víctima, ya que esta última no tiene noción de lo que es la sexualidad ni de sus implicaciones. Por lo tanto, nunca podrá dar su consentimiento para participar en relaciones sexuales.

b) Supuestos en los que la víctima sufre una discapacidad no tan grave, que le permite tener una cierta noción de sexualidad y albergar al menos una idea elemental sobre sus implicaciones.

"Son casos en los que normalmente hay manipulación por parte del sujeto activo a través de amenazas inverosímiles o promesas triviales, sin la gravedad de la intimidación, pero capaces de doblegar la voluntad de la víctima precisamente por sus limitados recursos intelectuales" (Núñez, 2011). En estos casos, es necesario realizar una evaluación específica de la capacidad consentir una relación sexual.

Una evaluación de la capacidad de consentir una determinada relación sexual requiere que la prueba se refiera precisamente a la capacidad de comprender las relaciones sexuales e interpersonales concretas que la persona experimentó.

Por ello, lo que debe evaluarse es si existe la capacidad de consentir una determinada relación sexual y si ese consentimiento se dio realmente. Es importante destacar, por tanto, que una persona con DI puede tener capacidad para consentir una relación sexual en un determinado contexto y relación y no en otro.

Así pues, la evaluación en este sentido debe ser única y abarcar los elementos que intervienen en una relación sexual concreta. Se recomienda que toda evaluación de la capacidad de consentir una relación sexual se base en estas premisas:

• La persona debe poseer ciertos conocimientos sobre sexualidad para poder consentir la actividad sexual.

• La persona debe comprender los principales elementos del comportamiento sexual y ser capaz de distinguir que el sexo es diferente de otras relaciones de cuidado, como la ayuda con la higiene corporal o un examen médico.

• La persona debe entender que las relaciones sexuales pueden tener consecuencias previsibles, como el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual.

• La persona debe entender que las relaciones sexuales han de ser libres y consentidas, y bajo ninguna circunstancia obligatorias.

• La persona debe entender que las relaciones sexuales no pueden ni deben mantenerse con cualquiera.

Teniendo en cuenta estas premisas, se entiende que hay situaciones claras en las que el consentimiento a las relaciones sexuales no puede considerarse válido:

• Si la persona no entiende lo que se le pregunta.

• Si la persona no conoce las consecuencias que pueden derivarse de una relación sexual.

• Si la persona no sabe que tiene derecho a negarse a mantener relaciones sexuales con la otra persona.

• Si la persona no sabe decir "no" a una relación sexual.

• Si la persona no es consciente de que mantener relaciones sexuales no tiene por qué ser incómodo o doloroso.

• Si la persona no sabe que está siendo utilizada cuando recibe un regalo a cambio de sexo.

• Si la persona no sabe que algunas relaciones sexuales no son socialmente aceptables, como las mantenidas con los padres, o entre subordinados y jefes.

Con todo esto, se puede concluir que el consentimiento puede tomarse como válido si la persona sabe lo que está consintiendo y tiene una opción real de comunicar este consentimiento. Con respecto a esto último, se podría concluir erróneamente que si una persona con DI presenta limitaciones significativas en su expresión verbal, podría no tener capacidad de consentir relaciones sexuales. Como resultado de ello, son muchos los casos de personas con DI en los que, tras darse cuenta de que están manteniendo relaciones sexuales, se plantea la duda de si efectivamente se dio consentimiento, precisamente por las dificultades de la presunta víctima para expresarse verbalmente.

Por esta razón, los profesionales encargados de realizar la evaluación de la capacidad de consentir relaciones sexuales en personas con DI deben tener incorporadas adaptaciones para personas con limitaciones significativas en su comunicación. Estas valoraciones solo deben llevarse a cabo cuando exista la sospecha de que han podido consentir porque existía intimidad con el sujeto activo, cuando podían comunicarse entre sí y existía una cierta relación de confianza (por ejemplo, entre compañeros del centro ocupacional), no de superioridad.

Si la relación sexual es con alguien con quien la persona con DI no tiene una relación habitual y, por tanto, no sabe leer a esta persona, se entiende que no hay capacidad de consentimiento por incapacidad para expresar una decisión.

En casos extremadamente complejos en los que la persona presenta graves limitaciones de comunicación, es esencial contar con materiales específicamente adaptados para establecer lo sucedido, así como para evaluar la capacidad de consentir relaciones sexuales en esa persona con DI. A este respecto son especialmente recomendables los materiales del Instituto Británico de Trastornos del Aprendizaje. Enlace

Si el facilitador ha evaluado previamente las capacidades que afectan al testimonio de la persona con DI, esta evaluación le permitirá contar con el apoyo necesario para realizar una entrevista dirigida exclusivamente a evaluar la capacidad de consentir los hechos que se están investigando.

Si la evaluación es realizada por alguien que no sea el facilitador, se debe realizar una valoración previa de las capacidades que afectan a su forma de contar los hechos para garantizar una evaluación válida.

Antes de proceder a evaluar la capacidad de consentir una relación sexual, es importante explicar a la persona con DI de qué se va a hablar. Es importante no dar por sentado que sabrá de qué está hablando cuando se refiera a "sexo" o "relaciones sexuales". Puede que lo mencione pero no sepa lo que significa o piense que significa algo que no es (por ejemplo, para una persona con DI, "sexo" puede significar exclusivamente besar). Lo mismo ocurre con términos como "felación", "masturbación" o "violación".

Cada vez que mencione una expresión de este tipo por primera vez, cabrá preguntar qué significa la palabra mencionada, utilizando el término exacto empleado por la persona evaluada. ("¿Qué quieres decir con ... - y usa las mismas palabras -?").

Posteriormente, se podría evaluar la presencia de los factores que afectan a la capacidad de consentir una relación sexual específica, adaptando las preguntas al nivel de comprensión previamente evaluado. Este trabajo debe constar de dos partes:

Parte a) (consentimiento general): sirve para evaluar si existen situaciones claras en las que el consentimiento para mantener relaciones sexuales no puede considerarse válido, a saber:

- no son capaces de entender lo que se les pide,
- no saben que pueden rechazar lo que se les pide,
- no saben decir "no",
- no entienden las consecuencias de las relaciones o no saben con quién se puede y no se puede tener relaciones.

[61-80 – UMAR] !!!!!!!

Si se observa incapacidad o dificultades graves en cualquiera de estos cuatro puntos, la persona no tiene capacidad para consentir dicha relación.

Parte b) (consentimiento a una situación particular): la persona puede tener cierta capacidad de consentimiento, porque tiene las nociones básicas de lo que son las relaciones sexuales y sus consecuencias, sabe que puede decir "no" y sabe con quién no puede tener relaciones, pero se estima que este conocimiento es muy limitado, por lo que puede no tener capacidad de consentir lo que se solicitó o realizó específicamente (por ejemplo, penetración anal o felación).

8.3. Conclusiones

Tras la comisión de un acto delictivo, la víctima suele experimentar un grave impacto emocional además del daño físico, económico, psicológico y social producido, que se agrava, en ocasiones, al entrar en contacto con el marco jurídico-penal, generalmente desconocido.

Por todo ello es de vital importancia que se realicen las adaptaciones necesarias para que las personas con discapacidad, y en especial las más vulnerables, quienes tienen una DI, tengan un acceso igualitario a la justicia. Esto dependerá de la capacidad del sistema, empezando por los agentes de policía y los profesionales y expertos forenses, para ofrecer apoyo y aplicar las adaptaciones procesales necesarias.

→ La puesta en marcha de los apoyos solo se puede lograr si dichos profesionales muestran la humildad necesaria para reconocer sus limitaciones a la hora de tener que intervenir con personas con DI.

La heterogeneidad que caracteriza a las personas con DI es inmensa y disponiendo de formación especializada y experiencia se podría conocer mejor la forma en que se ven afectadas las capacidades de la persona con DI en cuestión.

La adopción de medidas específicas para las personas con DI, tales como la figura del facilitador, se justifica por la necesidad de proteger a la persona. En la Convención

de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) también se dice:

"Los Estados Partes velarán por que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes procesales y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todas las actuaciones judiciales, incluida la etapa de investigación y otras etapas preliminares" (artículo 13.1).

Dadas las especificidades que conlleva el trabajo con personas con DI cuando se ven involucradas en un procedimiento policial y/o judicial, es necesario que estén acompañadas por profesionales especializados o facilitadores de los apoyos necesarios.

8.4. RECOMENDACIONES

A través de este proyecto se acompaña y apoya a las víctimas con DI durante el proceso penal, se defiende su capacidad de participar en el proceso en igualdad de condiciones que los demás, y se capacita a los profesionales que intervienen directamente en estos casos (jueces, fiscales, psicólogos forenses y clínicos, etc.) para que puedan comunicarse e interactuar con esas víctimas y testigos vulnerables de la manera más apropiada.

En la actualidad, una parte importante de la labor de proyectos como ATHENA consiste en promover la aplicación integral de esta Directiva de la Unión Europea y de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Para avanzar en este empeño, numerosas organizaciones se unieron a Trustlaw para realizar un estudio comparativo de varios Estados miembros de la UE (Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos, Portugal, Inglaterra y Gales, y España) sobre los derechos y la protección que cada legislación nacional ofrece a las víctimas especialmente vulnerables, todo ello con el objetivo de destacar y compartir las buenas prácticas detectadas. Dos bufetes de abogados de renombre internacional participaron activamente en este estudio: White & Case y WilmerHale.

Esta investigación concluyó con un informe publicado en 2017, en el que se analiza cada uno de los Estados miembros antes citados, y en el que:

1) se identifican las leyes y reglamentos que se han adoptado en relación con las víctimas durante el proceso penal, y cómo se compara cada una de las leyes internas con la Directiva de la UE;

2) se hace una descripción detallada de las medidas y los procedimientos específicos adoptados para proteger a las víctimas con necesidades especiales de protección en procesos penales, incluyendo las medidas aplicables a los jueces, fiscales, funcionarios judiciales, policías, etc.;

3) un resumen de la jurisprudencia y de todos los datos que muestran cómo se está interpretando esta legislación y la Directiva de la UE, y cómo se aplican en la práctica estas medidas y procedimientos especiales.

