

11

COLECCIÓN

CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
DOCUMENTOS



VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD. UN ACERCAMIENTO DESDE DIVERSAS PERSPECTIVAS PROFESIONALES

Cristina Santamarina



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

**UN ACERCAMIENTO DESDE DIVERSAS
PERSPECTIVAS PROFESIONALES**

Cristina Santamarina



© **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad**
Centro de Publicaciones

Pº del Prado, nº 18. 28014 MADRID

NIPO Papel: 860-11-272-8

NIPO en línea: 860-11-273-3.

ISBN: 978-84-7670-714-2

Depósito Legal: M-48180-2011

Correo electrónico: publicaciones@mpsi.es

www.060.es

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
PRÓLOGO	7
1. LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2. La metodología empleada y la propuesta específica de trabajo	12
2. UNA BREVE REFLEXIÓN EPISTEMOLÓGICA	25
3. RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS APORTACIONES MÁS RECIENTES AL TEMA DE “LA DISCAPACIDAD Y LA SEGURIDAD DE LAS MUJERES”	33
3.1. Los puntos en común: el consenso existente en torno a las premisas de partida y a la meta a alcanzar	35
3.2. Experiencia de programas educativos en centros españoles	38
3.3. Algunas experiencias en/desde el extranjero	42
3.4. La peculiaridad de lo femenino	44
3.5. La aportación desde la experiencia directa de los profesionales de la medicina y la psicología	45
3.6. La bibliografía consultada	48
4. LAS TRAYECTORIAS VITALES DE LAS INTERLOCUTORAS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN: FICHA TÉCNICA	51
5. LAS TRAYECTORIAS HALLADAS: APROXIMACIONES A ALGUNAS LÍNEAS DE INTERPRETACIÓN	59
6. LA CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN LA OPINIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES	71
6.1. Una realidad de sobrediscapacidad	79
6.2. Tipos de maltratos a las mujeres con discapacidad desde la perspectiva de los profesionales	80

6.3.	Los tipos de maltrato según tipos de discapacidad desde la óptica de los profesionales y las asociaciones	86
6.4.	La violencia específica y la inespecífica	89
6.5.	La violencia o maltrato inespecífico en los ámbitos extradomésticos (residencias, centros de día, ámbito hospitalario, etc.)	93
6.6.	Los diversos segmentos profesionales valoran su propia responsabilidad ante la posible violencia de género a mujeres con discapacidad . . .	96
6.7.	Demandas y necesidades por parte de los profesionales (sensibilización, formación, recursos)	99
7.	LA SENSIBILIZACIÓN SOCIAL EXISTENTE ANTE LA POSIBLE VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE MUJERES CON DISCAPACIDAD	103
7.1.	Percepciones sobre el nivel de incidencia de la violencia de género sobre mujeres con discapacidad.	107
7.2.	La accesibilidad a los servicios existentes	110
7.3.	Las mujeres con discapacidad como mujeres en riesgo	112
7.4.	Grado de sensibilización social: los aspectos culturales como contribución importante a la invisibilidad de este fenómeno	116
8.	CONCLUSIONES GENERALES.	119

PRESENTACIÓN

“Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad”

La investigación sobre “Violencia de Género hacia las mujeres con discapacidad: un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales” responde a la creciente sensibilización de las Administraciones Públicas, como voz de la sociedad española, para lograr un mayor grado de conocimiento en cuanto a la violencia de género, en general, y la violencia de género en las mujeres con discapacidad, en particular.

El objetivo es una aproximación a los principales conflictos presentes en las especiales circunstancias que afectan a la seguridad de las mujeres que viven alguna discapacidad, que permita articular una serie de medidas encaminadas a mejorar su integración social plena y segura.

En concreto, se pretende analizar uno de los ámbitos de la vida de las mujeres con discapacidad más deficitarios y, paradójicamente, menos reconocidos y estudiados, esto es, el de su protección y seguridad ante la violencia de todo tipo que puedan estar padeciendo, o que hayan padecido, en el ámbito de su vida afectiva o, al menos, en el contexto de sus relaciones emocionales.

Para ello, se intentó detectar las necesidades y las carencias de las mujeres con discapacidad para desenmascarar aquellas barreras que se interponen en el desarrollo de una vida plena y satisfactoria, así como descubrir las posibles demandas que en este sentido formularan tanto las propias mujeres que sufren alguna discapacidad como los agentes sociales de su entorno, madres y padres, hermanas y hermanos, hijas e hijos, pero también representantes de asociaciones de mujeres con distintos tipos de discapacidad y profesionales vinculados de algún modo a la realidad de estas mujeres, a través de servicios sociales, educación, atención médica, etc.

Para la realización de esta investigación se utilizó una metodología mixta en la que pueden distinguirse tres fases:

Una primera fase se centró en la recopilación bibliográfica de la documentación publicada en los últimos años sobre “la seguridad de las mujeres con discapacidad” para indagar sobre la existencia de recursos para estas

mujeres, para conocer si en el Estado español o en otros Países de la Unión Europea se ha planteado la posibilidad de crear un centro de seguimiento para dar respuesta a las necesidades relativas a la seguridad de las mujeres con discapacidad y para realizar una primera aproximación tanto a las necesidades y demandas de las mujeres con discapacidad como a las distintas líneas de intervención al respecto, información que fue utilizada para elaborar los guiones de las entrevistas realizadas.

Una segunda fase cualitativa consistente en la realización de una serie de entrevistas personales en profundidad, historias de trayectoria social, en torno a la vida personal de mujeres con discapacidad que han pasado por alguna experiencia de violencia de género con sus parejas.

Una tercera fase en la que se han realizado entrevistas a profesionales y representantes de asociaciones de mujeres con distintos tipos de discapacidad.

La sociedad está en deuda con las personas con discapacidad, pero más aún con las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas en esta situación. Una injusticia nunca debe ocultar otra injusticia, por eso la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género ha llevado a cabo diferentes actuaciones y ha querido profundizar en el conocimiento de este problema a través de la promoción de esta investigación, que ha sido realizada y dirigida por la investigadora Cristina Santamarina.

Miguel Lorente Acosta

Delegado del Gobierno para la Violencia de Género

PRÓLOGO

En las páginas que siguen se presentan los resultados generales de la investigación sobre **VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD: ACERCAMIENTO A LA EXPERIENCIA Y VALORACION DE DIVERSAS PERSPECTIVAS PROFESIONALES**, llevada a cabo por CIMOP por encargo del Ministerio de Igualdad¹ del Gobierno de España.

Se trata, de manera literal, de un verdadero acercamiento a este fenómeno de conflictos, ya que, tanto por la metodología utilizada, que ha sido de tipo estructural cualitativa, como por las dificultades para poder acceder al contacto con casos reales de mujeres con discapacidad que hayan tenido alguna experiencia de violencia de género, el grado de significatividad, más que de representatividad en el sentido estadístico, resulta altamente evidente de su aleatoriedad social.

En efecto, los trabajos con metodología cualitativa nunca permiten alcanzar informaciones estadísticas, toda vez que la búsqueda a través de cualquiera de las técnicas de este tipo de métodos de investigación se inscribe dentro de las llamadas **técnicas intensivas** y no, de las técnicas extensivas de conocimiento de lo social. Pero en esta investigación concreta, se han producido una serie de dificultades poco frecuentes para poder llegar a dichos casos, que dan cuenta de lo que por su fortaleza y evidencia nos atrevemos a señalar en términos hipotéticos en los siguientes términos: **la violencia de género hacia las mujeres que padecen discapacidad no parece alcanzar relevancia estadística importante en la sociedad española.**

A esta misma afirmación podríamos contraponerle el principio de incertidumbre según el cual, se trata de una realidad tan “impresentable” moralmente que las mismas víctimas se invisibilizan y reniegan de esta doble condición de victimización, la discapacidad y, además, ser objeto de violencia. Entre una y otra afirmación posible, y a pesar de lo paradójico que pueda llegar a ser –la paradoja es una figura social de tal magnitud e importancia que algunos autores señalan que lo social se sostiene en lógica paradójica– será importante recordar que **nuestra búsqueda de mujeres con discapacidad que hubieran pasado por alguna experiencia de violencia de género, se circunscribía, como de hecho fue, a aquellas mu-**

¹ Esta investigación fue promovida por el Ministerio de Igualdad, cuyas competencias pasaron en 2010 al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

eres que padeciendo discapacidad importante con más del sesenta y seis por ciento, hubieran sido maltratadas por figuras masculinas de su entorno y/o de sus realidades afectivas vinculantes como maridos, exmaridos, parejas o exparejas. Por lo que quedaban exentas aquellas mujeres con alguna minusvalía menor, o por el contrario, con discapacidad grave, pero que hubieran sido víctimas de violencia arbitraria como puede ser un asalto callejero, aún cuando éste hubiere sido cruento, incluso una violación, ya que ninguna de estas nefastas vivencias se correspondían con el marco de caracterización sobre el que pretendíamos trabajar. De estas últimas experiencias mencionadas, (mujeres con discapacidad y víctimas de violencia arbitraria) encontramos a un buen número de potenciales interlocutoras que, por definición de nuestros propios objetivos, no podían ser tales, ser interlocutoras, toda vez que nuestro horizonte de investigación lo constituían quienes padecen violencia dentro de su marco relacional de pareja más o menos estable.

De ahí que, a partir de la experiencia de CIMOP como instituto especializado en investigaciones sociales, algunas de las cuales han sido de compleja realización², nos inclinamos por afirmar que –tanto por nuestra trayectoria, como por el despliegue logístico realizado tras la consecución de encuentro con interlocutoras para el presente trabajo– la hipótesis señalada según la cual, la prevalencia de casos de violencia de género ejercida por varones del entorno afectivo hacia mujeres que padecen alguna discapacidad no es significativa en el actual contexto español, tiende a acrecentar su dominancia y a ratificar su consistencia.

Sin embargo, a pesar de que hemos visto mermado el número de encuentros con mujeres con discapacidad víctimas de la violencia de género de acuerdo a la propuesta de anteproyecto, merma que ha sido imposible compensar a pesar de la mayor extensión en el tiempo del trabajo de campo de la presente investigación, los casos recogidos en la misma, encierran cada uno de ellos un importante grado de complejidad y ejemplaridad y es sobre ellos, así como por la solidaria colaboración de diferentes profesionales dispuestos a reflexionar y participar como interlocutores, sobre los materiales que apoyamos el presente informe analítico.

Como es costumbre en este tipo de investigaciones y de acuerdo a la ética profesional de CIMOP que acoge y hace suyo el código deontológico

² Algunas investigaciones realizadas por CIMOP como por ejemplo “*Discapacidad femenina a causa de la violencia de género*” (Ministerio de Igualdad), o “*Abusos sexuales a la infancia*” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), por señalar sólo dos de ellos, dan cuenta de nuestra pericia en temas similares.

de ESOMAR y las normativas de Control de Calidad a que se halla sometida esta empresa, ninguna de las personas interlocutoras, tanto las mismas protagonistas, –mujeres con discapacidad que han padecido alguna experiencia de violencia de género–, así como sus personas allegadas (familiares, vecinas y vecinos, amigas y amigos, compañeras de asociaciones, etc.), y profesionales de diversos ámbitos con los que se ha contactado para el presente informe, no serán en ningún caso identificados. Por ello, desaparecen todas las referencias a Comunidades Autónomas, municipios o ayuntamientos de pertenencia, de residencia, de tránsito o de ejercicio profesional, así como los nombres propios de las personas a las que pudiera aludirse, siendo los mismos reemplazados por puntos suspensivos a fin de evitar cualquier posibilidad de identificación ya se trate de la vía directa o la indirecta de interpretación.

Desde estas primeras páginas queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento hacia todas las personas que han posibilitado de un modo u otro la realización de esta investigación. En primer lugar, queremos agradecer el entusiasmo y la predisposición de quienes aceptaron ser entrevistados, tanto individual como grupalmente. En segundo lugar, queremos agradecer también la inestimable ayuda de aquellos que han hecho posible la realización de los contactos con las mujeres entrevistadas, víctimas de violencia de género. Del mismo modo, lamentamos la decisión de algunas personas, representantes de asociaciones y de instituciones de diverso tipo e incluso profesionales que no han querido participar en el estudio por motivos de confidencialidad, o de temor a ser identificadas, toda vez que las garantías de CIMOP para el total anonimato de todos los interlocutores está garantizado con años de experiencia y de responsabilidad en este tipo de trabajos de investigación social.

1 LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de esta investigación responde al creciente interés existente en nuestro país acerca de la situación potencialmente deficitaria de seguridad de los colectivos de personas con discapacidad y más concretamente, la situación en que se hallan las mujeres que padecen discapacidad, a quienes, como corresponde, se las anima a la mayor normalización posible de sus vidas, sus autonomías, sus relaciones afectivas, etc., así como al desarrollo de sus posibilidades de integración en la sociedad.

De esta forma la realización de la presente investigación es reflejo de la creciente sensibilización de las Administraciones Públicas en tanto voz de la sociedad española en su conjunto que, alarmada ante la siniestralidad y efectos que viene provocando la violencia de género y la necesidad de desenmascarar los factores implícitos en las dificultades que implica un nuevo tipo de relación entre los sexos, intenta abrirse al mayor grado de conocimiento al respecto. Frente al colectivo de mujeres que padecen discapacidad, se trata, de una manera estratégica de lograr una más plena y satisfactoria protección, aspecto éste que resulta transversal a los intereses de la investigación misma.

El objetivo más general de un estudio de esta naturaleza, por tanto, consiste en **realizar una aproximación a los principales conflictos presentes en la deficitaria seguridad de estas mujeres con discapacidad, de modo que sea posible articular una serie de medidas encaminadas a mejorar, de alguna manera, su integración social plena y segura.**

En este caso, más concretamente, se trata de analizar uno de los ámbitos de la vida de las mujeres con discapacidad más deficitarios y, paradójicamente, menos reconocidos y estudiados: el de su seguridad ante la violencia de todo tipo que puedan estar padeciendo –o que hayan padecido– en el ámbito de su vida afectiva, o al menos en el contexto de sus relaciones emocionales.

El objetivo específico de esta investigación consiste, por tanto, en desenmascarar aquellas barreras que se interponen en el desarrollo de una vida plena y satisfactoria que tenga las garantías de seguridad más firmes, si cabe, que el resto de mujeres que no padecen discapacidad reconocida alguna. Desenmascarar los conflictos potenciales implica detectar las necesi-

dades y las carencias existentes al respecto, así como descubrir las posibles demandas –más o menos articuladas o latentes– que en este sentido formulen las propias mujeres con discapacidad y los agentes sociales de su entorno: familiares –no sólo madres y padres, sino también hermanas/os, hijas e hijos, etc.–, representantes de asociaciones de afectados y profesionales vinculados de un modo u otro a su realidad –en un sentido amplio que cubre las áreas de los servicios sociales, la educación, la atención médica, etc.

Finalmente, desvelar los conflictos requiere también realizar una aproximación a los modos en que desde las distintas Administraciones Públicas, desde la iniciativa privada o desde el voluntariado se está interviniendo de cara a mejorar la vida de las mujeres con discapacidad, especialmente en el ámbito de la protección sin que ello implique, en ningún caso, mecanismos de exclusión.

Lo que este estudio trata de dirimir, en definitiva, es si es posible desarrollar una política específica para prevenir y contener la posible violencia de género hacia las mujeres que padecen discapacidad –entendido de un modo amplio y abierto, más como un concepto o una idea, antes que como una forma de experiencia determinada, definida o cerrada– y si dicha pretensión de una política específica constituye hoy en día una alternativa válida, necesaria, útil, viable, conveniente y/o pertinente como modo concreto de encauzar y dar forma a las necesidades y demandas relativas a la seguridad de las mujeres con discapacidad en España.

1.2. LA METODOLOGÍA EMPLEADA Y LA PROPUESTA ESPECÍFICA DE TRABAJO

Para la cobertura de los objetivos propuestos, el equipo investigador de CIMOP ha empleado de manera *complementaria* distintas aproximaciones: por una parte, un análisis de datos secundarios en forma de recensión bibliográfica que permita centrarse de un modo más adecuado en el concepto “discapacidad”, y por otra, diferentes técnicas cualitativas de investigación tras la búsqueda de interlocutoras e interlocutores directos e indirectos sobre el tema. En conjunto, se ha realizado el siguiente trabajo de campo:

- TRABAJO SOBRE FUENTES SECUNDARIAS DE ESTUDIOS SOBRE DISCAPACIDAD.
- HISTORIAS DE TRAYECTORIAS SOCIALES, CON MUJERES QUE PADECEN DISCAPACIDAD Y HAN SIDO VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y REPRESENTANTES DE SU ENTORNO.
- ENTREVISTAS PERSONALES A:
 - PROFESIONALES DE LA SALUD DE DIVERSAS ÁREAS
 - REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES

Antes de abordar una a una estas distintas técnicas de investigación, se hace necesario subrayar la *complementariedad* de unas con respecto a otras. Complementariedad que se produce en dos planos de interacción:

Desde una perspectiva *sincrónica* porque, como ocurre en casi todas las investigaciones sociales con planteamientos metodológicos mixtos, las particularidades y potencialidades de cada una de las técnicas permiten alcanzar y abarcar aspectos y cuestiones de la realidad estudiada que significan diferentes aspectos de la realidad y que dicha diversidad no puede ser alcanzada por una sola de las técnicas.

Desde otra perspectiva de tipo *diacrónica*, porque los resultados obtenidos a través de la aplicación de cada técnica permite enriquecer el planteamiento y el alcance de las siguientes en una suerte de avanzar más que en línea recta, en caminos sinuosos que nos permitan recorrer la peculiaridad estudiada. Esto es algo que se ha demostrado como absolutamente necesario e imprescindible en un estudio como éste, que tiene como objetivo central el estudio de una realidad hasta ahora desconocida temáticamente desde los ámbitos de las Administraciones Públicas y que pretende abrir nuevas vías de acercamiento a la realidad y los conflictos de las mujeres que padecen alguna forma de discapacidad.

Así, inevitablemente, la investigación se ha dividido en dos fases sucesivas, cada una de las cuales ha de servir para alimentar y dar sentido a las conclusiones alcanzadas, optimizando de este modo su potencia como instrumento de investigación susceptible de permitirnos un acercamiento certero a los objetivos previstos. Y el que haya sido así se debe a que la perplejidad y la sorpresa iniciales ante la propuesta de investigar el problema de la violencia de género sobre las mujeres que padecen discapacidad hacían que, de alguna manera, los discursos de los interlocutores se mantuviesen en planos muy genéricos y globales (tanto las interlocutoras directas,

como sus entornos y sobre todo las y los profesionales y representantes de diversos tipos de asociaciones) resultando ciertamente vagos e inoperantes a la hora de poder articular propuestas concretas de intervención, así como a la hora de dotarlas de contenido. De acuerdo con lo anterior, podríamos hablar de tres grandes fases:

A) Una primera fase, de marcado carácter *exploratorio*, que se concentra en una recensión bibliográfica. En esta fase se pretendía realizar una primera aproximación tanto a las necesidades y demandas de las mujeres con discapacidad en materia de seguridad, como a las distintas líneas de intervención al respecto.. La información procedente de esta fase ha servido para plantear cuestiones de interés en las entrevistas³.

B) Una segunda fase, de carácter eminentemente *praxiológico*, que contiene las entrevistas realizadas dentro del marco de las llamadas historias de trayectoria social de las mujeres con discapacidad, que han pasado por alguna experiencia de violencia de género con sus parejas.

C) Una tercera fase con profesionales y representantes de asociaciones de mujeres con discapacidad. En esta fase se planteaba de una manera abierta y global el objetivo de la investigación para posibilitar que los interlocutores fueran dando forma al planteamiento original: así, se perfilaron distintos modelos de “conflictos para las mujeres con discapacidad”, y en este marco, de una manera *espontánea* –sin condicionamientos– surge el contexto de las necesidades y las demandas existentes por parte de las mismas mujeres.

a) La recensión bibliográfica

En primer lugar, se ha llevado a cabo un breve *barrido* por la bibliografía y la documentación publicada en estos últimos años –tanto en soporte

³ Aunque no forma parte de los materiales escritos analizados, hay que decir que el documento televisivo “**Almas con sexo**”, emitido en el programa “Documentos TV” de La 2 de TVE hacia el inicio de nuestra investigación (nov. De 2008), nos ha servido no sólo para acercarnos a parte de la realidad estudiada sino para plantear a nuestros interlocutores algunos aspectos concretos –muchos de ellos espinosos– sobre los que debatir. El que la mayoría de los interlocutores lo hubiera visto –algunas incluso habían participado en él– facilitó enormemente nuestro trabajo de campo. Por otra parte, la película francesa “**Nacional 7**” (ya fuera de cartel al momento de iniciar la investigación, pero conocida por las mujeres que padecían alguna discapacidad, aunque menos recordada), también sirvió para estimular los debates.

papel como en Internet– sobre el tema de “la seguridad de las mujeres con discapacidad”:

El objetivo principal consistía en rastrear la posible existencia real o prefigurada de un “proyecto de cuidados” para este colectivo de la población y la posible existencia de experiencias al respecto.

De manera secundaria se pretendía, también, conocer si en el Estado Español o en otros países de la Unión Europea se había planteado –o incluso demandado formalmente– la posibilidad de crear un centro de seguimiento para dar respuesta a las necesidades relativas a la seguridad de las mujeres con discapacidad.

Finalmente, y de manera transversal, se trataba de tomar contacto con el objeto de nuestro estudio, es decir, de realizar una aproximación al “estado de la cuestión” en lo que se refiere tanto a las necesidades de este colectivo concreto –distinguiendo básicamente entre discapacidades física, psíquica y sensorial– como, de una manera más concreta, a los distintos planteamientos y modelos de intervención propuestos y/o llevados a la práctica en las posibles experiencias existentes.

b) Las Historias de Trayectorias Sociales

En segundo lugar, una vez revisada la bibliografía, se puso en marcha la metodología cualitativa, cuyo núcleo más importante lo constituían las Historias de Trayectorias Sociales, técnica de carácter intensivo y exploratorio consistente en la realización de una serie de entrevistas personales en profundidad en torno a la vida personal de una mujer con discapacidad: el corpus de entrevistas incluye, además de la propia persona con discapacidad, tanto a agentes sociales de su entorno más inmediato o afectivo –familiares, parejas, amigos...– como a agentes del entorno profesional –educadores, psicólogos, médicos...– con cierto protagonismo y relevancia a la hora de explicar la trayectoria estudiada en cada caso, realizándose una media de cuatro entrevistas por cada uno de los casos de mujeres con discapacidad que han padecido violencia de género.

Al aplicar esta técnica lo que pretendemos es aproximarnos a la realidad concreta y única de la vida de las mujeres con discapacidad que hayan padecido alguna forma de violencia de género proyectada sobre ellas por los varones de su entorno afectivo, para, así, tratar de reconstruir, de acuerdo a los relatos de cada interlocutora –tanto desde un punto de vista diacró-

nico como sincrónico— la lógica de la trayectoria vivida y, en este contexto, el mapa de las posibles necesidades y carencias en lo que a su experiencia se refiere con especial atención a la inserción social plena y al desarrollo de una vida segura de cara al futuro.

Con estas premisas se configuró sobre en el anteproyecto un muestreo *ideal* que, sin embargo, ha sido necesario rediseñar en el transcurso del trabajo de campo, dadas las dificultades encontradas sobre el terreno para poder entrevistar a aquellas mujeres con discapacidad que hubieran padecido alguna experiencia de violencia de género por parte de su entorno afectivo masculino. Las dificultades encontradas, por otra parte, responden a tres motivos: **de manera estructural a la imposibilidad real de localizar casos en los que se cruzasen de la manera prevista las distintas variables en juego** como por ejemplo que la mujer con discapacidad que había sido víctima de violencia de género, lo había sido por un intento de violación de un sujeto nunca nominado ni conocido que la abordó en la vía pública y no por alguien de su entorno afectivo.

En segundo lugar, otro tipo de dificultades surgieron por **la no pertenencia o pertenencia muy débil de la mujer interlocutora al colectivo de personas con discapacidad**. Dicho en otros términos, el hecho de que una mujer lleve gafas de alta graduación no la sitúa dentro del colectivo de mujeres con discapacidad sensorial, o la realidad de utilizar un audífono, o de padecer artrosis múltiple sin haber perdido movilidad no la sitúa dentro del colectivo de mujeres con discapacidad física. Finalmente, cuando con gran esfuerzo y a través de grandes mediaciones interlocutivas logramos localizar algunos casos que coincidían más o menos con nuestro diseño, no siempre hemos podido acceder. En concreto, se trataba de dos experiencias frustradas: en un caso porque se trata de una menor de edad que está bajo custodia judicial y en ambos casos, se trata de mujeres que pertenecen a etnias de culturas comunitarias muy arcaicas donde los varones impiden a sus mujeres hacer públicos estos conflictos de sus experiencias vitales fuera de los marcos culturales comunitarios.

Pero estas dificultades en el trabajo de campo, como ya hemos señalado en el mismo prólogo de este informe, señala que la existencia de mujeres con discapacidad que padecen o han padecido en los últimos años, alguna forma de violencia de género ejercida sobre ellas por varones de su entorno afectivo, corresponde a un número muy poco significativo desde el punto de vista estadístico dentro del Estado.

Antes de continuar es necesario hacer una breve reflexión sobre la lógica falta de exhaustividad tanto de la expectativa diseñada a priori como de los casos con los que hemos trabajado. Esta falta de exhaustividad supone asumir de inicio la existencia, en el mapa final de las trayectorias diseñadas, de una serie de lagunas, de huecos sin cubrir, dada la material imposibilidad de abarcar, todas y cada una de las posibles combinaciones a que da lugar el cruce de las distintas variables definidas. Esta asunción, sin embargo, no supone un menoscabo para el alcance epistemológico del estudio que, recordamos, lo que pretende es *aproximarse* a la realidad de la seguridad ante la violencia de género de las mujeres con discapacidad en España, y que por tanto no aspira a *saturar* esta realidad, al saberse potencialmente aprehensible la lógica social que preside las trayectorias de estas personas, con un acercamiento como el diseñado.

Dicho esto, conviene señalar lo obvio, y es que en el diseño final del corpus se procuró reducir a su mínima expresión dichos huecos, así como contemplar prioritariamente aquellos casos que, a la luz de los datos secundarios disponibles parecieran ser más significativos: por ejemplo, las discapacidades psíquicas antes que las físicas y las sensoriales a pesar de que en nuestro breve abanico de interlocutoras –pero más de forma azarosa que perseguida– se hallan voces vinculadas a los tres tipos de discapacidades tipificadas de manera estandarizada: psíquicas, sensoriales y físicas.

Antes de señalar los perfiles contactados, conviene hacer un par de observaciones generales sobre la realización de estas historias de trayectorias. En primer lugar que, debido al carácter *íntimo* del tema que era objeto de nuestro estudio, nos hemos visto obligados a adoptar una serie de medidas logísticas particulares:

Por una parte, se ha procurado que la propia persona interlocutora eligiese a aquellas otras personas de su entorno a entrevistar, todo lo cual repercute en visiones muy legitimadoras de la propia y primera versión expresiva de la interlocutora. Y en ningún caso se trata de dudar de su relato, sino de construir el puzzle de las miradas posibles que cuanto más diversas, más aportan, pero que en este caso, resultó imposible. Tampoco, en la misma línea, ha sido posible contactar con ninguno de los varones agresores, a pesar del empeño puesto en dicha labor.

Asimismo, el modo de plantear el objeto de estudio a las interlocutoras fue, justamente, las necesidades en torno a la seguridad frente a la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad y las necesidades y demandas más generales, referidas a la inserción social segura y optimista. Dicha

estrategia, nos pareció imprescindible como contrato comunicacional, por ser conscientes de que en una sociedad como la nuestra, donde generalmente la relación afectiva con alguien de otro sexo se entiende como algo íntimo, y donde por tanto no es *normal* hablar de experiencias de violencia derivadas de ella – puede resultar muy violento y agresivo centrarse en dicho tema. De todos modos, existe otra razón de peso para proceder de esta manera, que deviene del hecho de entender la seguridad de las mujeres como un fenómeno multidimensional que se produce y cobra sentido sólo en el contexto real en que tiene lugar.

De manera específica, las mujeres con discapacidad que fueron sujeto de las historias de trayectorias sociales, en número total de seis, es el siguiente:

- MUJER CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA MEDIA VIVIENDO EN ÁMBITO RURAL
- MUJER CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA MEDIA EVOLUCIONANDO A GRAVE EN ÁMBITO URBANO
- MUJER CON DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE EN ÁMBITO METROPOLITANO
- MUJER CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA GRAVE EN ÁMBITO RURAL
- MUJER CON DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL VIVIENDO EN ÁMBITO URBANO
- MUJER CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA Y EXPRESIVA GRAVE EN ÁMBITO URBANO

c) Entrevistas con profesionales y representantes de asociaciones

De manera complementaria, y dentro del espectro de la metodología cualitativa, hemos realizado también una serie importante de entrevistas personales y reuniones de grupo con profesionales y representantes de asociaciones de mujeres con discapacidad o de familiares de estas mismas mujeres. Con estas técnicas tratábamos, por una parte de acercarnos a la experiencia de los interlocutores en el campo de la intervención y, por

otra, de recoger sus valoraciones y opiniones tanto sobre las necesidades existentes en los distintos colectivos de mujeres con discapacidad frente a la seguridad en sus vidas privadas, como a indagar en la búsqueda de algunas características de tipos de discapacidad que fueran más propensas a ser objeto de maltrato por parte de potenciales agresores.

Mientras en el caso de las Historias de Trayectorias Sociales buscábamos prioritariamente conocer la realidad particular de cada sujeto y sus puntos de vista sobre estas cuestiones –por más que luego, en un ejercicio analítico, intentamos llegar a generalizaciones–, en el caso de las entrevistas personales y de las reuniones de grupo con profesionales y asociaciones lo que nos interesaba era precisamente conocer la opinión de los distintos mediadores sobre aspectos comunes a los distintos casos de mujeres con discapacidad, particularmente en lo que se refiere a los objetivos propuestos.

Antes de pasar a describir los perfiles de las personas contactadas, se hace necesario advertir que este diseño muestral hubo también de ser modificado con respecto al inicialmente previsto en lo que respecta fundamentalmente a la presencia de representantes de asociaciones. Las causas de dicho cambio tienen que ver directa o indirectamente con el carácter tan especial y con la naturaleza tan particular del objeto de nuestro estudio que llevaba a inhibiciones reales (personas que desconocían el tema y carecían de contacto con ninguna mujer que hubiera pasado por una experiencia a la que hacíamos alusión, o por concebir dicho tema dentro de la vaguedad de lo secreto y no aceptar ninguna entrevista sobre el tema).

En efecto, por una parte, algunas asociaciones han declinado su participación en el estudio o bien por no estar interesadas en el tema, o bien por no tener o conocer ninguna experiencia al respecto de la que poder informar y desde la que opinar y posicionarse. Algunas de estas asociaciones nos han remitido directamente a organismos asociativos superiores a los que pertenecen y con los que comparten una misma orientación.

