

Capítol 4

VIOLENCIES QUE NO DEIXEN MARCA PERÒ SÍ EMPREMTA. INTERVENCIÓ DES DE LA XARXA PÚBLICA

Laia Alamany Ferré

1. Introducció: Discapacitat i sexualitat.

La darrera dècada ha suposat un canvi de paradigma, sobretot a nivell teòric i cada cop més a nivell pràctic, en relació a tot el que fa referència a la discapacitat. Hem passat d'un model en el que definíem a la persona en funció de la seva discapacitat (*és una persona discapacitada*) a entendre que la discapacitat és una característica més de la persona i on, l'important, és LA PERSONA en el seu conjunt. La discapacitat és una relació que hom té amb el seu entorn i com aquest interactua amb nosaltres (persona amb discapacitat). Podríem parlar molt més sobre aquest concepte, però el que és essencial entendre és que tot allò que assolim a la vida, no només depèn de nosaltres sinó de com el nostre entorn interactua, com ens tracta, si creu o no en nosaltres i les nostres diverses CAPACITATS.

Per a tractar la temàtica de la violència cap a les dones amb discapacitat, al llarg del capítol parlaré molt d'infància amb discapacitat, donat que els abusos sexuals es donen principalment en aquesta franja d'edat, si bé qualsevol persona, i sobretot qualsevol persona vulnerable i/o amb dependència de tercers en pot ser víctima. Alhora, entendre aquesta realitat és imprescindible ja que les conseqüències d'haver patit aquest tipus de victimització durant la infantesa es poden perllongar al llarg de la vida adulta, podent afectar i limitar de manera molt significativa a la víctima.

Tant la Convenció dels drets de l'infant¹ (CDI) com la Convenció dels drets de les persones amb discapacitat² (CDPD) ja ens parlen que, tant els infants com les persones amb discapacitat (siguin infants o persones adultes), són **subjectes de dret** i que, en cas que algú altre hagi de prendre una decisió que els afecti directament o indirectament, caldrà sempre prendre aquella que beneficiï al màxim tant a l'infant com a la persona amb discapacitat.

Per a aquelles persones en qui recau legalment una tutela, per part d'una tercera persona o d'una institució, cal recordar que a partir de la CDPD es passa d'una visió de l'agent tutelar amb tasques de substitució de la capacitat, a ser un **suport** que ha de permetre a la pròpia persona amb discapacitat prendre les seves pròpies decisions³.

Tot i que ens pot semblar a priori una obvietat, continuen havent-hi moltes situacions en què familiars i professionals prenen decisions sense tenir en compte el dret de la persona a decidir sobre el seu present i futur. Aquest fet encara queda molt més palès en relació al **dret a la sexualitat**; dret que és personalíssim i fonamental (dret inherent a la persona, inviolable i entès com el mínim indispensable per reconèixer la dignitat humana).

És sobre aquesta qüestió que treballarem en aquest capítol; i sobre aquest tema, l'agost de 1999 es signà a Hong Kong la *Declaració Universal dels Drets Sexuals*⁴, per la qual la sexualitat és una part integral de la personalitat sent essencial per al benestar individual, interpersonal i social. Com a dret universal fonamental, està basat en la llibertat, dignitat i igualtat per a tots els éssers humans i cal que sigui reconegut, promogut, respectat i difós per totes les societats i amb tots els mitjans.

Parlem que una persona gaudeix de **salut sexual** quan es reconeixen els següents drets sexuals:

1. El dret a la llibertat sexual.
2. El dret a l'autonomia sexual, integritat sexual i seguretat del cos sexual.
3. El dret a la privacitat sexual.
4. El dret a l'equitat sexual.
5. El dret al plaer sexual.
6. El dret a l'expressió sexual emocional.
7. El dret a la lliure associació sexual.
8. El dret a prendre decisions reproductives lliures i responsables.
9. El dret a la informació basada en el coneixement científic.
10. El dret a l'educació sexual comprensiva.
11. El dret a l'atenció clínica de la salut sexual.

Les persones amb discapacitat estan molt lluny d'assolir tots aquests drets. Cal doncs treballar molt, per part de tots els agents socials implicats, per donar un gir a aquesta situació.

Parlar de sexualitat en relació a certs col·lectius de persones amb discapacitat (especialment quan hi ha afectació física i intel·lectual) ha estat i, malauradament, encara continua sent, un gran tabú social.

Aquest article es centrarà inicialment en cinc conceptes, alhora transversals, que interactuen en tot moment en cadascun dels elements que exposarem: concepte de sexualitat, de dependència, el cos, la intimitat i el gènere. A continuació aprofundirem en la sexualitat de les persones amb discapacitat, i en les situacions de maltractament, fent especial èmfasi als abusos sexuals (AS); i finalment oferirem propostes d'intervenció per a organismes i professionals, tant de la xarxa pública com privada.

L'Associació Mundial de Sexologia (WAS) al 2002 defineix la **sexualitat** com:

“un aspecte central de l'ésser humà al llarg de tota la vida, inclou contactes sexuals, identitats i rols sexuals, orientació o preferència sexual, erotisme, plaer, intimitat i reproducció. S'experimenta o és viscuda en pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, comportaments, pràctiques, rols i relacions. Tot i que la sexualitat inclou aquests aspectes, no tots s'expressen o es manifesten. La sexualitat es troba influenciada per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals”.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) al 1974 defineix la **salut sexual**:

“com la integració dels aspectes afectius, somàtics i intel·lectuals que permet l'enriquiment i desenvolupament de la persona humana, la comunicació i l'amor”.

La sexualitat és, doncs, quelcom inherent a l'ésser humà i imprescindible per assolir un nivell òptim de qualitat de vida, sigui quina sigui la seva expressió. Moltes vegades el problema ve pel fet que, quan parlem de la

sexualitat de les persones amb discapacitat, aquesta es redueix a la genitalització i a les pors en relació a la reproducció, obviant la resta de factors i expressions que també en formen part.

David Le Breton⁵ situa el **cos de la persona amb discapacitat** com a un dels elements claus de relació i interacció amb la societat. Legalment es reconeix a la persona amb discapacitat en tots els seus drets, alhora que el seu cos esdevé, molts cops, un instrument de marginalització social. És font de mirades permanents, algunes de curiositat, altres d'angoixa o compassió, és doncs un element clau d'estigmatització. La persona amb discapacitat, segons l'autor, es qüestiona permanentment a cada interacció social sobre la manera com serà jutjat. En general, aquest judici suposarà una subtil jerarquia que en marcarà el vincle, generant, per Le Breton, un tipus de violència que acaba per ignorar-se ja que es regenera cada vegada que la persona amb discapacitat es creua amb algú.

Alhora, com que aquesta estigmatització genera pors, dubtes i incerteses a la persona amb qui es relaciona, aquestes tendeixen a dessexualitzar-ne el cos. El tabú de la sexualitat i l'estigma del cos de la persona amb discapacitat s'ajunten en un garbuix d'indifensions que acaben provocant mala praxi, judici i discriminació. Les expressions corporals de la sexualitat són culturalment diferents, i generalment existeix manca de diàleg i comprensió.

La **intimitat**, tant de la sexualitat com de la corporeïtat, la possible **dependència** física o *intel·lectual* de suport de terceres persones per a l'acompliment d'un acte tant íntim, així com l'element de jerarquia que s'estableix en la interacció amb la persona amb discapacitat de la que ens parla Le Breton, provoquen que la sexualitat de les persones amb discapacitat pugui esdevenir gairebé una utopia.

Per si tot això no fos suficient, trobem un gran biaix en relació al **gènere**. L'educació sexual que reben els nens i nenes amb discapacitat va generalment acompanyada d'un gran silenci. Silenci provinent no només de l'àmbit familiar sinó també del o la professional⁶. Aquest silenci no es presenta d'igual manera en nens i en nenes, nois i noies, homes i dones. Existeix certament la por al compliment del tòpic *home agressor* vs. *dona*

víctima. A l'home amb discapacitat se l'educa per trobar, com a solució a *l'home agressor*, la masturbació, intentant així que trobi sortida als seus *impulsos incontrolats*. A la dona amb discapacitat se l'envolta de silenci, de la por com a *vacuna a la dona víctima*, ignorant que pel fet de ser persones ja són persones sexuades, i les expressions de la sexualitat només en són una part. La falta d'educació sexual no fa que una persona esdevingui asexual sinó que, a més a més, la fa molt més vulnerable davant de possibles situacions de maltractament sexual, en la realització de conductes socialment inadequades i en pràctiques de risc.

Al llarg dels darrers anys, al nostre país, s'han assolit grans avanços al respecte però queda molt camí per recórrer. No només ha augmentat la literatura sinó que les pròpies persones amb discapacitat, les seves famílies, professionals i administracions, comencen a sol·licitar i oferir suport per afrontar aquest repte.

1.2. Límits, tabús i altres dificultats

Els motius de l'existència dels tabús que envolten la sexualitat en les persones amb discapacitat són múltiples i molt variats, si bé aquí en destacarem tres que considerem essencials, a saber, la dificultat general de parlar sobre la sexualitat, les pors en relació a aquest aspecte i el poc coneixement sobre les diferents discapacitats.

1.2.1. Dificultats en parlar i abordar la sexualitat

Si bé la sexualitat és quelcom d'universal i per tant, que trobem en totes les cultures, a nivell d'expressions, abordatge, etc. existeixen moltes perspectives diferents. Al nostre país, sent el catolicisme tradicionalment i amb molta diferència la confessió més nombrosa, la seva presència ha jugat, i encara juga, un paper molt important en el control de l'educació sexual que s'imparteix a les escoles així com de les seves expressions tant públiques com privades.

Enlloc d'afrontar la sexualitat de les persones com un dret universal i una qüestió de salut pública, s'ha generat, al voltant de la temàtica, un tabú que

ha situat la sexualitat en l'àmbit familiar, secret i sovint "perillós". A aquest fenomen li hem de sumar tots els elements inherents a la discriminació per raó de gènere, en una societat tradicionalment patriarcal, on la dona, durant molts segles, ha jugat un paper sexualment passiu i exercint un rol de cuidadora a la llar.

Per tant, i fins a finals del segle XX, com a infants hem crescut amb una educació sexual molt biològica, plena de tabús i falsos mites que n'han dificultat el diàleg. No és fins a la segona meitat del segle XX que comença la "revolució sexual" juntament amb el feminisme i que s'expressa principalment a partir d'una nova concepció de la **moral** sexual així com de les seves expressions sobretot en l'àmbit públic. En els darrers cinquanta anys podem parlar de diferents períodes⁷, en el sí de la revolució sexual, en els quals destacaríem d'una banda el que és rellevant sexualment (p.e. sexualitat genitalitzada on l'eix central és l'orgasme) i de l'altra, l'erotització de la societat, especialment de la dona, que passa de ser un objecte sexual a un model sexual. La sexualitat, la seducció, l'erotisme, el culte al cos, passen a ser elements d'atracció centrals en la societat occidental en la publicitat, la narrativa, el cinema, etc. Aquesta sexualització de la societat ha provocat que hi hagi missatges sexuals arreu. Així, Internet ha obert les portes a la informació massiva però poques vegades acompanyada de contextualització i reflexió. La televisió i la publicitat utilitzen models de dones i de parella que disten molt de ser models igualitaris basats en el respecte mutu.