A continuación se presentan los aspectos más destacados de cada uno de los Estados analizados:

- **Portugal**

Para dar cumplimiento a las garantías de la Directiva, el 4 de octubre de 2015 entró en vigor la Ley 130/2015. Se trata de una transposición casi literal de la Directiva, aunque en algunos aspectos va aún más lejos, permitiendo el acceso a centros de atención y apoyo a la víctima si la evaluación la clasifica como necesitada de medidas de protección específicas.

Sin embargo, también ha sido posible detectar algunas áreas de mejora en la normativa aprobada, como por ejemplo:

- ✓ Aunque existe una disposición para evitar el contacto entre la víctima y el delincuente, es muy general y, por tanto, su aplicación es difícil. En particular, no se estipula la existencia de salas de espera diferentes para cada uno de ellos.
- ✓ Si bien la nueva legislación menciona la formación que deben recibir los funcionarios que están en contacto con las víctimas, lo hace de manera muy general y no instituye protocolos para su aplicación.

Entre los grupos de apoyo a las víctimas que prestan servicios en Portugal, destacan los siguientes:

- ✓ Comisión Nacional de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Riesgo: supervisa y coordina las organizaciones especializadas en la atención a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo; además crea hogares seguros para su protección y promueve los derechos de estos grupos en situación de riesgo.
- ✓ Dirección General de Asuntos Sociales: atiende las investigaciones de los menores que han participado en procesos penales, y asiste y protege a los niños víctimas de delitos.
- ✓ APAV (Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas): informa, protege y apoya a las víctimas de delitos.
- ✓ Proyecto CARE: canal especializado de apoyo a niños y jóvenes víctimas de violencia sexual.
- ✓ IAC (Instituto de Apoio à Criança): se encarga de defender y promover los derechos de la infancia.

- **España.**

La Directiva fue adoptada en España por la Ley 4/2015, de 27 de abril, sobre el estatuto de víctima de delito, que entró en vigor el 28 de octubre de 2015. Al igual que en el caso de Portugal, esta Ley transpone el cuerpo de la Directiva casi en su

totalidad, estableciendo una serie de medidas y derechos relativos a todas las víctimas, independientemente de su condición y del delito sufrido, al tiempo que añade una sección relativa a las medidas de protección adicionales para las víctimas especialmente vulnerables.

Merecen destacarse las siguientes características favorables:

- La Ley 4/2015 recoge todos y cada uno de los derechos y medidas contemplados en la Directiva, e incluso amplía algunos de ellos a supuestos no previstos en la misma, como la preconstitución de la declaración de la víctima en ciertos casos aunque no sea menor de edad, o designar un defensor judicial cuando los intereses de la víctima menor o discapacitada entren en conflicto con los de los representantes legales.

- El nuevo reglamento prevé la creación de Oficinas de Atención a las Víctimas, así como la capacitación de todo el personal (Fuerzas de Seguridad del Estado, personal de la Administración de Justicia, abogados, personal sanitario, trabajadores de Servicios Sociales, etc.) que trabajará con las víctimas.

- También se ha aprobado una adición a la Ley que, entre otras cosas, define el procedimiento para realizar evaluaciones de las víctimas a fin de detectar sus necesidades especiales de protección.

- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado cuentan con protocolos específicos para la atención de víctimas vulnerables.

Sin embargo, también se han detectado algunas áreas de mejora, dos de las cuales son dignas de mención:

- No se ha establecido un protocolo de atención a las víctimas vulnerables en los juzgados.

- No se ha especificado el tipo de formación que recibirán los agentes de policía y los operadores jurídicos para dar el mejor trato a las víctimas, especialmente a las que tienen necesidades especiales de protección.

Al igual que ocurre en Alemania, la ordenación territorial española y el sistema de competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas hacen que existan diferencias significativas en determinadas materias jurídicas, como la puesta en marcha de las Oficinas de Asistencia a las Víctimas.

En el marco de las instituciones de atención y apoyo a las víctimas, España cuenta con una red de atención considerablemente amplia y especializada:

- A nivel estatal, destacan las oficinas de asistencia a las víctimas de delitos violentos y delitos contra la libertad sexual, que también tienen sus respectivos homólogos en algunas Comunidades Autónomas con competencias en materia de justicia.
- A escala autonómica, existen otras entidades privadas que atienden a las víctimas de delitos, tales como CAVAS, FAVIDE o AMUVI.

- Para las víctimas con necesidades especiales de protección, destacan las siguientes:

    o FAPMI (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil en España): dedicada a la prevención, detención, atención e intervención con niños víctimas de abusos o delitos sexuales, sus familias y su entorno.

    o CIASI (Centro Especializado de Intervención en Maltrato Infantil) en Madrid.

    o REVELAS-M, que atiende a víctimas menores de edad en Castilla-La Mancha.

    o KEEP ME SAFE: busca prevenir la violencia y el abuso sexual contra jóvenes con discapacidad.

    o Unidad de Asistencia a Víctimas con DI: ofrece apoyo psicoterapéutico, forense y jurídico a las víctimas con DI en su paso por el proceso penal.

Las conclusiones del estudio son las siguientes:

1) La mayoría de los países analizados, excepto Bélgica y los Países Bajos, cumplieron con el plazo de transposición establecido por la Directiva, adoptando en mayor o menor medida las medidas de protección de los derechos de las víctimas impuestas por la normativa europea;

2) Muchos de los países objeto de este estudio han desarrollado disposiciones y protocolos específicos para la atención a las víctimas con necesidades especiales de protección (la mayoría, sin embargo, se centran en los menores, ignorando al resto de colectivos vulnerables);

3) Dado el escaso tiempo que lleva en vigor la obligación de los Estados miembros de adaptar su legislación nacional a la Directiva (algo más de un año), los datos sobre su aplicación son muy escasos o nulos, con la notable excepción de países como Italia, Inglaterra y Gales y España, que han podido aportar jurisprudencia y/o estadísticas al respecto;

4) Casi todos los Estados miembros contaban con iniciativas públicas y privadas antes de la aprobación de la Directiva para abordar las necesidades de las víctimas de delitos (especialmente cuando se trata de víctimas vulnerables). Estas iniciativas conservan una función destacada en favor de la protección de las víctimas y de sus derechos.

9. TERAPIA PARA ROMPER EL CICLO DE VIOLENCIA

9.1 Introducción al concepto de trauma en la persona con DI

Los términos "impacto", "daño" o "trauma" se utilizan común e indistintamente para referirse a las consecuencias o desequilibrios físicos y psicológicos que un determinado acontecimiento negativo provoca en alguien. Tras un accidente de tráfico, por ejemplo, se puede hablar de estar "conmocionado", "lesionado" o "traumatizado". El uso de la palabra "trauma" se basa en la etiología de la palabra (proviene de un concepto griego que significa "herida"), por lo que se entiende, en lenguaje común, como una lesión generada por un agente, circunstancia o experiencia externa.

Un trauma físico estaría vinculado a una lesión o daño que sufre el cuerpo y que altera el curso normal de la salud física, mientras que un trauma psicológico se asocia con una lesión o daño que altera la salud mental de la persona (Salvador, 2019).

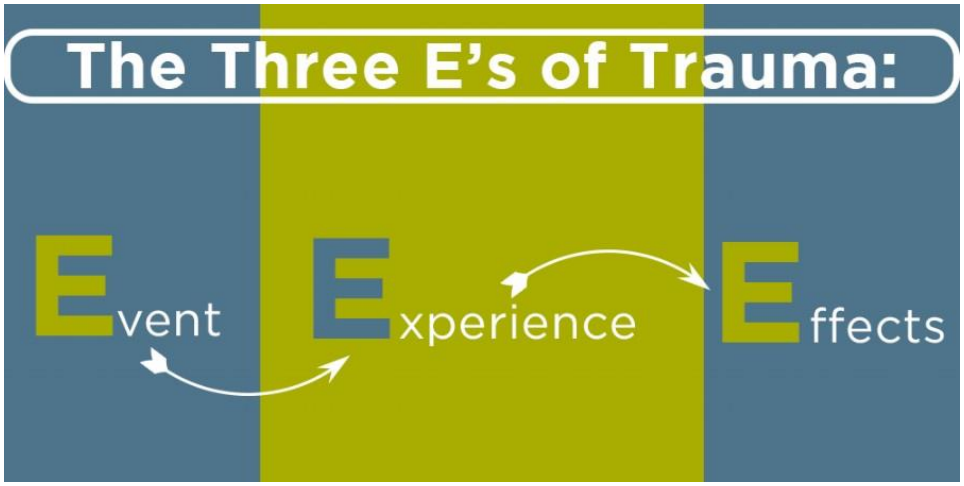
Las causas de dichas alteraciones pueden variar enormemente. Sin embargo, existe consenso sobre las dos dimensiones asociadas al trauma:

I) la dimensión de valencia negativa, es decir, los sucesos traumáticos se codifican como experiencias negativas,

II) la dimensión intensidad, que alude a una alteración significativa en la salud física o mental o a un estrés excesivo. También se han descrito las conexiones entre las representaciones del suceso traumático y las respuestas afectivas (Foa, Steketee, Rothbaum, 1989).

Por lo tanto, el término "trauma" tiende a utilizarse para aludir a aquellos acontecimientos negativos que han tenido un impacto significativo en alguien o le han causado alteraciones notables.

En cuanto a la intensidad, en el contexto de las evaluaciones periciales del daño mental se utilizan otros términos relacionados que contribuyen al complejo entramado de conceptos relativos al trauma.