Por otra parte, el carácter ciertamente novedoso y sorpresivo de la propuesta de investigación – ha hecho que buena parte de los representantes de asociaciones de mujeres con discapacidad consultados, se *inhibiese* a la hora de participar en la investigación y de manifestar su opinión al respecto. Muchos de estos representantes, por tanto, han renunciado a colaborar en este estudio alegando no tener una opinión formada al respecto que pudiera ser representativa de los colectivos concretos de personas con discapacidad a los que representan. Esto ha ocurrido fundamentalmente

en el caso de asociaciones de personas con discapacidad psíquica y en el caso de representantes de mujeres con discapacidades múltiples y/o raras. También ha sido una respuesta común por parte de asociaciones de colectivos no relacionados únicamente con la discapacidad, a los que sin embargo hemos recurrido por tratarse de un tema de investigación relacionada con la seguridad: es el caso de asociaciones de gays y lesbianas, teléfonos de atención ciudadana, comisarías de la policía nacional, etc.

Finalmente, y de una manera minoritaria, hay que señalar que representantes femeninas de otras asociaciones se han negado a participar en el estudio por no compartir ni su planteamiento ni su metodología: para ellas “sólo” las personas con discapacidad tienen la legitimidad y la capacidad de realizar estudios sociológicos sobre el ámbito de las mujeres que padecen alguna forma de discapacidad. De este modo, nos vimos *forzados* por las circunstancias a sustituir a algunos interlocutores previstos por otros dispuestos a participar y de características similares.

Para tratar de compensar esta circunstancia, lo que hemos hecho ha sido reforzar notablemente la presencia de profesionales y especialistas en los distintos tipos de discapacidad. Así, no sólo hemos realizado las entrevistas previstas en el anteproyecto, sino que hemos incrementado el número de éstas.

En estas entrevistas, se puso de manifiesto claramente –de manera consensuada– la pertinencia de estudiar por separado las necesidades de las mujeres con discapacidades diferenciando físicas, sensoriales y psíquicas, dadas las variables de fondo existentes, en materia de seguridad, entre los segmentos⁴: Como luego veremos, mientras los problemas de las personas con discapacidad física –e incluso sensorial– tienen que ver fundamentalmente con limitaciones “técnicas” en todas las formas de autocuidado, las mujeres con discapacidad psíquica o intelectual están más limitadas a la hora de adquirir capacidades de defensas personales estables y eficaces.

El carácter novedoso del tema a investigar hizo que las aportaciones de los profesionales se mantuviesen siempre en un nivel “excesivamente” generalista e inconcreto que imposibilitaba centrar el debate en los aspectos

⁴ Todos los interlocutores coinciden al reconocer que cada persona con discapacidad “es un mundo”, señalando con esto que las generalizaciones no sólo son difíciles sino que hasta cierto punto pueden carecer de sentido. En segundo lugar, ratifican esto mismo al converger en que no tiene sentido hablar de personas con discapacidad en general, dadas las insalvables diferencias existentes a priori, entre los colectivos de físicos, sensoriales y psíquicos.

tos más particulares y en ningún caso se logró una deriva hacia la toma de contacto directa con mujeres con discapacidad que hubieran sido objeto de violencia de género por parte de su entorno afectivo.

En definitiva, las entrevistas celebradas, han sido las siguientes:

1.- Con profesionales

En la elección de los profesionales hemos tratado de combinar dos variables: el tipo de la discapacidad en la que están especializados, por una parte, y el área o el campo de la especialización, por otra. Siguiendo estos criterios, se han realizado entrevistas personales, en las que se incluyen profesionales de áreas como la psicología, la psiquiatría, la sexología, la medicina, la fisioterapia, la terapia ocupacional, el trabajo social, la educación, el derecho y/o la dirección de centros de personas con discapacidad:

- **Entrevistas personales en profundidad:** siguiendo el método de la “bola de nieve”, hemos entrado en contacto con los profesionales que a lo largo de nuestra investigación han ido perfilándose como potenciales informadores en la materia objeto de nuestro estudio. De este modo, unas referencias nos han ido conduciendo a otras. En este sentido, y con el objetivo de garantizar el poder contar con los profesionales que están especializados en discapacidad, hemos hecho notables esfuerzos por acceder hasta los lugares en que desarrollan su labor profesional,
 - DOCTORA EN PSICOLOGÍA, ESPECIALIZADA EN PARAPLÉJICOS.
 - MÉDICO REHABILITADOR, ESPECIALIZADO EN NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA DE PARAPLÉJICOS.
 - PSIQUIATRA EDUCADORA DE RESIDENCIA Y CENTRO OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
 - DIRECTORA DE CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS FÍSICAS.
 - PSICÓLOGA CON EXPERIENCIA EN DISCAPACIDADES SENSORIALES Y ASESORÍA EN TEMAS DE GÉNERO.
 - CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD.

- INVESTIGADORA BIOMÉDICA DE LAS DISCAPACIDADES FÍSICA Y PSÍQUICA.
- MÉDICO REHABILITADOR ESPECIALISTA EN SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE PARAPLÉJICOS.
- PSICÓLOGO EN COLEGIO ESPECIAL DE PERSONAS DISCAPACITADAS INTELECTUALES ADULTAS.
- TRABAJADORA SOCIAL DEL ÁREA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- PSICÓLOGA Y TERAPEUTA FAMILIAR ESPECIALIZADA EN DISCAPACIDADES MÚLTIPLES.
- **Grupos**, con profesionales especialistas en discapacidad y género:
 - CENTRO DE DÍA DE AYUDA A MUJERES CON DISCAPACIDADES MÚLTIPLES.
 - TRABAJADORAS SOCIALES DE CENTRO ESPECIAL DE CASAS REFUGIO PARA LA MUJER.
 - PSICÓLOGOS EN CENTROS DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS.

2.- Las representantes de las asociaciones

En la elección de las representantes de las asociaciones hemos tenido fundamentalmente en cuenta el tipo de discapacidad a la que representan; además, de una manera secundaria, el ámbito geográfico de influencia de la asociación. Así, se han realizado **grupos y entrevistas personales con representantes de asociaciones:**

- REPRESENTANTE DE FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA.
- REPRESENTANTE DE ASOCIACIÓN DE MUJERES LESIONADAS MEDULARES.

- REPRESENTANTE DE ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE MUJERES DISCAPACITADAS AUDITIVAS.
- REPRESENTANTE DE ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL.
- REPRESENTANTE DE ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE CRECIMIENTO (ENANISMO).
- REPRESENTANTE DE CONFEDERACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
- MIEMBRO DE FORO INTERNACIONAL DE MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL.
- REPRESENTANTE DE ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON HUESOS DE CRISTAL.

2 UNA BREVE REFLEXIÓN EPISTEMOLÓGICA

Antes de comenzar a desarrollar los resultados de este estudio parece necesario detenerse un instante para aclarar el modo en que abordamos una serie de conceptos tales como *discapacidad*, *tipos de discapacidad*, *inserción social normalizada* y *seguridad y violencia de género*. Si creemos oportuno hacerlo es porque asumimos la posibilidad de entender cada uno de ellos de formas muy distintas, en función de la perspectiva que se adopte. Nuestra intención, sin embargo, no es la de discutir la pertinencia de las diferentes definiciones existentes para cada concepto.

Lo que pretendemos es, por una parte, poner de manifiesto el conflicto de definiciones y, por otra, tratar de resolverlo de una manera funcional y operativa que nos permita optar por aquellas definiciones que mejor se ajusten al espíritu y la naturaleza de un estudio como éste, diseñado para permitir *aproximarse* a la realidad de los posibles, potenciales o reales problemas de experiencia de violencia de género sobre las mujeres que padecen algún tipo de discapacidad.

Para una aproximación más a fondo al debate suscitado por la existencia de las diferentes definiciones conceptuales recomendamos consultar el estudio “Discapacidad y Trabajo en España” realizado por IOÉ y CIMOP, y editado por el IMSERSO en 1998.

a) La definición de discapacidad

De entre las diferentes definiciones y versiones oficiales sobre lo que debe entenderse por *discapacidad*, optaremos por la utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aprobada por el IMSERSO. Según esta definición, la discapacidad se define en relación a la deficiencia y la minusvalía. Las definiciones para cada concepto, tomadas literalmente del estudio “Discapacidad y Trabajo en España” antes mencionado (1998), son las siguientes:

Deficiencia: Cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias son resultado del desarrollo de enfermedades, traumatismos o trastornos de cualquier tipo (incluso congénitos o perinatales) pero no siempre tales situaciones

producen deficiencias (es decir, sólo una parte de las enfermedades potencialmente limitativas se traducen en deficiencias persistentes). En principio, las deficiencias representan trastornos a *nivel de órgano y no necesariamente de la función*.

Discapacidad: Cualquier **restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas** en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades son siempre consecuencia de alguna deficiencia pero éstas a veces no producen discapacidad (es decir, hay más deficiencias que discapacidades). Las discapacidades representan trastornos funcionales a *nivel de la persona en la relación con su medio de hábitat más frecuente*.

Minusvalía: Desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales. Las minusvalías implican como condición necesaria, pero no suficiente, la existencia previa de discapacidades o deficiencias. Además es preciso que existan circunstancias y barreras específicas que coloquen a esos sujetos en una posición de desventaja con respecto a los grupos sociales de su entorno (dos personas con idéntica discapacidad pueden tener o no una minusvalía). Las minusvalías representan trastornos o problemas a *nivel de la inserción en la sociedad y limitación de proyectos estratégicos dentro de su propia biografía*.

Nuestro objetivo, por tanto, consistirá en detectar las circunstancias o las barreras que en cada una de las trayectorias investigadas hagan que las mujeres con discapacidad se conviertan en personas potenciales objeto de experiencias de violencia de género, es decir a partir de qué barreras existen en su seguridad personal en tanto mujeres que padecen alguna forma de discapacidad se precipita su realidad como víctimas. En la existencia de estas barreras es donde aparecen los conflictos objeto de nuestro estudio, y donde por tanto es posible detectar necesidades y demandas susceptibles de ser satisfechas.

b) Los tipos de discapacidad

Por otra parte, también es necesario reflexionar sobre los distintos tipos existentes de discapacidad, por asumir igualmente la pervivencia de muy diversas clasificaciones. En el propio transcurso de nuestra investigación hemos encontrado profesionales que distinguen entre mujeres con disca-

pacidad física, psíquica y sensorial, pero que separan en otro grupo aparte a las paráliticas cerebrales; otros, en cambio, separan a las mujeres con deficiencias orgánicas del resto de las discapacidades, aunque generalmente se manifiesten como una discapacidad psíquica; otros, sin embargo, consideran que las enfermas mentales no son mujeres con discapacidad, y no las incluyen dentro de las discapacidades psíquicas.

Sin debatir sobre la pertinencia de cada uno de estos criterios, debemos decir que en nuestro trabajo nos hemos orientado por la clasificación de la OMS, y que en ese sentido hemos distinguido entre discapacidades físicas –entre las que, a lo mejor erróneamente, incluimos a las mujeres con parálisis cerebral–, psíquicas –entre los que contamos a las enfermas mentales– y sensoriales. Además, como ya hemos adelantado, contemplamos las discapacidades múltiples para los casos en que confluyen varias de los anteriores tipos, y las discapacidades *raras* que, aunque puedan acogerse a alguno de los grupos anteriores o puedan no ser consideradas como tales discapacidades, presentan rasgos susceptibles de ser tratados de forma autónoma. Las *discapacidades raras* se caracterizan por las *consecuencias* de la discapacidad –no tanto por las *causas*, como suele hacerse al definir las *enfermedades raras*–; las discapacidades raras serán por tanto aquellas que presentan síntomas diferenciales distintos de aquellos que caracterizan a las otras discapacidades *clásicas* con las que se asocian: por ejemplo, problemas estéticos –y no técnicos– en el caso de discapacidades que podrían calificarse como físicas.

Para finalizar con los “tipos de discapacidad” debemos realizar un breve comentario que tiene que ver con la naturaleza de este estudio –naturaleza sociológica–, y que puede generar algún malentendido. Lo que intentamos señalar cuando proponemos *generalizaciones* –por tipo de discapacidad, por ejemplo– no implica no asumir la *heterogeneidad* del colectivo de las mujeres con discapacidad. Esta heterogeneidad se asume y se constata como un imponderable de la realidad misma, pero intentamos superarlo en la medida en que se detectan rasgos comunes aunque diferenciales en cada tipo de discapacidad, como en cada sujeto agente, pero de cara a cumplimentar objetivos debemos asumirlo como información privilegiada desde el campo de lo real.

Lo que estos rasgos peculiares nos indican, en definitiva, es la existencia de una *tendencia*, a una serie de rasgos o realidades específicas con las que estos colectivos de pertenencia articulan sus conflictos de identidad. En el fondo, lo que un estudio sociológico como éste intenta es tratar a las personas, en este caso mujeres con discapacidad, como *sujetos sociales*, sin que esto implique una negación de la idiosincrasia personal de cada

una de ellas. Quedarse en esa idiosincrasia, por el contrario, conllevaría una negación doble: por una parte, de los vínculos comunes que las distintas mujeres con discapacidad tienen entre sí ante el problema de la seguridad personal –en relación a las que no tienen discapacidad– y, por otra parte, una negación de la condición de sujeto (atado a la realidad como todos) que hace personas a estas mujeres.

c) La definición de inserción social normalizada

En la definición de los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía se asume implícitamente una cierta concepción de lo que debe entenderse por *normalidad social* e, indirectamente, de aquello en lo que consiste la *inserción social*. En CIMOP entendemos que esta asunción puede resultar muy problemática y conflictiva, dado el fuerte componente de relativismo presente en la misma, relativismo que sin embargo no podemos, paradójicamente, dejar de lado. No obstante, se trata de una relatividad fácilmente asumible, siempre que se tenga presente y se guarden unas ciertas distancias al respecto. Controladas estas limitaciones, la definición de la OMS es perfectamente válida y operativa, desde el punto de vista de los objetivos de nuestra investigación (al respecto ver bibliografía específica).

En cualquier caso lo que habrá que tener presente es que el término discapacidad será en nuestro informe sinónimo de *disfuncionalidad limitativa*. Las mujeres sin discapacidad, nos servirán por tanto como referencia al analizar el devenir de las trayectorias de las mujeres que si la padecen. La normalidad por tanto es una referencia idealizada, hasta cierto punto irreal, que no tiene por qué caracterizar la trayectoria de ningún sujeto social en concreto. Lo interesante finalmente, será ver en cada caso, hasta qué punto es la discapacidad un handicap particular que o promueve la tendencia a los malos tratos por parte de algún varón del entorno, o por el contrario, es una limitación que se suma a la circunstancia de vulnerabilidad del total de las mujeres con respecto a la ya mencionada violencia de género.

Entender la discapacidad como una disfuncionalidad limitativa, por tanto, es asumir la existencia de un *déficit* en la vida de estas mujeres, déficit susceptible de conducirla a una situación de *exclusión y peligro* social, no sólo para ciertas articulaciones mecánicas relacionales –con acuerdo al tipo de discapacidad que se padezca– sino sobre todo, en lo que representa de genérico conflicto para asumir la valía personal, la autoestima, la autodefensa en todos los órdenes (psicológica, emocional, física, etc) y las formas necesarias, actuantes implícitas, en todo proceso de seguridad per-

sonal. En definitiva, hablar de discapacidad supondrá hablar de déficits, de exclusión e inseguridad social.

En cualquier caso, desde la asunción de esta complejidad, tenemos que decir que nuestra atención se ha de centrar en las deficiencias y en las carencias tanto como en las potencialidades, a fin de acoger la realidad desde diversos criterios de aproximación.

d) La definición de seguridad ante la violencia de género

Hablar de la seguridad resulta complicado por tratarse de un tema un tanto oscuro, espinoso y resbaladizo, que por deformación puede, en su extremo más sólido, acabar inhibiendo a cualquier mujer para relacionarse y “exponerse” a la vida. Desde nuestra condición de *investigadores* en la materia, señalamos el modo en que lo entendemos y, por tanto, el modo en que lo hemos enfocado a la hora de plantear las entrevistas y que lo abordamos en las páginas que siguen.

En general, debemos decir que entendemos la seguridad-inseguridad en un sentido amplio y abierto, desde el cual:

Asumimos la seguridad como un fenómeno global y multidimensional. La seguridad no debe ser *reducida*, por ejemplo, a la sobreprotección, y la ausencia de vitalidad en las relaciones. En efecto, en el campo de las relaciones, la idea de seguridad habrá de acompañar, sin invadir, todo tipo de relaciones; pudiendo incluir, además, tanto aspectos *positivos* como *negativos* en tanto fuente de conflictos. Nuestra manera de abordar la seguridad ha tratado por tanto de ser abierta e integral, en un esfuerzo por no cerrar su alcance semántico.

Un fenómeno social más, inscrito como los demás en un contexto determinado en el que cobra sentido: Así, es importante tener presente la concepción de seguridad ante la violencia de género dominante en la sociedad, y en ese sentido no obviar el modo en que las normas y las costumbres sociales tienden a cerrar y a reducir su alcance semántico. De este modo, y en relación al punto anterior, hemos considerado importante no *perder de vista* el hecho de que hoy por hoy, en España, el concepto de Violencia de Género remite primordialmente a alguna forma de violencia ejercida de manera directa sobre y hacia las mujeres en lo específico y que éste es el horizonte de nuestro interés de conocimiento, tanto entre mujeres mayores o jóvenes con discapacidad.

En esta investigación, dicha perspectiva ha resultado fundamental, pues el esfuerzo realizado por los profesionales para tratar de evitar reduccionismos contraproducentes, lleva muchas veces a que se pierda la perspectiva de que el rechazo a la violencia, –más aún la violencia hacia las mujeres que padezcan algún tipo de discapacidad– es precisamente la opción en la que la mayoría de las personas piensa y en la que centran sus intereses y valoraciones, aunque es importante que no se pierdan de vista las otras formas de expresión y las otras alternativas de violencia simbólica que también atenazan a este colectivo.

Por otra parte, es importante tener también presente la dimensión “moral” de la violencia de género, y en ese sentido entender que, aunque en principio las manifestaciones que hemos hallado son limitadas en número, –y una vez más que dicha limitación da la pauta de su baja incidencia dentro del colectivo estudiado– estos límites los marca la sociedad, es decir el contexto real de la lógica de valoración hacia las mujeres, y que ésta no es la misma en toda la realidad española, que acepta o deja de aceptar una serie de prácticas según culturas de edades, de clases sociales, de tamaños de hábitat, todos los cuales van a ser factores de caracterización de experiencia misma de la discapacidad y no deben ser olvidados o encubiertos por éstos últimos. Así, cuando con nuestros interlocutores abordamos el tema de la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad, para ver si se produce o no por la deficiencia que padece, lo hacemos entendiendo que, aunque en principio no haya límites que contengan necesariamente este desarrollo, sí que los hay en cada contexto social. Por ejemplo, analizar la práctica de la prostitución por parte de las personas con discapacidad no lleva aparejado ningún juicio moral por nuestra parte, pero tampoco debe realizarse este análisis de manera frívola, perdiendo de vista que se trata de una práctica que vinculando esos tres aspectos, mujer, discapacidad, prostitución, está, sin lugar a dudas abriendo las potencialidades de la práctica de violencia hacia esas mismas agentes. Dicho en otros términos que la vinculación de los tres factores (condición femenina, discapacidad, prostitución) significa reconocer a dicha persona en unas circunstancias reales de alto riesgo.

e) La particular consideración de violencia de género en esta investigación

Probablemente uno de los temas más acuciantes de la sociedad española –y europea actual– es justamente la búsqueda de una definición operativa de violencia de género a partir de la cual poder generar no sólo formas

concretas de persecución, sino, sobre todo, de prevención. Si bien en el sentido amplio, toda forma de malos tratos hacia una persona es plausible de ser considerada una manera expresiva de violencia de género, especialmente cuando es ejercida desde los varones hacia las mujeres, lo cierto es que, adentrarse a una definición operativa en el marco de una investigación concreta implica delimitar dicho concepto no sólo por el índice o intensidad de la violencia ejercida, sino por el tipo de interacción entre los agentes de la violencia misma, es decir, víctima y victimizador.

En la presente investigación, –y de acuerdo a las propuestas planteadas por el Ministerio de Igualdad del Gobierno de España– la consideración de circunstancias de violencia de género hacia mujeres que padecen discapacidad, se circunscribe a aquellas realidades de violencia enmarcadas en una relación más o menos estable entre la mujer y el varón. Es decir que quedan fuera de esta investigación un amplio variado, diverso y mucho más numérico marco de epifenómenos de violencia hacia las mujeres con discapacidad como son, por ejemplo: la violencia que se ejerce en ámbitos de internamiento (hospitales, psiquiátricos, centros de diverso tipo, etc.); las experiencias de hostilidades hacia las mujeres con discapacidad ejercidas por figuras fuera de su entorno (violencia callejera, etc.); las formas de malos tratos ejercidas por personal de atención, cuidados y servicios; la violencia que sobre las mujeres con discapacidad ejercen otras mujeres de su entorno ya se trate de familiares o personal de cuidado... Por lo que de manera restrictiva, la presente investigación se centra en las experiencias encontradas de violencia de género ejercida sobre mujeres que padecen discapacidad por parte de su entorno afectivo masculino más directo, maridos, exmaridos, parejas o exparejas de diverso estatus, pero que ella misma caracteriza como figura señera de su entorno emocional.

Partimos, una vez más, de considerar la violencia de género como un fenómeno público, relacional, comunicacional y a la vez privado, asociado por las concepciones sociales dominantes a la esfera impenetrable de la *intimidad*, pero que en la medida en que puede estar dejando a un sujeto en situaciones de inferioridad ante un otro relacional en su intimidad, la acción pública y la responsabilidad pública han de intervenir. Esto complica enormemente el desarrollo de un estudio como éste, pues afecta directamente al núcleo del mismo, a la comunicación entre investigadores e interlocutores. Hay una dificultad, en primer lugar, para entender que un fenómeno privado pueda ser de interés público y en ese sentido para legitimar el interés sociológico en estas cuestiones tan íntimas, es decir, para justificar la pertinencia de que una experiencia “personal” sea susceptible de ser generalizada (como posible o potencial peligro) al resto de la población con

discapacidad. Por otra parte, hay una resistencia a entender que otras personas del entorno de una mujer con discapacidad puedan tener algo que decir al respecto, situación que resulta difícil de comprender para la misma mujer con discapacidad que ha padecido violencia de género, como para su entorno potencial interlocutor para nuestra investigación.

Así, ante este tipo de dudas - ¿por qué desde la investigación social interesa “mi” vida privada?, ¿hasta qué punto es generalizable “mi” experiencia personal?, ¿qué tiene que decir mi hermano o mi madre de “mi” mala experiencia de violencia de género con mi pareja, o con la persona con la que me relaciono afectivamente?, etc. Alguna posible interlocutora, desde el convencimiento de que se trata de una cuestión íntima, y por tanto no susceptible de ser “externalizada” o hecha pública, han declinado participar en nuestro estudio; otras, que sí lo han hecho no han querido hablar de todos los aspectos implicados, dando a entender que unas cuestiones son más íntimas que otras.

Circunscribir la violencia de género a la esfera de la intimidad hace necesario, en definitiva, llegar a una especie de “contrato tácito” entre investigadora e interlocutores, cuya reflexión es uno de los aspectos que creemos más interesantes de estas páginas. La violencia de género hacia las mujeres con discapacidad es de la misma naturaleza que la ejercida hacia el resto de la población femenina. Sin embargo, la deficiencia que promueve y las consecuencias personales y relacionales que convoca, pueden ser más agudas que en mujeres sin discapacidad ya que su handicap de partida está notablemente perfilado.

Realizadas estas advertencias terminológicas, praxiológicas y logísticas nos adentramos en los diversos capítulos de desarrollo de este informe.

3 RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS APORTACIONES MÁS RECIENTES AL TEMA DE “LA DISCAPACIDAD Y LA SEGURIDAD DE LAS MUJERES”

La primera conclusión, acerca de este tema que nos ocupa es que existe cierta sensibilización y cierto movimiento al respecto que no sólo se traduce en las obras propiamente publicadas, sino en todo el quehacer alrededor de las mismas que incluye noticias publicadas en medios de comunicación, congresos, mesas redondas, jornadas o talleres celebrados, portales de internet especializados, chats, etc.

La segunda conclusión, no menos importante, es que toda esta información se produce también en España, y lo hace desde hace varios años y con especial dedicación por parte de las mismas asociaciones de mujeres con diferente tipo y grado de discapacidad.

Por otra parte, la mayor parte de la documentación, aún la más centrada en la praxis y en intervenciones concretas o puntuales, tiende a partir desde lo que puede considerarse como el inicio, es decir, desde el establecimiento de una serie de premisas o pilares sin los cuales parece inseguro avanzar: **que las mujeres con discapacidad tienen un doble handicap por ser tales y que por tanto, reconociendo esta realidad, debe concebirse como un caso flagrante de doble discriminación.**

Esto indica, por tanto, que aunque es mucho lo que se reflexiona, es poco también lo que se avanza. Es como si los autores necesitasen dar vueltas y vueltas sobre lo mismo, sintiéndose de algún modo incapaces de dar por sentados los aspectos más básicos y pasar directamente a tratar cuestiones más puntuales. Esto nos da a entender, en definitiva, que **la realidad de la violencia de género sobre las mujeres con discapacidad se encuentra aún en una fase inicial de reflexión, desde la que es necesario partir cada vez para lograr transmitir algo con cierto sentido, dimensión esta misma que volvimos a encontrar en la fase de las entrevistas con profesionales de diverso ámbito y especialidad.**

Otra cuestión que resulta de gran interés expresivo, es que no hemos encontrado apenas publicaciones que aborden el tema de la violencia de género hacia mujeres con discapacidad en general, sino que todas tienden

a centrarse en colectivos particulares de mujeres con discapacidad, (físicas, psíquicas, múltiples, sensoriales). **No hemos encontrado, por tanto, visiones holísticas al respecto, sino enfoques que pretenden ser específicos.** Una de las argumentaciones, en una de las obras consultadas: *“la disposición hacia la violencia por parte de agresores que se ensañan con mujeres con discapacidad es una circunstancia básicamente individualizada. Cada discapacidad atrae consigo una serie de perversiones diferentes según el tipo y grado de minusvalía...”* (Resulta curioso, sin embargo, que en la mayoría de las obras, la violencia no se nombre, y que los títulos indiquen que se va a hablar de seguridad de “las mujeres con discapacidad”, cuando en realidad lo van a hacer sobre una tipología de ellas en función de alguna discapacidad en particular).

En este sentido es muy importante advertir que, mientras la información referida a algunos colectivos es muy abundante, la referida a otros escasea o no existe. Esta circunstancia destaca y sirve para matizar la primera impresión sobre la existencia de gran cantidad de documentación al respecto.

Efectivamente, el núcleo más importante de información se refiere a las discapacidades clásicas y, más concretamente, a la psíquica y física, no destacando las discapacidades sensoriales y menos aún las raras y/o múltiples que, muy escuetamente logran atención. Además, en el caso de las físicas, la información se centra en el colectivo de las lesionadas medulares y, particularmente, en los problemas asociados a la fertilidad. En el caso de la discapacidad psíquica, por otra parte, la atención aparece entre las personas con retraso mental o con problemas de aprendizaje.

Por tanto, en la producción bibliográfica parece haber grandes lagunas, importantes colectivos y áreas más bien marginados u olvidados. Así, parece haberse publicado más sobre niñas, niños y jóvenes, que sobre adultos o mayores, por ejemplo.

En este sentido, destaca que no hemos encontrado aportaciones sociológicas que analicen el tema de la seguridad ante la violencia de género en función de variables como la clase social, el hábitat o el nivel educativo. La excepción serían las obras que estudian las diferencias por sexo, aunque se refieren, en general, a cada sexo por separado, sin realizar comparaciones directas y por edad.

Como conclusión más importante en el repaso bibliográfico realizado, destaca la ausencia de rastros de algún centro terapéutico, o de reorientación, o de acogida específica para casos de mujeres con discapacidad,

víctimas de la violencia de género, ni ninguna propuesta relacionada con experiencias concretas, ni proyectos en esa dirección, pero tampoco demandas específicas para abordar el tema⁵. Sí hemos podido, sin embargo, conocer alguna experiencia cercana a este concepto, pero no a través de la documentación publicada, sino a través de distintas páginas de Internet al respecto. De ellas informaremos en el capítulo siguiente.

3.1. LOS PUNTOS EN COMÚN: EL CONSENSO EXISTENTE EN TORNO A LAS PREMISAS DE PARTIDA Y A LA META A ALCANZAR

Desde una lectura como la nuestra, debemos señalar la existencia de un claro y mayoritario consenso de fondo en lo referido a las concepciones básicas que se producen en torno al tema de la violencia de género sobre mujeres con discapacidad. La coincidencia axiológica se produce tanto en los puntos de partida como en el punto de llegada y apunta a la preeminencia de un cierto “pensamiento común”, que no único, el cual, muy esquemáticamente, se puede sintetizar en la evidente consideración de lo “políticamente correcto” que significa asumir la existencia de un fenómeno como el que nos ocupa.

Ahora, bien, más allá de la bibliografía, de las voces de los profesionales, de los artículos y seminarios existentes al respecto, no resulta demasiado frecuente acercarse a la noción más común de violencia de género desde el ámbito de la investigación. Las diferencias de matiz en las apreciaciones sólo parecen situarse ante la forma de proponer una intervención u otra, sin que, sin embargo, sea fácil diferenciar entre modelos distantes entre sí.

Los puntos en torno a los que se construye el consenso, son aquellos sobre los que los autores insisten una y otra vez, en un intento de comenzar a construir modelos de intervención desde los cimientos, como si éstos aún no estuvieran suficientemente asentados:

a) Aspectos conceptuales

La violencia hacia las mujeres con discapacidad existe, como existe en el caso de las mujeres sin discapacidad. Desde esta premisa, se reivindica la

⁵ El primer material destacable es la *Guía-directorio de centros y servicios para personas con discapacidad*, editada por el IMSERSO en 1996.

importancia del tema a pesar de la total inexistencia de bases cuantitativas más o menos sólidas que puedan aportar alguna luz en el disperso y complejo mundo de la realidad. Dicho en otros términos, mucho dinero hay que invertir en la sociedad española para saber qué porcentaje de la población padece alguna forma de discapacidad, de qué tipo, a qué edades, con qué orígenes etc., pero no hay ninguna fuente que recoja, si bien no explícitamente, violencia de género en el sentido radical, sí al menos, malos tratos hacia personas (en general) y hacia mujeres en particular que padezcan alguna forma de discapacidad.

La violencia de género se entiende como un fenómeno multidimensional, y en ese sentido se trata de abordar desde enfoques y aproximaciones interdisciplinarias, abiertas y plurales que aspiran a ser holísticas o sistémicas. Así, se considera que en la violencia de género hacia las mujeres tienen cabida los malos tratos físicos, junto con formas de amor, afecto, la reproducción, los abusos, el hostigamiento psicológico, la humillación, y que se da tanto en los casos de homosexualidad, heterosexualidad, etc., etc. En este sentido se tratan de superar los reduccionismos más habituales, y algunos apuntan también a la necesidad de entender la violencia de género como un proceso evolutivo teniendo raíces socio-psicológicas en el agresor, teñidas por características especiales de perversión y de ausencia de límites por parte del victimario, y por sometimientos desde déficits de autoestima por parte de la víctima.