Per a moltes famílies, parlar de sexualitat a les llars continua sent de gran dificultat, no només pel fet de parlar de la temàtica en general sinó també, perquè, malgrat tots els canvis que la revolució sexual ha implicat, continua existint una gran dificultat en l'abordatge a nivell intergeneracional. L'experiència en sexualitat viscuda per les generacions nascudes a principis i mitjans del segle XX disten molt de la de generacions posteriors, no només per la revolució sexual sinó també per fenòmens com la revolució tecnològica. La sexualitat i l'erotisme ocupen ara un paper central a tots els nivells socials i culturals i per a un ampli ventall d'edats. Les famílies se senten desbordades, amb dificultats per afrontar una temàtica tant present a la societat i al dia a dia dels i les joves, però tant íntima i alhora personal.

El col·lectiu de persones amb discapacitat no ha estat aliè a tots aquests esdeveniments. Amb l'erotització, la sexualitat de la societat ha canviat i ha fet possible que, un tema tabú com el de la sexualitat d'aquestes persones, aparegui en l'esfera pública, se'n parli i calgui abordar-lo; si bé els canvis no han començat fins a principis del segle XXI i es van produint de manera molt més pausada. La CDPD hi ha jugat un paper molt important donat que ha posat sobre el paper aspectes fonamentals dels drets de les persones amb discapacitat. Tot i que aquests drets ja eren reconeguts en altres documents (Declaració Universal dels Drets Humans, Constitucions, etc.), no ha estat fins a la Convenció de 2006 que s'ha posat realment en valor, i s'han començat a destinar recursos a tal efecte.

Es podria dir que estem en una etapa de transició on els canvis socials van a velocitats vertiginoses en relació als canvis individuals i de l'esfera pública i privada. Les pròpies persones amb discapacitat, les llars familiars, els centres residencials i d'atenció diürna, i les grans administracions públiques, encara afronten aquesta realitat des d'un posicionament poc definit i donant molt pes a les individualitats. Ens queda lluny un model que assumeixi la sexualitat d'aquest col·lectiu com una esfera més dins el model de qualitat de vida.⁸ Les persones amb discapacitat encara es troben entre la por i la vergonya; exposar els seus sentiments, les seves demandes sexuals no només se'ls fa difícil per la pròpia temàtica, per les dificultats relacionades amb la intimitat i la dependència, sinó que, com a societat, no estem preparats per oferir ni una resposta adient ni els suports necessaris, bàsicament degut a les nostres creences i valors que ens limiten.

La família, com agent de **socialització primària**, juga un paper central en l'educació de les persones. El model familiar amb el que naixem i creixem és fonamental a l'hora d'entendre com ens relacionem amb i entre les persones. Ens ensenya sobre què podem parlar i què no, sobre qui sóc jo en relació a la resta de membres de la família però també en relació al món que m'envolta...etc. Les famílies amb infants amb discapacitat han de fer sobreesforços específics derivats de l'adaptació a la nova realitat. Cal entendre i aprendre a relacionar-se amb un infant que segueix uns patrons específics i que requereix d'uns suports determinats en cada moment.

L'esforç de les famílies en la gestió del dia a dia pot arribar a deixar en segon terme elements essencials per al desenvolupament i autonomia de la persona, sobretot en l'àmbit de les emocions i sentiments, i en com fer front a les adversitats que ens trobarem al llarg de la nostra vida.

No tot el pes d'aquesta socialització recau en la família, però. Professionals de la salut, els serveis socials, ensenyament,... han de ser un suport imprescindible per tal de poder orientar i acompanyar a les famílies en aquesta tasca. Tenir professionals ben formats i serveis de qualitat i proximitat, permet fer front a les adversitats del dia a dia de manera coordinada i ferma.

Infància i adolescència

Tot ésser humà al néixer és un ésser sexual i al llarg de la seva vida es relacionarà amb la sexualitat d'una manera específica. Tindrà pensaments, sentiments i actuarà de manera diferent en funció del seu moment vital, però també segons l'entorn que ha tingut i com pensi que aquest reaccionarà. Les dificultats en l'abordatge de l'educació sexual des de l'àmbit familiar fa que l'**escola** jugui un paper molt important en l'abordatge d'aquesta temàtica. És un dels principals espais on els infants aprenen a relacionar-se amb iguals, aprenen a posicionar-se en relació a sí mateixos, davant la mirada dels altres, aprenen a demanar ajuda, a saber què és íntim i què compartit,... elements tots ells fonamentals de l'educació sexual. Per aquest motiu els professionals de sector de l'ensenyament han d'estar formats per a desenvolupar aquest rol, però també, han de poder ajudar a les famílies en tot el procés, i alhora, han de ser capaços de detectar quan els infants estan en situació de risc. Cal doncs que les escoles estableixin uns programes d'educació sexual per a cadascuna de les edats des de l'escola bressol i fins que els i les alumnes marxin del centre, i que treballin aquells elements que permeten a infants i joves prevenir, detectar i comunicar qualsevol situació davant la qual puguin sentir-se amb dubtes, sentiments d'ambivalència o abusos.

No només l'àmbit de l'ensenyament juga un paper important en l'educació sexual sinó també el de la pediatria i dels serveis socials. En definitiva tots

aquells agents que es relacionen d'una manera o altre amb els infants (pares, mares, avis/es, mestres, pediatres o altres professionals) han de treballar coordinadament buscant el camí que més beneficiï l'infant amb els suports i recursos que siguin necessaris en cada cas, proveguin de l'àmbit que proveguin.

Pel cas que aquí ens ocupa i des de l'àmbit de la salut, es fa imprescindible que tot professional sigui capaç de realitzar el diagnòstic diferencial. És a dir, saber discernir el que és propi de la discapacitat i el que pot ser un símptoma propi d'un maltractament. El fet de patir una discapacitat, sobretot si aquesta és intel·lectual, comporta una major dificultat a l'hora de dur a terme aquest diagnòstic diferencial, si bé hem de tenir present que com a col·lectiu són més vulnerables i vulnerats i, per tant, hem de conèixer quines són les vulnerabilitats específiques de cadascun d'ells.

Vida adulta

En funció de la discapacitat, una persona adulta pot tenir més o menys relació amb les entitats que ofereixen serveis específics en aquest àmbit. Hi ha un gran grup de persones que realitzen la seva vida de manera totalment autònoma i poden requerir de serveis o suports especialitzats de manera puntual. En l'àmbit de la sexualitat, diverses experiències estan apareixent en els darrers anys per tal de donar resposta a una realitat fins fa ben poc molt oculta com pot ser la de l'assistència sexual^{*} o altres.

Les entitats que ofereixen serveis diaris diürns i residencials a persones adultes amb discapacitat, tutelades o no, cal que avaluïn si el seu servei garanteix el compliment dels seus drets, entre ells el sexual, en funció de si es tracta d'un servei tutelar, residencial o d'atenció diürna. Tota persona que desenvolupa un rol professional té una sèrie de responsabilitats en relació als usuaris a qui presta serveis que van més enllà de les funcions pròpies del lloc de treball, ja què exerceixen funcions de protecció. Les figures legalment reconegudes al *Capítol II del Codi Civil Català*, i que tenen

^{*} Veure per exemple: <http://www.tandemteambcn.com/>, <http://srarius.com/ca/>

responsabilitats civils i fins i tot penals (en casos d'encobriment, complicitat, testimoniatge de situacions de maltractament, omissió de socors) són:

- Tutela (persona física o jurídica)
- Curador/a
- Defensor/a judicial
- Assistent/a
- Guardador/a de fet

Totes les entitats i professionals o persones que atenen a una persona amb discapacitat (tot i que no hi hagi una institució darrera) són guardadors de fet i per tant no poden girar l'esquena a aquesta realitat.

Els **centres residencials** (del tipus que siguin) juguen un paper fonamental quant al compliment del dret a gaudir d'una sexualitat plena, lliure i consentida. Les persones amb discapacitat viuen en aquests centres, és casa seva. Ja sigui de manera temporal o indefinida, la persona amb discapacitat no té altra residència que no sigui aquesta. L'article 12h de la *Llei de serveis socials* 12/2007 diu que tenen dret a "*considerar com a domicili l'establiment residencial on viuen i mantenir la relació amb l'entorn familiar, convivencial i social, tot respectant les formes de vida actuals*". Cal que puguin gaudir-hi en plenitud dels seus drets i que els usuaris de serveis residencials tinguin dret a "*la intimitat i la privacitat en les accions de la vida quotidiana, dret que ha de ser recollit pels protocols d'actuació i d'intervenció del personal del servei*" (article 12g). No sempre és fàcil, pels centres, l'abordatge de la sexualitat i la prevenció dels abusos sexuals, degut tant a qüestions d'estructura física del centre com pels tabús o altres dificultats de les persones que les dirigeixen o hi treballen, per la qual cosa és necessari que rebin els suports pertinents per a trobar-hi una correcta sortida.

Actualment, molt pocs centres tenen un pla de treball o protocol sobre l'abordatge de la sexualitat dels seus usuaris i usuàries. Poques persones amb discapacitat i/o famílies, quan van a informar-se a un centre residencial sobre els seus serveis i funcionament, reben informació clara sobre el tipus d'oportunitats a nivell de sexualitat i les possibilitats, tant estructurals com

educatives o d'altre tipus, en relació a aquest aspecte. Poques parelles amb discapacitat poden viure “en parella” en els centres residencials. Ni els centres estan dissenyats a tal efecte, ni preveuen mesures alternatives que, tot i no ser les idònies, puguin servir temporalment, fins a assolir les mesures necessàries.

Qualsevol tipus de centre, **residencial o diürn**, disposa de diverses possibilitats a l'hora d'afrontar aquesta qüestió, com pot ser la realització de protocols de gestió de la promoció de la sexoafectivitat i de la prevenció, detecció i intervenció dels abusos sexuals, incorporant en la Planificació Centrada en la Persona (PCP) la promoció de la sexoafectivitat⁹. Aquesta o altres opcions passen per l'assessorament i acompanyament per persones especialistes que puguin, des d'una mirada externa, aportar coneixements i expertesa en aquest àmbit. Existeixen models i propostes orientatives¹⁰ sobre com s'ha d'actuar i sobre les qüestions ètiques que hi intervenen¹¹. Cal tenir present que cada col·lectiu i cada centre és específic i per tant, no sempre es pot aprofitar el model general.