Fuente: Imagen extraida del Centro de Protección Infantil Zebra

"Daño psicológico":

- hace referencia a todos aquellos desequilibrios psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal. Por otro lado, "lesión mental" se refiere a una alteración clínicamente significativa que afecta a la persona como consecuencia de haber sufrido un delito violento y que le supone serias dificultades a la hora de tratar de hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana.

Ejemplos de lesiones mentales frecuentes tras un suceso traumático son los trastornos adaptativos y el trastorno de estrés postraumático. Luego están las "secuelas psíquicas", que se refieren a la estabilización y consolidación del daño psíquico, como las modificaciones permanentes de la personalidad.

Cuando aplicamos estos conceptos al contexto clínico y forense de las personas con DI, podemos empezar a intuir la complejidad que entraña evaluar el daño psicológico en personas que ya tienen una lesión o trauma previo debido a la propia DI. Llamamos a esta lesión anterior 'incapacidad' y observamos que todas las personas con DI están incapacitadas en mayor o menor medida cuando se trata de adaptarse a las exigencias del mundo exterior.

No hay que olvidar que las personas con DI tienen una mayor incidencia de enfermedades mentales que las personas con una función intelectual normal (Cooper & Bailey, 2007)

En cualquier contexto de evaluación clínica o forense con víctimas con DI, tanto para diagnosticar el daño derivado de una situación de victimización delictiva como para establecer adecuadamente los objetivos de la psicoterapia, prevenir secuelas psíquicas y lograr la estabilidad psíquica, emocional y relacional, es imprescindible conocer dos conceptos:

1) El concepto de **patoplastia** en personas con DI, que se refiere a las **formas que adopta la sintomatología en personas con DI**. Las manifestaciones clínicas difieren significativamente en las personas con DI en comparación con la población general (Novel, Rueda, Salvador, 1990), por lo que será necesario que los profesionales de atención directa, los expertos forenses y los profesionales de la psicoterapia conozcan la patoplastia del daño o trauma en las personas con DI.

2) La distinción entre trauma primario y trauma secundario. La persona con DI (y familia) ya tiene una herida derivada del dolor por la discapacidad y de las vicisitudes que tiene que sufrir a lo largo del ciclo vital familiar. Al evaluar e intervenir con víctimas con DI, denominamos a este impacto trauma primario. Las manifestaciones derivadas de este deben distinguirse del daño psicológico derivado de la experiencia de abuso sexual, violencia o una situación de victimización delictiva, que llamamos "trauma secundario".

Tanto en el trauma primario como secundario intervienen factores que van a modular el impacto que la DI y la situación de victimización delictiva, respectivamente, tienen sobre la persona.

Entre las personas con DI, la valoración de los factores de protección y vulnerabilidad al impacto adquiere una complejidad añadida, que este capítulo pretende explicar.

Las personas con DI se encuentran en una situación especial de vulnerabilidad según Hawking (2014).

El trauma primario debe considerarse entre los factores de vulnerabilidad que condicionan el daño psicológico de la persona con DI tras un suceso violento. La propia DI hará que la persona no solo se enfrente a un proceso pericial o judicial con una vulnerabilidad previa derivada de su propia discapacidad, sino que además tendrá una probabilidad mucho mayor de sufrir lo que la doctrina denomina "victimización secundaria", que requiere una atención especial.

Reparar el daño o mitigar el impacto de los diferentes traumas con los que puede vivir la persona con DI víctima de un abuso sexual o situación de violencia, por ejemplo una situación traumática, requiere un modelo de intervención psicoterapéutica adaptado a estas víctimas y sus familias que se presentará en este capítulo.

9.2. Patoplastia en las personas con DI

El concepto de patoplastia se refiere a las diferencias individuales en la expresión sintomática de una misma enfermedad mental. En consecuencia, se entiende que la expresión de los problemas de salud mental es única para cada individuo.

Cuando se trata de comparar los síntomas de una determinada enfermedad mental entre las personas con DI y el resto de la población, las diferencias son aún mayores. Son tan diferentes que es necesario desarrollar criterios adaptados a este colectivo, lo que conlleva el desarrollo de manuales de diagnóstico específicos adaptados como el DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) o el DM-ID (Fletcher, R., Loschen E., Stavrakaki, C., First, M., 2010).

→ La principal diferencia entre la población con DI y sin ella en la expresión de los problemas de salud mental estriba en el mayor uso del comportamiento como método de expresión de los síntomas psiquiátricos entre las personas con DI. El concepto de "equivalente conductual" alude a la expresión de síntomas psiquiátricos a través del comportamiento. La mayor expresión de "equivalentes conductuales" entre las personas con DI se debe sin duda a sus problemas de comunicación (May, Kennedy. 2010).

Las limitaciones cognitivas de las personas con DI pueden provocar dificultades de introspección (AAIDD, 2011). Esta limitación dificultará la detección de problemas de salud mental, ya que los profesionales clínicos suelen utilizar esta capacidad para emitir sus juicios clínicos.

Para entender las dificultades para diagnosticar adecuadamente a las personas con DI:

- ✓ a las limitaciones en la comunicación, la función cognitiva y la patopastia hay que añadir el llamado "efecto de sombra".
- ✓ Cabe tener en cuenta el entorno que rodea a la persona con DI.

Este "efecto de sombra" limita la aplicación de los sistemas de diagnóstico e intervención para los problemas de salud mental de estas personas. Además, la DI

produce una distorsión en el juicio clínico del profesional, lo que supone minimizar la relevancia de la enfermedad mental y su significación e importancia para el bienestar del paciente.

Por ejemplo, si un adulto sin DI se golpea fuertemente la cabeza con objetos, ningún clínico dudaría del malestar que sufre el paciente y, en consecuencia, se desplegarían las intervenciones terapéuticas pertinentes. Si la misma conducta autolesiva se produce en un adulto con DI, se tiende a asumir que dicha conducta corresponde a la propia DI y que no es tan preocupante como en el caso del adulto sin DI (Martorell et al., 2009).

Por tanto, dados los problemas de comunicación, las dificultades de introspección, la patoplastia y el efecto de sombra, los trastornos psiquiátricos serán enormemente difíciles de detectar en individuos con DI. Incluso cuando el profesional detecta un malestar significativo en la salud mental de una persona con DI, puede ser sumamente difícil efectuar un adecuado diagnóstico diferencial. En los contextos periciales de valoración de daños, lesiones o secuelas psicológicas, este desconocimiento es grave debido a las consecuencias acumulativas, que contribuyen a la victimización secundaria (ver más adelante).

Viendo la alta incidencia de estos trastornos, y la influencia del trauma en su aparición en personas con DI (Discapacidad intelectual y salud mental: evaluación e intervención psicológica. Plena Inclusión. 2014), resulta esencial conocer:

- la forma que adoptan
- cómo se presentan estos trastornos en la población con DI.

La principal dificultad para detectar estos trastornos en las personas con DI reside fundamentalmente en la limitación de algunos individuos con DI para identificar y expresar los complejos fenómenos cognitivos presentes en cualquiera de estos trastornos, como la despersonalización, la desrealización o los pensamientos recurrentes de muerte (APA, 2013).

Uno de los criterios diagnósticos presentes en varios de los trastornos de ansiedad, por ejemplo las fobias, es evitar ciertas situaciones u objetos. En las personas con DI dependientes de terceros, esta evitación a menudo no ocurre ya que la autonomía del individuo está determinada por otras personas.

→ En los trastornos del estado de ánimo, es común una disminución del interés y de la realización de actividades. Cuando se habla de personas con DI, es importante tener en cuenta que en muchas ocasiones no tienen la posibilidad de reducir su número de actividades, porque no tienen elección al respecto. El Trastorno de Estrés Postraumático merece una mención especial en este Módulo. El criterio básico de este trastorno es que el individuo haya estado expuesto a un suceso traumático en el que su integridad o la de otros haya estado en peligro. **Dada la menor reserva cognitiva y otras deficiencias en el sistema de apego, por ejemplo (ver más adelante), una experiencia que**

puede ser traumática para una persona con DI a veces no lo es a los ojos de su círculo.

No considerar esta posibilidad puede llevar a asumir que cierta experiencia de una persona con DI, como el atropello de una mascota, no puede ser traumática para ella. Sin embargo, una experiencia de este tipo puede suponer un shock enorme para una persona con DI. Además, algunos criterios diagnósticos de este trastorno, como la reexperimentación y el aumento del nivel de activación, pueden confundirse con determinados trastornos conductuales.

La descripción de cada una de las adaptaciones de los criterios diagnósticos para trastornos psiquiátricos excede el ámbito de este Módulo. Se recomienda a los lectores estudiar y aplicar los contenidos de los manuales DM-ID (Fletcher et al., 2010) o DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001).

Comprender la complejidad y dificultad que entraña la detección y el diagnóstico de los problemas de salud mental en las personas con DI es ya un gran paso. Conviene que el profesional tome conciencia de la relevancia del comportamiento como método de expresión sintomática y no como problema en sí mismo. Como se ha dicho, **la alteración del comportamiento en una persona con DI siempre revela angustia emocional**.

→ Para que el profesional entienda qué síntoma explica una determinada alteración conductual, es necesario un registro meticuloso y concienzudo del comportamiento, ya que de una misma alteración conductual pueden surgir diferentes síntomas psiquiátricos. La fiabilidad y el grado de identificación de los síntomas mejorarán a medida que se cotejen registros conductuales minuciosos y detallados a partir de información contextual.

Así, por ejemplo, un adulto con DI que tiene una rabieta durante una determinada actividad puede "significar" varios síntomas. En el caso que nos ocupa, esa misma rabieta puede implicar un "miedo fuerte y persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia (...) de un objeto o situación específica".

Pero también puede implicar "una marcada disminución en el interés o la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades (...)", que en el caso de las personas con DI puede manifestarse a través de la agresividad cuando se le pide que participe en una determinada actividad. Si el primer supuesto explicara la rabieta, estaríamos ante un síntoma perteneciente a las Fobias Específicas. Sin embargo, si se explicara con el segundo supuesto, podríamos estar ante un síntoma de un Episodio Depresivo Mayor.