La violencia de género se considera un fenómeno psicosocial y, en ese sentido, influido tanto por el ambiente sociocultural como por las características de cada persona, que se expresa como una unidad: “basándose en la concepción de la persona como una unidad en la que se combinan estructuralmente lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural” (Curcoll y Vidal, 1992).

b) La intervención

La intervención en violencia de género hacia mujeres con discapacidad tiene su gran paradigma en la prevención a través de la educación sexual y la rehabilitación en la que se debe aspirar a lograr la normalización e integración social de las mujeres con discapacidad⁶. Las actuaciones, por tan-

⁶ Félix López hace un somero repaso histórico del modo en que se ha llegado a esta situación. La normalización y la integración, como principios últimos de las políticas sociales en torno a las personas con discapacidad data, en el caso de los países occidentales, de los años 60 y 70, si bien en estos años “esta normalización e integración está por llegar en el campo de los afectos y la sexualidad”. En 1971 es cuando “los derechos sexuales de las personas con retraso intelectual se garantizan por ley”

to, deben estar presididas por la búsqueda del máximo desarrollo de todas las posibilidades y potencialidades de los sujetos: fomentar la autonomía y la integración socio-laboral⁷ y excluir actitudes paternalistas e intolerantes. La seguridad y la protección ante la posible violencia de género, por tanto, se considera una parte más de la reinserción integral, que debe conducir al fomento de la autonomía personal y a la lucha contra la sobreprotección, al desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales, de la autoestima, y a acabar con las falsas creencias existentes⁸.

La intervención debe implicar a distintos agentes presentes en la vida de las mujeres con discapacidad: a estas mismas mujeres, a sus parejas, a profesionales y a padres, “exige un importante cambio de actitudes en las parejas, los padres y los profesionales implicados en su educación, a fin de reconocer y reclamar para ellas el diseño y progreso de programas y propuestas de intervención, rigurosos y útiles, que favorezcan realmente su desarrollo emocional, afectivo y sexual” (Soto y De Castro, 2000).

Sin embargo, como veremos, se tiende a subrayar la importancia de la participación de unos u otros agentes, pero no se desarrollan programas específicos. Así, en el caso de la discapacidad psíquica, mientras Félix López subraya la importancia de la participación de las propias personas con discapacidad en el desarrollo de su autodefensa, José Luis García apunta a la conveniencia de una mayor implicación de los profesionales como mejor medida preventiva; por otra parte, desde la Iglesia, conceden mayor protagonismo a la familia en los trabajos de prevención de la violencia de género que a los profesionales o especialistas en el tema, hasta el punto de proponer medidas disuasorias ante la demanda de sexualidad por parte de las mujeres con discapacidad.

y en 1976 cuando se formaliza y desarrolla la filosofía que subyace a este tipo de planteamientos, gracias a lo cual se produce “un movimiento internacional hacia la desinstitucionalización y la integración, que hizo visibles a las personas con discapacidad” y dio pie a que se comenzara a hablar de su seguridad y la circunstancia de mayor vulnerabilidad para las mujeres con discapacidad”. (López Sánchez, 2002)

⁷ “La premisa fundamental de la rehabilitación es utilizar al máximo todo el potencial disponible de la persona con una minusvalía. Los objetivos rehabilitadores están encaminados a conseguir el funcionamiento óptimo del individuo como ser humano” (Curcoll y Vidal, 1992)

⁸ En este sentido se señala que lo primero sería “normalizar la conceptualización que los profesionales tienen acerca de las personas con una discapacidad (...) Sólo así, desde una constante referencia a la normalización, nos será posible abordar con éxito el análisis y el tratamiento de los problemas que presentan estas personas y seremos aceptados y creídos por ellos como terapeutas”. “El trabajo rehabilitador se caracteriza (...) por su dimensión de potenciador, de creatividad en torno a la mejora de posibilidades, de esfuerzo para lograr en la mayor medida posible la normalización de la vida de la persona que sufre una diferencia sin que por ello ponga en juego las necesarias premisas de su seguridad” (Ruano, en Curcoll y Vidal, 1992).

Ninguna de las propuestas de intervención contempla la posibilidad de crear políticas de denuncia pública de la existencia de estos casos. Por el contrario, apuestan por la prevención formativa general y específica y finalmente, por la existencia de un programa explícito orientado desde un centro de prevención de la violencia de género para las mujeres con discapacidad

Por último, queremos señalar que los modelos propuestos son muy similares entre sí porque parten de estas mismas fuentes y planteamientos teóricos. Por otra parte habría que señalar que la mayoría de las aportaciones se producen en forma de ensayos, y no de investigaciones concretas. Las pocas investigaciones realizadas, por otra parte, resultan difícilmente generalizables al estar basadas en los resultados de encuestas de opinión circunscritas a experiencias muy concretas en centros determinados. Existe un convencimiento generalizado acerca de que en los últimos años se ha avanzado mucho en materia de protección hacia las mujeres con discapacidad, pero no lo suficiente. Y en todos estos casos, no se trabaja la violencia de género producida en los ámbitos de relaciones privadas, sino, principalmente en aquellos ámbitos de perfil institucional (espacios de internamientos, o de estancia diurna) o indiscriminadamente, en la protección ante la inseguridad ciudadana (la calle y sus potenciales delincuencias).

3.2. EXPERIENCIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS EN CENTROS ESPAÑOLES

A continuación daremos cuenta de algunas de las experiencias de educación EN SEGURIDAD llevadas a cabo en distintos centros españoles durante los últimos años. Todas ellas, son muy similares, al inspirarse en los mismos principios y al beber de las mismas fuentes teóricas, algunas de las cuales hemos señalado.

a) Ricardo Belmonte, en su ponencia *La seguridad en personas con minusvalía psíquica: principales problemas y estrategias de intervención en un Centro de Educación Especial* (Belmonte, 1993), nos informa acerca de los programas sobre educación sexual llevados a cabo en Centros de Educación dirigidos a personas con deficiencias psíquicas de grado medio y alto. Estos programas siguen una serie de criterios generales, que consideramos de interés; siendo, principalmente, los que siguen: individualización del proceso educativo adecuándolo a cada alumna, prevención e intervención educativa temprana, reversibilidad en las decisiones de internamiento, flexibilidad en la organización del Centro (de los recursos humanos y materiales y en los criterios de agrupamiento del alumnado), funcionalidad psicológica

y pedagógica de los aprendizajes y, finalmente, participación activa de las familias.

Tras hacer un repaso de los principales escollos a que se enfrenta la puesta en práctica de este tipo de programas –escollos que tienen que ver con el propio Centro, con el alumnado y con las familias–, Belmonte se refiere a las posibles estrategias de intervención que desde un Centro de Educación Especial pueden abordarse. Estas estrategias cubren tres ámbitos de intervención: el escolar, el residencial y el familiar.

En el nivel escolar, la educación para la seguridad ante la violencia de género –que “se englobaría en un marco más amplio dentro de la educación para la salud”– debe referirse no sólo a los aspectos biológicos, sino que “es preciso incluir también información, orientación y formación sobre los aspectos afectivos, emocionales, morales y sociales”. En este sentido, Belmonte señala la importancia de hacer “especial énfasis en los contenidos de tipo actitudinal”, “así como en los de tipo más procedimental” (para educar también “para la salud”), sin dejar por ello de reconocer la importancia de “los contenidos de tipo conceptual”. Los principios psicopedagógicos que guíen estas prácticas serán, fundamentalmente, dos: por una parte, “será necesario partir de los conocimientos previos que tienen las mujeres (...) y discutir, contrastar y hacer reflexionar a fin de conseguir aprendizajes que sean significativos”. Por otra parte, se deben procurar aprendizajes “que sean útiles y tengan sentido para la alumna y que le lleven a adoptar actitudes lo más normalizadas posible...”.

En el nivel residencial para mujeres en experiencia de internamiento, la intervención se concreta en tres procedimientos: entrevistas individuales con ellas (para detectar sus intereses y conocer sus experiencias), seguimientos (para constatar la evolución) y dinámicas de grupo (para conocer las opiniones y los intereses y para que actúen como terapia).

En el nivel familiar, con el objeto de que el desarrollo del programa tenga continuidad en el contexto familiar, se interviene desde dos ámbitos. En primer lugar, mediante “una estrategia de “medios-fines” para canalizar la información de ida y vuelta entre la familia y el centro” (mediante entrevistas individuales, coloquios informales, entrevistas colectivas o escuelas de padres). En segundo lugar, mediante entrevistas individuales para un trabajo más personalizado de cada caso.

b) Por otra parte, Leandro Barbero y Fernando González nos hablan de la educación sexual en centros e instituciones de atención a deficien-

tes mentales, en su ponencia *La sexualidad en centros e instituciones de atención a deficientes mentales: la experiencia del Centro Ocupacional Juan de Austria de Madrid* (Barbero y González, 1993). En este centro, “la sexualidad de las personas minusválidas se encuadra como un taller más con unos objetivos definidos y actividades que potencian los aprendizajes de dicha conducta”. La enseñanza por tanto, es una parte más del programa más global de rehabilitación, que incluye cuestiones médicas, laborales, psicológicas, etc. Esta enseñanza, por otra parte, se dirige tanto a las beneficiarias, como a sus padres y educadores. Entre los objetivos que se persiguen con las actividades dirigidas a los padres conviene destacar las siguientes: “hacerles comprender que sus hijas son seres sexuales que deberán relacionarse con otros sujetos sexualmente y que por tanto han de aprender a protegerse y a saber que pueden ser objeto de malos tratos, abusos y otras formas de violencia de género”, “intentar establecer una comunicación entre ellas”, intercambiar información sobre la sexualidad y promover consultas sobre diferentes temas que puedan resultar de interés.

c) Amor Espino y Teresa Calabuig, en el texto *Seminario de sexualidad y educación sexual: experiencia con los padres-familiares del Centro Ocupacional Especial Marqués de Dos Aguas de Valencia* (Espino y Calabuig, 1998), nos describen el Programa de Sexualidad y Educación Sexual y el Seminario para Padres que desarrollaron en este Centro “en relación a las necesidades detectadas, tanto de las usuarias como de los profesionales”. De esta experiencia destacan los objetivos que se perseguían, que son los siguientes: “ofrecer recursos de formación a los padres y familiares (...), involucrar a los padres como participantes activos en la educación sexual de sus hijas, detectar aquellos casos en que dicha formación debía complementarse con una intervención individualizada en el ámbito familiar (...), desmitificar el tema de la sexualidad de la mujer discapacitada, concebir el desarrollo psicosexual de sus hijas como un proceso evolutivo natural y saludable, conocer el proceso de desarrollo psicobiológico de éstas, comprender que todo padre-madre es un potencial educador sexual (...) y ofrecer recursos y técnicas de comunicación y de resolución de situaciones potencialmente conflictivas para sus hijas”.

d) Elisa Soto y Amalia de Castro, en artículo *Una experiencia de orientación y cambio de actitudes para el desarrollo afectivo y seguro de la persona con discapacidad* (Soto y De Castro, 2000), nos informan de los programas de intervención desarrollados en el Centro Público de Educación Especial... Esta intervención, a diferencia de otras, se caracteriza por ser más globalizadora y abierta, y por dar cabida a mayor número de acciones...: “La re-

flexión colectiva y la observación, la recopilación de información, el estudio de documentación, la elaboración de síntesis, materiales y propuestas de intervención, la evaluación continua de los procedimientos y resultados que se van obteniendo son los elementos que ayudan a ampliar conocimientos y referencias, permitiéndonos avanzar de manera importante en la intención de ir evidenciando y clarificando nuestras propias actitudes personales y conceptos sobre la protección, el desarrollo personal y la finalidad de la educación/orientación sexual, así como en la definición de una serie de actividades con un planteamiento grupal normalizador y progresista sobre el tema, que tiene delante de sí el gran reto de extenderlo lo más posible al conjunto del contexto vital de estas mujeres, incluyendo el ámbito educativo, familiar y social donde se desarrollan”. Concluyen que “esta experiencia va gestándose como una referencia documental, informativa, como un apoyo para la intervención educativa que va cambiando la percepción y la forma de tratamiento de las conductas sexuales de nuestras alumnas (...), pero todavía encontramos dificultades para que forme parte del Diseño Curricular del Centro, no como materia reducible a un ámbito concreto de intervención sino como planteamiento educativo que implique a otros profesionales del mismo”.

e) En el artículo *Desarrollo de la sexualidad en personas con discapacidad psíquica* (Cala y otros, 2005), se informa de las actuaciones emprendidas, las cuales forman parte del Proyecto Curricular de un Centro de atención a personas con Discapacidad Psíquica, y que se originaron en la búsqueda de dar respuesta “a las manifestaciones y expresiones violentas” de las y los usuarios, así como a “la inquietud de los profesionales por la ausencia de relaciones interpersonales fuera del ámbito escolar en detrimento del desarrollo afectivo y social de los propios jóvenes y adultos con discapacidad”. Lo verdaderamente interesante, es que el enfoque educativo se realiza en función del grado de la discapacidad de cada grupo –leve, moderado, severo y profundo–, al considerar que cada uno de los grados de discapacidad está expuesto a diferentes mecanismos de violencia.

f) Inmaculada E. Díaz Ojeda y Nereida Santana García, en su artículo *Experiencia de un programa de formación afectivo-sexual* (Díaz y Nereida, 2000), nos informan de la puesta en práctica en una Asociación Síndrome de Down de..., de un Programa afectivo-sexual dirigido a los jóvenes con discapacidad y a sus familiares pertenecientes a los diferentes servicios que oferta la Asociación. Desde el convencimiento de que se trata de un programa de “carácter transversal (...) que va a incidir en todos los niveles: social, laboral, familiar y en el desarrollo personal” se trabajó por separado con mujeres, formación que estuvo a cargo del personal religioso de la

parroquia cercana y con los varones, cuya formación estuvo en manos de representantes de asociaciones vecinales.

3.3. ALGUNAS EXPERIENCIAS EN/DESDE EL EXTRANJERO

En algunos países de nuestro entorno también se han desarrollado experiencias de intervención dignas de ser tenidas en cuenta. La mayoría de las procedentes de países anglosajones se refieren a modelos de intervención *en negativo*.

a) Michelle McCarthy, establece el perfil aproximado de las personas con discapacidad intelectual que, en el Reino Unido, reciben educación para la prevención de la violencia. En este sentido nos habla de la existencia de diferentes necesidades, de importantes diferencias entre mujeres y varones y nos informa acerca de la experiencia de un *equipo itinerante de profesionales* dependiente de los Servicios de Salud Pública, que trabaja la educación para la no violencia hacia este colectivo. Lo más destacado, para los fines de nuestro estudio, es que este equipo tiene la base *física* en un gran hospital y que desde ahí se dirige a diversos puntos en los que es requerida su atención, bien por parte de los profesionales, bien por parte de las propias mujeres con discapacidad. La *formación a formadores* se debe fundamentalmente a que estos no tienen o creen no tener una suficiente preparación en la materia, especialmente en lo relativo a prevención de la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad.

b) Wolfgang Plaute señala la existencia de distintos tipos de programas que pueden ser llevados a cabo de forma sucesiva en la educación de mujeres con discapacidad intelectual. El primero, denominado “Body Games”, tiene como objetivo el conocimiento del cuerpo y sus potenciales de fuerza y de instrumentos de defensa en caso de que fueran a ser víctimas de violencia de género. A éste le seguiría otro programa, denominado “Special Love Talks”, que entre otras cosas persigue fomentar la comunicación entre los distintos agentes implicados en la educación de este colectivo, abordar temas específicos relativos a las necesidades sexuales de los sujetos con discapacidad, dar apoyo a familias y profesionales a la hora de afrontar esta educación, desarrollar aproximaciones innovadoras que permitan tratar problemas asociados a la intimidad y las relaciones, o enseñar los aspectos relativos a la defensa de terceros ante posibles abusos y violencia sexual. A este programa, que sería el más importante de todos, le sigue otro denominado “Further Education”, que permitiría una educación y una atención personalizadas, en caso de necesidad. El último de los programas, “Sexual

Advice and Therapy”, está diseñado para ofrecer atención terapéutica y orientación sexual *extra* a aquellas participantes que necesiten algo más de lo que pueden ofrecerle los profesionales que organizan estos cursos formativos.

c) Alain Giami habla del desarrollo de la seguridad para las mujeres con discapacidad en los centros psiquiátricos, dentro del contexto más general de otras instituciones residenciales como puedan ser las prisiones. Lo que nos dice es que en este tipo de centros se tienden a prohibir todas las conductas sexuales que impliquen una posibilidad de violencia relacional. Así, mientras se transige con la masturbación o las relaciones homosexuales, se impide la formación de parejas heterosexuales.

d) André Dupras, propone abordar la violencia de género hacia las mujeres con retraso mental internas en instituciones desde un *enfoque positivo*, de alguna manera opuesto a los modelos centrados en el control y la represión de las expresiones promoviendo en cambio, la conciencia sobre los mismos y la vinculación activa entre mujeres para enfrentar performativamente este problema

e) Karen M. Ward se centra en los problemas que afrontan los servicios públicos norteamericanos que se dedican a la atención a personas con discapacidad intelectual o retraso mental. Los problemas se refieren, fundamentalmente, a conductas sexuales inapropiadas que ponen en riesgo la salud de estas personas. Entre estos problemas, señalan la *falta de espacios* en los que las personas con discapacidad intelectual puedan mantener relaciones sexuales. Sus conclusiones, que se basan en los resultados de una encuesta nacional, se refieren a la existencia de ciertas lagunas en la oferta de servicios a estos colectivos, lagunas que apuntan a la necesidad, entre otras cosas, de potenciar la *formación en sexualidad no violenta de los profesionales* que prestan este tipo de servicios públicos.

f) Kaeser y otros, realizan una encuesta entre el personal que atiende a personas que sufren profundo retraso mental, para conocer entre otras cosas, el número de los que se masturban y/o tienen relaciones sexuales y el número de los que son propensos a formas de violencia expresiva de sus necesidades. Las escalas están diseñadas para recolectar datos sobre conocimientos, experiencias, sentimientos y necesidades de las mujeres con discapacidad, lo cual ha de permitir conocer las dificultades de esta población en este terreno y, en ese sentido, identificar las áreas que necesitan ser cubiertas en los programas de educación y prevención. Si las escalas se aplican antes y después de los programas, se puede medir la evolu-

ción del conocimiento, la evolución de las actitudes, etc. Y de esta manera la efectividad de los programas, pueden así, ser modificados. Los autores consideran necesario usar distintas escalas para cada tipo de discapacidad y para la población general.

3.4. LA PECULIARIDAD DE LO FEMENINO

a) Ricardo de Dios del Valle, médico de familia y sexólogo, nos habla de la sexualidad de las mujeres con discapacidad psíquica. Partiendo de que la educación de las mujeres se encuentra sometida a una triple represión –a la represión que sufrimos todos los sujetos en este ámbito de la vida, se le une la que de manera particular padecen las mujeres con discapacidad–, por lo que propone desarrollar programas específicos de educación para este colectivo de la población.

Para De Dios, el desarrollo de estos programas debe atender a una serie de consignas que señalamos: por una parte, el objetivo de estos programas ha de ser *“la normalización y la integración”*; por otra, que su planteamiento ha de ser global, *“intentando abarcar todos los elementos que contribuyen de forma importante en la educación y seguridad relacional de estas mujeres”*. Por otra parte, el autor señala que el desarrollo de estos programas *“no se puede quedar en intervenciones puntuales”*, sino que hay que dotarlos de *“cierta continuidad, con el objetivo de ir trabajando ante actitudes tan sólidamente establecidas”*.

Finalmente, apunta la necesidad de que los programas no se dirijan sólo a las mujeres con discapacidad sino también a sus parejas, partners, amistades, etc. El autor incluye una breve reflexión tanto sobre los temas que habría que abordar en estos programas educativos, como sobre los elementos que deben tenerse siempre en cuenta a modo de principios vertebradores: *“la importancia de aceptar los cambios que ocurren en la pubertad, la comprensión y respeto de los deseos y capacidades de los adolescentes (...), favorecer un desarrollo responsable de la sexualidad, facilitar espacios y actividades para la relación entre hombres y mujeres, adoptar actitudes abiertas” tanto “hacia conductas masturbatorias” como “hacia conductas homosexuales, promover mayor comunicación con la familia, información sobre métodos anticonceptivos...y –señala especialmente– trabajar con los varones para prevenir en ellos las posibles acciones hostiles hacia mujeres con discapacidad”*. Como colofón, De Dios señala el deber de *“reconocer en las personas con discapacidad psíquica la misma pluralidad que en el resto de las personas”*. En este sentido,

recuerda que “la educación debe ser un medio para que cada uno descubra y desarrolle sus posibilidades y no sus limitaciones, ni tampoco para impartir dogmas y delimitar un modelo de marginalidad que no incomode a las personas que no padecen discapacidad y se consideran a sí mismas normales”.

b) En el número 328 de la revista Voces aparece un artículo titulado *Controversia sobre la esterilización de personas con discapacidad intelectual en Francia* (2001), en el que se aborda el caso de 13 mujeres que fueron esterilizadas mientras permanecían ingresadas en una institución para discapacitados intelectuales. Este caso da pie a una serie de reflexiones sobre las enormes dificultades que tienen los familiares de mujeres con discapacidades psíquicas para aceptar que éstas tienen sexualidad y “derecho a practicarla como cualquier otro ser humano y al mismo tiempo no ser sujetos de malos tratos, hostigamientos y violencia por parte de los otros”. El problema de estos familiares, y de la sociedad en su conjunto, según se apunta en este artículo, es la falta de información. “El derecho a la diferencia” –dice– “pasa por la ecuación, por la sensibilización de la diferencia y la organización de sistemas de asistencia que permitan a todos los ciudadanos ejercer sus derechos igualmente, incluido el de la sexualidad”.

3.5. LA APORTACIÓN DESDE LA EXPERIENCIA DIRECTA DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y LA PSICOLOGÍA

a) En el libro *Lesión medular: sexualidad y fertilidad*, Antonio Sánchez Ramos y Alberto de Pinto Benito (Sánchez y De Pinto, 2000) –ambos médicos paraplejistas especialistas en rehabilitación de parapléjicos y tetrapléjicos, en el marco de la Unidad de Sexualidad y Reproducción Asistida del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo– nos acercan “al conocimiento actual sobre las alteraciones de la sexualidad y la reproducción que se producen en varones y en mujeres con una lesión de la médula espinal”. La intervención de estos profesionales se centra en la aplicación de técnicas de rehabilitación que optimicen tanto la capacidad reproductiva de los lesionados medulares⁹ como, de manera complementaria, su vida sexual, entendiendo ésta en un sentido amplio, integral y plural. Tal y como nos describen los autores, “los aspectos sexuales deben abordarse desde la doble perspectiva psicológica y orgánica (...)”, tratando así de lograrse “la

⁹ Técnicas de inducción de la erección –que permitan a los varones tener relaciones coitales– y técnicas que optimicen el número de embarazos vía incremento de las tasas de eyaculación y de fertilidad.

reincorporación del individuo a una actividad satisfactoria, para poder llegar, así, a un equilibrio psicológico completo”.

Para llevar esto a la práctica, la Unidad cuenta con un equipo multidisciplinar de especialistas en Ginecología, Anatomía Patológica, Psicología y Psiquiatría, Urología, Radiodiagnóstico y, obviamente, en Rehabilitación. En la Unidad *“no sólo se arbitran las terapias psicológicas necesarias, sino que también se establecen y estudian soluciones reales y tangibles a los problemas que el compromiso neurológico acarrea en la mayor parte de las ocasiones entre las que destaca la presencia de actitudes violentas hacia los otros y de falta de autoestima hacia sí mismos, especialmente entre las mujeres”.*

b) En esta misma línea se inscriben las aportaciones de los profesionales de la Unidad de Sexualidad, Fertilidad y Reproducción Asistida del Institut Guttmann de Barcelona. Estos profesionales nos hablan del mejor modo de organizar el trabajo en una Unidad de Sexualidad y lucha contra la violencia para lesionados medulares. Los profesionales que traten a éstos, deberán formar, desde su punto de vista, un equipo de trabajo interdisciplinar *“compuesto por médicos especialistas en lesiones medulares, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermería y otros especialistas específicos”.* Este equipo deberá no obstante estar coordinado *“con el fin de evitar la fragmentación en el tratamiento y en los objetivos finales perseguidos”*, es decir, con el fin de *“mejorar la operatividad del sistema”*¹⁰. Además, es necesario compilar información, debido al carácter desagregado de experiencias de trabajo y al carácter “irregular” de foros donde se comparten estas experiencias: *“asimismo la Unidad se encargará de recopilar toda la información necesaria para facilitar el avance del conocimiento en este campo, así como las actividades de investigación y divulgación de dicho conocimiento”*

c) En el capítulo de esta misma obra titulado *La conducta sexual y las terapias sexuales en la lesión medular*, A. Ruano hace especial hincapié en la formación de los profesionales, formación que fundamentalmente ha de ser de carácter actitudinal: *“afrentar el análisis y la terapia de las dificultades que sufren las mujeres con una discapacidad física requiere no sólo una positiva formación y conocimiento de la condición humana, sino también, de las consecuencias generales que promueven las deficiencias físicas y la aptitud para ejercer violencia entre los varones y la generalizada ineptitud fe-*

¹⁰ Para ampliar esta información, puede también consultarse el artículo *Sexualidad y relación de pareja* (Curcoll y Vidal, 1999)

menina para defenderse de ella. Los posibles problemas de agresión sexuales son importantes, pero no son los únicos, ni siempre presentan el mismo nivel o intensidad. (...) Dichos problemas no son siempre idénticos, ni es posible demostrar una relación directa con la gravedad de la lesión sufrida. Por tanto, hemos de ser extremadamente cuidadosos en nuestras actitudes terapéuticas". Así, señala que "aplicar criterios propios de nuestra moral, de nuestras creencias o de nuestra ética, es en este caso contraproducente y puede confundir a la persona y crear no pocos problemas". "La actitud del terapeuta ha de ser lo más abierta posible, revisando en primer lugar sus propias actitudes hacia este tema. Si el terapeuta entra en discusión sobre la violencia y sus puntos de vista son limitados creará situaciones tensas, y no será capaz de ayudar al paciente..."

Así, algunos denuncian que demandar formación actitudinal es atípico, algo que, como dice Ruano, se debe a la naturaleza de la persona: *"estamos hablando de ser humano a ser humano, debido a la naturaleza tan personal de la discapacidad, de la violencia y de la cultura de géneros y al sentido privado que tiene el debate terapéutico con el paciente, el enfoque del tratamiento de estos temas es sensiblemente distinto de cuando uno está tratando psicológicamente otros problemas"*. Este autor hace además una reflexión interesante, para un estudio como el nuestro, sobre lo problemático de que no se de a los lesionados medulares hospitalizados, como parte de su rehabilitación, la oportunidad *"para encontrarse con otros, para relacionarse y para asegurarse espacios (totalmente) privados"* donde gozar de la total intimidad que es necesaria, para luego no sentir que en la posible relación íntima con otros sujetos, está implicada la violencia. *"Los mejores esfuerzos de consejeros y terapeutas serán poco efectivos si estas personas no tienen la oportunidad de probar su competencia física y su confianza personal"*. Además, *"los sentimientos de privación pueden originar inquietudes, angustia, irritabilidad y por lo tanto, más violencia."*

d) En la obra francesa *Intimité, secret professionnel et handicap*, el médico rehabilitador Hubert Tournebise escribe un artículo sobre las relaciones que se establecen en la intervención profesional del médico con mujeres que sufren una lesión medular. El autor parte de la importancia de aunar tres aspectos en esta intervención: la intimidad del paciente, la autoprotección y los aspectos terapéuticos. Desde su punto de vista, la información es el primer paso de la intervención: uno de los primeros imperativos es informar sobre autoprotección y sobre las posibilidades terapéuticas existentes. En la información hay que tener en cuenta varias cuestiones: en primer lugar, que las palabras no son anodinas, tienen distintas significaciones y connotaciones personales y sociales en cada caso, por lo que son esenciales en

la comunicación que se establezca entre el profesional y el paciente en el momento de la información; en segundo lugar, existe un momento idóneo para procurar la información: en este sentido el autor habla de la situación postraumática de la discapacidad y de los efectos psicológicos que pueden producir la información según y cuando se produzca porque siempre está rodeando el problema de violencia real o simbólica.

3.6. LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Aiguabella, J. y González. M, *Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad*, IMSERSO, Datlan, Gabinet d'Estudis Social, 1997.

Amor Pan, J. R. *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1997.

Barbero, L. y González, F., *La sexualidad en centros e instituciones de atención a deficientes mentales: la experiencia del C.O. Juan de Austria de Madrid*, en "Sexualidad en personas con minusvalía psíquica", IMSERSO, Madrid, 1993.

Colectivo IOÉ y CIMOP, *Discapacidad y trabajo en España: estudio de los procesos de inclusión y exclusión social de las personas con discapacidad*, IMSERSO, Madrid, 1998.

Controversia sobre la esterilización de personas con discapacidad intelectual en Francia, Voces, nº 328, pág. 4, Madrid, Mayo-Junio 2001.

Curcoll, M. L. y Vidal. J., *Sexualidad y relación de pareja*, Minusval, nº 69, Madrid, 1990.

De Dios del Valle, R., *Sexualidad y mujer con discapacidad psíquica. Un apunte desde la sexología*, en "Mujer y discapacidad: un análisis pendiente", Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 2002.

Dossier: La sexualidad, Minusval, nº 69, págs. 11-42, 1990

Dupras, A. *La promotion de la qualité de vie sexuelle des personnes handicapées mentales vivant en institution*, Handicap - Revue de Sciences Humaines et Sociales, nº 83, 1999.

El silencio. Sexualidad y discapacidad, En Marcha, nº 29, págs. 25-27, Madrid, 2001.

- Espino, A. y Calabuig, T, *Seminario de sexualidad y educación sexual: experiencia con los padres-familiares del Centro Ocupacional Especial Marqués de Dos Aguas (Valencia)*, Siglo Cero, nº 177, págs. 32-36, Madrid, 1998.
- García Fernández, J. L., *Sexualidad y deficiencia*, Minusval, nº 69, 1990.
- García Morán, A, *Cómo mejorar la calidad de vida afectiva y sexual de las mujeres con discapacidad*, en “Mujer y discapacidad: un análisis pendiente”, Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 2002.
- García Ruiz, M. y Dios del Valle, R. del, *Discapacidad psíquica y educación sexual*, Federación de Asociaciones pro Personas Deficientes Psíquicos de Asturias, Gijón, 2002.
- Giami, A., *Les organisations institutionnelles de la sexualité*, Handicap-Revue de Sciences Humaines et Sociales, nº 83, 1999.
- Helmus, G. *Disability, sexuality and sociosexual relationships in women's everyday life*, SJDR, vol. 1, nº 1, 1999.
- INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999: avance de resultados*, INE, Madrid, 2001.
- Kaesler, F. *A survey of the perceptions of the twenty-three service providing agencies on the sexual behaviours of persons with severe or profound mental retardation*, Sexuality and Disability, vol. 14, nº 4, 1996
- López Sánchez, F., *Sexo y afecto en personas con discapacidad*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002.
- Manifiesto de mujeres con discapacidad en Europa (extracto)*, IMSERSO, Madrid, 2000.
- Martín Portal, J.C., *Primera Conferencia Nacional sobre Sexualidad en Personas con Minusvalía Psíquica*, Siglo Cero, nº 145, 1993.
- Martín Sánchez, E. *Actitudes, conocimientos, problemática y comportamientos en torno a la sexualidad. Encuesta realizada en un Centro de Empleo Protegido de Fuenlabrada (Madrid)*, Siglo Cero, nº 145, 1993.