Un dels elements imprescindibles per a què qualsevol tipus d'intervenció funcioni és que sigui desitjada per la persona afectada. Si és aquest el cas, s'haurà de dissenyar en funció de les seves capacitats i suports, compartida, i amb la implicació, si es valora oportú i idoni, de les persones professionals, tutores, curadores, guardadores de fet o familiars. Ara bé, el principal és que els centres perdin la por en l'abordatge de la sexualitat, sobretot per a no permetre amagar conductes inapropiades i situacions d'abús sexual. Aquestes pors es deuen a molts factors, però sobretot molts professionals es troben amb la dificultat de separar el *Jo professional* del *Jo persona*.

El *Jo persona* està condicionat entre altres factors per: les experiències pròpies en l'àmbit sexual, les possibilitats personals de parlar sobre sexualitat, ja sigui amb persones usuàries o companys/es de feina, la formació rebuda al respecte, el propi posicionament en relació a la discapacitat (p.e. proteccionisme), el vincle personal establert amb les persones usuàries del centre. Tots aquests elements i molts d'altres, fan que les decisions que es prenen, allò que un considera que està bé o malament, estigui condicionat pel que un és en relació al *Jo persona*. Aquest fet dificulta que els/les

professionals d'un centre actuen com a *Jo professional*, és a dir, de manera coordinada i consensuada amb l'entitat i sota uns criteris de qualitat, i ofereixin a les persones usuàries un model comú, estructurat i pactat per un equip de treball expert. Cal doncs que les directives dels centres (ja siguin residencials o diürns) ofereixin eines de gestió i intervenció, formació i espais de supervisió i avaluació de les situacions de risc que puguin sorgir, alhora que incorporin la cura de la sexualitat en la pràctica quotidiana del centre. No deixa de ser, com hem dit abans, una part més de la persona, fonamental com moltes altres per assolir una bona qualitat de vida.

Aquesta normalització de la sexualitat és indispensable. Cal però, a més, que es creïn recursos especialitzats que puguin acompanyar en les situacions de major dificultat sobretot les que impliquen conductes sexuals inadequades i/o abusos sexuals. Quan això passa, cal d'una mirada professional especialitzada que en pugui fer una avaluació i diagnòstic des d'un punt de vista global.

1.2.2. Les pors, mites i altres condicionants en relació a la sexualitat dels i les joves i adults amb discapacitat

Malgrat el reconeixement legal sobre els drets sexuals de les persones amb discapacitat, veiem que a la praxis no hem avançat tant ràpidament com seria desitjable. Quan l'infant amb discapacitat esdevé un jove adolescent, moltes famílies veuen la seva sexualitat com una problemàtica i no com una realitat. La manca de NATURALITAT vers aquest tema, d'espais on les famílies en poden parlar i els professionals formar-se, fa que generalment es tendeixi a exercir mecanismes de (sobre)protecció. Ricardo de Dios¹² en referència a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (DID), ens parla de tres mecanismes de protecció:

1. Negació de la sexualitat a través de:

- a. **Infantilitzar-los**, partint de la idea que els infants no tenen sexualitat, tot i que molts cops, aquesta infantilització també es dona en persones adultes amb DID (*té 24 anys però com si en tingués 5*).

b. **Asexual-los**, es produeix quan l'edat de les persones amb discapacitat és avançada i es dóna per fet que això ja no els interessa, basant-se en la idea que a les persones grans ja no tenen sexualitat ni desenvolupament eròtic. El mecanisme base és el mateix, partint del mite de la sexualitat associada a l'adolescència i maduresa i que els infants i la gent gran no tenen res a veure amb això; i assignar-los a un d'aquests grups.

2. **Repressió enèrgica** de qualsevol manifestació eròtica. S'intenta inhibir tota conducta amb contingut eròtic.

3. **Impermeabilització sobre continguts de naturalesa eròtica**. Un altre mite que reforça aquest plantejament és el fet de pensar que l'educació sexual estimula i incrementa la conducta coital. Aquests dos darrers mecanismes es fonamenten, segons De Dios, en un mite contrari al primer, però que actua de la mateixa manera evitant l'accés als continguts eròtics. La idea essencial és que les persones amb DID tenen una sexualitat incontrolable i per tant plena de perills i riscos. Des d'aquest mecanisme es creu que l'única opció és evitar la seva manifestació i que els hi arribin continguts que puguin despertar aquesta "fúria de la natura".

Alhora, pel que fa a les persones amb discapacitat física es tendeix a caure en l'error de pensar que aquesta discapacitat va associada a una disfunció sexual. Aquesta disfunció, si existeix, estarà condicionada per les característiques específiques de la discapacitat que afecta a cada persona, així com per la maduresa psicològica a l'hora d'interactuar satisfactòriament amb l'entorn¹³.

Amb tot, si tal i com anem dient es fa difícil el reconeixement i posterior abordatge de la sexualitat per les pors i falsos mites que hi ha al darrera, les persones homosexuals amb discapacitat viuen encara amb major dificultat la seva sexualitat. Jesús González¹⁴ fa una anàlisi sobre la doble discriminació que viuen aquestes persones, si bé generalment les dones són objectes d'una triple discriminació pel fet de ser dones, lesbianes i tenir una discapacitat.

Val a dir que en aquest cas i en general, les barreres físiques, comunicatives i de comprensió que afecten a les persones amb discapacitat, acaben tenint més relació amb prejudicis socials i de desconeixement de la discapacitat que no pas en la mateixa discapacitat.

1.2.3. Pocs coneixements sobre les discapacitats

Tot i que moltes vegades parlem de síndromes o tipus de discapacitat, com si tothom que es pogués identificar amb un mateix grup formessin un col·lectiu homogeni, a l'hora de la veritat, a part d'uns trets comuns que ens permeten entendre la seva globalitat, els i les professionals d'atenció directa treballen amb persones i cadascuna constitueix una realitat específica en sí mateixa. Per tant, quan hem d'atendre a una persona amb discapacitat, cal que tinguem molt clar que el repte és conèixer-la a ella, amb les seves especificitats individuals, el context social i cultural en el que ha crescut i es mou. Des del món professional, s'ha tendit a pensar (conscientment o inconscient) que és la població en general qui s'ha d'adaptar al servei. Això ha anat canviant, sobretot a nivell d'accessibilitat física i en comptades ocasions de comprensió escrita i oral, però ens trobem amb grans llacunes quan es tracta de serveis tant essencials, íntims i personal com són, per exemple, l'àmbit de la salut o del treball social, i el policial i judicial.

Encara avui en dia, quan una persona amb DID entra a una visita mèdica o se li pren declaració per a una denúncia, molts professionals no pregunten si hi vol entrar sola. Una cosa que és tant evident (i fins i tot obligatòria) per a qualsevol altra persona, quan el o la professional es veu davant d'una persona amb discapacitat, sobretot si no hi està avesat, tendeix a recuperar mites com el de la infantilització, les pors de no saber com adreçar-s'hi,... Cal superar aquests elements i dificultats personals a l'hora de dur a terme la nostra tasca professional, i per fer-ho, la formació i l'assessorament per part dels/les professionals i les federacions que treballen amb aquests col·lectius, és essencial. El treball en xarxa i la col·laboració amb els diferents professionals de suport de la persona amb discapacitat (sobretot de persones amb DID), ajuda a avançar i a resoldre els possibles entrebancs i malentesos que ens podem trobar.

S'han dut a terme diferents tipus de guies que permeten aproximar-se a la realitat de cada col·lectiu i que han esdevingut eines facilitadores a nivell de comunicació i comprensió. Malauradament, tot i la seva difusió, no acaben d'arribar a tot el personal que ho requeriria. Alguns exemple de guies poden ser:

- Estratègies per a la inclusió de l'alumnat amb discapacitat auditiva. Departament Ensenyament. Generalitat de Catalunya
- Guia per a l'assistència a persones amb Trastorn de l'Espectre Autista (TEA). Mossos Esquadra. 2013
- La salut de les persones amb discapacitat intel·lectual: què hem de tenir en compte? Guia pràctica per a professionals de la salut. Dincat
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 5. Document operatiu de dones amb discapacitat. Planificació i Avaluació Salut Pública. Generalitat de Catalunya
- Quan estic malalt... escolta'm. Dincat

Les persones amb discapacitat són les primeres interessades en resoldre les dificultats en què es troben en el seu dia a dia, i qui millor que elles mateixes per tal de poder-ho explicar. La por a allò desconegut i als nostres propis límits, ens dificulta el poder actuar amb la professionalitat desitjable, i molts cops ens trobem que, aquells professionals que haurien d'assessorar sobre la discapacitat a les famílies, són els primers que en desconeixen les especificitats.

Així, les persones professionals de la salut i/o de la rehabilitació, haurien de ser capaces d'assessorar¹⁵ sobre els aspectes específics de com afecta cada discapacitat al desenvolupament i capacitats sexuals de cada persona. Segons Berman¹⁶, quasi la meitat dels i les adolescents amb discapacitat no participen en els programes d'educació sexual a l'escola i, quan ho fan, menys del 20% rep material sobre la seva discapacitat. Hi ha manca de material accessible (pictogrames, braille, llenguatge de signes, audiodescripció, lectura fàcil), que presenti una sexualitat específica i adaptada a les diferents discapacitats, i hi ha manca de professionals que ajudin a contextualitzar-lo.

Finalment, cal també ser capaç de valorar la idoneïtat de cadascun d'aquests suports, sobretot com a instrument en la detecció de situacions com el maltractament psicològic o l'abús sexual.

2. Violències que no deixen marca però sí empremta. L'abús sexual

L'any 2011 la Fundació Vicki Bernadet (FVB) va crear un programa específic per a l'abordatge dels abusos sexuals a persones amb discapacitat: el programa PAD. Si bé des de l'inici ens vam adonar de la importància d'afrontar els abusos sexuals que pateixen les persones amb discapacitat, al cap de poc temps vam tenir una cosa clara: la societat no està preparada per afrontar aquesta crua realitat. Calia doncs anar a poc a poc, i sobretot, oferir tot tipus de suport i acompanyament pel que encara és un gran tabú.

El primer que cal saber és que els maltractaments es duen a terme principalment per persones de l'entorn de confiança, i especialment en el cas de l'abús sexual per l'entorn intrafamiliar, i que aquests són molt difícils de detectar. Cal doncs que la societat en general estigui preparada per fer-ho.

2.1. Victimologia del desenvolupament

Tota persona al llarg de la seva vida viu diferents situacions de victimització. Hi ha una gran diversitat d'elements que fan que un esdeveniment o altre tingui unes característiques i efectes específics en cada persona. La *victimologia del desenvolupament*¹⁷ té com a punt de partida la idea de que les diferents formes de violència tindran unes particularitats i conseqüències diferents tenint en compte el nivell de desenvolupament cognitiu de la persona. No és doncs el mateix patir violència durant la primera infantesa que en l'edat adulta.