Para saber qué síntoma informa la rabieta, y poder hacer un juicio diagnóstico eficaz, es importante que el clínico pueda hacer un registro minucioso del comportamiento y proporcionar a la persona con DI espacios terapéuticos que ofrezcan la posibilidad de dar una explicación a sus vivencias y su comportamiento. De este modo podrá saber qué síntoma psiquiátrico se corresponde con la alteración conductual.

→ En conclusión: los profesionales que trabajan con personas con DI deben estar capacitados para conocer las particularidades en la expresión y presentación de los problemas de salud mental en esta población (NICE, 2016). Además, es fundamental que el clínico entienda que la DI como tal nunca es un argumento válido para explicar las diferentes alteraciones conductuales, y que si estas se producen, lo hacen como expresión de un sufrimiento interno.

9.3. Trauma primario derivado de la DI

9.3.1. Trauma primario en relación con el duelo familiar

Si revisamos la conceptualización del término "trauma", se entiende que la DI en sí misma es considerada el primer trauma, como el primer golpe que altera el equilibrio de alguien, y el de todos los miembros de la familia a la que la persona pertenece. Además, cabe recordar que las personas con DI son más vulnerables a desarrollar un duelo traumático (Brickell, Munir. 2008).

En el marco de cualquier evaluación clínica o forense, es necesario distinguir:

- el trauma primario (originado por la discapacidad)

de

- el trauma secundario (derivado de la situación de victimización delictiva)

La noticia de un embarazo desencadena una ola de sentimientos en toda la familia, pero especialmente en los futuros padres. Lo digan o no, fantasean con el hijo que vendrá y con lo que serán como padres. Se genera un cúmulo de deseos y expectativas en torno al futuro niño (será sano, exitoso, guapo, se parecerá a, etc.). Las necesidades de apoyo para las familias "convencionales" son diferentes (Giné, Balcels. 2011).

Si todo nacimiento supone una frustración al contrastar los deseos con la realidad, la noticia de la discapacidad del hijo conlleva una pérdida aún mayor, ya que entre otras cuestiones, la distancia entre el deseo y la realidad es mayor. Todos estos sentimientos están subsumidos en la identidad de las PDI (Sorrentino, 1990).

Este hecho produce sentimientos como el desconcierto, la tristeza o la frustración, que sitúan a la familia en un estado de duelo. Hablar de discapacidad, por tanto, es hablar de duelo: duelo de los padres, duelo del hijo discapacitado y duelo por la pérdida del ideal familiar o su ideal de vida.

Así, aunque cada familia es única, y soporta y afronta las experiencias y vicisitudes a su manera, quienes reciben el diagnóstico de DI en un hijo deben enfrentar el mismo hecho, que es el duelo por el hijo (o hermano, sobrino, nieto) que no tuvieron.

→ El proceso de duelo y las exigencias, tanto externas como internas, que las familias deben afrontar por su propio cuidado y por el hijo con discapacidad, pueden poner en peligro el bienestar individual de los miembros de la familia y

el vínculo con el niño y, por tanto, los cuidados básicos que el bebé necesita para el desarrollo de su propia estructura psíquica (Domínguez, Vasques, 2017).

El establecimiento de un apego en las familias con un niño con DI se hace más difícil de conseguir (Pérez-Salas, Santalices. 2009), debido a:

a) el duelo de los padres y

b) la propia DI. Esto conlleva circunstancias especiales, como la admisión de figuras ajenas a la familia muy pronto (desde el diagnóstico de discapacidad) en las que las familias pueden delegar sus propias funciones de cuidado. Además, está el hecho de que el bebé puede ser poco estimulante para los padres debido a las limitaciones presentes, lo que reduce los momentos de contacto e interacción entre padres e hijo.

Es habitual en el niño con DI que desaparezcan las similitudes con los progenitores o la familia extendida ("tiene la nariz de su padre"). El riesgo es que la persona con discapacidad quede reducida a un diagnóstico y deje de ser vista como un todo, con la suma de sus limitaciones y capacidades.

→ La persona con DI solo se identificará con las limitaciones de la discapacidad y no con sus recursos y fortalezas, y se dañarán su autoimagen y la integridad, estabilidad y bienestar de cómo puede verse a sí misma. El marcador de este daño nos mostrará el déficit de autoestima de la persona con DI (Rubio, 2016).

En el desarrollo de la autoestima tampoco ayuda la mirada de preocupación constante dirigida al niño que vemos tan a menudo en estas familias. **Uno de los temores más frecuentes que nos cuentan los padres en nuestro trabajo es el miedo a que su hijo sufra.**

Es importante hacer sentir al niño:

Cuando los padres son demasiado temerosos, inevitablemente se produce una sobreprotección y un control. Se sabe que ambas situaciones tienen consecuencias bastante negativas en el desarrollo de la identidad del sujeto y en sus habilidades adaptativas (Domínguez, Vasques, 2016).

i. Exploración del mundo,
ii. diferenciación entre el yo y los demás (identidad, deseos, etc.),
iii. asunción de responsabilidades,
iv. regulación emocional,
v. sensación de intimidad (tanto espacial como intrapsíquica), y
vi. percepción del mundo como seguro

- Todos estos factores se verán seriamente comprometidos. **La sobreprotección y el control detienen el crecimiento del individuo, manteniéndolo en una infancia eterna (Torres, López, 2015).**
- Sin embargo, es importante señalar que **las disfunciones no surgen a nivel familiar como consecuencia de la discapacidad, sino más bien según la**

posibilidad de las familias de utilizar recursos para adaptarse a esa situación y poder reelaborar el duelo de manera funcional en cada una de las etapas del ciclo vital familiar**.**

Para la familia, poder contar con profesionales y recursos que les asistan en este proceso constituye un elemento de vital importancia para asegurar la adaptación y minimizar el riesgo de disfunciones que puedan poner en peligro la dinámica familiar y la de sus miembros.

9.3.2. Factores moduladores del duelo o del trauma primario

A continuación se presenta un modelo de evaluación de todos los factores moduladores del duelo en la familia de un niño con DI, que deben ser considerados para valorar el impacto o trauma primario de la discapacidad. Esta evaluación se considera un trabajo preliminar necesario para valorar el trauma secundario o el daño psicológico derivado del abuso sexual, el maltrato o una situación de victimización delictiva.

La forma en que se manifestará y se procesará el duelo en la familia está determinada por múltiples factores y por la forma en que los miembros interactúan entre sí. Además, cabe señalar que no hay un solo factor explicativo, sino que **se deben tener en cuenta todas las variables en juego para abordar y explicar el proceso de duelo en la familia**.

FACTORES QUE MODULAN EL PROCESO DE DUELO Y EL TRAUMA PRIMARIO EN LA DI
I. CARACTERÍSTICAS INHERENTES AL TIPO DE DISCAPACIDAD
II. FACTORES CONTEXTUALES: - Cultura y religión - Disponibilidad de recursos - Momento del diagnóstico - Exigencias médicas, físicas, sociales y emocionales para el cuidado de la persona con DI

- Interacción de la familia con los sistemas de tratamiento
III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES - Composición de la familia - Estructura familiar - Familia hablando sobre discapacidad, causas y declaración de ayuda - Personalidad de los padres - Expectativas sobre el niño con DI - Contexto social y soporte familiar - Situación económica
IV. CICLO VITAL FAMILIAR

I. Características inherentes al tipo de discapacidad

La discapacidad puede ser:

- adquirida
- o genética

- cómo puede evolucionar, el grado de afectación, la atención médica requerida, si hay información sobre la evolución, la esperanza de vida, etc. serán factores a considerar. Cada uno de estos aspectos puede desencadenar diferentes respuestas (emocionales, cargas familiares), que deben contemplarse al evaluar el curso del duelo familiar (AAIDD, 2011). Por ejemplo, los síndromes asociados a una DI con una esperanza de vida más corta generarán una mayor carga emocional y dificultad asociada en términos de duelo.

Asimismo, los síndromes poco frecuentes, poco estudiados por la comunidad científica y con una evolución incierta, causarán mucha más incertidumbre en la familia y también mayor dificultad en el proceso de duelo.

II. Factores contextuales

o **Cultura / religión**: la cultura o la religión a la que pertenece la unidad familiar modulará el modo en que la discapacidad afecta a la familia. Las diferentes ideas asociadas a la discapacidad y la conceptualización que la sociedad o la cultura hace de ella son factores que determinan el impacto en la familia en cada una de las fases del ciclo vital.

o **Tipo de recursos y** su **disponibilidad** tanto para las familias como para la persona con DI en diferentes momentos del ciclo vital.

→ Aunque en los últimos años el número de servicios y recursos de intervención y tratamiento ha aumentado considerablemente, en la mayoría de los casos se han centrado en la intervención individual con la persona con discapacidad, dejando de lado la atención a la familia salvo en casos esporádicos, casi siempre vinculados a cuando se han encontrado dificultades para utilizar estos recursos para el tratamiento individual.

→ Además, existen pocos recursos para adultos o personas mayores con discapacidad, lo que provoca en las familias un alto nivel de estrés e incertidumbre.

o **Momento del diagnóstico**: un diagnóstico precoz puede favorecer el proceso de duelo, ya que el tratamiento se iniciará antes, pero el propio proceso de duelo también es un riesgo a la hora de establecer vínculos tempranos con el niño. Un diagnóstico tardío puede aumentar el sentimiento de culpa por el tiempo perdido, pero también puede salvaguardar esos vínculos tempranos con el niño.