- McCabe, M. y otros, *Construction and psychometric properties of sexuality scales: sex knowledge, experience and needs scales for people with intellectual disabilities (Sexken-ID), people with physical disabilities (Sexken-PD) and the general population (SExken-GP)*, Research in Developmental Disabilities, vol. 20, nº 4, 1999.
- Merkin, L. y Smith, M. *A community based model providing services for deaf and deaf-blind victims of sexual assault and domestic violence*, Sexuality and Disability, vol.13, nº2, 1995
- Nordqvist, I., *Sexualidad y discapacidad: un tema que nos concierne a todos*, INSERSO, 1992.
- Posee, F. y Verdeguer, S., *La sexualidad de las personas discapacitadas*, Fundación Creando Espacios, Buenos Aires, 1993.
- Prats, J., *La lucha por una vida normal*, El País, pág. 28, Viernes 28 Febrero 2003.
- Riu Pascual, M^a C., *La sexualidad y la mujer con discapacidad manifiesta: un enfoque psicosocial*, en “Mujer y discapacidad: un análisis pendiente”, Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 2002.
- Ruano, A., *La conducta sexual y las terapias sexuales en la lesión medular*, en Curcoll, M. L. y Vidal. J., “Sexualidad y lesión medular”, Fundació Institut Guttmann, Barcelona, 1992.
- Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*, INSERSO, Madrid, 1993.
- Soulier, B., *Los discapacitados y la sexualidad*, Herder, Barcelona, 1995.
- Ward, K. y otros, *Community services, issues and service gaps for individuals with developmental disabilities who exhibit inappropriate sexual behaviours*, Mental Retardation, vol. 1, nº 1, 2001.
- William, M., *Otros programas de orientación sexual*, en Curcoll, M. L. y Vidal. J., “Sexualidad y lesión medular”, Fundació Institut Guttmann, Barcelona, 1992.

4 LAS TRAYECTORIAS VITALES DE LAS INTERLOCUTORAS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN: FICHA TÉCNICA

Como resulta fácilmente evidente, la relación entre la bibliografía (hallada y consultada) y la particularidad de nuestro objeto de estudio, no coinciden, a pesar de tratarse de un mismo tema: la violencia de género hacia las mujeres que padecen discapacidad. En efecto, nos encontramos con una peculiaridad temática de investigación que, tal como señalamos desde las primeras páginas de este informe se trata de un epifenómeno poco “capturable” (no sabemos si por exceso de celo o por escasez de experiencias reales) y cuya particularidad le constriñe notablemente. Nos referimos a la particular violencia de género hacia mujeres que padecen discapacidad pero que es ejercida por su entorno masculino afectivo directo y vinculante.

Las reseñas bibliográficas destacadas, ponen de manifiesto –de conjunto– que la lógica potencial de violencia hacia mujeres con discapacidad (tanto por experiencias como por presunción) se registra más en instituciones terapéuticas, en ámbitos de internamiento, o en circunstancias de violencia callejera, antes que en los ámbitos directos del entorno afectivo. Este último aspecto, sin embargo –verdadero motivo de esta investigación– resulta menos habitual en la consideración de los profesionales acerca de la violencia hacia las mujeres que padecen discapacidad por lo que, las trayectorias que siguen, en tanto expresión de una cata investigadora que ha resultado muy dificultosa de anclar en la realidad, o mejor aún, de lograr acceder a circunstancias como las que buscamos, han de ser consideradas en tanto expresiones de una casuística específica difícilmente transferible a otras realidades, y de baja incidencia de reproducción social.

Fueron contactadas un total de nueve mujeres que padecían diferentes tipos de discapacidad, todas ellas en grado medio o grave. De estas nueve mujeres contactadas fueron entrevistadas un total de seis, de acuerdo a los siguientes perfiles que reseñamos a continuación y cuya peculiaridad ya resulta expresiva de su inexistente serialidad social:

Mujer con discapacidad psíquica media viviendo en ámbito rural

Mujer de 43 años, de clase social baja que habita una zona rural muy aislada, zona de montaña que suele quedar incomunicada durante los me-

ses de invierno. Dicho aislamiento es realmente destacable porque implica que se trata de un caso de discapacidad psíquica (en ningún caso intelectual) en el que la recuperación de la deficiencia no se ha producido, principalmente por falta de atención médica especializada, dada la realidad de pobreza (no sólo económica) de su entorno familiar. Es la tercera hija de un matrimonio mayor, y la única sobreviviente de los tres hijos de la pareja. Esta mujer no ha sido nunca escolarizada ni ha tenido más contacto con el mundo exterior que algunos parroquianos (de la misma parroquia), uno de los cuales ha sido su pareja durante nueve años. No han tenido hijos porque ella –al decir de sus padres– es estéril, dimensión que parece constatarse en la realidad de una personalidad muy peculiar de alguien que no ha incorporado mecanismos de represión interna y que expresa y exhibe un gran apetito sexual. Según testimonia su madre, nunca ha tenido la regla y eso explicaría la falta de madurez de “la niña”.

A los veintinueve años –según dice ella y ratifican sus padres– se “casó con uno del pueblo de abajo” aunque no hay papeles ni compromisos legales que los vinculen y habitaron una casa vecina a la que utilizan los padres. En realidad se trata de un establo de vacas mal reconvertido que carece de infraestructura (no hay baño ni cocina) ya que la alimentación y la vida diaria la realizaban en la casa central de los progenitores. Quien fuera su pareja, la maltrató durante los años en que convivieron, maltrato que se expresaba a través de palizas, golpes y hasta azotes porque “ella no aprendía” a hacer las tareas de la casa y sólo se dedicaba –al igual que ahora– a ver televisión. La propia mujer discapacitada y sus padres –presentes durante las tres entrevistas realizadas–, ratifican dicha dimensión de malos tratos y violencia de género como ratifican también que lo único que ella hace es ver televisión desde la mañana hasta altas horas de la noche.

El agresor hace cinco años que ha desaparecido de la casa, del pueblo, de la zona y nadie sabe más de él. Nunca existieron denuncias ni a la guardia civil ni a otro cuerpo de seguridad, ni tampoco se ha dado cuenta a los servicios sociales del municipio ni de la Comunidad Autónoma. Esta mujer ha llegado a tener dislocación en un brazo a causa de las palizas recibidas, pero en ningún caso fueron realizadas denuncias por el conjunto de contravenciones aquí presentes (no ha existido escolarización, ausencia de demanda a los servicios sociales, falta de atención médica, carencia de medicación por su discapacidad psíquica, etc.) lo cual organiza un caso de anomia social, en el que a los malos tratos recibidos por parte de la pareja, le antecede un proceso de violencia doméstica esgrimida por los propios padres que, en un contexto de ignorancia y oscurantismo, tienden más al ocultamiento del mal (incluida la deficiencia de su propia hija) que a

la demanda de ayudas y atenciones por parte de las administraciones, las asociaciones, la Iglesia, o algún agente del entorno. La madre de la mujer discapacitada tiene cincuenta y ocho años, lo que quiere decir que a los quince años dio a luz a nuestra interlocutora que fue la segunda de sus hijos.

Mujer con discapacidad psíquica media evolucionando a grave en el ámbito urbano

Es una mujer de treinta y dos años, hija de una familia de burguesía media en un ámbito de ciudad intermedia de provincia que se halla en tratamiento neurológico desde los once años y que ha logrado evoluciones muy positivas a partir del tratamiento múltiple terapéutico: neurología, psiquiatría, rehabilitación ocupacional, etc. Es la cuarta hija de cinco hermanos y todo el grupo familiar ha estado muy pendiente para favorecer la evolución a mejor y superar una enfermedad congénita que le ha producido importantes retrasos de aprendizaje. Logró cursar hasta estudios primarios, en una familia en la que todos, padres y hermanos han logrado titulaciones universitarias de alto grado.

En el marco de una terapia ocupacional conoce a un joven, tres años mayor que ella también en proceso terapéutico para superar una esquizofrenia diagnosticada como de grado medio. Se enamoran, se casan y a los pocos meses de casarse comienzan a aparecer síntomas de maltrato y de violencia por parte de él, focalizados en violencia hacia la cónyuge. El episodio más grave se alcanza con un intento de asesinato hacia la mujer que lleva a la intervención policial, posteriormente judicial y al internamiento inmediato del marido. Ella es atendida en ámbito hospitalario y en centro de paraplejía en el que queda ingresada durante siete meses. Este periodo de recuperación, más el distanciamiento con él, hacen que ella empeore de su discapacidad psíquica hasta el punto de haber alcanzado el grado de grave. No hay hijos de la pareja, y paradójicamente el malestar de ella tiene que ver con la imposibilidad de ver a su marido de quien está enamorada, a quien perdona (¿y justifica?) porque “a él le duele mucho la cabeza y no sabe lo que hace” pero a quien considera bueno y cariñoso.

La familia de la que procede ella, está convencida de la imposibilidad de un nuevo encuentro entre ambos, pero también de que la huella de esta experiencia tan contradictoria e intensa, es la causa del agravamiento de la joven que ha alcanzado la máxima puntuación en diagnóstico de gravedad y que actualmente está al cuidado de la familia durante las veinticuatro horas

del día (enfermeras de día y de noche) porque ella es proclive al suicidio, que ha intentado en dos ocasiones desde que se precipitaron estos acontecimientos.

Mujer con discapacidad física grave en ámbito metropolitano

Se trata de una mujer inmigrante, de veintisiete años, de procedencia africana que ha perdido ambas piernas en un grave accidente de tráfico ocurrido en España, hace siete años. Es una mujer de origen muy humilde que ha dejado en su pueblo a dos hijos pequeños que actualmente son adolescentes a pesar de la joven edad de la madre. Esta mujer trabaja en un prostíbulo de carretera, trabajo al que llega porque quien fuera (y es) su compañero emocional es el dueño de dicho local y quien explota el mismo, y en esta explotación ella juega el papel de atracción de feria burdelesca por lo que se trata de un claro vínculo regido por el maltrato psicológico, aunque no existen –ni han existido jamás– malos tratos físicos.

Se trata de una relación caracterizada como “verbalmente violenta” en la que la principal forma de vínculo es la violencia simbólica y expresiva pero no por ello, resulta insignificante o carente de importancia. El dinero que ella recibe en tanto pensión por discapacidad total es trasladado de inmediato a su país de origen para que sus hijos puedan alimentarse, educarse y ayudar a otros miembros de una familia extensa en cuyo contexto se hacen mayores. Ella ha ocultado a su familia de origen tanto la dedicación a la prostitución –desde antes del accidente– como el haber perdido ambas piernas en un accidente de tráfico, después del cual ha seguido trabajando pero ya no en la calle, sino en el local de su compañero sentimental. Su principal interés es “hacer” dinero para evitar que los hijos quieran emigrar y encontrarse con ella en esta realidad actual física, relacional, laboral y ética.

La religión a la que pertenece, al igual que las formas de vida de sus familiares es muy crítica con la prostitución y con el comercio de la carne. Todo lo que hace y lo que le sucede, parece llevarle a una constante auto-sanción que no termina de apaciguarla y donde la violencia que soporta en la relación con su hombre y explotador parece ser parte de este desasosiego psicológico en el que se encuentra. De hecho, la apertura a tener la primera entrevista se debe, justamente, a una trifulca que mantiene con él, frente a la cual y de forma despechada decide contar todo. Se trata de una persona con un gran desequilibrio emocional que ante la sugerencia de si en algún momento ha solicitado ayuda médica o terapéutica para su inesta-

bilidad de carácter, señala que la han visto muchos médicos pero todos la dejan por imposible y con la única persona que puede gritarse, enfadarse, amenazar, insultar, etc. , es con su actual pareja. Por lo que parece sostenerles un doble vínculo según el cual se maltratan simbólicamente y amenazan abandonos y denuncias que finalmente no cumplen porque se saben compenetrados en este pacto de carencias que los ata.

La actitud de ella hacia sí misma es más cruenta desde que ha perdido las piernas y ejerce la prostitución utilizando esta carencia como reclamo de perfil, ya que entiende que de esta forma contacta con “bajas pasiones” de sus clientes, aspecto por el cual se culpa doblemente. Se trata de una mujer moralmente torturada ante los prejuicios religiosos y éticos que ella misma esgrime contra sí y que son, en su discurso, lo que articula el motivo de soportar la mala relación a que él la somete.

Mujer con discapacidad sensorial auditiva grave en ámbito rural

Se trata de una mujer con más de cincuenta años, de clase media que ha quedado sorda por una sobredosis de antibióticos cuando era muy pequeña (menos de dos años) y que también ha quedado inmune a los beneficios de este tipo de medicamentos por lo que ha sido socializada a lo largo de su historia, como una niña burbuja que debía ser protegida de cualquier posible y normal padecimiento infantil: resfriado, catarro, gripes, etc. siempre por el temor ante alguna infección irreversible. Es de constitución física muy débil, con peso muy por debajo del que le correspondería por altura y por edad, que de forma casi autodidacta ha aprendido a leer los labios y a comunicarse con los demás. Habla sin tono, sin registro expresivo pero tiene un buen vocabulario.

Hace más de treinta años casó con un sordomudo de un pueblo cercano con el que tuvieron un hijo que murió en un accidente de tráfico a la edad de seis años, cuando regresaba de otro pueblo con sus abuelos a los que había ido a visitar. La pérdida de este hijo ha sido muy traumática para la pareja que reaccionó con patologías muy diferentes: ella con una depresión de casi dos años, medicada y con brote melancólico por el que dejó de hablar totalmente en este periodo y él con la adicción al alcohol aunque ya tenía antecedentes de exceso en la bebida con anterioridad a la muerte de su hijo. Ella con la depresión y él con la ansiedad alcohólica, parecen desarrollar una patología relacional en la que ella se hace víctima de los ataques de ira de él soportando palizas, malos tratos, abandonos

durante varios días en los que ella queda encerrada en el hogar hasta que un hermano se hace cargo de la situación de gravedad por la que están pasando y lo denuncia a él por violencia de género. Comienza así una situación de gran complejidad porque ella, que se halla en pleno brote depresivo no atestigua ni a favor ni en contra, y así, la demanda de alejamiento del hogar no prospera y él se quedó a vivir en la casa de ambos, mientras ella fue acogida por su hermano y su cuñada. Desde hace más de dos años, él ha abandonado el hogar, tiene orden de búsqueda, pero nunca más se ha sabido de él, si vive o ha muerto, si está en España o en el extranjero.

Actualmente ella está más repuesta, ha vuelto a comunicarse, habla, describe los hechos sin énfasis y sin poder definir si alberga sentimientos hacia el que fuera su marido o no. Su principal actividad es visitar el cementerio en el que está enterrado su hijo, bordar de manera compulsiva durante horas y dormir. Ha abandonado toda relación con el exterior (vecinos, miembros de la asociación de personas con deficiencias auditivas, amistades, etc.) y en el tiempo de contactar y realizar las entrevistas con ella, su hermano se comprometió a casarse en los meses venideros por lo que es probable que ella deba dejar el domicilio fraterno, aunque sin saber dónde vivirá y quien o quienes sufragarán sus gastos.

Mujer con deficiencia visual total con domicilio en ámbito urbano pero constante movilidad por toda España

Es una mujer ciega, con una ceguera sobrevenida a los ocho años por una enfermedad degenerativa con antecedentes familiares pero que sólo le ha afectado a ella dentro de la cohorte de su generación y que fue común y frecuente entre sus abuelos y antepasados. Es una mujer de etnia gitana que vive del trabajo comunitario junto con sus hijos y su marido vendiendo ropa de hogar en mercadillos de pueblos de diversas Comunidades Autónomas de España, de allí que su habitat sea el nomadismo, antes que ningún domicilio certero. El matrimonio fue acordado por una deuda que el padre del joven tenía contraída con los padres de ella y que al no poder pagarla esgrimió la boda entre ambos futuros jóvenes, aunque en el momento del pacto, éstos eran sólo unos niños de once años de edad. De esta forma, alguien que garantizaba un vínculo conyugal con “la ciega” zanjaba la deuda entre las familias. Actualmente ambos tienen cuarenta y cuatro años aunque el aspecto de ella es notablemente más envejecido y a mucha distancia del buen ver del que goza él. Ambos son padres y abuelos de un total de siete nietos que les han ido dando hasta ahora sus cinco hijos. Es un caso de violencia encubierta en el que ha sido imposible que ella o sus

hijos, realizaran manifestación alguna al respecto. Por el contrario, se trata de un caso ya denunciado en Servicios Sociales de tres Comunidades Autónomas diferentes y existen testimonios de otros comerciantes (mujeres y varones de la misma etnia) que ratifican la existencia de violencia.

Ha resultado sumamente elocuente desde esta realidad de malos tratos encubiertos, la facilidad con la que fue posible lograr los encuentros con ella y con él, siendo como es, una cultura muy refractaria a la investigación y a cualquier otra forma de intromisión, y menos aún de intervención en lo que consideran sus peculiares maneras de vivir las cosas y afrontar la realidad desde los cánones de su identidad cultural. Durante la primera entrevista, (entre la primera y segunda pasaron casi tres meses porque estaban ilocalizables trabajando en ferias) ella tenía un brazo mal escayolado o escayolado de forma muy artesanal por lo que le ha quedado mal y esto le impide utilizarlo con normalidad. Pero como se trata de una mujer con gran destreza de relación con el espacio, tanto cerrado como abierto a pesar de su ceguera,—o justamente por ella— incorpora fácilmente las nuevas limitaciones de su cuerpo. Su discurso acerca de la relación con su marido no se mueve de la consideración de normalidad y del tránsito por los lugares comunes derivando inmediatamente hacia la buena condición de padre, de éste, “su hombre”.

Mujer sordomuda viviendo en ámbito urbano

Es una historia de trayectoria en la que medió la presencia de una tercera persona, capaz de interpretar el sistema de signos con el que se comunica nuestra entrevistada. Habita una CCAA insular y vive en una pequeña ciudad dormitorio de trabajadores de diversa clase, atenazados actualmente por la crisis y el desempleo. Tiene cincuenta y tres años y con su marido que es también sordomudo, y cuatro años más joven que ella, son padres de dos hijos, uno de ellos, varón sordomudo y otra mujer sin deficiencia sensorial alguna. Ambos hijos viven en otras ciudades de la península por lo que se hallan los dos viviendo en una modesta vivienda social. Viven de las pensiones por discapacidad y de ingresos irregulares por trabajos en la economía sumergida. Ella ha denunciado en dos oportunidades a su marido por agresor, aunque en ambos casos ha retirado finalmente la denuncia. El es alcohólico y aparentemente con algún retraso mental aunque no ha sido nunca diagnosticado. Cuando él se sobrepasa en la bebida desarrolla una agresividad particular hacia ella tanto en el orden sexual como bajo la forma de malos tratos. Según declara ella, ha sido de la misma forma siempre, aunque se ha ido agudizando con la mayor ingesta de bebida. Los hijos que

ya no viven con ellos están al tanto de lo que sucede pero se niegan a avalar una denuncia contra el padre, de la misma forma en que se han negado a participar en la investigación en curso. Cuando ella ha sido violentada y golpeada por él, se ha atrevido a denunciarlo a instancias de una asociación de deficientes comunicativos a la que pertenece pero cuando tiene que ratificar la denuncia, se retrotrae.

La relación con él, es la típica y característica que se da con las personas adictas al alcohol que pueden pasar de la mayor de las ternuras a la más irracional de las violencias. Por eso ella sostiene que él es una “buena persona” que ha tenido mala suerte en la vida porque los trabajos a los que llegó siempre han fracasado y que lo único que ella quiere es que sus hijos vivan lejos para no “verse afectados” por los humores del padre. Carece de otros vínculos familiares, no tiene hermanos, ni padres vivos, ni hay más familiares cercanos. La vecindad es la principal referencia de protección con la que cuenta – viven en un edificio de protección por lo que las formas de solidaridad suelen ser muy espontáneas, pero nadie quiere comprometerse a una acción de intervención porque ella acaba protegiendo y justificando a su agresor.

Hasta aquí el perfil peculiar de las mujeres interlocutoras de esta investigación, las cuales, exhiben diferentes historias que compiten en dramatismo y truculencia. Se trata de historias de mujeres que además de sobrellevar, mejor o peor, sus respectivas deficiencias y sus diversos grados de discapacidad, arrastran historias relacionales que son, también ellas, notablemente deficientes. En efecto, de una u otra manera –y eso intentaremos analizar en el capítulo próximo–, las mayores desventajas o handicaps no están en las diferentes discapacidades sino en la discapacidad emocional que ellas exhiben ante los varones con los que se relacionan, con los que sostienen vínculos afectivos, a los que han hecho padres en muchos casos y de los que no parecen querer defenderse cuando siendo agresivos y violentos, siguen estando aún con ellas.

5 LAS TRAYECTORIAS HALLADAS: APROXIMACIONES A ALGUNAS LÍNEAS DE INTERPRETACIÓN

Luego de la presentación de las diversas trayectorias de vida de mujeres que padecen alguna discapacidad y son a su vez, víctimas de alguna forma de violencia por parte de su entorno afectivo masculino directo, volvemos a reiterar que difícilmente desde estas experiencias puede llegarse a conclusiones operativas de cara a otros casos. En efecto, se trata de realidades tan peculiares, tan azarosas en su expresión de ser, en sus posibilidades de existencia que no permiten encontrar fácilmente, factores que sean indicativos de la causa precisa de la particular violencia de género que implican. Por ello utilizamos el concepto “historias halladas” toda vez que más que el abordaje a ellas por diseño explícito, se trata de realidades anómicas en dimensión compleja que impiden,—al menos desde la perspectiva sociológica— estipular la existencia de indicadores previos, o más explícitamente, reconocer que estos casos de anomia se deben a la presencia de la discapacidad como factor central de los mismos. Dicho en otros términos, ¿la violencia de género que han padecido —o aún padecen— estas mujeres es debido a su discapacidad psíquica, física o sensorial? ¿No se trata de casos en los que la pobreza, la patología emocional, las circunstancias de exclusión social son los verdaderos factores explicativos de cada uno de los casos? ¿Es posible generalizar desde los mismos la existencia de indicadores que centren su importancia en las deficiencias, o deben ser considerados casos de anomia social de carácter multifactorial en los que la discapacidad es tan solo un factor más? ¿Hay alguna posibilidad de proyectar estos casos hacia la prevención desde el foco de las discapacidades o deben ser considerados casos de marginalidad social, o en su defecto de marginalidad relacional?

Redundando en lo que señalamos en los párrafos anteriores, podemos constatar que se trata de situaciones muy diversas y dispersas que no permiten concluir o factorizar los motivos, insistimos, al menos desde la perspectiva de nuestra aproximación. Por ello, un recorrido por las diversas variables aquí presentes, permitirá aclarar más nuestra inhibición al respecto

CLASE SOCIAL: Como se desprende fácilmente del breve muestrario de casos que hemos reseñado, éstos ponen de manifiesto que la posibilidad de que se den circunstancias de malos tratos o de violencia de género hacia mujeres que padecen discapacidad, está presente en diferentes cir-

cunstances de clase social, desde pobreza estructural que implica no sólo la falta de recursos económicos sino de todo tipo (información, acceso a los recursos públicos, educación, etc.) hasta en segmentos de clases medias y contextos familiares con alto grado de profesionalización y capacidad integral para generar cuidados y atenciones hacia la persona con discapacidad. Por lo que si bien, resulta evidente que la mayoría de los casos tienen que ver con situaciones de bajos recursos económicos, no podemos concluir que éstos sean el caldo de cultivo en los cuales puedan generarse circunstancias como las que estamos investigando.

En efecto, como también resulta evidente, una vez más se pone de manifiesto que la pobreza es un factor estructural de tal importancia, que es capaz de agudizar todos los fenómenos porque en ella convergen, o mejor aún, ella produce no sólo falta de recursos económicos sino ausencia de todo tipo de capitales, incluidos los simbólicos. En la pobreza, la falta de dinero convive con las otras faltas: información de acceso a los recursos, autoestima, sentido de pertenencia ciudadana, conciencia de derechos... y un amplio etcétera que en la pobreza encuentra su particular caldo de cultivo. Pero no podemos en ningún caso, adjudicarle a esta condición posible de vida, la responsabilidad total de un fenómeno como el que estudiamos, es decir como explicación única de la probabilidad de violencia de género sobre mujeres que padecen discapacidad.

NIVEL EDUCATIVO: Es evidente y constatado de manera estadística que las personas que padecen discapacidad, y más aún si arrastran consigo la condición femenina, alcanzan menores índices de acceso a los estudios que el resto de personas. En nuestro abanico de realidades, sin embargo y a pesar de que domina la fenoménica de un bajo grado de acceso a los estudios, también hay casos de logros y titulaciones aunque sean básicas, lo que sin embargo, no ha evitado la exposición a los malos tratos. De igual manera en lo que atañe a los agresores, no es el acceso a los estudios lo que discrimina la posibilidad de que se constituya o no como un agresor de mujeres. En otros estudios se ha puesto de manifiesto la capacidad de que esta figura de violencia doméstica se agazape en varones semianalfabetos, tanto como en varones con titulaciones superiores, por lo que no parece situarse como un factor explicativo.

EL TIPO O TAMAÑO DE HÁBITAT: Nuevamente se constata que la posibilidad de que este particular tipo de violencia se haga presente, es factible en todo tipo de hábitats desde las circunstancias más aisladas dentro del mundo rural hasta las grandes ciudades de tipo metropolitano; desde la vida más solitaria e individualista propia de las organizaciones societarias,

pero también los vínculos de tipo comunitario, característicos de ciertas culturas muy particulares y orgullosas de su comunitarismo, son capaces de albergarla. En pueblos u organizaciones sociales más o menos activas en las formas espontáneas de control social, hasta las ciudades de tipo medio en los que la moral del deber ser en el desempeño de los roles de identidad relacional resultan más pautados y rigurosos, también se han desarrollado casos de violencia de género sobre mujeres que padecen discapacidad. Desde las más estrictas formas de sedentarismo – sujetos que llevan generaciones viviendo en un mismo contexto y que son conocidos y observados por todo el entorno, hasta formas de nomadismo instituido por prácticas económico culturales ancestrales.

EL TIPO O GRADO DE DISCAPACIDAD: De manera premeditada, y en ello sí que no quisimos renunciar a las intenciones de nuestro anteproyecto, y a las propuestas de las instrucciones recibidas por parte del Ministerio de Igualdad, la búsqueda de casos como el que nos convocaba se circunscribió a grados medios o graves del padecimiento de diferentes formas de deficiencia. Pero aún cuando haya sido de manera azarosa, lo cierto es que hemos tenido representantes de los tres grandes tipos estandarizados de deficiencias discapacitantes: psíquicas, –en algún caso con deriva hacia discapacidad intelectual–; físicas y sensoriales y de éstas últimas, también, las más frecuentes. Sí resulta evidente –y así lo van a señalar diferentes profesionales entrevistados y late en el conjunto de la bibliografía consultada–, que la discapacidad que resulta potencialmente más vulnerable ante la posible violencia de género es la que se expresa como deficiencia psíquica o, las formas particulares en que se exhibe la discapacidad intelectual, aunque para estos casos de mujeres con discapacidad psíquica, todo apunta a que los principales focos de violencia más que del marco afectivo inmediato, tienden a proceder del entorno asistencial a través de lo que luego caracterizamos como violencia inespecífica. Sin embargo, en el caso de los objetivos particulares de la presente investigación que realizamos y que significó diferenciar entre agresores o violentos circunstanciales u ocasionales (inespecíficos) de aquellos otros que forman parte del contexto emocional cotidiano de la mujer que padece alguna discapacidad, centrados en éstos últimos, no parece ser la discapacidad psíquica la más frecuente sobre la que se ensañan los potenciales agresores.

En relación a los grados de discapacidad, –y aunque no es posible generalizar ni por el método de trabajo utilizado ni por las realidades de estas trayectorias investigadas– lo cierto es que encontramos un alto grado de discapacidades y o disfuncionalidades relacionales en los mismos varones agresores, aspecto que de una u otra forma, habrá de tenerse en cuenta a

la hora de valorar esta particular circunstancia de violencia hacia mujeres que padecen discapacidad. Es más, probablemente en medio de la caracterización en tanto anómicos de cada uno de estos casos y la imposibilidad de extrapolarlos socialmente, lo más común a ellos, lo más transversal a sus peculiaridades es que los varones agresores padecen explícitamente en unos casos, y fácilmente deducibles como implícitos en otros, algunas manifestaciones de patologías que se inscriben fácilmente en los cuadros de las discapacidades en primer lugar, y en las adicciones (al alcohol, o a los fármacos o las drogas en general) en segundo lugar. Dimensión que en ningún caso disminuye las responsabilidades de éstos, ni actúa como justificante de ninguna actitud o acción, ni finalmente es atenuante de la existencia de la violencia misma, pero puede aportar un indicador de relevancia para la prevención de este tipo de situaciones

EL ÍNDICE DE RELIGIOSIDAD: Otro factor que tampoco discrimina a favor o en contra de la existencia de casos de violencia de género sobre mujeres que padecen discapacidad. Desde la presencia de interlocutoras muy religiosas, o muy ligadas al tradicional catolicismo español, hasta posiciones laicas propiciadas por el entorno familiar de pertenencia; desde la religiosidad comunitaria más integrada en la cultura española, hasta otras, cuya rigurosidad moral es más alta y más activa para la identidad de los sujetos, tanto mujeres agredidas como sujetos agresores, no destacan ni en un sentido ni en otro en relación a la religiosidad, aunque, en ningún caso ha sido factible llegar a ellos, a los varones agresores.

EL GRADO DE AISLAMIENTO SOCIAL: Tampoco parece valer como indicador sobre el cual poder actuar y generar políticas de prevención, toda vez que se trata de una práctica de violencia sobre los otros, –en este caso “la otra”– del propio entorno en la que el sentido patriarcal de las relaciones entre los sexos aún vigentes en nuestra cultura, proveerán de un sentido de la intimidad que sigue siendo impenetrable para los terceros, especialmente si dicha intimidad significa resguardar el derecho de una pareja, y más aún, si se trata de una pareja en la que uno de ellos o ambos padecen alguna deficiencia explícita. Y porque además en este estudio se pone de manifiesto que aún en culturas muy comunitarias y poco privatistas, –aunque predominantemente patriarcales–, también es posible que se produzcan casos de violencia de género sobre mujeres que padecen discapacidad. Al igual que en el caso del factor pobreza, el aislamiento puede convertirse en un indicador secundario que potencie un mayor nivel de impunidad, pero en ningún caso puede situarse en un espacio privilegiado de valoración.

LOS DÉFICITS DE AFECTO: Algunos de los casos con los que hemos podido contactar hacen evidente que el vínculo de afecto se mantiene más allá de la patología relacional, o –incluso más– que el verdadero nudo de la patología relacional viene condicionado por la importancia del afecto positivo que vincula a los cónyuges o a la pareja, más allá de la experiencia que ha atravesado la vida de estas mujeres. Las siguientes citas son elocuentes al respecto:

– Es mi hombre y yo lo quiero y es verdad que peleamos todo el tiempo y nos gritamos y todo... mucha gente, muchas compañeras que trabajan aquí me dicen que por qué no lo dejo que ahuyento a clientes por los gritos que nos damos, pero no saben que nuestro amor es así... que lo que pasa es que no podemos estar juntos pero tampoco separados, es muy difícil y él ha sido bueno conmigo. Él no explota, yo trabajo aquí porque quiero. A él no le parece malo y a mi me da el dinero que yo hago con otros hombres... qué más pido, pues nada más... comida, casa donde vivir... y aquí no se hace más que estar en la casa que está allí en colina y después trabajar aquí... una vez me llamaban de gasolinera y él me cuidó y que no y que no... sólo aquí en la casa esta porque están los guardias. Si él bebe mucho entonces más violencia y yo también grito y me da miedo, siempre pienso que va a ¡pum!... pero no, él es violento pero sólo hacerme llorar.