Aquesta teoria, però, va més enllà. El fet de patir certs tipus de violències durant la infància fa que hi hagi major probabilitat de patir situacions de *polivictimització*, és a dir, de viure diferents situacions de victimització

al llarg de la vida de manera molt més freqüent. El fet de viure aquestes diverses situacions tindria conseqüències molt significatives per a la persona, ja que per a alguna d'elles, podria arribar a ser **una condició de vida permanent**.

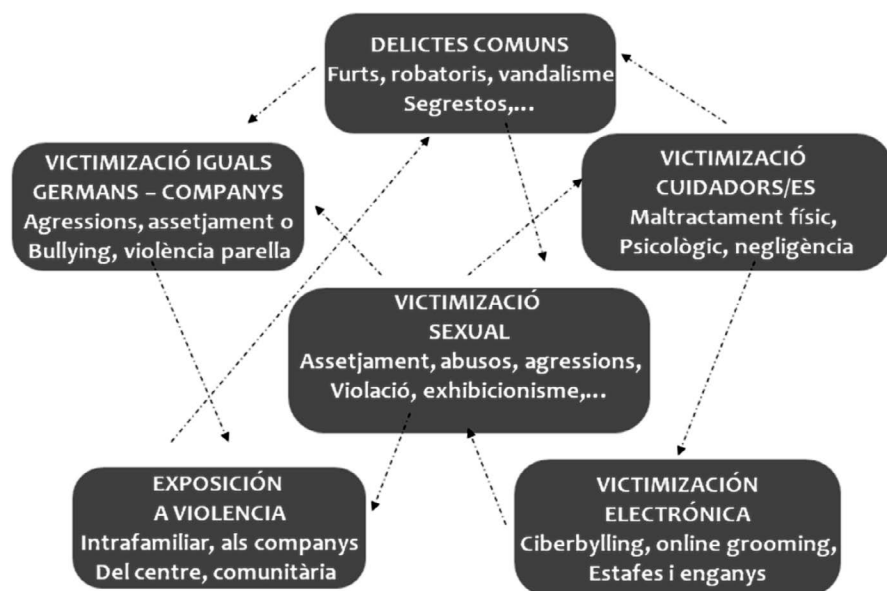
És molt important, doncs, que quan tinguem davant a una persona, infant o adulta, puguem tenir el màxim d'informació sobre ella, del seu present i sobretot del seu passat. Les persones que han crescut en espais amb una alta presència de situacions de victimització s'han socialitzat normalitzant certes conductes com a "habituals". Si a una persona que ha conviscut amb germans a casa li preguntes si de petits es barallaven, la resposta tendeix a ser: "el normal entre germans". Aquesta normalitat però cal contextualitzar-la. La manera que tenim d'entendre el nostre present depèn, en gran mesura, de com hem percebut el nostre passat.

Es fa, doncs, indispensable analitzar la persona en el seu conjunt i en les diferents experiències viscudes al llarg de la vida i no en un sol tipus de victimització. Aquest fet és essencial per tal de poder prevenir, detectar i intervenir en un fenomen o conducta específic.

Una de les dificultats que ens trobem quan treballem amb persones amb discapacitat tutelades, és la falta d'informació sobre el seu passat, i sobre com van viure i elaborar les situacions de maltractament viscudes. Quan l'entorn no hi posa paraules i la persona no pot fer-ho per sí mateixa, es pot arribar a normalitzar de tal manera l'experiència, que fins i tot no hi hagi símptomes evidents de victimització. Aquest fet, que molts cops pot condicionar famílies i professionals a no actuar, a deixar passar, acaba tenint conseqüències no desitjades. Si no poso nom al que visc, si l'entorn ho veu com a normal o no me'n parla, normalitzo aquella acció, no li veig el perill i puc acabar generalitzant-la, reproduint-la. Per saber que he estat víctima d'un delictes haig de saber que allò era un delictes. Si no parlem de sexualitat, de les relacions adequades i inadequades, si el nostre llinar de tolerància respecte a les conductes inadequades de les persones amb discapacitat (sobretot DID) no és ferm des de que són infants, acabem tenint adults amb DID que inclús poden realitzar conductes inadequades simplement perquè ningú els ha fet saber que ho eren.

En aquest cas, no només hem d'intervenir pel benefici de la persona que la duu a terme sinó també perquè tota conducta inadequada que implica a altres persones genera víctimes.

L'abús sexual és la forma de victimització més relacionada amb les diferents formes de maltractament, tal i com planteja D. Finkelhor. Per tant, les situacions de polivictimització seran més habituals quan s'ha patit aquest tipus de maltractament i no s'ha treballat.



2.2. L'abús sexual (AS)

Els abusos sexuals són un **tipus de maltractament greu** i es donen quan una persona és utilitzada per satisfer els desitjos sexuals d'una altra ja sigui presenciant o participant en activitats sexuals que **no vol, no ha**

consentit i/o no entén. La presència i/o participació en aquestes activitats va acompanyada de **coerció i asimetria de poder**.

Entenem per coerció el contacte sexual mantingut mitjançant l'ús de la força, l'amenaça, la pressió, l'autoritat o l'engany, i la seva existència ha de ser considerada criteri suficient per a etiquetar una conducta sexual d'abús sexual, independent de l'edat de la persona abusadora. L'asimetria de poder fa referència a la relació de dependència que pot tenir la víctima envers la persona abusadora (per edat, discapacitat, econòmica, social, de gènere, etc).

L'abús sexual inclou tant les conductes que impliquen contacte físic (carícies, masturbació, penetració oral, anal o vaginal), com aquelles que no impliquen directament aquest contacte (proposicions verbals explícites, exhibir els òrgans sexuals amb el propòsit d'obtenir excitació o gratificació sexual, realitzar l'acte sexual intencionadament davant la presència de la persona, masturbar-se, utilització de la persona per a la creació de materials pornogràfics), així com els que es realitzen a través de les xarxes.

Un dels factors claus per determinar quan un acte és considerat un abús sexual és el del **consentiment**. Es considera que una persona no pot consentir en relació a qüestions: d'edat, voluntat i comprensió.

- **D'edat.** Cada Estat legisla l'edat de consentiment o maduresa sexual, i a Europa aquesta pot anar des dels 12 anys al Vaticà fins als 17 d'Irlanda. Des de l'1 de juny de 2015 a l'Estat Espanyol l'edat de consentiment és de 16 anys¹⁸.
- **De voluntat.** En edat superior, hi ha abús quan la presència o participació en les activitats sexuals ha estat en contra de la seva pròpia voluntat.
- **De comprensió, no entén.**
 - Perquè el consentiment ha estat viciat a través de la utilització de l'engany, la manipulació, etc.
 - Perquè per raons de la discapacitat:
 - no es disposa de la informació i coneixements adequats i necessaris

- no s'és conscient o capaç d'avaluar les diverses opcions (danys i beneficis)
- No sap o no pot posar límits davant de desitjos no correspostos de terceres persones
- No es sap inhibir davant la falta de consentiment d'altres.

Dit això, l'abús sexual és un tipus de maltractament que afecta a un alt percentatge de la població, amb i sense discapacitat, especialment a nenes i dones i molt especialment a nenes i dones amb discapacitat, i sol venir relacionat amb maltractament psicològic i, a vegades, amb maltractament físic.

Tot i que s'han fet molt pocs estudis que n'avaluin la prevalença, els pocs que existeixen mostren unes xifres que no ens poden deixar indiferents:

Autor	Any	Població	Homes	Dones
Félix López ¹⁹	1994	General a l'Estat espanyol	15,2%	22,5%
Noemí Pereda ²⁰	2007	Universitària a Barcelona	15,5%	19%
Unió Europea	2010	Infants. Europea	20%	
Unió Europea ²¹	2003	Dones discapacitat		80%

Tal i com es pot observar al quadre, el 20% dels nostres infants expliquen haver viscut alguna situació d'abús sexual al llarg de la seva infància. **Aquesta xifra es dispara fins al 80% quan ho centrem en nenes i dones amb discapacitat.**

Per la seva banda, el treball de H. Kvam²² va analitzar els casos de sospites d'abús sexual entre 1.293 infants a Noruega i va trobar que, en relació al gènere, la distribució era d'un 78% de noies front el 22% de nois; en canvi, entre els infants amb discapacitat la distribució passava a ser del 65% de noies front el 35% de nois.

Per tal de poder reduir aquestes xifres tant alarmants, ens cal tenir una societat conscient i preparada per a la sensibilització, detecció i posterior intervenció.

Davant aquestes xifres, així com dels factors de consentiment, observem que qualsevol persona amb cert nivell de discapacitat, sigui del tipus que sigui, estarà exposada al llarg de tota la seva vida a patir situacions d'abús sexual. Aquest fet és degut a factors diversos si bé, cada col·lectiu, presenta **vulnerabilitats** específiques. Tot i que es fa difícil classificar i generalitzar en cada cas, n'esmentarem les principals:

Persones amb discapacitats auditives

Segons l'estudi de Hoem Kvam²³, a Noruega, dut a terme amb persones mentre eren menors d'edat, la incidència de l'abús sexual per a aquest col·lectiu seria dues vegades superior per a les dones, respecte el seu grup d'iguals sense aquesta discapacitat, i tres vegades superior per als homes, amb discapacitat auditiva, respecte als que no la tenen. L'estudi també conclou que el tipus d'abusos que es duen a terme són de major gravetat i que hi hauria indicis per a pensar que, a diferència de tots els altres col·lectius, afectaria en major proporció als nois.

Altres dos elements a destacar són, d'una banda, la manca de possibilitats i oportunitats per a comunicar els fets succeïts, i de l'altra, el fet que les escoles especials exclusives, a Noruega, per a persones amb discapacitat auditiva, suposen un risc extra per a aquest col·lectiu, ja que un alt percentatge dels perpetradors serien estudiants més grans de les mateixes escoles. Aquest fet, que comparteixen altres estudis com el de Labarre²⁴, seria degut a que a les escoles exclusives per a persones amb discapacitats auditives desenvoluparien una certa cultura en la qual, ser abusats per alumnes més grans, no es veuria com un fet seriós.

El perfil de les víctimes d'abús sexual amb discapacitat auditiva seria, segons l'estudi:

- menors amb baixa autoestima
- mala relació amb la resta de companys

- poques possibilitats de comunicar l'abús, sobretot per a aquelles persones amb única utilització del llenguatge de signes.