También es muy relevante a quién se da el diagnóstico y cómo (es dado a uno de los padres, y este lo comunica a la familia; el diagnóstico se da a ambos padres, etc.), porque puede afectar a la organización familiar y al ritmo en que el duelo influye en cada uno de los miembros.

o **Exigencias médicas, físicas, sociales y emocionales** que la familia debe atender para el cuidado de la persona con discapacidad. Cuantas más demandas tenga que atender la familia, mayor será la carga y mayor será la reestructuración que deberá hacer.

o **Interacción de la familia con los sistemas de tratamiento**, que es de vital importancia en las familias con niños con DI, pues estas familias, desde el momento en que se detecta dicha discapacidad en el menor, están en contacto con los equipos de salud, atención temprana, trabajadores sociales, psicólogos, etc., y la relación con ellos será permanente y duradera. Son varios los riesgos que las familias deben afrontar: el primero de ellos es la sustitución o delegación de funciones parentales en los profesionales, como señala Núñez (2010):

→ La sensación de impotencia de los padres ante el hijo que se ha convertido en "desconocido" para ellos, les hace delegar en el profesional el "saber", el "hacer", porque es el experto. El resulta es un creciente distanciamiento del niño y una intensificación del sentimiento de culpa de los padres por su incapacidad e ineptitud.

→ Otro peligro es la sensación de ser perseguido continuamente por los profesionales, lo que genera un nuevo sentimiento de culpa e ineptitud entre los padres con respecto a la crianza y educación de su hijo. Un ejemplo de ello lo encontramos en las palabras de una madre en un grupo de familias y el aplauso que recibió de todos los padres, afirmando después que se habían sentido así en muchas ocasiones:

★ "Desde que nació mi hijo, me he sentido juzgada por cada profesional que ha estado en contacto con él: si no realizaba la actividad que me solicitaban, no me preguntaban por qué, sino que me regañaban inmediatamente; ninguno de estos profesionales me ha preguntado qué me parecían las tareas y muchas veces ni siquiera me explicaban para qué servían".

III. Características familiares

o **Composición familiar**. Existen muchos tipos de composiciones familiares: familias nucleares tradicionales (padre-madre-hijos), familias monoparentales, familias reconstituidas (uno o más de los padres tiene uno o más hijos de relaciones anteriores), familias adoptivas, etc. Según Minuchin y Fishman (1984), cada una de estas composiciones tendrá una serie de características, una serie de exigencias, fortalezas y limitaciones que estarán condicionadas por la aparición y crianza de un niño con DI.

o **Estructura familiar**. La flexibilidad del sistema familiar, la capacidad de los padres para ejercer adecuadamente sus funciones nutricionales y disciplinarias, la posibilidad de expresar emociones entre los miembros de la familia, los límites claros entre los subsistemas y hacia el mundo exterior, así como una jerarquía adecuada, son elementos protectores que facilitarán el proceso de duelo dentro de la familia.

o **Historias familiares sobre la discapacidad, sus causas y las solicitudes de ayuda**. Nuestras creencias afectan nuestra percepción de nosotros mismos, de los demás y del mundo. Todas las familias tendrán una definición de lo que representa la

discapacidad, su origen y la posibilidad de que la familia reciba ayuda, ya sea de sus allegados o de recursos especializados.

- → Estas creencias sobre la discapacidad o la búsqueda de asistencia pueden ayudar a las familias o, a la inversa, ser fuentes de culpa y vergüenza. Por ejemplo, si la familia considera que la discapacidad es un castigo divino, tendrá más dificultades para pedir ayuda a su círculo más amplio y tenderá al aislamiento.
- → Este sentimiento de castigo generará y alimentará la culpa y la vergüenza. Con respecto a la capacidad de una familia para pedir ayuda, Imber Black (2000) describe cómo las familias tienen reglas que determinan su relación con los sistemas integrados o de apoyo. Por ejemplo, hay diferentes reglas sobre el género en cuanto a la petición de ayuda (que los hombres pidan ayuda se ve como una debilidad, solo las mujeres pueden solicitar y/o recibir ayuda) o reglas que rigen el género que puede ayudar (solo recibir ayuda si proviene de una mujer). Estas reglas pueden dificultar el acceso de una familia a los recursos de ayuda, así como limitar quiénes pueden ofrecer ayuda a la familia.

o **Personalidad de los padres**: la personalidad de los padres será un factor decisivo tanto por los diferentes mecanismos que cada uno de ellos ha aprendido para lidiar con el duelo como por su propia estructura de personalidad. La aparición del duelo reactiva el dolor previo que cada padre ha experimentado. La angustia no resultante de ninguno de ellos actuará como una carga adicional a la situación actual, al ver que los mismos recursos no funcionarán (Blanca Núñez, 2010).

- → Por otro lado, las diferentes estructuras de la personalidad y la codificación del dolor en función de esa personalidad facilitarán o dificultarán el duelo. Por ejemplo, las personalidades depresivas, propensas a la culpa, codificarán este dolor de tal manera que se atribuirán a sí mismas la responsabilidad de lo ocurrido.
- → La incidencia de este factor en los padres y no en el resto de la familia se debe a que no solo facilitará o dificultará el duelo para ellos, sino que son ellos quienes a través de su cuidado y la idea que tienen del bebé, de la persona con discapacidad, estructurarán el apego, la autoimagen y la identidad, rasgos básicos en la construcción de la psique.

o **Expectativas sobre el hijo con DI**. Cuanto más altas sean las expectativas asignadas al niño, más difícil será aceptar la discapacidad (Núñez, 2010).

o **Red social familiar.** La calidad de la red social familiar permite contar con recursos de apoyo emocional y de ayuda ante las dificultades que surgen en el ciclo vital familiar. Es importante analizar las diferentes redes de apoyo de todos los miembros de la familia, incluida la persona con discapacidad, y la calidad de estas redes (comunicación, asistencia, etc.).

- → El propio proceso de duelo, los sentimientos asociados al mismo (ira, vergüenza, tristeza, etc.) y las elevadas exigencias a las que están sometidas estas familias pueden llevar a un abandono progresivo de las redes sociales y de los recursos de apoyo. Esto puede ser provocado por las propias familias o

por las redes de apoyo que, ante las importantes demandas emocionales y físicas de estas familias, se sienten abrumadas y se retiran.

o **Situación económica.** En general, las familias con pocos recursos afrontan las crisis con una actitud de mayor resignación y sumisión. También pueden depositar un menor nivel de expectativas en sus hijos.

→ Las familias con altos ingresos tienen procesos de duelo más complejos, debido, entre otras cosas, al elevado alto nivel de expectativas y una imagen de sí mismas herida. (Núñez, 2010) Por otro lado, el acceso a recursos útiles (individuales y familiares) está condicionado a los recursos económicos que tenga la familia, lo que influirá en sus niveles de estrés y en el funcionamiento familiar.

IV. Ciclo vital familiar

La familia es un sistema en continuo movimiento que evoluciona en el tiempo atendiendo a dos tipos de cambios:

• **Cambios evolutivos**: obedecen al paso de una etapa evolutiva a otra, como la formación de la pareja, el nacimiento del primer hijo, el inicio de la escolaridad del hijo, etc. (Minuchin, 1984). La conjunción de estas etapas evolutivas en la familia recibe el nombre de ciclo vital familiar (Carter y McGoldrick, 1980).

• **Cambios accidentales**: son crisis inesperadas, que aparecen de repente (por ejemplo, accidentes, desempleo, nacimiento de un niño con DI, abusos, etc.). En consecuencia, estos cambios modifican la posición de los miembros en el grupo, las reglas que rigen dicha familia y las tareas que esta debe afrontar. Como resultado de todo ello, se modifican las experiencias de cada miembro y del sistema en su conjunto.

→ Las familias con un niño con DI tienen que sumar todos los cambios que supone el cuidado de una persona con discapacidad a los cambios evolutivos que toda familia tiene que asumir para hacer frente a las diferentes demandas de cada momento del ciclo vital familiar.

→ La discapacidad condicionará la forma en que se abordan las diferentes tareas evolutivas y la capacidad de la familia para establecer una estructura funcional, con una jerarquía y unos límites claros. Cada etapa del ciclo vital implicará la reapertura de la herida inicial (el duelo por la discapacidad), y por tanto, cada etapa ofrece la oportunidad de reeditar la crisis.

❖ Los profesionales de la ayuda deben conocer no solo las tareas que afrontan las familias en cada etapa del ciclo vital, sino también cómo se ha adaptado la familia a cada una de ellas, y cómo aborda los cambios que debe emprender para garantizar el bienestar de la familia y de sus miembros.

ETAPAS DEL CICLO VITAL (Carter Y McGoldrick, 1980)

Etapas del ciclo vital	**Transición, proceso emocional y principios clave**	**Cambios de segundo orden, necesarios en el estado familiar para que se desarrolle**
ADULTOS JÓVENES SOLTEROS	Aceptación de sus responsabilidades emocionales y financieras.	- Diferenciación del ego del de su familia. - Desarrollo de relaciones estrechas entre pares. - Establecimiento del ego en el trabajo y logro de la independencia económica.
LA NUEVA PAREJA	Compromiso con el nuevo sistema familiar.	- Creación del sistema conyugal. - Redefinición de las relaciones con la familia extensa y el grupo de iguales para incluir a la pareja.
FAMILIA CON NIÑOS PEQUEÑOS	Aceptación de nuevos miembros en el sistema familiar.	- Adaptación del sistema marital para dar cabida a los hijos. - Compartir la educación de los hijos, así como las obligaciones domésticas y financieras. - Redefinir las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de padres y abuelos.
FAMILIA CON ADOLESCENTES	Relajación de los límites familiares para tener en cuenta la independencia de los hijos y afrontar la reducción de la fuerza física de los abuelos.	- Modificar la relación padres-hijo para dar espacio al adolescente para que pueda entrar y salir del sistema. - Centrarse en los aspectos conyugales y profesionales de la mediana edad. - Inicio del cambio hacia el cuidado conjunto de los mayores.