... El brazo fue por caerme, en ferias... hay mucho trabajo y todo es rápido para poner puesto para quitarlo y así... Así me quebré el brazo, pero no hay denuncia ni nada porque es hombre cabal, quiere a sus hijos, eso para un gitano no se pregunta y yo respeto porque es mi marido... nada que decir, nada, nada.

... Es verdad que me ha hecho daño, pero más daño es no verlo, no estar con él, ir sola al cementerio, eso me enferma más que cuando él... Si él hizo lo que hizo es porque no quería verme tan triste, es por eso... pero mi familia seguro que le habló mal de él, pero no es cierto... ¿ud. puede decirle que venga, que yo quiero estar con él?

PERO CÓMO DICES QUE TE QUERÍA, SI TE HA PEGADO MUCHAS VECES, SI TE HA HECHO DAÑO.

No sé... pero es el único que me quiere, no hay más, soy él y me traía caramelos y miraba conmigo la tele.

... Mujer... pegar no, nunca me ha pegado porque sabe que fuerte soy, pero gritar y golpes en mesa y esas cosas, cantidad, mucho, y ¿sabes qué pasa? Que bebe mucho y entonces grita y da golpes pero a mi no, pega en esa mesa, mira cómo está... esas marcas son de golpes y entonces al principio si que me daba miedo pero yo tenía bien mis piernas y no pasaba nada... pero una vez rompió una botella de güisqui y con la botella rota me corrió allí a los árboles porque decía que le estropeaba la vida... pero después desde el accidente gritos, muchos gritos, pero no me pega, pero mucho de llorar, eso sí...

Se trata, sin ninguna duda, de vínculos relacionales en los que éstas mujeres sienten que la cuota misma de violencia real y/o simbólica es parte del nudo que las ata o les ataba a estos varones. Ninguna de ellas, percibe que haya sido odiada o, más aún, que les hayan dejado de tener afecto estos particulares varones que han sido –en conjunto– agresivos con ellas: les han pegado, o en algún caso han intentado matarlas, les han agredido reiteradamente, les han tratado a gritos o les han abandonado en otros... pero curiosamente todas, todas sin excepción expresan certidumbre acerca de la solidez del vínculo y de que en dichas relaciones ha existido y existe mucho vínculo. Incluso más, algunas de ellas han visto perturbada y agudizada su deficiencia a partir del abandono de la figura del agresor. Salvo en aquellos casos en los que la comunicación con la mujer agredida ha resultado muy deficiente (como el caso de la mujer con discapacidad psíquica media viviendo en medio rural o la mujer con deficiencia auditiva y de habla, en cuyas sesiones debía intervenir una intérprete para poder alcanzar alguna forma de comunicación) en todas las demás casos, y más allá de la actitud de ellos, estas mujeres expresan que ellos tienen que ver con la experiencia emocional femenina más importante de sus vidas, a pesar de lo desastroso de dichas experiencias:

Es la única persona con la que yo he sentido que era alguien para él... aunque a veces se pusiera como se pusiera, pero yo no he tenido otro hombre en mi vida, ni novio, ni amigo, ni nada de nada... entonces claro, cuando pienso en los momentos malos, no ... no quiero saber más de él... pero como ahora es que lo extraño, porque también sabía ser bueno y cariñoso conmigo, no es que siempre me pegara. Si él es bueno, lo que pasa es que la bebida lo enloquece... y luego lo que nos pasó con el niño... eso, eso lo trastornó.

Dice que si él estuviera aquí a ti te gustaría también y vieras que es buena persona, que la gente lo quiere y que aunque es muy de parece que da miedo que hay muchas veces que está muy bien y es cariñoso.

PREGÚNTALE SI HACE MUCHO TIEMPO QUE FALTA DE CASA.

Dice que como tres meses.

Y CREE QUE VA A REGRESAR

Seguro que sí... cuando se canse de estar por allí vendrá

ELLA QUIERE QUE REGRESE

Eso es lo que más quiere

PERO LE HA PEGADO Y POR ESO ESTÁ ASÍ

Dice que no importa que quiere que regrese

Si esta circunstancia, que podría catalogarse como “síndrome de Estocolmo”, se repite en todos estos casos, es porque sin ninguna duda existe otra forma de vivencia de la emocionalidad y ello es ajeno a los saberes desde los cuales se aborda la presente investigación. Pero resulta muy sintomático, que no sólo no parece existir temor o desprecio hacia el agresor, sino, –y esto se hace más patente en los casos en los que sigue estando presente esta figura del agresor mismo– no emerge ningún cuestionamiento sobre la convivencia o sobre la viabilidad de una ruptura como forma de autoprotección. Es más, en el caso de figuras agresoras en convivencia con la víctima durante la investigación realizada, pesaba para estas mujeres una doble línea de valoración acerca de la idoneidad de que ellos estuvieran a su lado: su posible ausencia significaba asumir una posición social de abandono, de contravención a las pautas de su cultura particular, soportar el oprobio que pudiera significar para sus hijos y el resto de su familia un vacío de la figura paterna, más que el temor (no sólo lo indigno) de convivir con alguien que les violenta.

Uy, quita, quita... dónde va a ir, que va ser de nosotros... nada, nada yo quiero a mi marido, es mi hombre y él tiene su lugar aquí con sus hijos y todos juntos, esas cosas de payos no nos van, nosotros somos para toda la vida porque así lo creemos, ¿me entiendes? Qué va a decir la familia, la familia de él, como va a dejar a su mujer y a sus hijos

si llevamos tantísimos años... por los caminos de Dios... Y mi familia, en nuestras leyes y nuestras costumbres, tú no sabes pero hay otras leyes, otra forma de matrimonio que no se da eso de la tele, que hoy estoy con uno y mañana con otro, ni nada de eso... Nuestra cultura es diferente.

... Ahora ya no me preocupa porque los hijos están fuera y como él bebe, lo mejor es que los hijos estén fuera, si es así no me preocupa porque a dónde voy yo y a donde va él... quién me va a conocer como él... es verdad que a veces es muy malo, muy malo... pero otras veces no... si no es él, es la bebida.

Pues mira, yo espero que nunca se enteren, esto del aparato no se lo enviarás a ellos ¿no? (ríe).

POR SUPUESTO QUE NO.

Y además, en mi situación tú imagina qué hago yo sin un hombre al lado, por lo menos si él me maltrata, ya sé yo quien es y hasta donde llega, otro degenerado de los que se asoman por este club, no sabes de donde es... Él no es malo, lo que pasa es que es muy loco, ese es el problema... Pero es mi hombre ¿sabes?

Y en segundo lugar, porque en todos estos casos media una relación afectiva que ha resultado inalterada (más que inalterable) por parte de estas mujeres. Así es, por muy incomprensible que parezca, entre la comprensión, la resignación y el amor, se establece un extraño vínculo que señala que en cada uno de estos vínculos no prospera la búsqueda de la mejoría, la expectativa de justicia, o la confianza de la transformación a una mejor realidad, sino que lo que subyace es la necesidad de mantener el vínculo existente, en los mismos términos en los que se ha dado porque en su infortunio y en su gratificación se ha establecido la necesidad del otro. Cuando ello no se ha sostenido en pro de la relación, como en el caso de varones que han abandonado a estas mujeres, emerge un profundo malestar para ellas que es, según señalan, “peor, mucho peor” que estar con él

Para mi es peor. A mí gústame que esté...

... ¡Ay neniña! ¡Las palizas que dábate!... (otra voz)

Pero yo quiero con él... no siempre me pegaba... el es bueno, es bueno conmigo... pero ahora no sé por qué no viene, no sé...yo quiero que venga

TÚ QUIERES QUE VENGA ÉL O QUE VENGA ALGUIEN QUE TE QUIERA.

Yo quiero que venga él.

De verdad es una cosa muy impresionante porque desde que pasó todo esto, claro que luego lo de mi sobrino que falleció en el accidente que también murieron los padres de él, y entonces, no sabes... todo fue a peor porque después cuando ella volvió de... Y él ya no estaba, mi hermana solo quería verlo a él, preguntaba por el todo el día... y hasta nos cabreábamos porque el hijo puta, perdona que hable así... la había enviado todos esos meses a la clínica y la muy tonta ahora clamando por él. No lo podíamos creer, mi novia, mi madre, todos estábamos que no lo creíamos, pero mi hermana está enferma de la cabeza de siempre, si puedes hablar con ella, vamos que te hable, verás que solo habla del niño que se le ha muerto y de si sabes algo de él porque ella lo está esperando.

... Aunque los vecinos le digan cosas de él, él no es malo, lo que pasa es que la bebida lo pone mal, siempre lo ha trastornado, pero cuando no bebe es un hombre bueno. Si las veces que me ha pegado es porque está fuera de sí... él a mi me aprecia y a sus hijos los adora...

¿Esta particular forma de vínculo es producto de la discapacidad en la que viven? No parece ser así. En investigaciones anteriores sobre discapacidad por violencia de género, era evidente que la complejidad relacional estribaba en que si bien ellos pudieron llegar a dejarlas discapacitadas en el ejercicio de la violencia, lo cierto es que todas, de una u otra forma, reconocían el doble vínculo que les relacionaba a ellos. En efecto, la presencia de un doble eje relacional, por una parte la violencia, pero por otra la ternura, la capacidad de expresarles afecto, la importancia que significaban en sus vidas estos varones reales, la unión a través de los hijos, la certidumbre sobre que esos varones agresivos son buenos padres de sus hijos, etc. resultó parte del material producido en el marco de aquella investigación cuyo carácter paradójico no podemos desdeñar. Y en la presente investigación, vuelve a ponerse de manifiesto un mismo tipo de patología vincular que en ningún caso podemos

asentar sobre la existencia de la discapacidad en sí, sino de lo que parecen ser, formas muy poco ideales, pero reales de relación entre los sexos.

Probablemente la figura del doble vínculo relacional, figura paradójica y que en su extremo resulta esquizofrénica, es la que mejor contiene la mayoría de los casos a los que hemos llegado y en los que se han dado circunstancias de malos tratos y violencia de género sobre mujeres que padecían alguna discapacidad. Pero este mismo encuentro pone de manifiesto que no es la discapacidad el principal factor que dispara la violencia –como podría presuponerse hipotéticamente– sino la existencia de vínculos emocionales atravesados por la patología relacional de almas en circunstancias de carencia estructural por ambas partes.

LA DISCAPACIDAD EN SÍ MISMA: Probablemente se trate de un factor imposible de aislar del nudo relacional y que ocupa un protagonismo importante porque ninguno de los varones –que aparecen detrás de los discursos de estas mujeres–, es capaz de sobreponerse a la debilidad sobresaturada que significa la deficiencia de ellas. En efecto, en algunos casos, es probable que desde el sentido tan peculiar de sus afectos, o por la imposibilidad de soportar “la condena” de estar con mujeres que padecen discapacidad, condena de la intimidad relacional y condena de la presentación pública de estas parejas de hecho o de derecho, la agresividad misma deviene un signo de su debilidad para sobrellevarlo...

Es bueno, muy bueno... tú tienes que pensar que a nosotros nos ayuntaron desde que éramos chiquititos, eso es mucho coraje para él, porque teníamos once años, pero nosotros sabemos que es así, pero mi papa cobró una deuda y eso no se puede decir pero eso lo saben los primos y entonces para él es mucho coraje porque esas cosas son para siempre y yo no puedo hacer otras cosas, si quiero vender flores no puedo, solo en los puestos con los hijos y con él... ¿entiendes? Pero él es bueno, él quiere a los hijos porque salieron todos sanitos gracias Jesucristo... y cuando tenemos que andar por allí que vamos al sur a Madrid, vamos a Valencia, vamos donde mis primas en Extremadura, a todas partes me lleva y muchas veces hay que empezar muy pronto y llueve y él trabaja y ayuda y los hijos, todos muy buenos... no hay nunca problemas, nunca hay problemas.

Es probable que él no haya soportado la depresión de mi hermana, desde luego. Y casi puedes entenderlo, aunque no lo justifiquemos,

pero has estado con ella y ya ves como está enamorada de él, lo único que quiere es que él vuelva y es lo que la mantiene con vida, de verdad si ya te contó el médico ¿verdad? Te contó de los suicidios... ya ves... ella está enamorada de él, y él que se ponía fatal con la bebida, no soportó la depresión de ella cuando lo del niño, eso los estropeo a los dos.

Ella es más lista de lo que parece, de verdad... lo que pasa es que es muy vaga y nosotros la educamos mal porque no sé por qué y nunca quiere hacer nada, nada, no hace nada, todo el día mira televisión. Para eso sí que es lista, no veas como sabe los nombres de todos, de los de esto lo otro... allí no tiene problemas de saber, sabe todo, todo, es como la que más... y él la quería porque tampoco él era muy listo, pero marchose y después de aquello que ya le pegó y yo le corrí con la escopeta por allí por ese monte, pero creyendo que en la noche volvía-se, y nada, ya van no sé cuántas lunas.

... y realidad más compleja aún, cuando –como afirmábamos en páginas anteriores–, estos mismos varones son de manera explícita en algunos casos, y de manera implícita en todos, sujetos con alguna forma de discapacidad comprensiva, relacional, interpretativa, valorativa acerca de sus afectos, la idea que tiene de las mujeres y, sobre todo, la consideración que tengan sobre sí mismos. En efecto, se trata de algunos casos de evidentes disfuncionalidades comprensivas, en otros casos de patologías vinculares como es la adicción al alcohol, o se trata de sujetos fronterizos en su que-hacer cotidiano como es la relación con la prostitución como mercancía.

Todos estos factores relativos a los sujetos en tensión violenta, nos inhiben de poder realizar una extrapolación social, ya que la significatividad de los casos contactados, el orden de posibilidades que existe en la realidad para presuponer que puedan reproducirse estas mismas circunstancias es tan mínima que no podemos tomarlos más que como casuística, antes que como representación de conflictos sociales pertinentes.

No se trata de desestimarlos, se trata de consignar que desde ellos no surgen las discapacidades como epifenómenos desde las cuales poder explicar por qué estas mujeres son más vulnerables que otras. O dicho en otros términos, no es la discapacidad el factor de vulnerabilidad que les limita, sino el sistema de relaciones patológicas, dentro del cual, la presencia de la discapacidad es uno más dentro de otros tanto o más importantes:

la pobreza, la idiosincrasia de las culturas comunitarias, las patologías de diagnóstico psicológico. Si dos factores, como ya señalamos, son transversales a las diversas historias, estos son, la alta identificación con la discapacidad como conformación de la identidad de todas estas mujeres y la presencia de varones con diversas pero siempre intensas formas de patología de personalidad relacionados con estas mujeres.

6 LA CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN LA OPINIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES

Los profesionales consultados contemplan la violencia de género contra las mujeres con discapacidad desde una perspectiva más compleja que la que concierne a la violencia hacia las mujeres en general. La caracterizan como violencia de género porque son fundamentalmente las mujeres quienes la padecen, pero afirman que ésta es ejercida no sólo por sus parejas varones, sino que la violencia puede ser ejercida por parte de cualquier varón del entorno encargado de su cuidado (padres, hermanos, hijos, cuidadores profesionales, amigos con gran ascendiente y relación, e incluso por parte de otras mujeres). Por ello es por lo que la perspectiva de los profesionales de diversas disciplinas –y así lo hace manifiesto la amplia variedad de bibliografía al respecto– se sitúa en una consideración no sólo más compleja de este fenómeno sino, también, más diversa porque engloba bajo el concepto de **violencia de género toda forma de violencia...**

No creo que deba referirse tan solo a la violencia sexual, sino a un maltrato, a una forma de agresión que puede ser momentánea, minúscula incluso, pero que aquí la hemos visto entre gente que trata con mujeres y hombres en sillas de rueda, o con ciegos... porque lo que pasa es que las deficiencias se soportan muy mal porque hacen evidentes nuestras propias deficiencias, por eso la persona con déficit provoca violencia.

Verás no es lo mismo una persona que se presenta con todas sus facultades aparentemente en acto que la que tiene que construir su identidad desde una carencia y en ese sentido, las mujeres que tienes alguna forma de deficiencia o malformación o carencia o como quieras llamarle, son mucho más propensas a que las maltraten, aunque sea el señor que conduce un camión y que se enfada porque la señora con un bastón o con escayola, o con identificación de ceguera... demora mucho en cruzar la calle... la discapacidad provoca violencia.

Ejercida por cualquier perfil de persona, ya se trate de varones o mujeres, mayores o jóvenes, cercanos o distantes...

En ningún caso tenemos circunscrita la violencia hacia las mujeres con discapacidad a las relaciones cercanas o afectivas de los hombres que están a su alrededor. Creo que de esa forma se limitaría muchísimo el concepto de violencia y no sólo se lo limitaría, sino que te perderías, dejarías fuera la mayor cantidad de casos de violencia hacia las mujeres con deficiencias que existen en España, en Europa y en el mundo.

... Tenemos un sentido amplio de lo que puede considerarse violencia de género y por supuesto, no ponemos toda forma de maltrato dentro del mismo saco... creo que es verdad lo que se señala desde ciertos sectores de fisios con los que nosotros trabajamos muchos y ellos, deberías verles porque son muy interesantes... no es igual empujar a una mujer en silla de ruedas que colarte delante de una señora con bastón en el autobús... que todo es violencia lo es, pero son diferentes.

La idea de violencia no es solo una violación o dejar estropeada a una mujer para toda la vida, en el área de atención psicológica a la persona con alguna deficiencia ya sea física, psíquica misma o sensorial, consideramos violencia toda forma de agresión voluntaria que se ejerce sobre alguien en inferioridad de condiciones defensivas y que la ejerza cualquier persona, aunque sea un niño...

... con independencia de si se trata de una relación estable o inexistente, sólida o efímera, reiterada o pasajera. En efecto, **a diferencia del estricto enmarque con el que abordamos la noción de violencia de género en la presente investigación, los diferentes profesionales, sin excluir la tipología de violencia que nos ocupa, dan a este concepto una cobertura más amplia tanto en el tipo de maltrato posible como en la figura de quien la ejerce como, –y es lo que más nos diferencia y distancia– en el tipo de relación existente entre el agresor y su víctima.**

Tengo la impresión de que si lo que estáis es situando la violencia de género hacia mujeres con deficiencias entre sus maridos o así, que estáis dejando fuera de violencia muchas otras realidades que deberían estar presentes porque seguramente son las más frecuentes de todas

... No son solo las parejas de estas mujeres las que ejercen violencia sobre ellas, lo son también las personas que les cuidan, en psíquicas,

fijate que no quiere estudiar pero estamos seguros que en centros de atención mental se dan los casos más flagrantes de maltrato y de abusos sexuales directamente entre el personal sanitario, seguramente con la excusa de que son mujeres muy predispuestas porque la mayoría de ellas, las que padecen desarreglos psíquicos, tienen un gran componente de hormona alta que se llama, pero eso no quita que sea maltrato y que sea abuso...

En otros orden de cosas lo que más atendemos aquí en esta unidad de atención a mujeres con algún tipo de experiencia de violencia de género y cuando se trata de personas disminuidas es justamente que vienen los padres porque alguna pandilla del barrio se propasa con la joven si es ciega o si es sorda o va en silla de ruedas, con down y casos así se meten mucho menos, y después denuncias de las cuidadoras, sobre las cuidadoras porque les pegan o resulta que una mujer joven con alguna imposibilidad pues aparece con moretones, con golpes... pero maridos o parejas no han llegado nunca, lo que no quiere decir que no se den, sino que no tenemos registro de esos casos

En el caso de las agresiones a mujeres que padecen discapacidad, los profesionales de diferentes áreas y las mismas asociaciones que nuclean grupos de personas con discapacidad, llaman violencia de género a la violencia y/o maltrato que éstas puedan estar padeciendo, independientemente de que sea infligida por una pareja varón o por cualquier otra persona de su entorno estable o pasajero. Hay que tener en cuenta que entre las mujeres con discapacidad no son mayoría las que llegan a emparejarse. Por el contrario, el porcentaje de mujeres que reconocen vivir en pareja o estar casadas padeciendo algún tipo de deficiencia discapacitante, es inferior, notablemente al de mujeres que no padecen ninguna discapacidad:

La mujer con discapacidades va perdiendo con la edad la posición igualitaria frente a la mujer sin discapacidades. En las mujeres de 20 a 59 años el ratio entre el porcentaje de mujeres casadas discapacitadas y no discapacitadas es aproximadamente 0,85, es decir, la probabilidad de que las mujeres con discapacidades estén casadas es un 15% inferior a la de las mujeres sin discapacidades. En el grupo de 60 y más años, la probabilidad de estar casada es un 31% inferior (el ratio baja hasta 0,69); esta disminución se debe en parte a que la

población con discapacidades está más envejecida y, por tanto, hay una mayor proporción de viudas.

Entre los hombres se da el efecto contrario, la situación del hombre, en lo que se refiere al matrimonio, se va acercando con la edad a la que tiene el hombre sin discapacidades. Se pasa de un ratio de 0,62 en el grupo 20 a 39 años, hasta un ratio de 0,91 en los hombres de 60 y más años, es decir, los hombres mayores con discapacidades tienen una probabilidad de estar casados un 9% menor que entre las mujeres sin discapacidad.

Sin embargo, pueden padecer violencia y abusos de varones de su entorno (padres, hermanos, primos, vecinos, compañeros de trabajo o jefes, compañeros de residencia o cuidadores, amigos...) y esto es considerado también violencia de género, porque se ejerce fundamentalmente sobre ellas en tanto la persistencia de una más notable circunstancia de vulnerabilidad.

Es la misma violencia, yo no creo que haya más factores determinantes que modifiquen la noción de violencia de género si es ejercida por un marido que por un delincuente de la tarde con independencia que en un caso pueda parecer más delito que en otro porque resulta que se trata de una violencia sobre alguien que conoces. Pero los mayores tratos violentos a lo largo de toda la historia han sido sobre personas cercanas, personas conocidas y no sobre sujetos ajenos a la vida cotidiana, salvo en guerras o en caso de odio étnico como pasó en la antigua Yugoslavia que por el caso de ser serbio o croata, o lo que fuera, una mujer era víctima del otro bando. Salvo esos casos, es lo más frecuente que la violencia se ejerza como fuerza predeterminada sobre alguien que conoces y que a un mismo tiempo atrae y resulta repulsivo.

En esta sede del clínico tenemos muy claro que en esta comunidad autónoma, la ley señala que es igual que sea el hermano o el vecino, no hay diferencia y debemos denunciar todos los casos de violencia que puedan aparecer y si además se trata de una mujer con alguna discapacidad, pues mas todavía porque significa que quien lo ha hecho es un hijo de puta y eso es más importante que si es el marido, el suegro o el cartero que pasaba por allí.

Yo personalmente no tengo casos registrados de mujeres a las que sus parejas las maltrate, la verdad es que no. Y aquí que asesoramos a tres o cuatro asociaciones de mujeres con discapacidades sensoriales, resulta muy evidente que pueden ser más víctimas que el resto de las mujeres, que se trata de mujeres aún más vulnerables, No olvides que alguien que tiene limitadas las funciones de cualquier tipo, esa limitación le construye un cuadro de relación con la realidad más lento, más inseguro y más inestable por lo que es imposible que no se trate de un sujeto más débil en todos los sentidos y no sólo en aquello que tiene afectado de forma específica.

A través de lo que señalan éstos profesionales, parece claro que **para ellos (y ellas) se trata del mismo fenómeno** de violencia de género que atenaza a las mujeres que no padecen discapacidad visible, dimensión que afianzan ante el hecho de que los varones con discapacidad no sean maltratados con la misma intensidad ni frecuencia que las mujeres, ni tampoco resulten más vulnerables que el resto de varones.

Ahora bien, es cierto que no hay varones especialmente maltratados por tener alguna discapacidad... los hombres no son más débiles mientras que las mujeres sí por lo que entendemos que la situación de discapacidad debe entenderse como una acentuación de los signos femeninos más debilitantes... nos guste o no, nuestra explicación es esa y así se la transferimos a las mujeres que tratamos, el problema no es ser deficiente en algo, caminar, ver, hablar lo que resulta más debilitante es ser mujeres... Porque a los hombres no les pasa.

Desde perspectivas profesionales que buscan una mirada más holística sobre la situación y las circunstancias de las personas con discapacidad, proponen un diferencial importante al señalar que si bien no hay duda de que las mujeres con discapacidad son más vulnerables que las que no padecen ninguna deficiencia, el hecho de ser mujeres es el gran aspecto que parece situarlas en desventaja dentro de nuestra sociedad. Sin embargo, no están de acuerdo en extender la misma noción a los casos de discapacidad psíquica ya que en éstos, mujeres y varones se acercan en vulnerabilidad sin diferencia de sexo, especialmente en lo que respecta a los malos tratos o a la violencia de género que puedan padecer por parte de quienes no tiene ninguna deficiencia reconocida.

Los psíquicos yo creo que es el gran problema de estar expuestos a una violencia que suele quedar oculta y que en nada se trabaja para ponerla en evidencia. De verdad, es una de las cosas que en todos estos años más se ha esquivado por parte de las autoridades y creo que un Ministerio como el de Igualdad debería trabajar también para evitar estas circunstancias de discriminación ya sean hombres o mujeres, no puede ser, son seres indefensos sobre los que no existe protección y a los que la ley les trata como a todos cuando son personas mucho más expuestas, ya sean ellas o ellos.

De esta forma, la primera aproximación general que realizan los profesionales hacia **las circunstancias y realidades de mujeres que padecen alguna forma de discapacidad y ante la posible situación de padecer violencia de género, parece centrarse en el hecho de que su principal handicap reside en su misma condición femenina, sólo que con los añadidos de:**

MAYOR DEBILIDAD

De acuerdo al grado, claro, no es lo mismo una leve que una grave y seguro que eso ya lo sabes... Pero en todo caso y con mayor grado más, la situación de una mujer discapacitada es de mayor debilidad en todos los órdenes, en sus relaciones, en su funcionamiento, en sus posibilidades de acceso a todo, a la calle, a los médicos, a la formación... a la autonomía. Es muy difícil que una discapacitada cumpla el sueño de ser una mujer autónoma y esto es una debilidad que muchas veces ha de pagarla con la violencia de no poder desprenderse de quien le arremete, que en algunos casos es su propia familia, su madre o su padre.

Me parece que nunca se piensa que una mujer ciega, o sorda, o sordomuda, peor, es una mujer que está en situación de mayor debilidad que tú que tienes un aspecto estupendo. No importa como te sientas, eso desde luego porque me podrías decir que hay días que te sientes peor que ella. Pero yo lo que quiero es señalar los aspectos objetivos y ellas, objetivamente están en una realidad más débil, más debilitadas que tú y que esa señorita que está en ese escritorio.

MÁS DEPENDENCIA

... a mayor debilidad mayor dependencia y de esta forma vas anudando un sujeto que toda la vida se piensa atado al otro, al otro en concreto porque no puede resolver su vida si no está a su lado cuando el vínculo, a veces es de odio y no de amor, es de desprecio y no de agrado. Es realmente muy fuerte cuando yo he recibido en terapia a una mujer ciega, por ejemplo, que me dice que desprecia, que siente rechazo por su madre que viene a acompañarla que la espera fuera durante toda la sesión, pero que después, cuando alguna vez hablas con su madre, te das cuenta que a ella tiene el mismo sentimiento. Claro, piensas, sería lo mejor, lo único lúcido, que se distanciaran. Pero no puede, no puede una ni la otra porque están atadas en la dependencia y eso no se resuelve y ellas no se van a tratar bien jamás.

... Una de las cosas que el CERMI mismo y muchas otras instituciones y la Administración, ahora y a decir verdad con el anterior gobierno también es tratar de que las personas con discapacidad sean lo más autónomas posibles porque son de hecho dependientes, de allí la Ley de la Dependencia que tanto se habla. Si alguien es dependiente es la gente con discapacidad, desde luego, más que los viejos o que los niños o que otros enfermos... Porque somos dependientes para siempre y por eso es tan importante que nos asociemos y que tengamos formas de fortaleza entre todos, entre todas, como las amazonas. Porque cada una solo somos dependencia y la única forma que desde la asesoría en salud podemos darles una oportunidad de integración seria, real, es que se asuma la dependencia, la única forma de ganar cuota de autonomía

FALTA DE AUTOESTIMA

... probablemente la personalidad de una persona con discapacidad, y más aún de una mujer con discapacidad es la falta de autoestima. Si se trata de una discapacidad congénita, tal vez tenga más fortaleza y desarrolle otros mecanismos de autoconvicción... claro, siempre dependen de qué tipo de discapacidad y qué grado. No es lo mismo la estima de una mujer ciega desde el nacimiento, que alguien miope, por muy miope que sea. Pero tampoco es igual una ciega que una mu-

jer con espina bífida, ¿me entiendes?... y sobre todo lo que veo aquí en consulta que las que más sufren son las mujeres con discapacidades sobrevenidas durante la adolescencia o la juventud... esas realidades son las peores porque se han mirado de una manera durante los años de crecimiento y de repente tienen que ser otras, dependientes, sin futuro fácil... eso trabaja contra la autoestima.

Aquí entre las mujeres con paraplejia uno de los primeros trabajos que se hace son coordinados por el equipo de psicólogos porque lo que hay que trabajar es la cuestión de la autoestima, y en nuestra experiencia cuando una mujer queda mal físicamente se siente siempre mucho más débil, con más temor a una agresión porque se sabe disminuida y eso le hace bajar la autoestima totalmente...

MÁS DEFICITARIOS SUS RECURSOS PARA LA ACCIÓN

... cualquiera sea la deficiencia y cualquiera el grado. Por supuesto que a mayor grado, mayor déficit. Pero de cara a lo que estáis investigando la autodefensa ante posibles casos de violencia de género, estas mujeres se desarrollan en un clima de mucha inseguridad personal, porque la misma situación de dependiente te lleva a fiarte, más que a fiarte, a tener que apoyarte en los otros y eso te hace más deficitaria. Por ejemplo, es bastante común que las mujeres a medida que se incrementa el grado de discapacidad, desarrollan peor carácter, mucho peor, suelen ser mujeres muy difíciles de tratar y para los hombres me imagino que más... es así... porque están muy a la defensiva... no se saben guapas, aunque alguna lo sea, no serán queridas como cualquier otra, no podrán tener hijos ni constituir una familia como muchas de las demás... claro que se puede matizar cada uno de estos aspectos, pero lo cierto es que parten de esa realidad. La mayoría, que logra hacer una pareja, y no es casual, lo hace con una persona también discapacitada, y eso es porque se siente más cómoda con otro que tenga un déficit, frente a alguien que consideren normal.