Cal fer un especial esment a aquest darrer punt. La tendència general és que les persones amb discapacitat auditiva formin un grup molt endogàmic, és a dir, es relacionen entre elles, es casin o s'ajuntin entre elles, i les amistats són comunes entre pares i fills. Si bé això dóna força al grup i el cohesiona, alhora, quan algú pateix algun tipus de maltractament intrafamiliar com l'abús sexual, violència domèstica o altres, es fa molt difícil la seva verbalització. Generalment, una de les grans dificultats de la persona que pateix abús sexual és la revelació dels fets, degut a què tot l'entorn social de proximitat trontolla i pot acabar trencant-se (fenomen que malauradament passa molt sovint). Quan aquest entorn esdevé l'únic referent i pilar central de la persona amb discapacitat auditiva, la dificultat per a verbalitzar és molt elevada. Si a més a més hi sumem que existeixen molt pocs serveis especialitzats a la xarxa d'atenció, on un infant o adult s'hi puguin dirigir i comunicar-s'hi sense suport de terceres persones, fa que el maltractament quedi totalment silenciàt.

A aquesta situació s'hi suma el fet que els espais de protecció, els terapèutics, així com els serveis tècnics d'acolliment per a víctimes de violència masclista, entre altres, van mancats de professionals que parlin la llengua catalana de signes. Situacions com aquesta augmenten el nivell d'estigma generant un tipus de violències que dificulta encara més el ser capaç de posar fi a aquest tipus de maltractament.

Persones amb discapacitat visual

A l'estudi fet per Kvam a Noruega l'any 2000, van respondre un total de 333 persones majors d'edat amb discapacitat visual: 249 amb aquesta discapacitat des dels 0-3 anys, 28 la van adquirir entre els 4-8 anys i 56 entre els 9 i 17 anys. El 51,7% eren dones i el 48,3% eren homes. El qüestionari sobre abusos sexuals va ometre les preguntes relatives als AS sense contacte sexual, és a dir, exposició dels genitals, fotografia, pornografia... Cal tenir en compte que precisament aquest tipus d'abús és al que tenen major vulneració a ser-ne víctimes degut a que el poden patir

sense ser-ne conscients. A més, sol ser el que més succeeix tant en població general com en les diferents discapacitats.

Allà on sí que hi ha contacte, del total de persones amb discapacitat visual entrevistades, van patir abús sexual amb contacte durant la infantesa un 21,9%, és a dir, 73 persones. El nombre total de contactes va ser: 1 sol contacte 34,9%, de 2-5 contactes un 21,5% i més de 6 contactes un 43,6%. L'autor diferencia tres tipus d'abús amb contacte:

Tipus de contacte	Edat mitja primer contacte
Petons i carícies	14-16 anys
Tocaments genitals	7,4 anys
Penetracions	8,8 anys

El 66% de les víctimes no van explicar a ningú que havien patit abús i, de les que sí que ho van fer, un 8% no van ser cregudes. Només un 3% del total de les verbalitzacions es van comunicar a les autoritats pertinents.

Segons les dades obtingudes, es conclou que tenir una discapacitat visual és un factor de risc a patir abusos sexuals. Si només es té en compte els abusos per tocaments genitals i penetracions, la taxa de risc a patir aquest tipus d'abusos és el doble en relació a la resta d'infants. L'autor estableix una forta relació entre infants que han patit abusos més d'una vegada amb el fet de patir bulling a l'escola.

Persones amb discapacitat física

Passant a una altra font, Katrin Muller-Johnson i altres autors presenten (2015) un estudi sobre victimització sexual a joves amb discapacitat física (DF) a partir del Questionari de Victimització Juvenil¹⁹. La mostra es basa en 6.749 joves suïssos dels quals 360 tenen una discapacitat física (186 noies i 174 nois). L'estudi mostra les següents prevalences comparades:

Les **vulnerabilitats** dels i les joves amb DF comparativament amb els i les joves sense DF segons l'estudi tenen a veure amb major prevalença de:

Nois amb DF

- Família monoparental
- Manca d'amistats
- Manca de criança afectiva
- Estar implicat en conductes violentes

Noies amb DF

- Estan exposades a relacions parentals més dures, severes

Quant al **tipus** de victimització sexual conclouen que:

	General	
	Amb DF	Sense DF
Victimització per contacte sexual	22.3%	14.2%
Victimització sense contacte sexual	40.28%	28.77%

	General		Noies		Nois	
	Amb DF	Sense DF	Sense DF	Sense DF	Amb DF	Sense DF
Victimització sexual crònica amb contacte	Les noies tenen majors probabilitats de patir victimització amb contacte i sense que els nois		Mateixa probabilitat amb i sense DF		3 vegades més de probabilitat amb DF que sense DF	
Victimització sexual crònica sense contacte			1,4 vegades més de probabilitat amb DF que sense DF		2 vegades més de probabilitat amb DF que sense DF	

Per tots els tipus de victimització sexual sense contacte, els joves amb DF n'informaven un 67% més que els sense DF. I pels tipus de victimització amb contacte, els joves amb DF n'informaven un 74% més que els joves sense DF.

A més, **la major diferència es trobava en les formes més severes de violència sexual**, ja que segons l'estudi suposava 2,7 vegades més les que patien els joves amb DF que les patides pels joves sense DF.

En clau de gènere, s'observava que **les noies amb DF tenien un major risc que els nois amb DF**, sobretot degut al fet de viure **tres vegades més experiències de tipus crònic**.

Al mateix temps, **la probabilitat a patir intents de penetració o penetracions** també és tres vegades superior per a les noies amb DF que pels nois amb DF.

Apart dels factors que exposen aquests autors, l'estudi de Haussooneh-Phillips i Curry destaca que la incidència també va relacionada amb la dependència vers a terceres persones per a dur a terme les activitats bàsiques i/o instrumentals de la vida diària. Aquesta dependència en la persona cuidadora fa que la vulnerabilitat, sobretot de les dones amb discapacitat física, que són el 73% de les víctimes, sigui molt elevada.

Així doncs, és generalment a través de la utilització del xantatge en la (no)realització de les activitats bàsiques i/o instrumentals de la vida diària, com la persona cuidadora aprofita la seva situació de "poder" per a perpetrar l'abús. Cal a més a més tenir en compte si la persona, degut a l'afectació de la seva discapacitat, és capaç de posar barreres físicament.

Un aspecte específic de les persones amb certa discapacitat física és el fet que tothom té accés al seu cos. A mida que un infant va creixent, va adquirint coneixements propis per tal de dur a terme, de manera autònoma, les tasques de neteja íntima. Quan aquest fet no és viable per raons de discapacitat física, l'infant normalitza el fet que altres persones, generalment adults, assumeixin aquesta tasca; s'acostuma a què el seu cos sigui manipulat per diferents persones, quan aquestes ho decideixen, sobretot si es viu en centres residencials. Si tenim en compte els horaris, torns de professionals, així com els propis espais d'higiene (wc, dutxes,...), ens adonarem que la persona amb discapacitat té poc marge de decisió i d'actuació. Aquesta realitat, per tant, no es pot menystenir.

Discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (DID)

El col·lectiu de persones amb DID és un dels col·lectius més vulnerables degut, no només a què també comparteixen les vulnerabilitats esmentades en els altres tipus de discapacitats, sinó perquè cal sumar-hi les capacitats de comprensió i anàlisi de la realitat. El col·lectiu de persones amb DID és enormement divers i es fa impossible d'avaluar-ne els riscos i necessitats de manera global, així doncs, parlem del que parlem, sempre caldrà fer una avaluació cas per cas. Si fem un petit repàs del que pot ser la vida d'una persona amb DID, parlariem d'elements tals com:

- **Naixement.** El naixement d'un infant és un dels moments que generen més canvis en el si d'una parella o família. Canvia el tipus de vida, els horaris, els costums,... cal una readaptació no sempre fàcil. Les dificultats a afrontar en aquests moments no són senzilles i menys encara si l'infant nascut té algun tipus de discapacitat. El **suport a les famílies** és essencial ja què en pot dependre el vincle que s'estableixi entre pares i fills. Per a moltes parelles aquest és un moment on les expectatives inicials previstes no es compleixen, i aquella situació desitjada, imaginada, dista de la realitat. Totes aquestes dificultats poden conduir a un trencament de la parella, i tot sovint ens trobem o bé amb famílies monomarentals o bé amb famílies a on la dona assumeix la totalitat de la responsabilitat en l'atenció i presa de decisions que afecten l'infant. El tipus de vincle que s'estableixi en aquest moment és molt important de cara al desenvolupament de l'infant, i cal acompanyar les famílies per tal d'evitar conductes extremes tant a nivell d'abandonament com de massa aferrament o sobreprotecció.
- **Infància.** Les vulnerabilitats dels infants amb DID poden ser tant altes que majoritàriament les famílies es poden trobar desbordades en l'aprenentatge de la relació que s'estableix. Es troben davant d'un infant que creix i es desenvolupa fora dels paràmetres usuals i coneguts i cal readaptar-se i reinventar-se permanentment. Entre tots els aspectes a afrontar amb el creixement de l'infant, un més és el de l'educació sexual. El sexe i la sexualitat formen part de la vida de les

persones, de totes, i per tant, és imprescindible també abordar-ho. Des dels primers anys de l'infant és imprescindible treballar elements com: el cos, la intimitat, el vincle amb els altres, qui sóc jo pels altres, la confiança, el demanar ajuda, l'autoestima i l'autoimatge. Tots aquests aspectes són imprescindibles per tal que l'infant prengui consciència de qui és ell en relació a les altres persones.

El joc és una de les millors eines d'aprenentatge de tots aquests elements i, si analitzem els tipus de jocs amb els que juguen els infants, i quin paper hi representen en aquests, veurem que existeixen grans diferències entre els infants amb i sense DID. Cal ser molt conscient de la influència que té això en relació al desenvolupament de l'infant i complementar-ho o treballar-ho amb algun altre tipus d'actuació.

- Adolescència. Aquesta etapa es caracteritza per ser una etapa de canvis, d'assumpció de nous rols i de mutació. A nivell de mutació, una de les grans diferències entre adolescents amb i sense DID és el fet que en adolescents amb DID no es dona alhora la mutació física amb la mental. És a dir, hi ha una asincronia entre el cos i el pensament. Això implica que els dols, del cos (comiat del cos infantil cap a un de nou) i del rol infantil, no es realitzen adequadament, alhora que els pares continuen tractant l'adolescent com a infant²⁶. Així doncs, entre les crisis pròpies de l'adolescència, cal sumar-hi el poc acompanyament social i familiar que es sap donar als i les adolescents amb DID. Aquesta infantilització, aquesta desconexió cos-ment juntament amb una societat que adultitza als adolescents, els aboca a una incomprensió del cos en el que habiten. Citant Aberasturi, exposa el síndrome de l'adolescència normal, el qual es caracteritza per:

- Construcció de la identitat
- Tendència grupal
- Necessitat d'intel·lectualitzar i fantasiejar
- Crisi de creences
- Desubicació temporal

- Revolució sexual: de l'autoerotisme a la sexualitat amb l'altre/a
- Actitud social reivindicativa
- Separació progressiva dels pares

Observant aquests elements, ens adonem que l'adolescència de la persona amb DID de "normal" no en té res. Per tant, cal que famílies i professionals tinguin en compte aquestes mancances i les supleixin amb actuacions específiques. Cal preparar als i les adolescents per a la vida adulta que s'aproxima i oferir-los-hi les eines necessàries per afrontar el futur el més autònomament possible.