MARCHA DE LOS HIJOS	Aceptación de la diversidad de salidas y entradas en el sistema familiar.	- Renegociar el sistema familiar como una díada. - Desarrollar relaciones adulto-adulto entre padres e hijos. - Redefinir las relaciones para incluir a los suegros y nietos. - Hacer frente a las enfermedades y la muerte de los abuelos.
ENVEJECIMIENTO DE LA FAMILIA	Aceptar cambios de roles generacionales	- Mantener el interés por el funcionamiento propio y de la pareja ante el declive fisiológico; explorar posibles nuevos roles familiares y sociales. - Apoyo a la generación intermedia para que asuma un papel más central. - Dar cabida en el sistema para la sabiduría y la experiencia de los mayores. - Afrontar la pérdida de un cónyuge, los hermanos y otros compañeros y prepararse para la propia muerte.

El nacimiento de un bebé siempre conlleva una crisis (la díada hombre-mujer se convierte en una tríada hombre-mujer-bebé), con la consiguiente reestructuración y transformaciones en el subsistema conyugal y la aparición de los subsistemas parental y filial:

→ La crisis accidental del nacimiento de un hijo con discapacidad se suma a todos los cambios propios de la entrada en esta nueva etapa del ciclo vital familiar, en las familias que nos ocupan.

→ Cada familia, dependiendo de las demandas y necesidades individuales y familiares, oscila entre períodos de cohesión familiar alta o centrípeta (como suele ocurrir en la crianza de los hijos pequeños), y períodos de cohesión baja o centrífuga (más presentes en la adolescencia).

→ En el período centrípeto destaca la vida familiar interna e íntima, donde se refuerzan las barricadas contra el exterior y se desdibujan un poco las fronteras entre los miembros. Todo ello favorece el cumplimiento óptimo de las

exigencias que requiere la crianza de los más pequeños. En la transición hacia un período centrífugo, la estructura de la vida familiar cambia para adaptarse a unos objetivos en los que la interacción de cada uno de los miembros de la familia en el contexto extrafamiliar adquiere importancia.

→ Es muy probable que un miembro de la familia con discapacidad ejerza una atracción centrípeta, creando presiones para una mayor cohesión tanto de la unidad familiar como de cada uno de sus miembros. Por lo tanto, en las familias con un hijo con discapacidad, los ciclos centrípetos se alargan o incluso se perpetúan. Esto lleva a que las familias desconectadas se vean abrumadas por las demandas y necesidades de este niño.

La siguiente tabla resume las demandas y necesidades que complican el ciclo vital de la familia con un miembro con DI.

Necesidades y demandas de las familias con hijos con DI (adaptado de Heller, 1993 y Turnbull y Turnbull, 1986, por los autores)	
Fase del ciclo vital	**Necesidades y demandas**
Educación infantil y preescolar	- Diagnóstico de DI - Informar a otros del diagnóstico - Reajustar las expectativas como padres - Impacto en los hermanos y hermanas - Ajuste de la atención parental a todos los hijos - Localizar los servicios de apoyo necesarios - Satisfacer las necesidades físicas del niño - Responder a las reacciones de los demás - Aceptación del niño - Adaptación a los sistemas de proveedores de servicios
Enseñanza primaria	- Diagnóstico de la DI - Transición al entorno escolar - Participación en programas educativos personalizados - Admitir las diferencias del niño en relación con otros niños de su edad - Mayor discrepancia entre el desarrollo físico del niño y su capacidad de desarrollo intelectual - Inclusión - Abordar las relaciones de grupo de iguales con el menor

	- Abordar la relación del menor con el círculo - Satisfacer las necesidades físicas del niño
Adolescencia	- Emergencia de la sexualidad - Posible aislamiento y rechazo de sus pares - Planificar la transición a la edad adulta - Mayor necesidad de independencia del niño - Satisfacer las necesidades físicas
Edad adulta	- Reajuste de las expectativas de los padres respecto a la independencia del hijo - Reajuste de expectativas de los padres respecto a la liberación del cuidado de los hijos - Planificación de las necesidades de custodia - Adaptación a los cambios causados por el final de la etapa escolar - Toma de decisiones sobre los recursos de ayuda y/o la incorporación del hijo al mercado laboral - Búsqueda de internados y residencias - Envejecimiento de los padres - Preocupación por el cuidado de la persona con DI cuando los padres están ausentes - Satisfacer las necesidades físicas

9.4. Factores moduladores del impacto psicológico o trauma secundario derivado de la situación de victimización delictiva

En el contexto de valorar el impacto derivado del abuso sexual, violencia doméstica o de género en una víctima con DI (lo que llamamos trauma secundario), se deben considerar los factores de protección y vulnerabilidad al impacto.

Está bien documentado que los daños, lesiones o consecuencias que una situación de victimización delictiva tiene para la víctima dependerán de:

A) las características de la situación de victimización delictiva,

B) las variables individuales de la personalidad de la víctima,

C) las variables familiares y del entorno.

En relación con esto último, si el entorno de protección y policial/judicial no garantizan el apoyo necesario a través de facilitadores expertos, lo más probable es que contribuya a un proceso de victimización secundaria.

Se analizarán los diferentes factores moduladores que deben considerarse siempre en la evaluación del impacto psíquico tras una experiencia de victimización delictiva. **No considerarlos llevaría al error de ceñirse excesivamente al modelo médico-legal, que tradicionalmente se ha centrado en la detección de signos psicopatológicos derivados del delito, dejando de lado otros factores de vulnerabilidad y de protección.**

Todos los factores deben entenderse como situados en diferentes continuos interrelacionados. Dependiendo de dónde se encuentre la víctima dentro de estos continuos, se encontrará en una situación de máxima vulnerabilidad, susceptible de sufrir un impacto psicológico tras un acto de victimización, con graves consecuencias para su estabilidad mental y emocional o, por el contrario, en una situación menos proclive a la inestabilidad por poseer más factores de protección.

9.4.1. Trauma primario o situación anterior de vulnerabilidad por DI

Analizar los factores moduladores del trauma primario de la DI será preciso para determinar el impacto derivado de la situación de victimización delictiva, ya que la sexualización traumática conduce al condicionamiento de la PDI y la propia actividad sexual le hace revivir recuerdos negativos.

- **Ejemplo**: en un caso de abuso sexual de una persona con DI cuya sexualidad ha sido negada (es decir, su familia ha mantenido una creencia sobre la DI enmarcada en el supuesto erróneo de que las personas con DI son niños eternamente asexuales), el impacto que el abuso deja en la víctima puede ser mínimo comparado con el impacto derivado del trauma primario de la discapacidad que ha llevado a la negación de su sexualidad;
- En la misma causa penal, el abuso sexual no violento por parte de un cuidador tampoco tiene por qué tener un impacto significativo en aquellas personas que desconocen el significado de la sexualidad y que están acostumbradas a que intimidad sea accesible a otras personas (por ejemplo, todos los casos de personas muy dependientes que necesitan ayuda para su higiene).

Sin embargo, en ambos casos, si pasan tiempo con personas desconocidas (otros profesionales de recursos, policías, psicólogos forenses, fiscales y jueces) en entrevistas repetidas innecesarias y sin la presencia de los mecanismos de apoyo que garanticen un entendimiento adecuado entre las figuras judiciales y la víctima, entonces el impacto vendrá de una situación de victimización secundaria derivada de su paso por el sistema judicial.

Conviene señalar que, en estas circunstancias, la emotividad que acompaña al relato de los hechos puede ser neutra, por lo que este factor nunca debe considerarse como un criterio de credibilidad del testimonio.

9.4.2. Características de la familia o la institución que amplifican o mitigan el impacto

Dada la mayor dependencia y vulnerabilidad derivadas de tener una discapacidad, las circunstancias familiares de las personas con DI constituyen la principal fuente de vulnerabilidad o protección del impacto tras un acto delictivo. Resulta útil detectar aquellas familias cuyas dificultades generarán un mayor impacto psicológico tras una determinada experiencia de victimización:

- Familias transgeneracionalmente perturbadas (Barudy, 1998) en las que el maltrato infantil es una "forma de vida", lo que significa que los adultos tienden a repetir patrones de interacción, creencias y contextos que conducen a casos crónicos de repetición de conductas abusivas y violentas hacia sus hijos.
- Familias "descontroladas", que se desbordan y maltratan a los niños en momentos de estrés o crisis.
- Familias negligentes, en las que los adultos son incapaces de cuidar de sus hijos, tanto en lo relativo a nutrición como disciplina.
- Familias con dificultades para establecer vínculos fuertes. Los padres que pueden formar un fuerte vínculo o apego con sus hijos activarán en ellos un sistema de comportamientos encaminados a buscar la protección de adultos significativos en momentos de inseguridad, miedo o desprotección.

Asimismo, la fuerza del vínculo permite seguir explorando, seguir confrontando el mundo, a pesar de las vicisitudes que uno pueda sufrir. Sin embargo, si los padres no son capaces de establecer vínculos fuertes, los hijos tendrán una capacidad reducida para pedir ayuda y para enfrentarse a los acontecimientos difíciles o traumáticos.

- Familias inmersas en un duelo tácito por el trauma primario de la discapacidad del niño.

Al extrapolar estas variables familiares al contexto institucional que ostenta la custodia o es responsable del cuidado de la persona con DI que ha sido víctima, se entenderá que las instituciones negligentes o inseguras son capaces de amplificar el impacto que el hecho delictivo tiene en este tipo de víctimas.