Yo creo que nadie puede engañarnos porque si algo sabemos en las asociaciones y lo sabemos cada una de nosotras es que somos deficitarias. Por eso reclamamos a la administración que asuman socialmente nuestro déficit, pero lo que no se puede es andar pensando

que somos iguales que las demás. Eso, estoy segura, está en la base de muchos de los casos de violencia que han recibido o que pueden recibir compañeras, porque ya te dije que aquí no hemos tenido casos, si han existido se lo han guardado y te explico por qué... porque incluso entre nosotras tenemos reparo en poner en evidencia que somos muy deficitarias y que si un tío quiere hacernos algo puede porque no tenemos la misma capacidad de defensa de una mujer que no tenga una silla de ruedas pegada al culo, eso es así... y que hay mucho degenerado suelto. Entonces lo que es verdad es el déficit, si ha habido o no, casos de maltrato, no lo sé. Se habla de eso pero no se conocen casos reales.

6.1. UNA REALIDAD DE SOBREDISCAPACIDAD

En efecto, las víctimas reales o potenciales, si se trata de mujeres con discapacidad sobre las que se ha ejercido violencia de género se sienten imposibilitadas para la defensa, sienten que no tienen una propuesta o solución de vida distinta a la que tienen junto y/o frente a sus maltratadores. Hay un factor que afecta particularmente a las mujeres con discapacidad, y es que en gran parte de las ocasiones el maltratador suele ser a su vez su cuidador y muchas veces su proveedor material, de manera que junto a la dependencia afectiva propia de la condición femenina, más que de la masculina, aparece la dependencia más profunda y compleja, la que tiene que ver con su condición de mujer con discapacidad y sus dificultades para hacer frente a la vida cotidiana. Por ello la imagen de una mujer con discapacidad desarrolla una imagen real o potencial de figura sobrediscapacitada ante cualquier posibilidad de maltrato y de violencia de género, a pesar de que la voz de los profesionales y de las representantes de asociaciones se refieren la mayoría de las veces a realidades hipotéticas, siempre verosímiles, pero nunca reales o conocidas, aunque siempre se alude a que existen casos que nadie quiere poner de manifiesto

Es seguro que existen casos de malos tratos, lo que pasa es que es muy duro para una mujer que está en una situación de discapacidad reconocer que su entorno en lugar de protegerla, la perjudica y entonces creo que el grado y nivel de denuncias ha de ser muy bajo... por ello creo que se trata de un problema muy complejo que solo puede comprenderse si partimos de una realidad de sobrediscapacidad en la

que no solo pesa la situación de mujer, la situación de discapacidad, sino la suma de todos estos aspectos que promueven una realidad de más discapacidad para las relaciones que para las habilidades en la vida cotidiana.

... Uno de los aspectos que aquí en clínica tratamos mucho es intentar que las mujeres asuman una mayor valentía para afrontar las relaciones, valentía que tiene que llegar hasta romper la vergüenza que pueda significar reconocer que el entorno, muchas veces, las maltrata. Es muy difícil y seguramente se hacen muchas concesiones, salvo cuando se llega a situaciones límite, me imagino, porque cómo hace una mujer que de pronto depende tan intensamente de los demás, asumir que tiene que cambiar de vida familiar; de sus padres, de su marido, o de la pareja con la que está y que supuestamente es la persona que le ayuda, que la cuida, que le protege de los otros. Es una tarea de gran dificultad porque la impresión que tienen estas mujeres, es que su oportunidad de mantenerse en sus demandas en contar con el medio y si no cuenta con ese, reemplazarlo por otro, será casi imposible. De hecho la realidad de separaciones, divorcios y nuevas parejas es casi inexistente en estos colectivos. De la misma forma que es imposible para una persona que tiene como pareja a un hombre o una mujer con discapacidad, plantear... No sé... que se ha enamorado de otra, por lo que imagino que habrá muchas infidelidades en juego... no lo sé... pero me lo imagino.

6.2. TIPOS DE MALTRATOS A LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Desde la perspectiva de los profesionales, **no parece frecuente el maltrato físico a las mujeres con la misma envergadura que afecta a un porcentaje alto de mujeres no discapacitadas y maltratadas** a través de lo que suelen ser golpes, palizas, e incluso, asesinatos. De hecho, no se registra ningún caso de homicidio por violencia de género a mujeres que padezcan algún tipo de discapacidad en las estadísticas de los últimos años.

Desde luego a nosotros no nos han llegado casos, pero si los hay habrá de ser muy difícil identificarlos. En Cataluña llevamos un registro importante de seguimientos de posibles situaciones de maltrato, pero

han sido puntuales y desde luego ninguna de ellas de violencia de género en el sentido duro del término.

En Asturias, ya sabes que existe una importante federación de asociaciones de mujeres con discapacidad que lleva años trabajando y trabajando a todos los niveles, también para el empoderamiento de estas mujeres a fin de prevenir situaciones de maltrato. Pero en violencia no tenemos nada constatado, al revés, sí tenemos y alguno muy famoso, es decir muy mediático de caso de mujeres que se ha quedado discapacitada visual por una agresión o violencia de género, pero al revés, como dices tu, de mujeres que ya estén en discapacidad y que les hayan agredido físicamente, no existe, estoy casi segura..., por lo menos en este nivel de la administración y de la atención.

Tal vez en otras comunidades pero la forma de ser de los hombres aquí, no me imagino por lo que yo conozco que llevo muchos años atendiendo casos terribles de esta comunidad y de otras porque somos el único centro especializado en temas de paraplégicos, pues no se han dado casos de mujeres que además de padecer deficiencias importantes las maltraten, la verdad es que no... ¿tú crees que habrá muchos casos? Yo no creo, de verdad, y este es mi campo.

Por el contrario, los profesionales y las representantes de asociaciones en diferentes Comunidades Autónomas consultadas, señalan que suelen ser más frecuentes los **maltratos psicológicos**, centrados tendencialmente en los siguientes aspectos:

EN LA DENEGACIÓN DE LOS CUIDADOS PRECISOS

... Lo más frecuentes es que el cuidador o la cuidadora establezca un vínculo en el que trata a la persona discapacitada como si fuera un menor; una menor, durante toda la vida, aún cuando se trate de una persona mayor; da igual. ¿Has visto que suele ser frecuente a los mayores tratarles como a niños?, pues igual con la persona que tiene discapacidad y que requiere cuidados. ¡Claro! y eso promueve una especie de sadismo que no se puede detener, seguramente porque la persona ciega, o con discapacidad psíquica más aún, o la persona en una silla de ruedas, pues tiene también su carácter y entonces una

forma frecuente es castigarla, no hacerle caso, negarle una comida porque por lo que sea, no socorrerla si necesita ir al servicio... Son pequeños malos tratos que suelen ser frecuentes.

¿CONSIDERAS QUE SON PEQUEÑOS?

Si, en lo que yo conozco no suelen ser más que parte del juego de premio o castigo que se utiliza frecuentemente con los niños y que no pasa a mayores.

Una de las cosas que para una mujer o un hombre, pero sobre todo para una mujer, lo que suele ser muy duro que se le nieguen cuidados que pide... Cuidados de lo cotidiano, como puede ser ducharla o ayudar a que lo haga... una comida determinada que le gusta... una salida que necesita organizar porque cada movimiento muchas veces de alguien con deficiencias es que tiene que organizar cada cosa que hace y otras frecuentes y fáciles para el resto de la gente como salir de casa o hacer una compra... es para ellas muy complejo. Y es patente que muchas veces si hay conflictos con la cuidadora o el cuidador, allí se establece un juego de rencores que uno y otro se maltratan, se insultan, pero claro, el poderoso es el que no tiene ninguna deficiencia y eso hace que pueda negar auxilios, sabes? Y eso yo lo veo con mucha frecuencia.

GRITOS, ZARANDEOS Y AISLAMIENTOS

En una medio encuesta, no sé si muy rigurosa de aspectos que destacaban como malos tratos que alguna vez habían recibido las personas que tienes discapacidad física tanto media como grave, el listado situaba en los primeros lugares la existencia de gritos, alguien en algún momento de sus vidas les había gritado por la torpeza o por el miedo que muchas veces tiene estas personas ante ciertas circunstancias. Les pasa igual a los ciegos, pero esta encuesta que te digo era entre discapacitados físicos. Gritos y zarandeos, o algún mal modo... eso todos lo habían pasado en grado diferente desde los que decían que alguna vez, a los que sostenían –y yo les creo– que constantemente les tratan con gritos y con zarandeos... es que es muy duro trabajar con gente que en lugar de ir a mejor va a peor, es como la diferencia

de cuando trabajas con niños, aunque sean unos plasta a cuando trabajas con viejos, a los viejos no les tienes paciencia porque no te dan esperanza, porque van a estar peor cada día y con discapacidad física pasa algo así.

Los psíquicos lo que sucede es que es un mundo aparte, porque los psíquicos son niños eternos y entonces no desarrollan, o son muy pocos, una madurez emocional ni una madurez hacia la autonomía. La mayoría son eternos niños, claro, depende del caso, de la intensidad de las deficiencias, de muchas cosas, pero en general lo que pasa es que la persona que les cuida se agota, y entonces son comunes no sé si llamarlos malos tratos, seguramente sí... pero gritarles por ejemplo eso sucede aquí mismo, hay veces en que una o uno se te queda colgado de algo que acaba de descubrir. No sé, un click por ejemplo y entonces te das cuenta que si no levantas la voz no se concentra en algo que tiene que hacer y que tiene que hacerlo porque es parte de su posible recuperación social, pero quieren distraerse todo el tiempo y entonces es común gritarles, cogerles fuerte del brazo o azuzarles un poco para que reaccionen... no siempre está mal, muchas veces les hace bien, pero seguramente si les preguntas a ellos, igual se sienten regañados y no les gusta nada.

DESATENCIONES DIVERSAS

O también, como señalan los mismos profesionales “ninguneos”, es decir formas expresivas de desentenderse de ellos/as porque la relación en su inevitable gap relacional, resulta muy cansina para quien procura cuidados o atenciones, con independencia del vínculo que exista, ya se trate de un familiar que les quiere y aprecia hasta el extremo contrario en positivo de alguien que recibe dinero por cuidarlos en el marco de su quehacer profesional.

... Es muy agotador cuidar a una persona. Nosotros vemos en la experiencia de los servicios a personas mayores y personas con discapacidad, que se va estableciendo un vínculo muy negativo, porque las personas que están con limitaciones, sean viejos, o personas en sillas de rueda, o peor aún, los que tienen limitaciones psicológicas, que aquí atendemos a muchos y somos profesionales con quince

años de experiencia, pues una de las cosas que aprendimos es que no puedes tener mucho tiempo a alguien cuidando de ellos, porque comienza a ningunearlo, a no oírlo, a no hacerle caso, a pasar de quien sea, y claro... eso es porque la persona es muy dependiente de la figura del cuidador y el cuidador se cansa, lo exprime, como se dice normalmente

... Nosotros lo llamamos malos tratos encubiertos, porque no es que le haga daño, no, no, es que pasa de la persona... se acostumbra a una interpretación en la que no cree que quiera nada de lo que le pide. Y ese síndrome es muy peligrosos porque quien cuida no se da cuenta que está maltratando con la negación a la persona que cuida. Son muy frecuentes y sabemos que existen y que se da en la gente que es auxiliar como también en las familias, no es que las trabajadoras sean las malas, que va, suele ser mucho peor la familia, porque la familia no tiene ninguna supervisión, mientras que una auxiliar de domicilio, o un cuidador, o alguien que trabaja en eso, se tiene que medir, en general... ¡claro! que hay de todo... pero las familias, no hay ninguna forma de control y es probable que allí se pase con más frecuencia de los malos tratos encubiertos a los malos tratos intencionados y en una u otra forma, son expresiones de la violencia, claro.

... Todas ellas, formas de violencia explícita, pero con la complejidad de que no se corresponde a las formas “canónicas” de malos tratos, ni se expresa tampoco en la violencia física más común con las “consabidas palizas” tan frecuente en la violencia de género hacia las mujeres, sino que se trata de una violencia más sutil, encubierta, que en el colmo de su potencialidad, no es reconocida como tal, como violencia, por ninguno de los sujetos en conflicto: ni la víctima ni el victimario.

USUFRUCTO SEXUAL

Sin ninguna duda, se trata de la forma de violencia, y de violencia de género en particular, que se considera más frecuente y aquella a la que se alude, sin nombrar, como expresión máxima de los malos tratos a una persona que padece discapacidad. Uno de los verbos que más frecuentemente se utilizan de manera elíptica para referir al usufructo sexual es el de “aprovecharse” de la otra persona, concepto que encierra en su mismo rédito o beneficio, la existencia de una asimetría relacional en la que no son

las dos partes de una relación en igualdad de condiciones y capacidades, las que deciden una práctica íntima.

Yo creo que se trata de la forma más grave de violencia y de una manera u otra, en toda esta conversación tenía la impresión que quería nombrar eso de forma directa. Es decir el temor que se tiene, no es tanto que se le den gritos a una mujer discapacitada, o que se le pegue, porque te parece que ese tipo de cosas por muy mal que esté la persona, pues tendrá cierto margen para defenderse. Lo que una profesionalmente tiene temor, lo que yo, vamos... es que quieran aprovecharse de estas mujeres, eso es lo que produce pavor porque la distancia entre un hombre normal, sin ninguna deficiencia y una mujer con discapacidad física es mucha más distancia que entre alguien que no tiene ninguna deficiencia, ¿verdad?

Pero, cuando pregunta por violencia de género ¿está preguntando por la gente que se quiere aprovechar sexualmente de una mujer ciega, o sordomuda?

UD. ENTENDE QUE ESO ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Yo creo que sí, lo que pasa es que eso, si alguien lo hace es porque es cualquier desgraciado que quiere aprovecharse de una mujer porque se siente superior, o vaya a saber por qué... pero no se da muy frecuentemente, eso desde luego, pero gente aprovechada la hay siempre y en todas las profesiones, no sólo entre los médicos, cuidado.

El aprovechamiento de las personas con discapacidad psíquica como carne humana que no hay que pagar, desgraciadamente ha sido y sigue siendo una práctica más o menos factible, yo no digo ni siquiera que frecuente entre el personal sanitario. Si se trata de mujeres, incluso más, pero no creo que haya mucha discriminación entre mujeres y varones, porque lo que está en juego es que se trata de alguien que no podrá denunciarles, que no tendrá la capacidad comunicativa de hacerlo y eso es lo que lleva a querer aprovecharse de ellas.

En opinión de los profesionales, el tipo de maltrato o violencia que se suele ejercer sobre las mujeres con discapacidad es más frecuentemente de tipo psicológico antes que físico. **Suele centrarse en un trato desconsiderado**, áspero y agresivo verbalmente, que se expresa en abandono de

la higiene y el cuidado personal requeridos por la víctima para mantener su condición de sujeto integrado a la realidad, más toda la falta de cuidados debidos, lo que termina provocando una suerte de aislamiento social como trasfondo de la mujer que padece alguna forma de discapacidad.

En un estudio que realizamos hace unos años y que estuvo metida gente de discapacidad de CCOO, resultó muy interesante comprobar que el abandono físico era bastante frecuente para las mujeres con discapacidad física y psíquica. Claro, las sensoriales es diferente porque no pierden movilidad ni autonomía en el ámbito privado y aunque algunas veces necesitan ayudas, especialmente en las sobrevenidas tardías, mantienen claramente la imagen y la estima por el autocuidado. Por ejemplo, caso todos los centros de atención de la ONCE, para que veas qué diferente es en el caso de las sensoriales, tienen peluquería y tienen manicura y pedicuría... y suelen ser muy cuidadas, más las mujeres que ellos... pero van muy curiosos. Pero en cambio físicas y psíquicas, además del maltrato verbal, de los gritos y esas formas agresivas, lo que se da es abandono para no mantenerlas cuidadas.

6.3. LOS TIPOS DE MALTRATO SEGÚN TIPOS DE DISCAPACIDAD DESDE LA ÓPTICA DE LOS PROFESIONALES Y LAS ASOCIACIONES

Cada tipo y grado de discapacidad incita a posibles modos y usos de maltrato específico. No es lo mismo el tipo de violencia ante y contra una mujer ciega, una mujer sorda o una mujer con limitaciones de movilidad e incomunicación, de la misma forma que no es igual un grito, un mal modo, o un abandono que golpear, torturar o agredir a una mujer que padece discapacidad...

Yo creo que lo primero que hay que dejar de lado es la idea de que existe un tipo de maltrato específico y generalizado hacia las mujeres con discapacidad. Eso es un absurdo de la misma forma de que no hay un tipo de maltrato único a las mujeres que no tienen ninguna discapacidad, hay diferentes formas de maltrato según sea la persona. Y sí claro, hay grados de maltrato, desde el maltrato propiamente dicho o la forma de agredir a la mujer que está en una silla de ruedas o que es ciega, o sorda, o lo que sea... a una violencia en toda regla... claro

no es lo mismo, pero no puedes suponer que todo es igual y que lo que pasa es que quieren maltratar a discapacitadas, no, pues no, el rollo, el mal rollo puede ser particular y lo que es general es que es alguien más indefenso que el resto de personas.

Es evidente que en contra de lo que pueda suponerse de que a mayor discapacidad más piedad, para la gente que no tiene principios y decide aprovecharse de alguien con discapacidad, primero, le da igual que sea mujer o sea hombre, eso desde luego y después –que era lo que te quería decir– a mayor discapacidad, más impunidad y de hecho se trata de eso, de agudizar la impunidad hasta el máximo.

En efecto, de hecho el conocimiento que arrojan los profesionales que trabajan con mujeres que padecen alguna discapacidad, presentan cuadros de tipos de malos tratos muy vinculados a la experiencia misma del tipo de discapacidad que exista en la experiencia real de cada persona. A modo de algunos ejemplos, surgen los siguientes:

Una mujer en silla de ruedas que se la aísla en una habitación o en la planta alta de una casa, o en cualquier habitat en el que no pueda lograr fácil acceso a la movilidad o a otras personas...

A una mujer con discapacidad física, la puedes torturar solamente dejándola aislada en su cuarto, en su cama, no hace falta más... o esas mujeres que viven en casas en las que hay dos plantas y aunque esté en su silla, queda recluida en la parte alta de la casa, o en sitio sin acceso a que otro pueda trasladarla... esa forma de maltrato que tal vez no puedas ni visualizarla, eso no se la haces a una ciega, y menos a una sorda o sordomuda... ¿entiendes?

... una persona tetrapléjica a quien se le demora el alimento, o se le deniega fumar, o se le abren las ventanas en días de frío, se le restringen distracciones como la televisión o la radio...

Tuvimos un caso hace ya unos años, no muchos... pero bueno. Que era una mujer con tetraplejía a la que le demoraban muchísimo los alimentos en casa de sus padres. Y resulta que había allí un drama muy raro con los otros hermanos, en fin, fue muy raro... pero veíamos que adelgazaba cuando en realidad a esta gente sin movilidad ninguna, el problema es al revés, es que engorde porque produce grasa a mayor

rapidez que la gente que se mueve... porque no pueden mover nada, no sólo no caminan sino que nada en su organismo se mueve por lo que suelen ser muy pronto crónicos cardiovasculares y suelen morir por ello. Bueno pero a esa mujer le demoraban mucho en la comida, o no había nadie para darle de comer... Era una mujer de casi 30 años y no le daban un cigarrillo... es que el cigarrillo hay que tenerlo en la mano otro porque ella no puede, ¿lo ves? Y ya el colmo es que nos contó que le dejaban las ventanas abiertas en pleno invierno en la ciudad de...

Que no lo puedes creer, pero allí entre los hermanos y los padres que no supieron asumir la situación de ella, nadie podía realmente ocuparse, es que es muy duro ocuparse de una mujer con tetraplejia porque no puede nada. Claro que en este caso, ni siquiera le encendían la televisión para que se distrajera... Son casos de los que no puedes sacar conclusiones porque son muy suyos, muy particulares, pero que existen...

Una sorda a la que se niega comunicación no verbal o una ciega a la que se le ponen obstáculos en los hogares y no se le facilita información verbal o escrita en Braille, son otras formas de maltrato que tienen que ver de manera específica con la adecuación –irreversiblemente sádica– al tipo y grado de discapacidad de la persona que se sitúa en el lugar de la víctima.

Creo que es una de las maneras de poder ver qué tipo de malos tratos pueden existir... no sé cuál es la palabra, pero hay una...

¿TIPOLOGÍAS?

Exacto, tipologías, esa es la palabra para poder hacer una tipología de los malos tratos a las mujeres con discapacidad, habría que ver la realidad de todas estas mujeres de acuerdo al tipo de discapacidad que tienen y al grado... No es lo mismo una persona con gafas que una persona ciega... O una mujer con muletas que alguien que debe moverse en silla de ruedas, es muy claro ¿verdad?

Sin embargo, la sensatez de todos estos planteamientos que aportan los profesionales y las personas responsables de asociaciones de diverso tipo de mujeres con discapacidades varias, no abordan en lo específico el tema de la violencia de género, sino de los malos tratos plausibles de existir

hacia personas (y no necesariamente mujeres) que padecen alguna discapacidad.

6.4. LA VIOLENCIA ESPECÍFICA Y LA INESPECÍFICA

Se trata de otra forma de discriminación, o de discernimiento posible de las situaciones de violencia hacia quienes padecen alguna forma de discapacidad. Desde esta perspectiva, los profesionales expresan que existen dos tipos de formas de violencia hacia las personas, y más específicamente hacia las mujeres que sufren alguna discapacidad: la violencia específica y la inespecífica. Presuponen que en el primer caso, median conflictos emocionales diversos y complejos en el nudo relacional mismo y relacionales específicos y que por tanto se trata de un tipo de violencia que está dirigida de manera premeditada a ese sujeto que padece discapacidad y que más que responder a perfiles de maltratadores en lo general, son los conflictos muy focalizados en la relación con esa mujer (o ese varón) que padece alguna forma de discapacidad lo que articula formas de violencia.

Creo que hay que diferenciar dos casos distintos que ya no dependen de que sea mala persona o buena, se sea un sádico o un sátiro... Creo que hay relaciones afectivas atravesadas por la violencia y que suelen darse en relaciones muy patológicas que son casi todas.

ES UD. MUY POCO OPTIMISTA

Es que cuando te dedicas a la parte psicológica de personas que están limitadas para poder actuar, si no de forma normal, sí por lo menos, como lo hace el resto de aquellos con los que se cotejan, te das cuenta que hay más malestar, mucho más en las relaciones antes que en el supuesto mal o déficit que padezca.

No se comprende bien por qué la administración supone que la violencia de género se da solamente en relaciones de pareja o de hombres contra mujeres, es una mira muy limitada, de verdad, yo creo que la situación es muy compleja. Aquí en nuestra asociación hemos tenido que pedir la suspensión de custodia de padres porque eran unos verdaderos torturadores y eso que eran los padres, pero llevaban tan mal el hecho de tener un hijo con síndrome de down que hubo que intervenir, bueno de hecho está en servicios sociales porque los padres

estaban muy desequilibrados y agredían al chaval, un chaval de 19 años, no te quieras imaginar lo que fue la infancia de este tío.

... Es un caso muy interesante para pensar que frente a todas las idealidades, la realidad de las relaciones afectivas es más compleja, tenemos el caso de una familia de cuatro hermanos en la que dos de ellos tienen discapacidad diferente... son una mujer y un chico y resulta que el padre se los festejaba a los dos, a los dos, de verdad, de verdad y el resto de la familia no decía nada y es el día de hoy en el que el juicio está abierto, el padre lo ha negado siempre, el resto de la familia también... pero todos dudan de todos, para que veas que puede pasar de todo cuando menos te lo esperas... de unos padres, directamente de los progenitores que se dice...

Además de la violencia física dentro de las llamadas formas de violencia específica o dirigida de manera predeterminada hacia alguna persona en particular que padece discapacidad, los profesionales van a señalar que **la presión y el hostigamiento de corte psicológico es otra constante en estos casos**. En efecto, una de las formas de neutralizar desde la presión psicológica a la persona con discapacidad es la **amenaza de abandono**, una manera de infundir terror y provocar un sometimiento cada vez mayor por parte de la víctima.

Es cuando se establece un claro caso de esquizofrenia porque resulta que lo peor que le puede llegar a pasar a la mujer en situación de dependencia tan real como la que sugiere una discapacidad es que le abandone la persona que le maltrata y que además le hostiga emocionalmente con la amenaza del abandono.

Creo que es lo que se llama el síndrome de Estocolmo, porque no puedes separarte del que te arremete o te trata fatal y en algunos casos tienes sospechas de que pasa algo así... Aquí al centro venía una mujer que llegaba, incluso creo que alguna vez con hematomas y así, y que nos decía que se caía, pero era muy raro porque tenía una silla de las que llevan motor que son muy pesadas y es muy difícil caerse de allí y era la hija, la hija la pegaba y la tenía aterrorizada todo el día.

Entre las formas de amenaza detectadas en la labor de los profesionales que trabajan con mujeres que padecen alguna discapacidad, destaca

también la violencia que implica para aquellas mujeres con discapacidad que tienen hijos, la amenaza de quitarle los hijos de manera legal por incapacidad en el ejercicio de las responsabilidades maternas. Es curioso que esta forma de violencia se dá en algunos casos de mujeres que han debido soportar una discapacidad sobrevenida (accidente fatal, agudización de alguna atrofia orgánica, enfermedad degenerativa, etc.) cuya aparición es posterior a la maternidad. Se trata de casos en los que el agresor, se sustenta en formas legales existentes y vigentes cuyo sentido último es la protección de los hijos, pero en el que no se valora la peculiaridad del sujeto referente ni la complejidad de la situación

... Eso pasa, yo no sé con qué frecuencia, pero en esta Asociación, que justamente lo que atendemos es el caso de mujeres con discapacidades sobrevenidas, lo hemos visto y hemos tenido que ponerlo en manos de nuestros abogados para que defiendan a estas mujeres. La discapacidad sobrevenida en primer lugar suele ser múltiple, física y sensorial... o paraplejia, o esclerosis múltiple que ataca de forma específica al aparato nervioso. Pero que se trata de enfermedades degenerativas lentas y que nunca sabes cómo van a aparecer y cómo se van a desarrollar. Pues muchas veces los maridos, pero también los padres y en algún caso hasta los hermanos, han pleiteado para que la madre de familia haga delegación de funciones, lo que suele ser fatal para estas mujeres porque además de todo lo que tiene que resolver en la nueva etapa de sus vidas, pues se ven desprovistas de uno de los roles, sino el que más, vamos, más sentido.

De esta forma, los diversos perfiles profesionales y asociativos consultados ponen de manifiesto tres grandes aspectos que parece necesario no perder de vista:

En primer lugar que **la existencia de una violencia específica, dentro de la cual, –sin lugar a dudas– se engloba aquella que es objeto de nuestro trabajo de investigación, (la violencia de género...) – no es interpretada por este segmento profesional de acuerdo a la prioridad de los sujetos que de forma peculiar forman el entramado de agresores de nuestra investigación (parejas, maridos, partners sexuales...) sino que la violencia aún dentro de los llamados espacios de la privacidad, o más exactamente, espacios domésticos, puede tener diferentes figuras en dicho ejercicio que no necesariamente corresponden a las**

formas de agresión que se producen en realidades de mujeres que no presentan ninguna deficiencia reconocida.

En segundo lugar, **que si bien se trata de un colectivo de mayor vulnerabilidad evidente, toda vez que a la condición femenina se le suma alguna tipología de discapacidad, dicha situación promueve formas violentas por parte de otros sujetos en relación que lejos de la idealidad social que tiene esas mismas figuras, (madres, hermanos, padres, hijos) llegan a ejercer formas muy peculiares de comportamiento.** Y finalmente, en tercer lugar, –dimensión que nos parece clave para comprender esta misma aproximación profesional– es que **la noción de violencia de género es una potencialidad dentro de los llamados malos tratos a las mujeres (y en general a las personas) que padecen discapacidad, pero que las agresiones y los malos tratos, tienen diferentes gradientes de expresión antes de asumir manifiestamente la forma extrema de la violencia de género.**

Por su parte, existe otra forma de organización de posibles expresiones de la violencia hacia las personas que padecen alguna forma de discapacidad y que se afianza de manera exclusiva, en los factores de alta vulnerabilidad y bajas defensas de las personas (no sólo mujeres) que se hallan en esta situación. Es lo que desde los profesionales mismo se caracteriza como **violencia inespecífica** y que se da por el hecho de tratarse de personas más débiles en la gestión de sus realidades y sus cotidianidades, y resultar vulnerables ante la desaprensión de terceros.

Las personas con minusvalías son personas propensas a recibir tratos desfavorables, a pesar de que nos podamos llevar las manos a la cabeza con esta afirmación, pero es así. El ritmo de la vida moderna hace que no tengamos paciencia con aquellos que no pueden llevar el tiempo de esta sociedad febril y eso resulta muy violento para ellos. Y más cuando te das cuenta que las mismas personas que les tratan, aunque sea de manera puntual, se agobian con la lentitud de alguien con muletas, o la orientación de un ciego, o la necesidad de alguien sordo que te pide que repitas lo que le has dicho más lentamente. Pero si hasta en la consulta, ves que les estorba, y mira que este es un centro especializado en este tipo de personas, de verdad... yo cuando escucho a alguna de las enfermeras que grita o que sube el tono de voz, simplemente, ya sé que es alguien que le pasa algo de estas cosas, o no entiende, o va más lento... pero es que ellas están muy expuestas

a la presión del rendimiento y esto se da muy mal con la gente discapacitada.

Justamente uno de los temas que tratamos aquí con las mujeres que llegan con discapacidad y sobre todo con las múltiples es a no engañarlas y decirles que tiene que ser muy fuertes psicológicamente para enfrentarse a lo cotidiano, tanto en las casas como fuera, porque la gente no tiene la paciencia que pide cada uno de sus realidades... Y lo mejor es que lo sepan y que no se llamen a engaño.

6.5. LA VIOLENCIA O MALTRATO INESPECÍFICO EN LOS ÁMBITOS EXTRADOMÉSTICOS (RESIDENCIAS, CENTROS DE DÍA, ÁMBITO HOSPITALARIO, ETC.)

En este terreno de la llamada violencia inespecífica, los profesionales son muy críticos. Consideran que en las residencias para personas con discapacidad puede existir un importante grado de maltrato por parte de los cuidadores, muchas veces disfrazado de negligencias, aunque también presuponen la existencia de abusos por parte de los propios trabajadores y por parte de los compañeros/as de los centros y de los responsables de cuidados directos, y ya no por ejercicio de negligencia, sino, en algunas ocasiones, de intencionalidad expresa.

Creo que allí es donde se da el mayor grado de malos tratos y de posible violencia y, por supuesto otra vez lo que se pone de manifiesto es que a mayor vulnerabilidad, mayor riesgo de violencia... Me parece que es una realidad que todos intuimos pero que nadie quiere ver con lentes de claridad.

En el caso de las mujeres con discapacidad psíquica se sabe de casos en los que ha habido abusos sexuales, por eso las familias muchas veces prefieren que se les den estrógenos para evitar cualquier temor de embarazo, o incluso, han llegado a pedir la esterilización para –como dicen– no tener más problemas de los que ya tienen. Y en esas cosas no hay comités éticos ni a nadie le importan, todo el mundo calla, pero el silencio no es suficiente porque así como hay mucha gente buena en estos trabajos y en estos centros que son muy duros de trabajar en ellos, también hay mucho inaprensivo que se aprovecha de

la vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad... especialmente de las psíquicas y antes también de las sordomudas, pero éstas, ahora se comunican con más fortaleza...