- Vida adulta. La vida adulta de la persona amb DID no només depèn de l'evolució de la seva DID i de com aquesta ha afectat al seu cos sinó també de com s'han viscut les etapes anteriors, de com s'hagi identificat amb el seu jo i de com la societat l'ha tractat. Fàcilment, ens trobem amb persones que continuen amb aquesta asincronia cos-ment, amb molt poca autonomia tant a l'hora de decidir sobre la seva vida com a l'hora de dur a terme accions (molts cops per falta d'un entorn de proximitat que hagi cregut en elles; per sort, aquest aspecte està canviant enormement, sobretot per aquelles persones que es troben en serveis especialitzats). L'àmbit de la sexualitat, del sexe, de la parella, ha estat vist per l'entorn més com un problema que no com un dret, que recordem, és un dret personalíssim. La falta d'espais on socialitzar-se, on trobar parella, la manca de possibilitats de sortir lliurement a passejar, de prendre quelcom amb amigues o amics,... no només afecten l'autoimatge i l'autoestima i fan més vulnerable la persona sinó que poden tenir conseqüències no desitjades com la realització d'actuacions en espais públics o no adequats.

Quan en les primeres etapes de la infantesa no s'aborda la sexualitat, l'infant, i sobretot l'infant amb DID, té grans dificultats per identificar certes actuacions com a abús sexual. Si desconeix què és la sexualitat, si no sap diferenciar allò què està bé d'allò que no, no pot detectar i explicar el que li passa, el que sent. I quan un infant està acostumat a fer cas de tot allò que diu l'adult, detectar i explicar una situació no desitjada acaba

esdevenint un impossible. Així, moltes situacions d'abús, sense una persona adulta que intervingui en el moment d'observar-les, s'acaben normalitzant. Després, en la vida adulta, en la seva voluntat d'integració i seguint el model que faci sentir "normal", la persona amb DID pot acabar actuant de manera no adequada, reproduint els coneixements abusius adquirits anteriorment.

Tornant a les dades, **l'abús sexual es duu a terme essencialment per persones provinents de l'entorn intrafamiliar i/o de confiança en un 80-90% dels casos, havent-hi, en el cas de les persones amb discapacitat, un alt percentatge de professionals o persones cuidadores²⁷.** Aquest fet, com ja hem comentat, és degut a la major institucionalització del col·lectiu així com a les possibilitats d'accés al seu cos (higiene, massatge,...).

Una de les grans dificultats de les persones amb DID (menors o adultes) és la d'interpretar les intencions de les persones cuidadores, d'aquelles persones que exerceixen un rol de proximitat i de confiança. Aquest fet, juntament amb les seva major vulnerabilitat, fa que la incidència sigui molt més alta. Segons dades difoses per María Recio a les *I Jornadas de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual*²⁸ dutes a terme el febrer de 2011 a Madrid, **la probabilitat de que una dona amb discapacitat intel·lectual sigui víctima d'abusos sexuals al llarg de la seva vida és d'entre el 60% i el 80% i d'un 25% a 35% pels homes.** Aquests percentatges són molt més elevats que els de la població sense discapacitat degut a que **la probabilitat de ser víctima d'abús sexual, per aquest col·lectiu, no disminueix amb l'edat.**

Una de les grans preocupacions de famílies i professionals són les relacions que s'estableixen entre iguals. Aquestes suposen un gran repte ja que es pot tenir el dubte sobre si la relació és equilibrada, si existeix consentiment,... La millor opció és ser referent de confiança de la persona amb DID i que sàpiga, en cas de dubte, on parlar lliurement sobre els sentiments i actes que es realitzen en parella. Un acompanyament individual i en parella és essencial, si ambdós ho volen, per ser un suport en el camí que recorren plegats.

Si tenim tots aquests elements en compte, i tenim present la importància d'un bon diagnòstic diferencial, serà molt més fàcil poder detectar els abusos sexuals.

Per tal de fer qualsevol tipus d'intervenció, ja sigui a nivell d'educació sexual, d'intervenció davant de conductes inadequades, o en persones afectades pels abusos sexuals, l'ideal és que una persona experta pugui fer una avaluació que tingui en compte els següents aspectes:

- Salut general
- Salut mental
- Habilitats adaptatives
- Neuro psicològica
- Conductual ecològica

D'aquesta manera, establir una intervenció adequada i pertinent per a cada persona és més factible i amb majors possibilitats d'èxit. Per tal que una persona pugui **prendre una decisió sobre qüestions vinculades a la sexualitat**, cal que aquesta disposi de la *informació i coneixements adequats i necessaris* (buscar mecanismes i recursos per tal d'adaptar els continguts al nivell de comprensió de la persona), *que sigui conscient i capaç d'avaluar les diverses opcions* (possibilitats de danys i beneficis), *assegurar-nos que tingui la capacitat per consentir* (si sap posar límits davant els abusos de tercers o si sap inhibir davant la falta de consentiment dels altres) i si allò que *valorem correspon amb el què observem en la realitat de la persona*.

Tota aquesta feina cal realitzar-la tenint en compte dos principis bàsics, el de la transparència i el de la confidencialitat.

Quan parlem de **transparència** ens referim al fet que cal registrar totes les actuacions fetes, les observacions, cal donar resposta a les demandes i treballar-les amb l'equip mínim necessari, però alhora, cal treballar amb la màxima **confidencialitat**. El dret a la sexualitat és un dret personal i alhora íntim. Els/les professionals han de tenir present que només es transmetrà allò que sigui estrictament necessari pel benestar de la persona i, només en

casos on la protecció d'aquesta sigui necessària, es valorarà algun altre tipus de comunicació.

*Tecnologies de l'aprenentatge i la comunicació (TAC)**

Els avanços socials assolits a través de les TAC són totalment indiscutibles i han tingut una especial afectació en l'àmbit de la discapacitat. Com a mitjà de comunicació ha aconseguit acostar i facilitar el contacte entre persones, adquirir aprenentatges, etc. Així doncs, tant el món del lleure i l'aprenentatge com el relacional s'han vist transformats gràcies a les tecnologies. També però, cal esmentar les noves situacions de risc que l'utilització d'aquestes eines ha implicat per a molts joves i adults, amb i sense discapacitat (el llibre del Seminari Ciutats i Persones de l'any anterior aborda aquesta temàtica en profunditat).

Un estudi del *Child Exploitation and Online Protection Center* (CEOP) del Regne Unit, assenyala que un 40% de les noies d'entre 14 i 15 anys no veuen cap problema en fer-se fotos en topless, mentre que un 16,7% no considera inapropiat fer-se fotos totalment despullada. Altres dades d'aquest informe mostren que un 38% dels nois entre 11 i 17 anys han rebut missatges al mòbil o per correu electrònic amb contingut sexual explícit i el 70% coneixia al remitent.

Un dels grans problemes és la manca de consciència sobre el que suposa no controlar la difusió de les imatges i les conseqüències que aquest fet pot generar. La perspectiva de la gent jove és, avui en dia i segons un treball fet per la Universitat de New Hampshire als Estats Units, que existeix més perill en la vida off-line que en la on-line.

Segons un estudi fet per les universitats de Córdoba (UCO) i de Sevilla (USE) a joves d'entre 11 i 21 anys, una de les millors eines per tal de fer front a l'assetjament escolar i al ciberbullying és la intel·ligència emocional. Reforçar el reconeixement d'emocions tant pròpies com dels altres ens permet empatitzar, fet imprescindible per a minvar les probabilitats de violència.

* Per a més informació: www.pantallasamigas.net i www.ciberbullying.com

Un dels motius principals pels quals molts joves (i segurament també persones adultes) queda atrapada al món de les TAC és per aconseguir socialitzar. Allò que un no troba en el món off-line ho cerca en el món on-line. Quan no es tenen amics, quan les possibilitats de socialització són poques i molt endogàmiques (en un grup d'iguals), la xarxa ens permet contactar amb persones d'arreu i obrir-nos a un món on, altrament, no podríem arribar. Tal i com hem vist, hi ha molt poca consciència social dels perills de les xarxes i, fàcilment, aquells perfils més vulnerables, aquelles persones amb majors dificultats de socialització positiva off-line, poden caure en situacions no desitjades. La Fundació Vicki Bernadet duu a terme un projecte de sensibilització des de 2009, *Què li passa al meu col·lega?*, a través del qual, i amb la participació total de més de 650 joves d'entre 12 i 16 anys, hem pogut constatar la poca conscienciació sobre els perills del ciberassetjament i del sexting (assetjament sexual a través de la xarxa) que hi ha entre ells, a banda de ser una realitat molt estesa.

Tal i com hem vist fins ara, les persones amb discapacitat poden arribar a tenir greus dificultats a l'hora de socialitzar, conèixer i quedar amb persones no vinculades estrictament a l'àmbit familiar, escolar o laboral. Si a aquest fet hi sumem les dificultats existents en especial en col·lectius com el de la DID, on és difícil discernir les intencionalitats de terceres persones, veiem que es troben en greu situació de vulnerabilitat.

És essencial, davant de la utilització de les TAC, poder detectar el motiu que hi ha darrera del seu ús. Aprendre i comunicar a través de les tecnologies és el present i segurament prendrà molta més força en el futur i per tant, una bona educació del risc és imprescindible. Per exemple, quan aquestes eines s'utilitzen com a mitjà de comunicació, cal veure quina demanda hi ha al darrera. No és el mateix utilitzar-ho per quedar amb els amics, que per conèixer a altres persones. Ambdues actuacions són lícites i legítimes, si bé la segona engendra més perills que segurament es veurien minimitzats si es pogués complementar assolint l'objectiu off-line on, en tot cas sabríem una mica millor, si més no, que la persona que tenim al davant és qui diu ser.