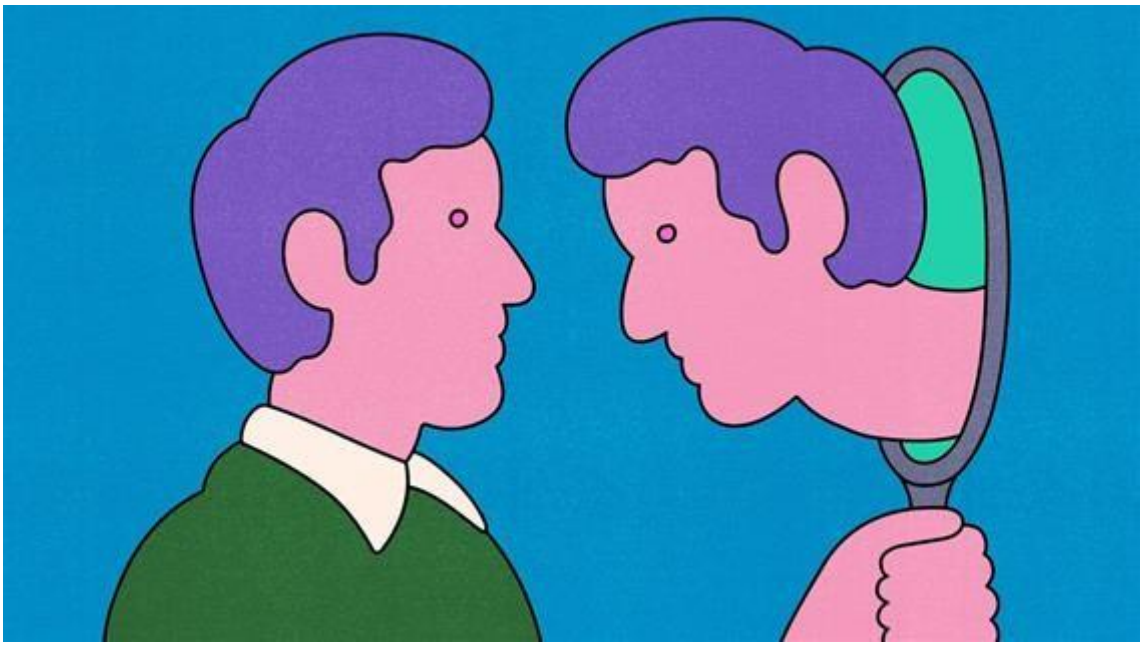
9.4.3. Personalidad

Las relaciones familiares determinarán una serie de variables personales que harán a la persona más fuerte o más débil ante las experiencias de victimización. Se sabe que la mente no reside en el individuo como una estructura independiente, sino que es relacional: se construye y evoluciona a través de las relaciones con los seres queridos.

Un individuo que a lo largo de su vida ha desarrollado relaciones inseguras o caracterizadas por el abuso o la negligencia es más propenso a presentar una serie de desequilibrios en la personalidad básica, que lo hacen más vulnerable al daño psicológico.

Estos desequilibrios incluyen, entre otros, desregulación emocional, bajo autoconcepto, baja autoestima, limitaciones en la capacidad de resolver el duelo

(percepción de la experiencia como algo irreversible) y un estilo atribucional interno respecto a la responsabilidad del delito.



9.4.4. Factores contextuales relacionados con la situación de victimización delictiva y victimización secundaria

Los expertos se refieren a los siguientes factores relacionados con la situación de victimización delictiva al realizar las evaluaciones:

Parámetros cuantitativos (frecuencia, intensidad y duración).

Parámetros cualitativos (nivel de vejación).

- El vínculo afectivo víctima-agresor.

- Las múltiples consecuencias negativas derivadas del delito.

Por último, se considera el impacto que el mismo contexto de la revelación y el paso por el sistema policial y judicial ha podido tener sobre la víctima, lo que la doctrina denomina "segunda victimización". Entre estos factores, dada su presencia habitual en contextos judiciales con personas con DI, cabe destacar los siguientes:

- Baja credibilidad percibida del testimonio.

- Reiteración de declaraciones innecesarias.

- Inadecuación de las herramientas forenses y uso generalizado de instrumentos de evaluación de la credibilidad basados en criterios.

- Incapacidad del sistema para adaptar los procedimientos a las víctimas con DI.

Todo ello advierte de la responsabilidad directa de los funcionarios policiales y judiciales en la victimización secundaria por su falta de capacitación en la intervención con víctimas.

Basta con recurrir a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en sus artículos referidos al acceso a la justicia, para encontrar las claves para prevenir la victimización secundaria en las personas con discapacidad intelectual, adaptando el proceso a sus necesidades con apoyos tan fundamentales como la figura del facilitador.

9.5. Psicoterapia con víctimas con DI

9.5.1. Un modelo de diagnóstico y psicoterapia adaptado

Las personas con DI han sido y siguen siendo marginadas de la psicoterapia. ¿Cuántas veces hemos escuchado "como no entienden, no sufren"? Detrás de esta afirmación está el mito de que la discapacidad les protege de los sentimientos negativos que causan las experiencias amargas o traumáticas. Del mismo modo, ahondando en este mito, aparece otra creencia cuanto menos perversa: que las personas con DI simplemente no sienten.

Sin embargo, como todos los demás, sienten pero con una estructura psíquica que en muchas personas con DI es más débil, como se demuestra en las cifras más altas de la enfermedad mental entre las personas con DI que en el resto de la población. Igualmente, se ve en el hecho de que parecen ser menos resistentes que las personas sin DI a los acontecimientos vitales estresantes o traumáticos.

Por tanto, en contra de la opinión popular, parece que "no entender" (o "entender con capacidades diferentes") hace que la persona sea más vulnerable psicológicamente. Si es más vulnerable, entonces por el mero hecho de sus limitaciones, esta persona es menos comprendida y escuchada a pesar de sentir y ser igual.

En consecuencia, sigue siendo una consideración general que debido a sus limitaciones intelectuales e introspectivas, las personas con DI difícilmente podrán aprovechar los beneficios que ofrece una psicoterapia. Una simple revisión de las pocas publicaciones sobre psicoterapia con personas con DI lo pone de manifiesto y nos permite apreciar que no se les ha ofrecido mucho más que intervenciones conductuales basadas en el refuerzo y el castigo.

Sin embargo, es un hecho que las personas con DI se benefician de la psicoterapia, e incluso de las variedades más dinámicas, del mismo modo que las personas sin discapacidad.

Cuando una persona con DI ha sido víctima de un abuso sexual, una relación violenta u otra experiencia traumática, la psicoterapia es una de las pocas formas de eliminar el malestar derivado de esa experiencia, que puede manifestarse con una variedad de síntomas. A su vez, estos pueden adoptar una forma diferente por ser

experimentados por personas con DI, como se señala en el apartado sobre patoplastia en las personas con DI.

9.5.2. Una intervención con conocimiento de la patoplastia en personas con DI

Un psicoterapeuta debe conocer la patoplastia de los síntomas en personas con DI por dos razones: en primer lugar, los síntomas indicarán el grado de malestar o impacto que la experiencia traumática ha tenido en la persona; y en segundo lugar, son una de las vías iniciales de comunicación con el paciente, para establecer una alianza terapéutica.

Por ejemplo, el comportamiento perturbador o agresivo que puede presentar una persona con DI que ha sido víctima de una agresión sexual puede indicar que la persona siente ira, miedo o que está reviviendo el suceso traumático.

Ejercer una sana curiosidad terapéutica, haciendo hipótesis adecuadas sobre el posible origen, sentimiento o experiencia que causa el síntoma, ayudará al terapeuta a saber cómo/qué preguntar y, por tanto, a poder comprender. Luego, esta comprensión permitirá crear contextos que puedan contener, regular y, en última instancia, curar.

Lo que impedirá la curación es caer bajo la influencia del efecto de sombra y atribuir el síntoma a la discapacidad misma. El síntoma siempre indica malestar y a menudo es la única manera que tiene el psicoterapeuta de empezar a conectar con la persona que lo padece.

Cualquier mapa diagnóstico o estrategia de intervención psicoterapéutica utilizada tradicionalmente con personas traumatizadas debe adaptarse a los mapas de trabajo psicoterapéutico con personas con DI.

Por ejemplo, el modelo traumagénico con sus factores explicativos del impacto que el abuso sexual infantil puede tener en la persona sirve para ejemplificar la adaptación que debe hacerse al trabajar con víctimas de abuso sexual con DI en psicoterapia. Finkelhor y Browne señalan cuatro razones explicativas del impacto traumático del abuso sexual: la sexualización traumática, la pérdida de confianza, la indefensión y la estigmatización que el abuso sexual continuado en la infancia deja en la persona. Todo ello conduce a una distorsión tanto del autoconcepto como de la forma de ver el mundo.

Sin embargo, podríamos utilizar las mismas cuatro razones para explicar el trauma que la propia DI tiene en la persona, es decir, es muy probable que la persona con DI tenga una sexualidad traumatizada porque suele ser prohibida, secreta y, por lo tanto, perturbada; las barreras erigidas por una sociedad poco comprensiva con la que se encuentran a lo largo de su vida devoran cualquier posible confianza por el mundo; y, por último, si hay dos conceptos asociados a la experiencia de la discapacidad, serían el desamparo y la estigmatización.

Por todo ello, podemos entender por qué se habla de la necesidad de trabajar con el trauma primario de la discapacidad y el trauma secundario de la experiencia traumática, no solo en el contexto de la evaluación del daño psíquico, sino especialmente en el contexto psicoterapéutico.

9.5.3. La importancia de un abordaje del trauma primario de la discapacidad y del duelo familiar

Establecer el trauma secundario derivado de la situación de victimización delictiva difícilmente puede hacerse sin restaurar el posible trauma primario que la discapacidad pudo haber tenido en la familia y, consecuentemente, en nuestro/a paciente. Para evaluar el impacto que el trauma de la discapacidad ha tenido en la familia y, en consecuencia en la persona con DI, se ha ampliado una propuesta que comprende todos los factores moduladores del duelo de una familia con un miembro con DI.

Por lo tanto, el trabajo con una familia con una persona con DI siempre debe partir de un examen del duelo. Detallar este duelo es esencial para restaurar el trauma primario de la discapacidad y, en consecuencia, ampliar el trauma secundario del abuso sexual, la violencia o una situación de victimización delictiva.