En otro tiempo, estos mismos profesionales consideraban las residencias como la mejor solución para la atención a las mujeres con discapacidad, sin embargo actualmente defienden que, siempre que sea posible, el mejor ámbito en el que pueden vivir estas personas es en sus propios hogares. Se habla de que entre las mismas mujeres discapacitadas planea siempre el temor a “*terminar institucionalizadas*”, y muchas veces es este temor el que les hace preferir seguir sometidas a su maltratador doméstico, dimensión que como toda relación de este tipo, se organiza sobre claros y sombras, propia de una relación de conflicto relacional por lo que no se trata de una violencia explícita constante. Por lo que de forma radical, muchas de estas mujeres, se ven compelidas a elegir entre la violencia inespecífica, ejercida de manera arbitraria por sujetos con los que apenas se relacionan, o mantenerse en el marco de relaciones con sujetos de su entorno, más allá de las cuotas de insatisfacción que puedan sobrellevar en dichas realidades...

... Claro que no es fácil tomar una decisión y tienes que verlo en cada caso concreto, eso por supuesto. Pero muchas veces aunque en la vida de la casa tenga una relación con quien le cuide muy ambigua, que es difícil que no la tenga así, eso es el pan de cada día en cada uno de los casos, es ambigua por ambas partes, incluso con brotes de violencia también por parte de la mujer que padece algún mal, porque esa es otra... Suelen tener muy mal carácter, pues yo suelo orientar hacia que se queden en casa, aunque sea de claros y sombras el panorama que hay, porque en las residencias, en los centros más grandes, aunque haya mejor personal para lo terapéutico, también las mujeres están más expuestas y son más vulnerables a todo... y eso las predispone muy mal frente a cualquiera.

Los responsables de instancias institucionales –siempre de acuerdo a la valoración y conocimiento que de ellos tienen los profesionales consultados– suelen dar por hecho que **en sus centros no existe maltrato**. Desde esta perspectiva negadora del problema, no consideran maltrato determinados comportamientos muy enquistados como castigos ante las dificultades de relación con las residentes, o un sentido de la disciplina rayano en lo carcelario, o el sometimiento a horarios muy ajenos a la vida real de los españoles y españolas que termina legitimándose por necesidades de

organización de la propia institución que en nada tiene en cuenta, el perfil, la historia y la realidad de donde proceden estas mujeres que padecen alguna discapacidad.

Es evidente que nunca se reflexiona acerca de que la institución por ser tal, aunque sea privada y en plan hotel cinco estrellas que eso en realidad no existe, pues es un espacio de violencia, eso no se puede dejar de contemplar. Violento porque te cambia desde la disciplina cotidiana de los horarios hasta la imposición de una disciplina casi de centro cerrado, tipo cárcel para que todo funcione. Porque a la institución médica como a las de la policía, lo que les aterra es que las cosas se puedan descontrolar y por eso se ponen en plan colegio de internadas o directamente Alcalá Meco.. es muy grave, pero es así... otra cosa que no se logra desterrar es que sobre todo en los centros de psíquicos aún funcionan los castigos como mecanismo de enseñanza, como forma de didáctica... eso lo he visto yo, pero no contravienen la ley, ni creo que duchen a la gente con agua helada, ni que le den a comer bromuro, eso no... pero que si alguien no se somete pues es castigado, y con estos términos, eso sí, eso es el pan nuestro de cada día.

Y no perciben, tampoco, que estos castigos más degradantes o aniquiladores se aplican con mayor frecuencia a las mujeres antes que a los varones, a quienes, desde la cultura patriarcal misma, se les suele respetar más, entre otras cosas porque son agentes plausibles del ejercicio defensivo de la violencia física, cosa que no suele suceder con las mujeres.

Yo soy un hombre que en general tengo la certeza de que la gran diferencia en el trato que se les da a mujeres o a hombres discapacitados, tiene que ver con el hecho que ante un hombre siempre esperas que te pueda dar un guantazo, si es un ciego te coge a bastonazos... no sé, pero creo que hay mujeres muy aguerridas también, se ponen más aguerridas porque se saben más débiles por la discapacidad. Y en las asociaciones son muy controladoras de este tipo posible de agresiones, yo creo que las asociaciones protegen bastante.

Así, estos profesionales y los responsables de asociaciones consideran que los centros de residencia para personas con discapacidad deberían ser escrupulosamente normalizados y vigilados en este sentido, con visitas de trabajadores especializados que tomaran contacto con las residentes

bajo el ánimo de detección de indicios de posible violencia o maltrato y de cumplimiento de los protocolos de acompañamiento que deben regir en todas las residencias y que los directores de estos centros se comprometerían a su respeto escrupuloso. De lo que se trata es de crear mecanismos de control normalizados para evitar que se produzcan maltratos, porque la realidad, de acuerdo a este estudio –y otros ya realizados– es que no se sabe si suceden casos de abusos, en cualquiera de sus formas, o no. Todos lo niegan, pero es imprescindible que se pueda asegurar con un exhaustivo conocimiento de causa.

No se sabe, de verdad que no se sabe, porque a diferencia de las residencias de mayores que tienes la impresión que se vigilan con bastante escrupulo, a estas residencias no se llega tan fácilmente. Y claro, lo que sucede es que todos, al menos, los colegas que estamos en estos temas, tenemos la impresión de que es posible que pase algo que no es correcto, pero jamás tienes certeza de nada en concreto. Por lo que no te atreves a culpar a ninguna institución, porque claro, te puedes meter en un lío, pero lo importante es que la administración se moje y lleve un control riguroso, tanto en las públicas como en las privadas...

6.6. LOS DIVERSOS SEGMENTOS PROFESIONALES VALORAN SU PROPIA RESPONSABILIDAD ANTE LA POSIBLE VIOLENCIA DE GÉNERO A MUJERES CON DISCAPACIDAD

Grado de sensibilización y actitudes

En opinión de los interlocutores profesionales de diferentes áreas y los responsables de asociaciones de mujeres con discapacidad, el **grado de sensibilidad ante la posible violencia de género es mínimo en la casi totalidad de los profesionales que tienen contacto con estas mujeres.** Ante la falta de información o la ausencia de experiencia directa sobre el posible maltrato a estas mujeres, los y las profesionales implicados no están suficientemente sensibilizados para tomar conciencia de la posible particular exposición al maltrato del que pueden ser objeto las mujeres con discapacidad dentro del fenómeno de la violencia contra las mujeres en general.

Es curioso que jamás se ha tratado este tema, de verdad, mira yo llevo en este centro de atención a mujeres con discapacidad, que

es un centro importante en... Porque atiende diferentes aspectos, ginecología, traumatología, oftalmología, en fin, ya ves que estamos muy bien equipados y que nos miman bastante porque le damos mucha imagen a la clínica... Y a la comunidad autónoma porque es una clínica mixta, pero jamás y estoy aquí hace varios años, jamás nos han dado ni una charla al respecto. Yo creo que es muy baja la posibilidad de que existan malos tratos a estas mujeres, creo que no he visto nunca un caso, pero es que ahora... me haces dudar, no lo sé, de verdad que no lo sé.

... Por otra parte no creo que se den, aquí en esta ciudad que vemos muchas mujeres de aquí estoy casi segura de que nunca me ha llegado un caso, o una denuncia y somos una asociación importante en toda... Pero no sé, a lo mejor en otras comunidades con mayor atraso educativo, o con más experiencias de violencia, no sé, pero nosotros aquí no hemos tenido nunca un caso de violencia hacia una mujer con problemas de discapacidad.

Es notablemente manifiesto también, que algunos profesionales, sí parecen estar atentos e informados sobre la violencia de género en su inespecificidad, es decir, en circunstancias de malos tratos, agresiones o estrictamente violencia, pero que se manifiesta fuera del ámbito privado y por parte de sujetos que no pertenecen al entorno de las mujeres con discapacidad. Pero son muy pocos los que tienen presente que una mujer en tales circunstancias pueda ser víctima de maltrato y que conviene observar cada realidad para su posible detección y límite.

Es verdad que la mayoría de los profesionales que trabajamos dentro del ámbito de la discapacidad, no tienen ni idea de que puedan existir casos de violencia hacia mujeres con discapacidad. Ahora, de todas formas, yo que llevo años en atención psicológica, nunca he tenido un caso de violencia por parte del entorno, eso es cierto... Sí malos tratos porque la relación con una persona con discapacidad es siempre muy compleja porque es siempre muy frustrante, pero malos tratos por parte de las personas que cuidan, sean padres, sean hermanos... no sé, pero de parejas es menos. No te olvides que son muy pocas las mujeres con discapacidad que sostienen una relación. Si es congénita es casi imposible, salvo entre sordas y sordos, pero o ciegos, tal vez, pero menos, y ya en psíquicos y en físicos es bajísima la incidencia. Pero

también es verdad que mis colegas no se enteran y que somos muy pocos, pero una minoría los que estamos sensibilizados con este tema.

Por su parte, las trabajadoras sociales de ámbito hospitalario aseguran que desde marzo de este año están implantados en la asistencia primaria unos protocolos de observación para mujeres con discapacidad. Sin embargo dicha realidad no ha podido ser comprobada en el proceso de la presente investigación y en el mejor de los casos, se llega a la constatación de que existen “unos protocolos” específicos, pero en cuatro comunidades autónomas en las que se ha realizado la presente investigación, este perfil de profesionales de intervención directa, no los conocían.

... Algo nos han dicho sobre unos protocolos que iban a llegar, pero aquí no han llegado... no sabemos si vienen de Madrid o directamente de... Pero de todas formas, nosotras si detectáramos algún problema lo informaríamos enseguida porque ya hay protocolos generales que valen para todas y para todo y que son muy correctos, vamos, nosotros aquí los valoramos como válidos y que cubren diferentes aspectos: el cuidado, la imagen de la persona, que no tenga ninguna marca sospechosa de un golpe o de algo de violencia, que no esté deprimida... no sé me parece suficiente.

Si existen protocolos específicos no lo sé, lo que sí te digo que con el juramento mismo tú ya tienes un protocolo en la cabeza, pero además si hay una detección de violencia o de malos tratos en cualquier enfermo que llegue al centro, tenemos la obligación de denunciarlo a servicios sociales y si es flagrante a la policía directamente, vamos que no se nos pasa nada por falta de un protocolo específico... es más creo que no hace falta, que no hay que marginar más de lo que están a las personas con discapacidad porque lo mismo puede ser una mujer que un hombre el maltratado, sobre todo si tiene una disparidad mental o psicológica, o está sin posibilidad de comunicarse con los demás.

Los profesionales consultados, agentes a su vez en diverso grado de la **seguridad ciudadana** que se han interesado por el tema de la violencia de género y acuden a cursos de formación por iniciativa propia –con los costes y el tiempo dedicado a su cargo– exhiben una gran sensibilidad frente al tema, aunque tampoco han tenido casos específicos de mujeres con discapacidad víctimas de la violencia de género. Los especialistas afirman que la única manera de que este fenómeno aflorase, dependería de una de-

cisión política destinada a generalizar la formación en este tema de manera obligatoria, especialmente en el caso de los trabajadores de la salud, los trabajadores sociales, las fuerzas de seguridad, y también entre los juristas y responsables de la administración de justicia. Reclaman la importancia de la formación, también entre los enseñantes para incluir en sus programaciones este parámetro y difundirlo adecuadamente. Por otra parte, éste podría ser un campo de detección de malos tratos a niños y niñas en general y a los que presentan discapacidades en particular. En cualquier caso, los profesionales especialistas y las asociaciones de personas con discapacidad deberían desarrollar programas de sensibilización para difundir esta perspectiva y así ayudar al cambio cultural necesario en las políticas preventivas.

Hemos reclamado, incluso por escrito que lo único a largo plazo que va a cundir es que se haga una política educativa preventiva, es lo único. Los cursos: los cursos a los que vamos, lo pagamos nosotros mismos de nuestro bolsillo y lo hacemos en tiempo fuera de las guardias por eso quienes participamos es porque estamos muy concientizados. Y la verdad es que los grupos de trabajo son muy interesantes, pero mucho. Pero la administración no nos hace caso y además lo que pensamos y está en nuestro documento de fecha...es que hay que comenzar por inculcar un gran respeto a los chavales con discapacidad para evitar el sadismo de los otros niños. Y allí no se hace nada porque se parte de la idea de que ya están todos sensibilizados y no digo que no, pero hay que trabajar de manera constante.

6.7. DEMANDAS Y NECESIDADES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES (SENSIBILIZACIÓN, FORMACIÓN, RECURSOS)

Cualquier profesional que tome contacto con alguna mujer con discapacidad sobre la que ha recaído violencia de género debería estar formado y sensibilizado al respecto. Es decir, que debería tener incluido en su protocolo de trabajo este parámetro particular de la potencial forma de violencia. Los profesionales interlocutores de la presente investigación consideran que es fácil introducir conocimientos y habilidades dentro de un marco específico de este tipo de peculiar forma de violencia, bastaría con sencillos cursos de formación que enseñen qué es la violencia de género y lo que ésta implica en el caso de que las víctimas sean mujeres con discapacidad.

... Por hablar ahora así contigo, eso que te das cuenta que incluso gente que nos consideramos muy sensibles con el tema no sabríamos qué hacer si de pronto te llega una denuncia de, no sé... un familiar; una madre, un padre, que te dice que su hija con discapacidad psíquica la han maltratado, le han pegado, o más, que la han violado en un psiquiátrico, en una consulta, o que un vecino se ha pasado... fuera de las generales de la ley no sabría como hay que actuar porque lo que pasa en un caso así es que te puede hervir la sangre, se te puede calentar la boca y te sientes impotente y puedes llegar a querer pegar; que en todos los cursos siempre te dicen que lo peor es tratar a la violencia con violencia. Por eso es muy importante que formen a la gente, que la capaciten para un caso así. Y por supuesto a las familias, también, a las familias sobre todo, porque las familias suelen ser las primeras que quieren ocultarlo porque les da vergüenza.

Aprender a detectar casos posibles de violencia de género es una de las vías que reconocen como más positivas para realmente construir instrumentos y recursos de prevención para así darle cabida a la protección de mujeres con discapacidad, –aunque ellos apuntan a mujeres y también a varones–. Prevención que parece ser la política más estratégica a desarrollar desde la administración o las administraciones frente a los casos que requieran una dimensión en la que parecen estar de acuerdo todos los interlocutores.

¿Resistencias e incertidumbres entre los profesionales?

No hay explícitas resistencias en este terreno a la potencial implicación de los profesionales y de asociacionismo en relación a las personas con discapacidad ante una política de sensibilización para evitar casos de todo tipo de violencia de género, tanto cuando pueda tener a las mujeres como víctimas, como –más ampliamente– a cualquier persona con discapacidad, joven o mayor, con uno u otro tipo de discapacidad, mujer o varón. Por el contrario, resulta muy explícita la buena acogida y la potencial participación de diferentes colectivos de profesionales (médicos, trabajadoras sociales, auxiliares de atención directa, fisioterapeutas, psiquiatras y psicólogos, etc.) en una estrategia destinada a fortalecer la seguridad de todas aquellas personas que se hallan en alguna circunstancia de deficiencia reconocida. Todos también reconocen que, sin ninguna duda, las mujeres con discapacidad podrían ser el segmento más vulnerable a pesar de que ratifican

su convicción acerca de que más que una violencia de género desmedida proveniente de sus entornos, dicha violencia es de características inespecíficas y que puede darse más en ámbitos extradomésticos que –salvo excepciones– en los mismos hogares de pertenencia.

... Seguro que todo el personal está dispuesto a participar, a participar en lo que sea... en una campaña, en dar charlas de sensibilización, en someterse a controles, vamos, lo que haga falta y lo aseguro tanto por mis colegas más directos como por todo el personal que yo veo que se mueve alrededor de estas mujeres. No me cabe duda de que la gente está muy sensibilizada y tiene mucha conciencia en todos los gremios, aparte de que siempre pueda haber; que no digo que la haya, pero puede haber alguna oveja negra, de estas en plan machista que pasa de todo, ya se trate de una tía o de un tío.. pero vamos, seguro que la mayoría, la amplia mayoría está a por el trabajo contra cualquier forma de violencia, y contra cualquiera sea joven o viejo, psíquico o cojo, da igual.

... En las federaciones de personas con discapacidad desde luego, la gente se sentiría muy bien de que el gobierno, en este caso el Ministerio de Igualdad hiciera algo que le de imagen de protección y que además, permíteme, proteja a todos, porque entre mujeres y hombres cuando se tienen estos déficit, las diferencias bajan mucho. Bajan mucho o suben cantidad, un tío con una espina bífida, o una mujer te puede dar mucha pena, pero detrás de su silla de ruedas, puede haber un carácter imposible y alguien incapaz de pensar que existe más mundo qué o que ella misma... Eso la gente se sorprende que lo digamos nosotras, pero es así. Que tengas una discapacidad no te hace buena persona, hay de todo.

Presuponen, finalmente, que en las primeras instancias podría haber incertidumbres si no existe un plan de continuidad de atención y seguimiento posterior a la detección del problema. Pero resulta obvio que tras la puesta en marcha de acciones de sensibilización, detección y prevención, se ha de desarrollar un plan integral de seguimiento y atención:

... habría que hacer algo más que folletos.

¿POR QUÉ DICES ESO?

Lo que ella señala es que estamos hartas de que muchas veces las administraciones, ya sea las comunidades, los ayuntamientos, lo que sea... te anuncian una campaña de sensibilización y resulta que se queda en tirar no sé cuantos folletos que vale, que bien, pero que una campaña tiene que ser más.

No, y sobre todo, tiene que tener un plan de seguimiento, que se pueda valorar si algo se transforma o no en la realidad.

7 LA SENSIBILIZACIÓN SOCIAL EXISTENTE ANTE LA POSIBLE VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE MUJERES CON DISCAPACIDAD

Desde la perspectiva de los profesionales participantes en esta investigación, para lograr que un problema como la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad comience a aflorar y logre deshacer la **cultura de los prejuicios y la negación**, es preciso que se emprendan acciones paralelas y superpuestas a las ya encaminadas para acabar, en definitiva, con la violencia de género en sí misma. Estas acciones deberían comenzar por la formación específica de los profesionales que tienen posibilidades de contactar con las mujeres en circunstancias de discapacidad real, pero seguir hacia una lógica formativa que implique a toda la sociedad y que integre, de manera específica, a los jóvenes en formación.

Los prejuicios ante las mujeres con discapacidad: de la aceptación ingenua a la denegación represora; la invisibilidad.

... La aceptación de follarse a la tonta del pueblo no estaba realmente mal visto, había una comprensión a que la responsabilidad del varón no era demasiado alta por la escasa calidad como persona que la sociedad les confería (seres menores, de ínfima valía) y por ser consideradas rijosas y provocativas; culpables en suma).

... Es que la sociedad, la sociedad misma tiene una visión buenista, de hecho tiene una visión muy pequeña e imaginaria sobre lo que pueda ser la vida de una mujer con discapacidad. Se imagina que nadie vaya a hacer daño a una pobre mujer lisiada, o ciega, y no se tiene en cuenta que pueda ser víctima de malos tratos, eso por supuesto...

El ejemplo de las citas anteriores, relativos a “la tonta del pueblo” han sido recurrentes y reiterados por varios interlocutores de esta investigación para ejemplificar de manera categórica e inexorable que en la sociedad española se respeta mucho menos a las mujeres con discapacidad que a los varones en la misma situación. De igual manera que la “piedad” construida por la sociedad hacia estas mujeres con discapacidad, parece construir un velo que impide pensar en ellas como sujetos de malos tratos, en igual manera se les invisibiliza la legítima pretensión a poder tener una vida con satisfacciones y plenitud de sentimientos y emociones en todos los aspectos.

tos a los que puedan aspirar, incluido, de manera muy destacada, la satisfacción en el plano sexual al igual que en el relacional dentro de la realidad compleja del todo social y de sus particulares circunstancias.

Es un tema de gran complejidad pero que resulta urgente clarificar porque una mujer con discapacidad debe ser más protegida que otras, desde luego, pero también tiene que ser más promovida que otras y hay que ayudarle a llevar adelante una vida sexual y una vida de emociones con los hombres, con las mujeres con quienes quieran mucho más libre y menos atada a prejuicios. Ni la tonta del barrio que se la quieren festejar todos, ni la monja condenada a estar casada con Dios como les pasaba antes.

La mejor campaña de sensibilización para proteger a estas mujeres es normalizar sus vidas y que la sociedad las vea como normales a pesar de la deficiencia, cosa que por otra parte es lo que nos pasa a todas. Ninguna estamos carentes de una deficiencia, sea del tipo que sea y sin embargo tú o yo somos consideradas normales no deficientes. Y por eso tenemos permiso para movernos con libertad, pues estas mujeres, igual, tiene que ser igual.

La sociedad española de los últimos años ha crecido en un ambiente cultural fuertemente crítico con el machismo y con todas las formas de patriarcalismo que aún existen. Sin embargo existen muchas dimensiones de la cultura y del sistema de actitudes y de relaciones que denotan una infravaloración de la mujer en general y de las mujeres con discapacidad en especial.

En efecto, la sociedad espera que las mujeres con alguna discapacidad se recaten en sus hogares debidamente protegidas por la familia y al mismo tiempo, amplios colectivos –de manera espontánea– se niegan a aceptar, ni siquiera a imaginarse, que estas mismas mujeres que tanta piedad promueven puedan ser maltratadas por alguien de su entorno directo, o más o menos mediato.

Esa es una de las batallas que tenemos emprendidas en las asociaciones y por eso es por lo que siempre le instamos a todas las asociaciones, a los grupos, a todas... que salgan que se hagan ver, que liguen, que procuren salir de la vida enclaustrada que las somete, nos somete la realidad. A mi no me pasa porque he tenido que tomar conciencia a golpes, esa es la verdad, pero la mayoría de las mujeres que yo conoz-

co con problemas de este tipo, se siente al margen de lo social y es en parte porque se encierran.

Lo peor que puede pasar es que te dejes llevar por el sentimiento de la gente, eso es lo primero que les digo. Mejor, mucho mejor que piensen que eres una persona sin escrúpulos, pero por favor, que no piensen que estás para ser una niña buena toda la vida. Porque eso es lo que la gente tiene en la cabeza de una mujer que está en silla de ruedas... que pobrecilla, qué barbaridad, se queda para nada el resto de la vida. Y eso no puede ser; hay que salir de la invisibilidad y lograr funcionar como el resto del mundo. ¿Qué tiene riesgos? Pues claro que los tiene, como para todas, pero hay que atreverse a vivir.

Enfrentarse a una realidad social dominada por un pensamiento “buenista” conducido por el “deber ser” que oculta o solapa una postura de irresponsabilidad social, no parece ser la mejor realidad desde la cual pensar que personas en situación de discapacidad, pueden estar padeciendo otras potenciales vulnerabilidades que superan la limitación de su misma deficiencia. Por el contrario, más allá del número de casos, lo que resulta verdaderamente llamativo es que ni siquiera desde los ámbitos más cercanos, parece emerger la potencialidad de dicha posibilidad...

Yo de verdad no creo que pueda existir ni siquiera esa posibilidad, sería una cosa muy extrema, muy ajena a lo que es lo normal, lo normal es que tu entorno te acoja, te proteja. Es más, una de las grandes batallas que venimos librando es justamente la contraria, evitar que los entornos sobreprotejan a las mujeres con discapacidad, ese suele ser el gran daño que se les hace, pero la violencia de género, me parece que se trata de una exageración de las feministas que no conocen lo que pasa de verdad y se inventan cosas.

Sin embargo, **uno de los caminos necesarios para proteger estratégicamente a estas mujeres pasa por lograr normalizar su particular realidad de vida y no recluirlas en el ostracismo que en su cierre categorial y su inevitable aislamiento las sitúa en una mayor propensión al peligro y a la indefensión frente a la potencial violencia de género. Dicho en otros términos, solo las mujeres que sean capaces de sentirse normalizadas en la mirada de los demás, no sólo identificadas por su deficiencia o su minusvalía, serán mujeres capaces de sentirse un sujeto de derechos y así resistirse y no permitir ninguna forma de vio-**

lencia de género ya sea específica o inespecífica. En la misma línea de buenismo ingenuo, surge también la negación de la sexualidad de las mujeres con discapacidad, la represión ante sus posibles deseos, los conflictos de su personalidad adulta, los rencores que acumula ante dicha mirada social y la variedad de sentimientos que alberga y que solo logran desarmar su autoestima y sus reflejos de defensa.

... No son niñas y por eso es una pena cuando nos quieren convencer de que es mejor no tener una vida de relación, no tener relaciones sexuales, no entregarse al placer... eso es una locura porque significa que si seguimos siendo niñas, la demás gente, tu familia, los amigos, todos se quedan más tranquilos. Por lo que al final te das cuenta que puedes llegar a tener una vida al 50 % no porque no tengas circulación sanguínea en las piernas, sino porque los demás no quieren que les des problemas... ¿no te parece un absurdo?

Para incidir en la transformación de estos rasgos culturales es preciso desarrollar estrategias en diferentes ámbitos y para diversos segmentos. El primer **público objetivo** debería ser el de **las propias mujeres con discapacidad**, que tampoco suelen tener consciencia de su posible papel de víctimas de maltrato, como tampoco suelen tenerlo de su atractivo, de su posible glamour, no por ser mujeres con discapacidad, sino, simplemente por ser mujeres. Es preciso que ellas mismas aprendan a identificar como violencia todo aquello que pueda haber devenido ‘normal’ en sus vidas cotidianas, o más grave aún, que crean que lo merecen para compensar la afectividad de alguien cercano “supuestamente no discapacitado” a quien le deben agradecimiento y sumisión.

La patología más grave de estas mujeres es cuando se identifican con su minusvalía y cuando creen que alguien que está a su lado es alguien a quien le deben agradecimiento para siempre y por lo tanto asumen una sumisión total... es como si deberían pagarle de alguna forma a quien está junto a ellas... Yo lo he visto, pero más que como un caso social, como un fenómeno de patologías muy personales, no me parece que se trate de un caso que genere mucha violencia de género en plan duro, por el contrario, son más bien, relaciones de malos tratos pero de malos tratos mutuos. Ahora claro, no me parece mal que se haga algo para prevenirlo, eso por supuesto, para evitar que en chicas jóvenes con alguna minusvalía se pueda producir un caso así. La prevención es siempre buena, pero no he visto más que dos casos

en mi vida profesional y llevo treinta y dos años en estos temas y con estas mujeres.

En segundo lugar sus entornos inmediatos dentro de los cuales se hallan los profesionales de diverso ámbito que trabajan con ellas y no necesariamente para ellas.

Las familias por supuesto que pueden ser a veces estructuras muy cerradas. Aquí en el norte, ya sabes, que mucha gente piensa que una persona con discapacidad en la familia es un castigo divino y entonces, claro, viven de puertas adentro, avergonzados... pero también los profesionales y todo el entorno.

Insisto que los profesionales somos los que solemos estar más en contacto con estas mujeres y los que podemos de una forma u otro incidir no solamente en ellas sino en las mismas familias, siempre que haya un plan a desarrollar porque no puedes tú allí solo, llegar y tal no.

Y finalmente la opinión pública que es el gran colchón social donde habrían de desarrollar sus biografías, desarrollar lo más plenamente posible el conjunto de estas mujeres que padecen alguna forma de discapacidad.

7.1. PERCEPCIONES SOBRE EL NIVEL DE INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE MUJERES CON DISCAPACIDAD

La conclusión de todos los interlocutores es que **no existen datos de incidencia de violencia de género hacia mujeres con discapacidad, pero que no puede tratarse de un fenómeno con alta prevalencia.** Aunque existen algunos indicadores obtenidos en estudios europeos se pone en duda su validez por reservas metodológicas que en ningún caso pueden arrojar estadísticas y porque son las propias fuentes las que expresan su propia incertidumbre acerca del acierto de sus resultados, datos y conclusiones. Esta investigación no será una excepción, toda vez que a pesar de haber contactado con algunos casos muy explícitos de violencia de género sobre mujeres con discapacidad, su peculiaridad, su falta de representatividad social y su pertenencia a realidades patológicas en extremo, hacen imposible fiarse de ellas como de realidades con significatividad representativa.

Aunque muchos coinciden en que habrán de ser unas cifras importantes, más allá del dato numérico preciso, lo cierto es que no existe relación expresiva entre la importancia que le conceden y el número de casos a los que pueden referirse. Ya en los capítulos anteriores, además de las peculiaridades muy notables de los seis casos con los que contactamos, lo cierto es que ninguno de los profesionales interlocutores conoce casos de violencia de género en el ámbito doméstico, y que lo que más se refuerza es la imagen de posible maltrato –o incluso violencia– en ámbitos extra afectivos, en aquellos que hemos situado y caracterizado como propios de la violencia inespecífica. Aseguran que las reflexiones sobre lo que es la violencia machista en sí y lo que supone que una mujer agudice su grado de discapacidad y por tanto de vulnerabilidad, mas lo que implica haber sido educada en un ambiente sobreprotector donde nada se estimula la autoestima, lleva a conjeturar que la prevalencia posible (en ningún caso constatada) puede llegar a ser alta.

Datos no tenemos, pero resulta muy sospechoso que no conozcamos ningún caso. En toda... (cita la comunidad autónoma) no se ha dado un solo caso. Y eso es muy sospechoso porque se trata de mujeres con discapacidad y en ningún caso malos tratos, a veces pensamos que están mal hechos los seguimientos de los casos...

Los mecanismos de generación de relaciones violentas y el desarrollo de los roles de víctima y agresor se producen conjuntamente, tanto en los casos en que la mujer tiene una discapacidad como en los que no la tiene. Pero a esta igualdad de generación de roles hay que añadirle que en **el caso de las mujeres con discapacidad las condiciones de vulnerabilidad son mayores** como punto de partida. Y aquí es necesario diferenciar entre mujeres con discapacidad congénita y sobrevenida:

Mujeres con discapacidad congénita: Por lo general son mujeres con una **autoestima menor** que la media de mujeres sin discapacidad. Suelen haber sido criadas sin desarrollo de la valoración en sí mismas, ni la autonomía a la que aspiran en tanto personas sino en el fomento de la dependencia a base de una errónea sobreprotección. En ningún caso parece que se les haya imbuido de una buena educación y formación laboral y, por lo tanto, están en condiciones formativas más desfavorables para el acceso a puestos de trabajo, incluso más allá de su propia discapacidad.

Mujeres con discapacidad sobrevenida: parecen arrastrar la rémora de formas de educación que se han interrumpido, de la normal inserción ha-

cia la educación diferencial, rebajada en expectativas desde su entorno por la aparición de esa misma forma de discapacidad sobrevenida en edades de educación o después de ella. En estos casos, a pesar de la formación recibida, resulta imposible sobrepasar el factor de la discapacidad en tanto forma de identidad completa de su personalidad y en ningún caso como un elemento más (de indudable peso, lo que hay que caracterizar como un handicap) que en ningún caso, debería acaparar la totalidad de su identidad potencial.

En la actualidad, las relaciones entre mujeres y varones parten de la presunción de igualdad, aunque en los trasfondos naveguen atavismos incontrolados, que en el caso de las mujeres con discapacidad queda legitimada por la desigualdad y las circunstancias de déficit relacional que promueve los desafueros relatados por las mismas historias reseñadas en capítulos anteriores.