3. Intervenció

L'Informe "Violència i la Dona amb discapacitat"²⁹ de 1998 conclou que "existeix la necessitat d'adoptar un enfocament holístic que permeti eliminar la discriminació contra les dones i nenes amb discapacitat, fomentar la seva autonomia i fer front als factors de risc específics que les exposen a la violència". Aquests factors de risc estan molt relacionats amb les vulnerabilitats esmentades anteriorment però també amb factors d'exclusió social. L'estudi *Discapacitats i exclusió social a la Unió Europea. Temps de canvi, eines pel canvi*³⁰ ens parla de que, a nivell d'intervenció, cal tenir present que els principals factors que contribueixen a l'exclusió social de les persones amb discapacitat, per ordre d'importància, són els següents:

1. Falta o accés limitat a l'entorn social i atur (94%)
2. Falta o accés limitat als serveis (85,4%)
3. Estigmatització de les persones amb discapacitat (83,3%)
4. Falta de formació adequada (81,2%)
5. Falta de serveis especialitzats (80%)
6. Sistemes educatius inadequats (77,1%)
7. Falta de polítiques econòmiques per compensar la despesa extra de la discapacitat (75,7%)
8. L'estructura del sistema de subsidis (75%)
9. Viure en institucions (60%)

Des de la Fundació Vicki Bernadet considerem que és una responsabilitat inexcusable intervenir tenint molt present les limitacions que suposen aquests factors esmentats. A continuació donarem algunes pinzellades i pautes de com acostumem a treballar.

Tal i com hem vist, les victimitzacions viscudes durant la infantesa pesen molt a l'hora de fer més vulnerable a la persona davant posteriors situacions de victimització. Creure als infants, potenciar les seves

capacitats i formar-los en la prevenció i detecció de situacions de risc és fonamental per tenir persones adolescents i adults autònoms i ben preparades.

És totalment imprescindible un model d'intervenció que treballi de manera integral amb els entorns en els que es mou i creix l'infant, és a dir, el familiar, l'educacional, el social, etc. La importància d'aquest model s'evidencia en el moment en què no es duu a terme, ja que l'infant es fa adult amb grans dificultats per afrontar aspectes de la seva vida tant fonamentals com és el de la sexualitat. Això és especialment preocupant en el cas de les dones amb discapacitat.

Per tal d'assolir una bona gestió de la sexualitat i l'abordatge de possibles abusos sexuals que afecten a les persones amb discapacitat, cal que les **accions que es realitzin s'adeqüin a les necessitats específiques** de cada persona amb discapacitat; abans de qualsevol intervenció és imprescindible realitzar una avaluació *en base a les capacitats de la persona i les seves necessitats* i atenció.

Un altre element imprescindible a tenir en compte és el de l'accessibilitat universal, la qual hauria de poder ser una realitat en qualsevol àmbit. De totes les seves variants, tal i com queda descrit a la CDPD, cal: *"Promoure altres formes adequades d'assistència i suport a les persones amb discapacitat per tal d'assegurar el seu accés a la informació"*.

Aquest esment no ve donat perquè tingui més importància que la resta sinó perquè hi ha menys consciència social. Quan treballes amb persones amb discapacitat i observes la poca utilització que fan de certs serveis (a nivell judicial, policial, etc.) te n'adones que tenen grans dificultats per comprendre el seu funcionament. I per tant no ho utilitzen. Es podria arribar a concloure que no hi ha denúncies perquè pateixen menys situacions de maltractament i hem vist que justament és el contrari. Cal doncs fer accessible els serveis, la qual cosa implica garantir una bona assistència, oferir els suports necessaris de comprensió, informació, acompanyament i recuperació. **Ens hem d'adreçar a la persona amb discapacitat, tenir en compte si vol o no vol ser acompanyada per terceres persones i assegurar-nos que ha assolit un nivell adequat i**

suficient de coneixement per tal de poder prendre cada decisió per si mateixa. És important tenir en compte que no hi ha dues persones iguals ni dues discapacitats idèntiques per més que comparteixin certs elements comuns.

La intervenció hauria de realitzar-se a través de les següents línies d'actuació:



Prevenió - Detecció

Objectiu: Dotar d'eines a professionals, persones amb discapacitat i les seves famílies així com al conjunt de la societat, per tal de poder prevenir i detectar possibles situacions d'abús sexual.

Tipus d'actuacions: Accions que contemplin des de les primeres edats dels infants i fins a la vida adulta i dissenyades específicament per a cada tipus de discapacitat. Els seus objectius són: la promoció d'un model de sexoafectivitat sana, plena i consentida, la prevenció dels abusos sexuals i la intervenció davant les conductes sexualment inadequades.

Experiència: A través del projecte *Nosaltres també ens Relacionem*, des de la Fundació Vicki Bernadet hem observat la importància de treballar elements tals com: la intimitat, el cos, l'empatia, l'entorn de confiança, el secret, la detecció de situacions de risc,... Aquest treball ha

permès que aflorin situacions de maltractament fins aleshores silenciades. També ha permès l'expressió de desitjos sobre la pròpia vida afectiva i sexual, començar a veure com a abusives situacions que havien estat normalitzades, i trencar tabús, sobretot en famílies, quant a la infantilització i sexualització dels seus fills o filles. A més, en els espais de treball conjunt s'han promogut nous escenaris on les famílies han pogut començar a parlar de necessitats i desitjos i rebre, en casos puntuals, serveis de recuperació psicològica.

Sensibilització i formació

Objectiu: Sensibilitzar i formar a persones amb discapacitat, famílies i professionals per tal que puguin millorar la gestió de la sexualitat així com la prevenció, detecció i intervenció de les situacions d'abús sexual per tal de garantir el dret de les persones amb discapacitat a gaudir d'una sexualitat plena, consentida i lliure d'abusos sexuals.

Tipus d'actuacions: Elaborar i implementar accions de sensibilització que, mitjançant metodologies accessibles i dissenyades tenint en compte l'especificitat del col·lectiu, permetin treballar de manera distesa i lúdica la sexualitat i les situacions d'AS.

A nivell de formació, cal tenir present la necessitat d'incorporar un apartat sobre la legislació vigent que permeti afrontar les actuacions pertinents dins la màxima legalitat.

Experiència: A través del projecte *Aprendre a Protegir*, des de la FVB hem pogut entrar a les escoles, ordinàries o d'educació especial, a sensibilitzar als infants, mestres i famílies, agents principals de protecció. En la formació a professionals, hem facilitat que equips de professionals pensin junts com gestionar situacions del dia a dia en relació a la sexualitat, l'afectivitat, conflictes que es donen i situacions abusives de les que són testimonis. A nivell de famílies, es treballa la credibilitat de les verbalitzacions dels infants, la importància del no judici sobre aquestes i com fer ús dels recursos existents. Finalment, amb els infants, l'activitat de conte contes, que forma part del projecte *Aprendre a Protegir*, permet treballar lúdicament

els elements que utilitzen les persones abusadores per silenciar l'abús, alhora que se'ls dona la paraula per tal que exposin els seus punts de vista.

Atenció, acompanyament i intervenció terapèutica i jurídica

Objectiu: Acompanyar a les persones amb discapacitat en el desenvolupament de la seva sexualitat per tal que aquesta sigui lliure, plena i consentida, assessorant a professionals i famílies en el tipus d'intervenció necessària per a facilitar aquest acompanyament. Alhora, cal oferir serveis de recuperació terapèutica de les persones afectades per abusos sexuals, orientació/supervisió als i les professionals i acompanyament en el procediment judicial, per tal que aquestes puguin viure en igualtat d'oportunitats que la resta de la ciutadania i amb el millor nivell de qualitat de vida.

Tipus d'actuacions: Els serveis que s'han de crear han de contemplar actuacions tals com:

- Orientació terapèutica a persones amb discapacitat i famílies
- Supervisió a professionals i entitats
- Tractament psicoeducatiu individual i /o grupal
- Projecte psicoeducatiu per a agressors
- Acompanyament en el procediment judicial

Experiència: L'any 2014 la Fundació Vicki Bernadet en coordinació amb Aspanin i Dincat, van crear el SASDI, Servei d'atenció a la sexoafectivitat en l'àmbit de la discapacitat. Amb aquest servei, hem pogut acompanyar principalment a famílies i entitats en la correcta gestió de la sexoafectivitat de les persones amb DID, ja siguin menors i adults i treballar en xarxa les problemàtiques presentades oferint eines d'intervenció, ja sigui a nivell individual, familiar o d'entitat de servei.

Treball en Xarxa

Objectiu: Oferir eines a les entitats i famílies per tal de dur a terme accions que facilitin la modificació de conductes així com l'establiment de bones pràctiques. Per assolir-ho, i tenint present la complexitat de la problemàtica dels abusos sexuals, cal que totes aquelles persones i professionals implicats es coordinin en les accions.

Tipus d'actuacions:

- Coordinació amb els serveis socials i altres institucions públiques per a la intervenció davant de situacions de maltractament.
- Protocols d'actuació per a les entitats per a la correcta gestió de la sexualitat dels seus usuaris i usuàries així com de la minimització del risc que es produeixin abusos sexuals.
- Orientació a les entitats en aquelles intervencions que siguin necessàries.
- Creació d'accions conjuntes específiques en funció de les necessitats detectades.

Experiència: Des dels inicis de la Fundació, el treball en xarxa ha estat un dels punts indiscutibles en els diferents projectes i serveis que s'ofereixen. Les conseqüències dels abusos sexuals afecten a la persona en diversos aspectes de la seva vida i cal la coordinació entre els diferents referents per tal de dur a terme intervencions efectives. Amb aquest tipus de treball, no només es beneficia la persona afectada en qüestió, sinó que permet que el nombre de persones beneficiàries sigui molt més elevat, ja que l'aprenentatge dels professionals de la xarxa es pot replicar en altres casos.

Passem tot seguit a veure un quadre on detallem les necessitats i les responsabilitats que entenem que cada un d'aquests agents implicats haurien de prendre. I acabarem el capítol amb algunes idees sobre els reptes de futur que ens manca afrontar.

Quadre sobre les necessitats i responsabilitats en termes generals a nivell d'intervenció

Col·lectiu	Necessitats	Responsabilitats
Persones amb discapacitat	– Reconeixement tàcit del dret sexual. – Gestió de dobles i triples discriminacions, com succeeix amb les dones. – Serveis d'atenció terapèutica i psicoeducativa especialitzada. – Espai grupal o individual en el que poder parlar de la pròpia sexualitat i vida afectiva (disseny, projectes, dubtes, angoixes, compartir experiències) amb un clima d'acceptació i respecte.	– Assumir els deures i les responsabilitats que corresponen d'acord amb el reconeixement de les seves capacitats per a participar activament en tots els àmbits de la vida. – Respectar-se a si mateixos i mateixes, respectar les persones amb què es relacionen i l'entorn en què es desenvolupen.
Famílies	– Grups de suport i/o escola de famílies. – Suport en l'abordatge de la sexualitat. – Acompanyament psicològic en l'abordatge de possibles maltractaments que hagin patit els seus familiars.	– Garantir el dret a la sexualitat plena i consentida i cercar els suports necessaris per assolir-ho. – Actuar en la màxima protecció davant dels maltractaments i abusos que puguin patir els seus familiars. – Actuar en funció el benefici superior i desig de la persona amb discapacitat malgrat aquesta pugui ser contrària als propis principis.
Societat	– Prendre consciència de les necessitats de les persones amb discapacitat, de les seves vulnerabilitats específiques, per tal de construir una societat més inclusiva, justa, solidària i democràtica.	– Incrementar la participació social generant espais socials que no discriminin, i dinamitzar la participació responsable d'aquest sector de la població afavorint la convivència i la integració social.