9.5.4. Psicoterapia centrada en el apego

Aunque pueden presentar multitud de síntomas diferentes, y el impacto dependerá de diversos factores, dadas las características intrínsecas de la experiencia traumática, todas las personas con DI traumatizadas por un suceso violento han sentido inseguridad, miedo y desprotección. Por ello, el foco de la psicoterapia no será tanto la experiencia traumática en sí como el apego. A diferencia de otras terapias cognitivas enfocadas en extraer el trauma, tejer lazos de confianza y seguridad con las personas cercanas y más queridas a la persona traumatizada con DI será el objetivo transversal y central de todo el proceso terapéutico en el modelo de intervención aquí propuesto.

Los trabajos de Bowlby y Ainsworth, que concibieron el procedimiento de laboratorio conocido como la situación extraña (1978), que se ha convertido en la prueba más utilizada en la investigación del apego en todo el mundo, han contribuido a que la teoría del apego se haya convertido en la mejor base del desarrollo socioemocional de los niños. El apego es una motivación primaria independiente, dirigida a satisfacer la necesidad de seguridad y protección. Se refiere a cualquier forma de comportamiento que tenga como consecuencia la proximidad del otro, al que se considera una fuente de alivio y bienestar.

Recordemos que el establecimiento de un apego seguro por parte de la persona con discapacidad con sus principales cuidadores suele verse amenazado por el proceso de duelo familiar. Para que un niño se desarrolle bien, necesita causar un impacto positivo en las figuras significativas de su vida.

El peligro para los niños con DI es que este impacto es casi siempre negativo. La ira, los problemas de comunicación, los desafíos planteados por el diagnóstico y las dificultades de aprendizaje pueden generar dudas en los padres sobre sus

habilidades de crianza, haciéndoles sentir desprotegidos, inseguros frente al niño con DI. Su valía como padres se ve constantemente cuestionada/socavada.

Cuanto más inseguro sea el apego en los padres, mayor será el efecto negativo que cause. La historia de los padres con un niño con DI por lo general comienza con un trauma emocional, dolor, conmoción, pena y una sensación de injusticia, de ser diferente. Si estos sentimientos son los que vivieron en la infancia, antes de convertirse en padres, seguramente se magnificarán en la experiencia de ser padres de un niño con DI.

Por lo tanto, solo una terapia centrada en el apego puede abordar el trauma primario de la discapacidad y el trauma secundario del abuso. Además, forma la base para cambiar los modelos operativos internos de uno mismo y del mundo. Solo si la persona se siente merecedora de cuidados y con la seguridad de que otros seres queridos acudirán en su ayuda ante las vicisitudes de la vida, podrá animarse a explorar y, en consecuencia, a desarrollar su autoconcepto y su autoestima.

Solo si una persona se siente amada puede sentirse valiosa. Así pues, solo la terapia centrada en el apego puede ayudar a reparar el daño causado a la autoimagen de la persona. Esto, recordemos, se refiere a la integridad y el equilibrio en la representación del yo, que en las personas con DI suelen estar muy dañados.

9.5.5. Afectividad y sexualidad en las personas con DI

El vínculo que se establezca entre los padres y el hijo o hija con DI condicionará el desarrollo de la afectividad y la sexualidad. Ambas, al igual que la autoimagen y el apego, tienen su origen en el momento del nacimiento y en el encuentro y la relación con el otro.

La percepción del propio cuerpo está determinada en cada persona por el vínculo (deseo parental, tipo de contacto) que los padres establecen con el bebé. Esta imagen corporal determinará las posibilidades de una vida afectiva y sexual plena en cada uno de nosotros (imagen del cuerpo como fuente de placer).

Los riesgos de las personas con discapacidad son:

- Muchos de los contactos en las primeras etapas entre los cuidadores y el menor están determinados más por aspectos relacionados con la estimulación y los objetivos terapéuticos que por el mero juego y el placer, aspectos fundamentales en el desarrollo emocional de cualquier menor.

- El alejamiento de los padres de este hijo o hija inesperado puede suponer un rechazo al contacto corporal con la persona con discapacidad.

- El desarrollo de aspectos fundamentales de la sexualidad, como el sentimiento de intimidad y privacidad, será deficiente. La invasión del espacio intrapsíquico de la persona con discapacidad por el entorno que le rodea (sobreprotección) pone en riesgo el desarrollo de su propio espacio (privado e íntimo).

- La negación de la sexualidad de las personas con discapacidad, ya sea por la creencia errónea de que las personas con DI son asexuales, o por otra creencia

igualmente errónea pero alarmantemente generalizada de que son escandalosamente sexuales y esto debe ser reprimido.

- La sexualidad es uno de los motores que lleva al individuo a buscar una salida de la familia. La sobreprotección y el miedo al mundo exterior, o el miedo a las consecuencias de la sexualidad (embarazo), son solo algunos de los factores que intervienen en esta negación en el seno familiar.

- El miedo de los servicios profesionales a enfrentarse a las familias, la sobreprotección y la falta de formación son otras de las causas que sostienen este silencio.

La consecuencia de todo esto es una falta de programas educativos con quienes intervienen con las personas con discapacidad. Los programas de educación sexual no solo pueden prevenir los aspectos negativos de la sexualidad (enfermedades, embarazos no deseados, abusos), sino también desarrollar y enseñar cuestiones relacionadas con el placer de la propia sexualidad.

Sin embargo, cabe señalar que la afectividad, la sensualidad y la sexualidad de la persona con DI son necesidades a las que el terapeuta también debe ser capaz de dar respuesta, trabajando con la familia y el círculo que le rodea para construir relaciones basadas en el respeto a la intimidad de la persona y su derecho al desarrollo de una sexualidad libre y saludable.

9.6. Conclusiones

La psicoterapia centrada en el apego implica que el terapeuta se convierta en un modelo de apego seguro para el paciente y en un modelo de apego seguro para sus allegados. Esto conlleva una responsabilidad ética y terapéutica e implica ser receptivo, saber regular emocionalmente, diferenciar, saber comunicarse de manera significativa y ayudar a explorar el mundo.

Cuanto más dañado esté el círculo interno potencialmente protector del paciente (el caso más claro es aquel en el que el abuso es cometido por los padres o cuidadores del individuo), mayor será la necesidad de desplegar contextos de protección y apego seguro a su alrededor.

Una terapia centrada en el apego contemplará las diferentes necesidades que deben ser respondidas tanto a nivel individual con el paciente con DI como a nivel familiar.

Para detectar las necesidades, se debe iniciar un análisis riguroso de las diferentes variables moduladoras en el impacto del duelo (trauma primario) y, posteriormente, en el impacto del abuso, maltrato o experiencia de victimización delictiva/relacional (trauma secundario). Se planificarán los objetivos de la terapia: el objetivo transversal es el establecimiento de vínculos fuertes que permitan restaurar los sentimientos de seguridad y valía de la víctima, para que esta pueda salir al mundo y desarrollar una personalidad resiliente.

10. OTROS RECURSOS. RED.

I) GRECIA
II) PORTUGAL
III) ESPAÑA.

11. BIBLIOGRAFÍA

Alemany, A., Quintana, J. M., Recio, M., Silva, E., Manzanero, A. L., Martorell, A., González, J. L. (2012). *Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Alemany, A. y Cartagena, I. (2016). Estadísticas de la atención a víctimas con discapacidad intelectual en España. *Haurdanik, Asociación Vasca para la ayuda a la infancia maltratada*, N./ZK.33, 8-9.

Brown, H., Stein, J. y Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8, 3–24.

Cendra, J. (2013). El consentimiento prestado por personas con discapacidad intelectual en relación con el delito de abusos sexuales. *La Ley Penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, 104, 53-62.

Cendra, J. (2015). Seguridad ante la agresión. *Escuela de Bienestar, Módulo V*, tema 3, capítulo 2.

Cendra, J. (2015). Mujeres en situación de mayor vulnerabilidad: discapacidad intelectual. En F. Fernando Pombo - Proyecto EXEQUO (Ed.), *Guía práctica sobre la casuística legal habitual de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Fundación Fernando Pombo.

Cendra, J., Alemany, A. y Hernández, M. (2016). Abuso y discapacidad intelectual: la necesidad de un trabajo en red. *Actas de coordinación sociosanitaria*, 18, 21-32.

Etxeberría, X., et al. (2013). *El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Deusto Digital, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe.

Fundación Carmen Pardo-Valcarce y FEAPS Madrid (2014). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Fundación Carmen Pardo-Valcarce y FEAPS Madrid (2014). *Protocolo de actuación ante los abusos sexuales y la violencia doméstica y de género a personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

González, J. L., Cendra, J. y Manzanero, A. L. (2013). Prevalence of disabled people involved in Civil Guard's police activity. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3781-3788.

Horner-Johnson, W. y Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with ID: a review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research* Reviews, 12, 57-69.

Manzanero, A. L., Recio, M., Alemany, A. y Martorell, A. (2011). Identificación de personas y discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 41-48.

Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.

Manzanero, A. L., Contreras, M. J., Recio, M., Alemany, A. y Martorell, A. (2012). Effects of presentation format and instructions on the ability of people with ID to identify faces. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 391-397.

McCarthy, M. y Thompson, D. (1997). *A prevalence study of sexual abuse of adults with ID referred for sex education. Journal of Applied Research in ID*, 10, 105-124.

Recio, M. y Alemany, A. (2013). *Guía NO+ABUSO para personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Recio, M., Alemany, A. y Manzanero, A. L. (2012). La figura del facilitador en la investigación policial y judicial con víctimas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 43, 54-68.

Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Brookes.

Sobsey D. y Varnhagen C. (1991) Sexual abuse and exploitation of disabled individuals. En C. Bagley y R. J. Thomlinson (Eds.), *Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment* (págs. 203-216). Toronto: Wall & Emerson.

Sullivan, P. M. y Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1273.

Tharinger, D., Horton, C.B. y Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 4, 301-312.

Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A. (2002). El abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.

Westcott, H. y Jones, P. (1999). Annotation: The Abuse of Disabled Children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 497-506.

ATHENA

BEGIN

The content of this document represents the opinions of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission accepts no responsibility for the use that may be made of any information contained herein.

Co-funded by
the European Union

www.athenabegin.org