En la fase de investigación con las mujeres con discapacidad contactadas e interlocutores de esta misma investigación, resultaba muy evidente que, salvo en los casos de discapacidad psíquica en los que parecía evidente una falta de madurez emocional expresiva, que no necesariamente experimentada o vivida, el resto de las mujeres, pasaban por situaciones de violencia no tanto por su condición de tener alguna minusvalía, sino por dos factores dominantes y a la vez convergentes en su identidad:

En primer lugar la vivencia de la condición femenina como un handicap en el marco de las relaciones emocionales, dimensión en la que también coincidía el resto de su entorno que entendía –y así con seguridad se lo ha transmitido a estas mujeres– que padecían una doble discapacidad al ser mujeres y tener una deficiencia. Y en segundo lugar, salvo una excepción de todas las interlocuciones, la imposibilidad de alcanzar algún soporte de autonomía sea del tipo que sea (económico, identitario, formativo, etc.) ya sea por encontrarse en condiciones de pobreza, por situarse familiarmente en la vulnerabilidad de grupos sociales cercanos a la exclusión social o en la marginalidad de realidades sociales complejas y poco estimulantes.

Si por lo general un maltratador se va creciendo en su identidad como tal a medida que la potencial víctima de su maltrato se va identificando, a su vez, con este rol, en estos casos la discapacidad se agudiza y hace más inmediato dicho proceso. Pero no es, en ningún caso, el factor aislado de la discapacidad el que la ha llevado a padecer violencia de género. Sí, se trata de un factor dependiente de gran importancia, pero la principal minus-

valía, por situarlo en términos metafóricos, es antes que su discapacidad, su condición femenina.

Por ello, una de las fases del comportamiento de un maltratador es minar la autoestima y la seguridad de la víctima, al propiciar progresivamente su aislamiento ya sea social o familiar, y al mismo tiempo, fomentar la dependencia emocional y/o material. Trabajo de conversión en víctima que en el caso de las mujeres con discapacidad se encuentra con un terreno en barbecho a partir de la propia y particular vulnerabilidad que promueve más que la discapacitación, la identificación con ella de toda la identidad personal.

Es muy difícil que yo pueda salir adelante, ya bastante que el me ha aceptado como su mujer y eso que ha sido casa de nuestra cultura, pero él es muy bueno... no te olvides que soy ciega de nacimiento, yo soy una ciega, yo no valgo pa ná... si ni siquiera sé como son mis hijos que me dicen que son muy bonicos pero no los puedo ver... de qué voy a quejarme yo.

A mi lo de pegar, lo de que alguna vez me de un golpe no me importa tanto, a mi madre seguramente mi padre también le ha dado un guantazo... ya sabemos las mujeres que a los hombres hay que aguantarlos, pero ya le dije, él también es un bueno hombre... no es que se pasa el día a los golpes. Es cuando la bebida, porque después es un hombre de estar en casa siempre, de no ir a beber a los bares... el bebe en casa y mira la televisión, esos son sus dos vicios. Y oye... hay otras mujeres que aguantan más que yo, aquí en este barrio y en todas partes, de verdad... no veo yo que sea nada especial... Porque a mí no me gusta quejarme...

7.2. LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS EXISTENTES

Resulta fácilmente comprensible que las mujeres con discapacidad que han pasado por experiencia de violencia y/o maltrato a manos de sus parejas o exparejas deben ser guiadas en todo el proceso de denuncia y acompañadas de diversa forma y para diferentes finalidades en la recomposición de sus vidas. Es difícil que estas mujeres, debido por lo general a las limitaciones que les causen sus características físicas, sensitivas o psíquicas, pero también por su idiosincrasia caracterológica, que suele ser teme-

rosa, tímida, retraída, vergonzante, en muchos casos pusilánime, tengan a su favor la capacidad de exigir a las instituciones, a las diferentes instancias interlocutoras a las que pueden demandar para ellas mismas, para sus grupos familiares, etc. Es decir, que su propia vulnerabilidad les limitará o hasta impedirá atreverse a demandar ayuda aunque se trate de una tipología de realidades, totalmente plausibles de necesitarlas

Evidentemente, también, no todas las formas de discapacidad resultan similares (ni en tipos, ni en grados) por lo que será necesario prefigurar diversas formas y tipologías de demandas potenciales. Las mujeres con tetraplejia, según los profesionales y las representantes de asociaciones, así como las sordomudas son las que más difícil tienen solicitar auxilio dadas sus dificultades de movilidad y de comunicación respectivamente. Para las mujeres que padecen sordera, la posible recepción de SMS o similares en los números de auxilio público, parece una solución a la incomunicación. Actualmente existe un Fax disponible para recibir mensajes, lo que da cuenta del absurdo de la relación entre tecnologías y necesidades de sectores o grupos de riesgo. La mayoría de las mujeres con discapacidad, como la mayoría de la población española, carecen de equipamiento de fax en sus hogares. Entre otros motivos, porque resulta una tecnología en extinción.

Para las mujeres que sufren tetraplejia y otras grandes limitadas de movilidad resultan más lógicas las visitas regladas de trabajadores sociales que tomaran contacto con ellas para conocer y acompañar sus condiciones de vida y de convivencia.

Las mujeres con discapacidad física de diverso tipo pero con cierta movilidad, han de ser provistas de sistema de llamadas urgentes para poder denunciar cualquier circunstancia de agresión que pudieran experimentar, sea del tipo que sea, específica o inespecífica.

Las mujeres que sufren ceguera aparecen como las más autónomas de todas las mujeres con algún tipo de discapacidad, aunque no hay que olvidar que algunas puedan estar aisladas por estados depresivos y que se deben articular sistemas para llegar a ellas y que no se sientan aisladas, ni siquiera por sus propias circunstancias anímicas o emocionales. Es evidente también que se trata de la discapacidad que más protección y coberturas logra dadas las instancias institucionales propias que existen en España a través del poder de su propio asociacionismo.

Para las mujeres con discapacidad psíquica, y todas sus derivas, la situación es muy deficitaria porque uno de los temores más notables de

este segmento, así como de sus entornos, es la institucionalización de sus realidades a través de sistemas de internamiento, hacia los cuales existen muy bajos índices de confianza para que no se produzcan casos de malos tratos o de violencia inespecífica.

En el campo de la atención desde los servicios sociales hacia las mujeres, una de las características de la falta de atención a la creación de recursos especiales para las mujeres con discapacidad sometidas a violencia de género es el hecho de que **no existen casas de acogida adaptadas para los diferentes tipos de discapacidad (eliminación de barreras arquitectónicas, medios específicos para la comprensión por parte de ciegas y sordas, existencia de profesionales capaces de comunicarse con el lenguaje de signos para las sordas y con idoneidad para gestionar la incorporación de mujeres con discapacidad intelectual, o discapacidad psíquica además de acoger, atender y sobre todo, entender a los hijos de éstas).**

Los servicios de petición de socorro para mujeres con discapacidad no existen actualmente. En las comisarías no existen personas formadas para atender y entender debidamente a estas mujeres, la asistencia sanitaria y los servicios sociales tampoco están preparados para atenderlas y entenderlas, los teléfonos de auxilio no tienen articulados medios tecnológicos ni personales para recibir una llamada de socorro que una mujer discapacitada pudiera hacer, cosa especialmente problemática para una sordomuda, pero también para una mujer con movilidad reducida severa, o una discapacitada psíquica o intelectual en medio de una circunstancia de violencia.

7.3. LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD COMO MUJERES EN RIESGO

Hay que insistir en el aumento de vulnerabilidad que presentan las mujeres con discapacidad, tanto por sus limitaciones físicas, sensoriales, intelectuales o psíquicas, como por el estado emocional y de desestructuración a que puede haberlas conducido su propia historia como mujeres con discapacidad además de su posible condición de víctimas de maltrato. Desde este punto de vista, la mayoría de estas mujeres están en riesgo potencial (más que real) de convertirse nuevamente en víctimas de violencia de género y algunas voces, incluso –especialmente entre los profesionales– defienden que se tenga una actitud de presunción generalizada como vía eficaz de erradicación de la violencia, al considerar como posibles víctimas a todas estas mujeres dada su doble condición de vulnerabilidad.

Los trabajadores sociales

Así como los médicos y las enfermeras aparecen como los profesionales de quienes más se espera para la detección de casos de mujeres maltratadas, tanto con discapacidad como sin ella, se considera que los trabajadores sociales (más exactamente, “las”) son quienes deberían encargarse de su atención, apoyo y acompañamiento posterior, una vez detectados los casos. No cabe duda de que deberán ser también las receptoras de aquellas mujeres que reclamen protección. Para ello –ya señalado en diferentes estudios– estas profesionales deberán estar **formadas e informadas de forma permanente y continua** en la misma medida que el personal sanitario en el aprendizaje de la detección de indicios o síntomas de maltrato. Resulta evidente que para el caso de las mujeres sordomudas se hace imprescindible que estén coordinadas en cada autonomía, trabajadoras sociales que conozcan el lenguaje de signos a fin de poder requerir su asistencia cuando resulte necesario, pero también debe haber profesionales de los servicios sociales capaces de interactuar en idioma Braille, a pesar de que esta función está resuelta en gran medida por los ordenadores.

Las trabajadoras y trabajadores sociales que se especializan profesionalmente en las propias organizaciones de personas con discapacidad pueden realizar una labor importante tanto en el terreno de la detección como en la atención a los casos. Son profesionales con alta comprensión de los problemas de estos colectivos por su cercanía y su propia especialización, además de porque disponen de datos para el acceso a una enorme mayoría de los afectados por cada una de las áreas de discapacidad en que se agrupan las asociaciones.

Los representantes del ámbito de la justicia

No se perciben a sí mismos como un colectivo clave en este peculiar tipo de conflicto convivencial, pero afirman que deberían estar informados y alertados ya que son uno de los más importantes que contacta con este tipo de circunstancias de violencia. Su sensibilización se desarrolla en paralelo a la de la sociedad y de forma muy evidente cuando comienzan a tener entre sus responsabilidades potenciales casos de perfiles como los que estamos trabajando. Pero resulta sintomático que hasta el momento actual y tanto en los tribunales específicos de violencia de género, como en otros que han recibido demandas diversas de temas de agresión de género, en ninguno de ellos han aparecido circunstancias de demanda de mujeres con discapacidades que hayan sido objeto de violencia. En este sentido, de la

misma manera que sucede con quienes conocen por alguna circunstancia las sospechas y temores sobre esta potencial realidad, y detectan un potencial “*nicho de violencia*” en expresión de algunos de los interlocutores, los representantes del poder judicial valoran que dicho poder en su conjunto sería muy sensible a un problema de estas características, y más aún, si se expresara como mal endémico que tendiera a extenderse.

Las mujeres con discapacidad que han pasado por alguna experiencia de violencia de género ya sea específica o inespecífica, así como los profesionales de diversas áreas de atención en diferentes especialidades, esperan de la justicia una mayor sensibilidad ante estos temas. Se han dado casos de gran dificultad para realidades femeninas con deficiencias estructurales tales como quedar obligadas a llevar los hijos a casa del padre y excónyuge, o tener que garantizar la dedicación total a los hijos en un caso de discapacitación sensorial visual que debía pasar gran parte del día en el empleo protegido.

Por supuesto que una de las reivindicaciones emergentes, que señalan gran parte de los profesionales –no así los casos de mujeres con discapacidad que hemos contactado– es la progresiva adaptación a las dependencias públicas (eliminación de barreras arquitectónicas, carteles indicativos en Braille y sonoros para sordas, disponibilidad ágil de intérpretes del lenguaje de signos...), aspiración muy importante por parte de los diferentes colectivos y asociaciones de personas con discapacidad y, obviamente, también para las mujeres que potencialmente podrían sufrir maltrato y violencia.

Los profesionales de la psiquiatría

Desde las instancias específicas de psiquiatría –dentro del ámbito sanitario– tienden a confirmar que **cuando se dan relaciones violentas o de maltrato, las mujeres se resisten a reconocerlo y prefieren negar la situación porque están instaladas en ella y la dependencia emocional es fortísima, de la misma forma que, en muchas ocasiones, lo es la dependencia económica.**

Papel de las asociaciones en la atención y apoyo a las mujeres con discapacidad

Las organizaciones de personas con discapacidad han sido unas de las grandes protagonistas del impulso y desarrollo de los cambios pro-

ducidos en este terreno. El tejido asociativo se ha desarrollado paralelamente al vuelco social que se ha dado en España en los últimos años. Han logrado muchas de sus reivindicaciones y han conseguido que se avance en su consideración social, en la eliminación de barreras (no todas) y en otros terrenos para los diferentes colectivos de personas con discapacidad. Sin embargo, desde la perspectiva del género se ha avanzado en menor medida.

Las diferencias por género no ha sido un tema que ocupara a las asociaciones centradas en la accesibilidad general, la educación y especialmente en los temas relacionados con el derecho al acceso al empleo de las personas con discapacidad. Entre los dirigentes de estas asociaciones predominan los varones en mayor medida que en otras organizaciones, instituciones y entidades y solamente en los últimos años han ido surgiendo en ellas mujeres que han venido reivindicando, y consiguiendo en muchos casos, la inclusión de la perspectiva de género en las diferentes propuestas operativas. **La ley integral de violencia de género ha sido un punto de apoyo de gran importancia para las argumentaciones de estas mujeres**, algunas de las cuales han sido interlocutoras de la presente investigación. Consideran que sus estrategias de visibilidad en tanto colectivos específicos, han sido el revulsivo que ha movido el interés político por la violencia de género en el ámbito de la discapacidad. Son estudiosas y activistas de la divulgación del problema, de la sensibilización, la prevención y la detección de la violencia hacia mujeres con discapacidad.

No defienden la creación de “guetos de representación” ni abogan porque el tejido asociativo sea el canal de atención a las mujeres con discapacidad que han sufrido o sufren violencia de género, pero sí consideran que deben ser tenidas en cuenta en las medidas que se adopten y participar en el diseño de estrategias y en el desarrollo de las acciones a emprender. Consideran que a través de las asociaciones se puede llegar a amplios colectivos de las personas con diferentes discapacidades al tener, además, el mejor conocimiento y preparación para aportar a cualquier plan de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres ya sean discapacitadas o no. De igual forma consideran que su mediación es garantía de mayor eficacia, además de aportar coherencia y una vía de mejor aceptación por parte de las mujeres para el acceso a las peticiones de ayuda y soluciones, puesto que se relacionarían con iguales, a los que en muchos casos se acercan con mayor confianza inicial que a las representantes del sistema de instituciones públicas.

Posible participación de estas asociaciones en la puesta en marcha de una política de difusión encaminada al desenmascaramiento cultural y a la visibilización progresiva dentro de la sociedad

Estas mujeres adentradas en el tema y la legislación contra la violencia de género desde el tejido asociativo, tienen como primer objetivo el **desenmascaramiento de las percepciones negativas existentes sobre las mujeres con discapacidad** y hacer visible la realidad oculta del posible sometimiento al maltrato y la violencia que –sostienen– afecta a muchas de las que forman dicho tejido. Consideran la especial vulnerabilidad dentro del fenómeno general de la violencia de género pero lo relacionan antes con la violencia inespecífica, o aquella que se produce con más frecuencia fuera del entorno familiar, y que carece de control por parte de las administraciones, toda vez que se ejecuta dentro de instituciones públicas o privadas.

7.4. GRADO DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL: LOS ASPECTOS CULTURALES COMO CONTRIBUCIÓN IMPORTANTE A LA INVISIBILIDAD DE ESTE FENÓMENO

La sensibilización social hacia el problema de los abusos y maltratos hacia las mujeres con discapacidad parece inexistente. La sociedad no percibe que las mujeres con discapacidad estén en una situación de especial vulnerabilidad y riesgo ni que sean susceptibles de sufrir múltiples tratos degradantes y dolorosos, y mucho menos que puedan llegar a sufrir violencia física. Desde diferentes instancias se asegura que éste es un fenómeno que no se quiere ver, que se niega, que atemoriza por terrible (*“se llevan las manos a la cabeza en cuanto lo cuentas”*), y que hay una resistencia terrible a aceptarlo como fenómeno generalizado. Aún así, la investigación logra ahondar en la mentalidad de estos prejuicios y hacer evidente la posición vulnerable y la indefensión en que estas mujeres pueden llegar a situarse y hacer comprender que un acercamiento a situaciones de violencia es algo susceptible de producirse con facilidad.

La posición perceptiva de los varones respecto de las mujeres con discapacidad es diferente que la percepción femenina general y resulta interesante cotejar sus opiniones. Los varones se amparan en una serie de atribuciones como la idea de menor humanidad de estas mujeres, menor sensibilidad al sufrimiento, menor moral o valores éticos e incluso peligrosidad de las mismas, para justificar sus puntos de vista. Es cierto que existen

mujeres machistas inmersas en esta misma percepción, que hay madres que consienten los abusos sexuales contra sus hijas con discapacidad, incluso mujeres que ejercen ellas mismas violencia y maltrato sobre las mujeres con discapacidad, pero a ninguno de los consultados le cabe duda sobre que son una minoría escasa y que son varones quienes pueden llegar a ejercer una mayor carga de violencia sobre las mujeres con discapacidad.

En este sentido cabe señalar que alguna de las participantes en el estudio, especialmente desde el ámbito del asociacionismo, ha propuesto que no se observe y atienda sólo al mundo de las mujeres adultas y que tengamos en cuenta el problema de “las niñas y las mujeres con discapacidad”, ya que hablar y preocuparse exclusivamente de “mujeres” es una exclusión peligrosa y perjudicial, porque la detección precoz es importante para evitar, en lo posible, el crecimiento de estas niñas en las históricas situaciones de infravaloración, sobreprotección y percepciones negativas de sí mismas, todo lo cual facilita el tránsito a su condición potencial de víctimas de la violencia.

8 CONCLUSIONES GENERALES

LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD Y EXPERIENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- **LAS INTERLOCUTORAS.** Se trata de un grupo de mujeres a las que ha significado un gran esfuerzo llegar a ellas, si bien debemos reconocer que no existieron negativas ni por su parte ni por parte de sus familias y entornos para poder acceder a sus realidades.
- La forma de acceso a la existencia y realidad de estas mujeres ha resultado muy dificultosa y diversa, y, sin lugar a dudas, muy distante de los cánones más frecuentes vinculados a la investigación social. No ha sido fácil llegar a ellas, pero más complejo aún ha sido el encuentro con unas realidades cargadas de complejidad relacional, dentro de las cuales, la presencia de alguna deficiencia física, psíquica o sensorial no ha sido más que un aspecto dentro del complejo cuadro de realidades, situaciones y sistema de relaciones afectivas de estas mismas mujeres.
- La mayoría de ellas, por no decir la totalidad, se encuentran en una situación de falta de autoestima que les lleva a considerar desde ópticas distintas, pero siempre victimistas, las historias de sus vidas, esas que han vivido y que viven actualmente y, sobre todo, a percibir y valorar sus entornos, sus familias y a los varones que han sido –o son potencialmente– sus agresores, como figuras a las que se sienten atadas no sólo en planos materiales o logísticos, sino sobre todo, emocionales.
- Por su parte ellos, sin que intentemos justificar ninguna de sus actitudes ni tampoco querer descentrar la responsabilidad que les corresponde, pero en su diversidad de perfiles, se trata de sujetos que están también alejados de la realidad, viviendo inmersos en patologías emocionales muy complejas, vinculados a sintomatologías de su malestar como el consumo de alcohol o de drogas... o inmersos en procesos melancólicos que les han supuesto medicaciones que no respetan, o de las que abusan en demasía.
- Son muy pocas las mujeres que han realizado denuncias de las agresiones de estos varones, en algunos casos, porque no existe

siquiera un conocimiento de que es un delito haberles pegado o haberles maltratado. En todos los casos porque, como hemos señalado en el párrafo anterior, se trata de mujeres “ligadas” emocionalmente con estos varones y de los cuales no pueden ni parecen querer desligarse.

- Ya sea por imperativos culturales a los que pertenecen, o por condiciones de pobreza que les impide ningún margen de decisión, ya sea por el estado de sus patologías relacionales (en ningún caso de sus deficiencias discapacitantes), todas estas posibilidades les impide tomar distancia afectiva de estos varones y no solo no cuestionan la relación, sino que en los casos en que ellos han desaparecido, ellas quedan a la espera de su regreso, o se inhiben de ratificar una denuncia si es que en algún momento se atrevieron a hacerla.
- Por lo que inevitablemente, este cuadro de situaciones nos impide tomarlos como cuadros de significación de realidades de violencia de género toda vez que parecen pertenecer más a los llamados malos tratos hacia las mujeres (que se incluye dentro de la violencia) pero que en su especificidad y peculiaridad casuística, no logran situarse en el ámbito de la significación social necesaria como para extraer de ellos conclusiones de operatividad social. Dicho en otros términos, se trata antes de casos de patologías vinculares de la psicología relacional, que de situaciones que por responder a características de construcción de lo social nos permitan extrapolar desde las mismas.
- De igual manera ha pasado con el acercamiento a diferentes perfiles profesionales que de una u otra forma se hallan en contacto con mujeres con discapacidad de diversa procedencia (congénita o sobrevenida). Para estos profesionales, la situación de potencial violencia de género hacia las mujeres con discapacidad es algo que se mantiene invisible y que urge poner de manifiesto. Pero ninguno de ellos conoce ningún caso de manera directa. Lo mismo sucede por parte del entramado asociacionista de mujeres con discapacidad: todas (y todos) reclaman actuaciones, señalan la potencialidad del drama de estas realidades, la urgencia de la prevención, pero nadie puede aportar ningún caso específico al que pudiéramos acceder.
- De manera más específica, ninguno de los interlocutores profesionales o representantes de asociaciones ha conocido casos de violencia de género hacia mujeres con discapacidad, cuyo origen de la violen-

cia procediera de su entorno afectivo más inmediato. Por el contrario, la imagen de la potencial violencia hacia las mujeres con discapacidad, parece provenir de lo que nosotros hemos dado en llamar en estas mismas páginas, violencia inespecífica, es decir aquella que puede sufrir una mujer con discapacidad del entorno no controlado; la calle, la atención sanitaria, la delincuencia en general, el machismo institucional que nos prefiguraron como temáticas de nuestra investigación. Sin embargo es sobre ellas sobre las que existe la mayor persistencia de imagen de potencial de violencia y se desestima la que pueda surgir de los contextos domésticos relacionales.

- El motivo para desestimarlos se afianza en: la baja incidencia que parece existir del mismo, la merma de relaciones de pareja a la que acceden las mujeres con discapacidad, más aún si es psíquica o física; la tendencia entre las mujeres con discapacidad sensorial a relacionarse con varones en sus mismas situaciones.

ELEMENTOS Y FACTORES QUE DEBERÍAN CONFIGURAR LOS PERFILES PROFESIONALES Y TÉCNICOS PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN

- Se trata de difundir la sensibilidad hacia el tema y la información concreta sobre indicadores de maltrato y facilitar un protocolo de actuación. No hacen falta profesionales específicos en esta área sino introducir, de una manera organizada, todos los factores susceptibles de orientar a los profesionales en el contacto con mujeres ante la preocupación sistemática y normalizada de la posible existencia de maltrato entre sus pacientes mujeres con discapacidad.
- **PROFESIONALES DE LA SANIDAD.** Considerados como los profesionales idóneos para la detección de los casos de maltrato y violencia porque constituyen un colectivo al que las mujeres con discapacidad acuden con frecuencia por diferentes razones. En primer lugar la asistencia primaria, pero, de inmediato, los especialistas y los de ámbitos hospitalarios.
 - Deben disponer de indicadores que señalen síntomas de maltrato, con los mismos criterios sistemáticos que se aplican a determinados aspectos de la salud física.
 - Hay que transmitir el tratamiento de estos indicadores.

- La exploración verbal es importante y delicada. Deben disponer de un protocolo de actuación ante una sospecha, guiándoles en la forma de consultar a las mujeres para profundizar.
- Hay que formarles para que desarrollen habilidades comunicativas en un terreno en el que es preciso proceder de manera hábil y cautelosa para superar la barrera de la ocultación vergonzante, probablemente a base de preguntas tangenciales que sirvan de indicadores sin provocar la inhibición o la cerrazón insuperable.
- Deben ser cuidadosamente informados y formados sobre cómo tratar la presencia de acompañantes, que eventualmente podrían ser los propios maltratadores, eludiendo en cualquier caso alertarles de que existen posibles sospechas porque eso podría poner en riesgo inmediato a la posible víctima.
- En este sentido, se debería instaurar de manera general que las pacientes entren a las consultas médicas sin acompañantes, para lograr una situación de consulta en la que tanto el personal médico y de enfermería como los pacientes tengan libertad para expresarse. El hipotético derecho de los pacientes a ser acompañados es una vía que choca con la necesidad de trabajar para la visibilización del maltrato en general, y no sólo del infligido a las mujeres con discapacidad. En cualquier caso, sí se podría instaurar la costumbre de una consulta en dos momentos, uno con acompañante presente y otro a solas con la paciente.
- Todos los profesionales deben disponer de una interlocución accesible y fácil a la que transferir sus sospechas. La facilidad comunicativa habrá de ser una constante en un protocolo de atención y prevención de posible violencia de género hacia mujeres con discapacidad
- **TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES.** Las y los trabajadores sociales resultan clave en este proceso. Son el segundo eslabón de la cadena de localización y afloramiento del fenómeno de la violencia de género, cuyo primer objetivo es que se haga visible y se desclandestinice. Se trata de los agentes encargados de la atención y seguimiento posterior al descubrimiento de casos de maltrato o violencia de género a mujeres con discapacidad y a todo su entorno inmediato, sobre todo si existen hijos o hijas y si son de menor edad.

- Pero también quienes trabajan en las mismas asociaciones deberían jugar un papel muy importante en las labores de atención y apoyo a las víctimas, optimizando su función a través de la experiencia y cercanía a las mujeres con discapacidad, quienes en muchos casos se sentirían más confiadas o cómodas con iguales interlocutores. Junto a los trabajadores sociales se debería aprovechar la oportunidad del personal de asistencia domiciliaria, que son quienes acaban estando muy cercanos a las posibles víctimas y que podrían informar a los servicios sociales sobre indicios posibles y sobre todo, sobre el seguimiento de los posibles casos.
- **LAS ASOCIACIONES DE MUJERES CON DISCAPACIDAD.** Éstas se muestran muy bien dispuestas a acometer acciones transversales con las administraciones públicas. Se sienten capaces e idóneas para participar en el diseño de las acciones y en parte de su ejecución, aunque se saben sin recursos para actuar por su cuenta. Estas organizaciones se perfilan como protagonistas de la puesta en marcha de la preocupación por las posibles situaciones de maltrato. Se sienten legitimadas y capacitadas para emprender acciones de divulgación, de atención y de seguimiento, aunque no propugnan que las administraciones deleguen en ellas.
- **LAS FUERZAS DE SEGURIDAD.** Sin presuponer que se trate de un ámbito que se relacione frecuentemente con las mujeres con discapacidad, no dejan de señalar que los diferentes cuerpos (municipal, nacional, guardia civil, policías autonómicas) deben ser formados e informados sobre los mecanismos de funcionamiento de la violencia de género potencial hacia mujeres con alguna discapacidad para que exista alerta constante ante la posible detección de casos. Saber gestionar y tratar adecuadamente los posibles casos que se produzcan, resulta tan importante como la asistencia en salud.
- **EL ÁMBITO JUDICIAL.** Del mismo modo que para las fuerzas de seguridad, en el mundo judicial debe introducirse la sensibilidad hacia el tema de la potencial existencia de violencia de género hacia las mujeres con alguna discapacidad a base de estrategias de formación e información para que cuando emerjan casos de maltrato lleguen a estas instancias debidamente informados.
- **LOS ESPACIOS EDUCATIVOS.** Los colegios e institutos deben ser ámbitos de transformación de las pautas culturales que persisten en nuestra sociedad. Los niños y niñas y los adolescentes deberían

recibir información de sensibilización similar a las que reciben sobre seguridad vial, seguridad contra incendios o autocuidado sexual. Para ello, las asociaciones de mujeres con discapacidad se muestran dispuestas a acudir a los centros para darles información especializada.

- Paralelamente, deberían existir planes destinados al profesorado con el ánimo de que estos refuercen la divulgación de las ideas necesarias para una modificación de las pautas culturales que los jóvenes están recibiendo desde la sociedad en la que creció el paradigma peyorativo y condoliente hacia las mujeres con discapacidad.

ÚLTIMAS RECOMENDACIONES ORIENTATIVAS PARA LA CONSTITUCIÓN DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN (ATENCIÓN, APOYO Y SEGUIMIENTO)

Finalmente exponemos en citas literales algunas últimas recomendaciones para un Plan contra la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad.

“Los menores y jóvenes están en una posición más vulnerable que los adultos en lo que se refiere al abuso, negligencia, malos tratos y explotación.”

“Los menores con discapacidad tienen una vulnerabilidad mayor... se han de enfrentar a un entorno hostil y a los prejuicios sociales, religiosos y culturales históricamente heredados.”

“Las niñas con discapacidad sufren, si cabe, aún más discriminación. Ellas tienen menos probabilidades de sobrevivir, más posibilidades de ser abandonadas, sufrir discriminación, violencia, ser excluidas de la educación, no poder casarse, ser excluidas de la maternidad, y en general, de participar en la sociedad.”

“Los menores con discapacidad son maltratados de dos a cuatro veces más que otros menores... se les fuerza a ser mendigos... se les obliga a prostituirse y a realizar otras actividades ilegales.”

“Existen factores específicos que contribuyen a la violencia como es LA AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA que un menor con discapacidad, víctima de una situación de abuso o violencia puede tener de su persona, como conse-

cuencia de la INFRAVALORACIÓN Y FALTA DE ACEPTACIÓN que su familia y la sociedad pueda tener de él”

“Tienen una AUSENCIA DE CONCIENCIA DE VÍCTIMA.”

“EL SENTIMIENTO DE ACEPTACIÓN O MERECIMIENTO de una acción violenta contra ellas... como consecuencia de la propia representación social que de las personas con discapacidad se tiene.”

“Se teje una bienintencionada red de marginación como resultado de la sobreprotección familiar... pero al mismo tiempo cuando llega a la juventud es retirada de la escuela por miedo a que sufra agresiones.”

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS para paliar la situación de violencia que sufren estos menores: Desarrollar investigaciones clave para conocer mejor la situación, promover programas de atención específica, formar recursos humanos, divulgar y atender a los grupos actualmente más vulnerables.

COLECCIÓN

“CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. DOCUMENTOS”

Títulos publicados

1. I Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Anexo: Sistema de Indicadores y variables sobre violencia de género sobre el que construir la base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.
2. Hombres y Violencia de Género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Luis Bonino
3. II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2009.
4. El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008).
5. Análisis de la Legislación Autonómica sobre Violencia de Género.
6. La Situación de la Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español.
7. III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010.
8. Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia.
9. Las cuestiones de géneros son importantes. Manual sobre como abordar la violencia de género que afecta a los jóvenes.
10. Actitudes de la población ante la violencia de género en España.



Esta publicación recoge los resultados de una investigación promovida por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y ha sido realizada por la empresa CIMOP y dirigida por la investigadora Cristina Santamarina que intenta un primer acercamiento a la realidad de mujeres que sufren distintos tipos de discapacidad, que han tenido alguna experiencia de violencia de género en el ámbito de sus relaciones afectivas de pareja, mediante entrevistas en profundidad dentro del marco de historias de trayectoria social.

En esta investigación no se ha pretendido la representatividad estadística, pero se considera que sus resultados poseen significatividad social e indudable interés.

PETIRROJO: "Un petirrojo en una jaula,
hace que se enfurezca el Universo"

William Blake

www.mspsi.es



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO
DE IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA LA
VIOLENCIA DE GÉNERO

P.V.P.: 15 €