(Continua a la pàg. següent)

Quadre sobre les necessitats i responsabilitats en termes generals a nivell d'intervenció (continuació)

Col·lectiu	Necessitats	Responsabilitats
Administració	– Oferir serveis d'assessorament, informació i recuperació específica sobre sexualitat i maltractaments. – Incloure als estudis poblacionals de tot tipus no només l'indicador <i>tipus de discapacitat</i> sinó també en el criteri de selecció de les persones a entrevistar. – Adaptació de cada departament, organisme o ens públic per a que no quedi exclosa cap persona amb discapacitat de cap servei. – Crear serveis específics per persones abusadores tant inimputables com imputables.	– Garantir el dret fonamental i personalíssim a la sexualitat. – Garantir una atenció especialitzada en funció del tipus de discapacitat per part de professionals, en especial: educació, salut, serveis socials, laboral, policial i jurídic. – Garantir uns Serveis Socials universals accessibles en tots els seus àmbits.
Federacions	– Oferir eines i programes de sensibilització, detecció i intervenció davant els maltractaments. Major coordinació amb els diferents serveis de la xarxa.	– Posicionament ferm davant la tolerància zero al maltractament a persones amb discapacitat.
Entitats	– Elaboració de protocols per a la promoció de la sexualitat així com la prevenció, detecció i intervenció dels AS. – Formació a professionals en relació als maltractaments i les vulnerabilitats específiques de cada col·lectiu.	– Garantir el dret a la sexualitat plena i consentida i cercar els suports necessaris per assolir-ho. – Actuar en la màxima protecció davant dels maltractaments i abusos que es puguin generar. – Actuar sempre segons el benefici superior i desig de la persona amb discapacitat malgrat aquesta pugui ser contrària als propis principis.

(Continua a la pàg. següent)

Quadre sobre les necessitats i responsabilitats en termes generals a nivell d'intervenció *(continuació)*

Col·lectiu	Necessitats	Responsabilitats
Professionals	– Formació en coneixement de la sexualitat i competències en habilitats socials. – Formació en Prevenció, detecció i intervenció en cas de maltractaments i AS. – Formació quant a discapacitats; tipus, intervenció, suports.	– Garantir el dret a la protecció. – Garantir el dret a la sexualitat plena i consentida i cercar els suports necessaris per assolir-ho.

4. Reptes de futur

Davant una problemàtica com la que abordem, que encara avui en dia és un gran tabú social, parlar de reptes de futur en la seva globalitat es fa realment difícil. En centrarem a abordar aquest aspecte en relació a les principals àrees implicades en la disminució de la incidència dels maltractaments en persones amb discapacitat, i per tant, amb un rol fonamental en la prevenció i detecció de maltractaments: ensenyament, salut i serveis socials.

Així, ens aventurem a proposar els que serien els principals reptes de futur per avançar significativament en la prevenció, detecció i intervenció, i així frenar els abusos i maltractaments a persones amb discapacitat.

Pel que fa l'Ensenyament que reben:

- Incorporar l'educació sexual (bio-psico-social) i la prevenció dels abusos sexuals i altres tipus de maltractaments, de manera curricular, des dels ensenyaments inicials, adaptada i específica de les diferents discapacitats.
- Establir, en el pla individual de treball, la promoció de la salut sexual.

- Treballar competències d'educació emocional com la comunicació, el demanar ajuda, les relacions socials sanes i no condicionades.
- Crear protocols interns específics per al correcte abordatge de situacions de conductes sexualment inadequades i/o abusos sexuals o altres tipus de maltractaments.
- Crear equips d'intervenció interns i coordinació amb especialistes externs. Quan el centre educatiu té sospita o certesa d'una situació de maltractament, cal que actuï en funció del *Protocol d'actuació entre els departaments de benestar social i família i d'ensenyament, de detecció, notificació, derivació i coordinació de les situacions de maltractament infantil i adolescent en l'àmbit educatiu*³¹, del *Protocol marc en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus*³² així com de la legislació vigent.

Pel que fa als Centres amb serveis residencials:

- Formar als i les professionals en els drets fonamentals contemplats a la Declaració dels Drets de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual de la OMS i garantir el seu compliment.
- Establir Protocols que dissenyin mecanismes interns de gestió i intervenció a nivell de promoció de la sexoafectivitat; i prevenció i detecció d'abusos sexuals, necessàriament garantint la transparència i confidencialitat en les seves actuacions.
- Formar i sensibilitzar als/les professionals sobre les possibilitats d'autodeterminació de les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Formar als i les usuàries dels serveis en els drets fonamentals contemplats a la Declaració dels Drets de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual de la OMS i en autodeterminació.
- Formar als professionals en sexoafectivitat i prevenció, detecció i actuació davant dels abusos sexuals o altres tipus de maltractaments.

- Incorporar l'educació sexual (bio-psico-social) i la prevenció dels abusos sexuals i altres tipus de maltractaments, en la Planificació Centrada en la Persona, adaptada i específica de les diferents discapacitats
- Facilitar l'accés a espais de socialització i lleure per tal que les persones amb discapacitat es puguin relacionar amb iguals. Alhora, aquesta socialització permet conèixer a persones a qui poder demanar ajuda en cas de necessitar-la. Cal sempre evitar l'aïllament de les víctimes.

Des de l'àmbit de la Salut:

- Establir acords de col·laboració amb les entitats d'atenció a persones amb discapacitat de la zona d'actuació per tal d'elaborar plans d'intervenció socioeducativa, preventiva i de revisió, fent especial atenció a les persones amb poques possibilitats d'adreçar-se als centres d'atenció especialitzats.
- Més especialització de les unitats de diagnòstic.
- Realitzar les proves de salut garantides pel sistema de salut públic català, especialment les ginecologies, urològiques ordinàries també a les dones i homes amb discapacitat tot i que, aparentment, no hagin mantingut relacions sexuals prèvies.

I finalment des de Serveis Socials:

- Garantir uns serveis socials universals i accessibles.
- Formar professionals de serveis socials en la discapacitat així com en la detecció de maltractaments sobretot els d'atenció directa, els quals són fonamentals per detectar maltractaments: SAD (servei atenció domiciliària), treballadores familiars especialitzades en discapacitat.
- Coneixement dels recursos existents i coordinació amb les federacions del sector de la discapacitat.

- Destinar recursos específics a l'atenció i acompanyament de les persones amb discapacitat.
- Establir el treball en xarxa com a eix vertabredor.
- Crear espais i formar professionals especialitzats en la discapacitat en serveis específics d'atenció a les dones, com els Centres d'acollida de dones, i també altres espais que derivin de l'atenció social, com podrien ser els CRAES.

Referències Bibliogràfiques

1. Convenció sobre els drets de l'Infant, Nova York: Nacions Unides, 1989
2. Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat. Nova York: Nacions Unides, 2006
3. Observatori Estatal de la Discapacitat. *La Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat i la seva aplicació a Espanya. Informe Olivenza 2010*, Observatori de la discapacitat, pp. 205-208, Espanya.
4. World Association for sexual Health. Declaració Universal dels Drets Sexuals, Hong Kong, 1999.
5. Le Breton. D., *La sociologie du corps*. Que sais-je? Puf.1992 p. 92-96
6. De la Cruz, C. y Lázaro, O., Apuntes de Educación sexual. Sobre la sexualidad de niños y niñas con discapacidad. CEAPA, N° 18. 2006
7. Martín O.R. y Madrid E.M.: Didáctica de la educación sexual. SB. Buenos Aires, 2006 pp. 17-22
8. Schalock R. L. y Verdugo M. A.: Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial, 2002.
9. López, F. *Desarrollo de la planificación y tutorización individual. Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
10. *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales*. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Junta de Andalucía.
11. *Diversitat funcional, afectivitat i sexualitat. Algunes qüestions ètiques que plantegen les relacions afectives i sexuals de les persones amb diversitat funcional amb necessitats de suport externs o generalitzat que viuen en residències*. Consorci de Serveis Socials de Barcelona. 2013.

12. De Dios, R. et al.: *Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas*, Gobierno del Principado de Asturias, 2006
13. Curcoll, Ll.: "La sexualitat de l'adolescent amb discapacitat física" *Suports*. Vol. 9, núm 2, p. 67-72, 2005.
14. Gonzalez, J.: *Re-invertir-se. La doble exclusión: vivir siendo homosexual y discapacitado*. Cermi, 2005.
15. Curcoll, Ll. : "La sexualitat de l'adolescent amb discapacitat física" *Suports*. Vol. 9, núm 2, p. 67-72, 2005
16. Berman, H. et al.: "Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings". *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. núm. 22, p. 183-196, 1999
17. Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H.: *Poly-victimization: A neglected component in child victimization*. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26, 2007
18. Llei Orgànica 1/2015, de 30 de març, per la que es modifica la Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal.
19. López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
20. Pereda, N. y Forns, M.: Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426, 2007.
21. *Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea*. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Unió Europea, 2003.
22. Kvam, M. H.: Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? *Child Abuse & Neglect* 24, 2000, 489-498.
23. Kvam, M. H.: *Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway*. SINTEF. Halth Research Institute, PB 124 Blindern, 2004.
24. Labarre, A.: Treatment of sexually abused children who are deaf. *Sexuality and Disability*, 16 (4), 321-324, 1988.
25. Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H.: The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity and national norms. *Child Abuse and Neglect*, 29, 383-412, 2005.
26. Aberasturi, A i Knobel M.: *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Ed. Paidós, 1988.
27. Haussouneh-Phillips, D. and Curry, M.A.: Abuse of Women with Disabilities: State of the Science. Oregon Health Science University School of Nursing, 2002.
28. *I Jornadas de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual*. Madrid, 2011: www.pardo-valcarce.com/jornadas/maria_recio.pdf

29. Díaz Funchal, E.: El Reflejo de la Mujer en el Espejo de la discapacidad. La situación de las mujeres con discapacidad en España. CERMI. Colección generosidad Género y Discapacidad, 2013. P . 89.
30. *Discapacidad y exclusión social en la unión europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio*. CERMI, 2003 p. 110-114
31. Protocol d'actuació entre els Departaments de Benestar Social i Família i d'Ensenyament, de detecció, notificació, derivació i coordinació de les situacions de maltractament infantil i adolescent en l'àmbit educatiu. Generalitat de Catalunya. http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/09lgtb/columna_dreta/ambits/protoco_maltractament.pdf
32. Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors. Síndic de Greuges. 2006. <http://www.sindic.cat/site/files/156/ptotocolsmenorscat.pdf>