

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD O DIVERSIDAD FUNCIONAL

EVA DEL RÍO FERRES
JESÚS L. MEGÍAS
Facultad de Psicología. Universidad de Granada



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Violencia hacia las mujeres con discapacidad o diversidad funcional	
FICHA 1.....	18
Violencia de género en mujeres con diversidad funcional física y visual	
FICHA 2	20
Profundización en algunas de las características diferenciales de las mujeres con diversidad funcional que las hacen más vulnerables a la violencia	

Documento base.

Violencia hacia las mujeres con discapacidad o diversidad funcional

INDICE

INTRODUCCIÓN.

1. CONTEXTUALIZANDO LA DIVERSIDAD FUNCIONAL.
 - 1.1. Modelos de interpretación de la diversidad funcional.
 - 1.2. Concepción actual de la diversidad funcional.
2. MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL.
 - 2.1. Situación actual de las mujeres con diversidad funcional en España.
 - 2.2. Teoría de la discriminación múltiple.
3. VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL.
 - 3.1. Mayor vulnerabilidad: características distintivas.
 - 3.2. Modelos teóricos explicativos.
 - 3.2.1. Modelo ecológico.
 - 3.2.1. *Pathways Model*.
 - 3.2.1. Invalidación.
 - 3.3. La situación en España.
4. PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

FICHA 1.

FICHA 2.

INTRODUCCIÓN

Los índices de violencia de género en las mujeres con discapacidad o diversidad funcional son más altos que en las mujeres sin diversidad funcional (Instituto de la Mujer, 2006; ONU, 2006). En el Estudio a Fondo sobre todas las Formas de Violencia contra la Mujer publicado por Naciones Unidas en el 2006, se muestra preocupación por algunos grupos de mujeres especialmente vulnerables a la violencia, entre ellos “las mujeres con discapacidad” (ONU, 2006). Así, en el artículo 152 de este documento, se dice textualmente:

“Las mujeres con discapacidades pueden sufrir actos de violencia de maneras particulares, cometidos en sus hogares o en instituciones por miembros de la familia, por personas encargadas de su cuidado o por extraños. En estudios realizados en Europa, América del Norte y Australia se ha comprobado que más de la mitad de las mujeres con discapacidades han sufrido abusos físicos, en comparación con la tercera parte de las mujeres no discapacitadas” (ONU, 2006).

Nos encontramos ante un problema de gran profundidad que ha sido invisibilizado durante mucho tiempo. Mediante este documento quisiéramos contribuir a darle mayor visibilidad y mejorar su comprensión. Para ello trataremos de profundizar en el análisis del contexto que rodea a las personas con diversidad funcional para más adelante centrarnos específicamente en las mujeres con diversidad funcional y en su situación de especial vulnerabilidad, y en tercer lugar, en cómo les afecta la violencia de género. Revisaremos la literatura sobre el tema, incidiendo en aquellos aspectos que nos resultan más relevantes para su comprensión. En la parte final, presentaremos un resumen de los programas de prevención e intervención y posibles sugerencias de mejora para el futuro.

Pero antes de continuar, quisiéramos realizar una precisión terminológica. Muchas han sido las expresiones que se han utilizado para referir a las personas pertenecientes al colectivo que nos ocupa. Actualmente una de las más empleadas a nivel internacional ha sido la de “personas con discapacidad” (*people with disabilities*).

Hace sólo unos años desde el Foro de Vida Independiente¹ en España, se propuso el término “hombres y mujeres con diversidad funcional”. El motivo por el que se ha propuesto este nuevo término, tiene que ver con la percepción dentro del propio colectivo de personas con diversidad funcional, de que los términos anteriores, no son ni neutros ni positivos. El Foro de Vida Independiente considera que la anterior terminología continúa influenciada por la visión de la persona diferente como alguien a quien hay que rehabilitar, ya que la sociedad continúa creyendo que el problema se encuentra en la persona con diversidad funcional y no en el entorno. Además para definir el término “discapacidad” se continúan utilizando expresiones como déficit, limitación, restricción y barrera. Se trata por tanto, y como explicaremos con mayor detenimiento más adelante, de proponer un término sin ninguna connotación negativa pero que al mismo tiempo refleje la realidad. A lo largo de este documento, y con la intención de apoyar las reivindicaciones que surgen desde este movimiento, hemos decidido utilizar la expresión “hombres y mujeres con diversidad funcional”, en lugar de “personas con discapacidad” (Romañach y Lobato, 2005). Por tanto y siempre que nos sea posible y no modifique el sentido de lo expuesto, utilizaremos *diversidad funcional* en lugar de *discapacidad*.

2. CONTEXTUALIZANDO LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

Las mujeres y hombres con diversidad funcional en Europa suman más de 50 millones de ciudadanos, lo que representa una cifra superior al 10% de la población. Sin embargo, en muchos aspectos son tratados como ciudadanos invisibles, con mayor vulnerabilidad ante situaciones de rechazo y discriminación por parte del resto de la sociedad (Foro Europeo de la discapacidad, 2007; Iglesias, Gil, Joneken, Mickler y Knudsen, 1998).

Según los datos de la última Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD2008) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2008a), en España hay 3.8 millones de personas con alguna limitación, es decir, una tasa de prevalencia del 8.34% de la población total del país (Colectivo Ioé, 2012). El 67.2% de estas personas presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55.3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48.4% con las tareas del cuidado e higiene personal (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Además la diversidad funcional afecta más a las mujeres (9.9%) que a los hombres (6.8%) y a las personas de mayor edad.

Esta misma encuesta muestra algunos datos representativos que nos ayudan a visibilizar las desventajas sociales que sufren el colectivo de mujeres y hombres con diversidad funcional. En relación al nivel de instrucción, constata que es mucho más bajo que el de la población general; en concreto, el 7% de las personas con diversidad funcional que se encuentran en edad laboral son analfabetas, siendo esta cifra del 1% en la población general. El 16% ha conseguido finalizar la educación secundaria y el 12% estudios superiores, frente al 24% y 26% de la población general, respectivamente. Respecto a las relaciones de pareja, el porcentaje de personas con diversidad funcional que permanecen solteras es superior al de la población general, siendo más del doble la tasa de personas casadas en la población sin diversidad funcional que en la población con diversidad funcional, en la franja de edad comprendida entre los 26 y 35 años. En el ámbito de las relaciones de amistad, la encuesta constata que el 10% de las mujeres y hombres con diversidad funcional menores de 65 años y el 15% de quienes superan esa edad, no cuentan con ningún amigo o amiga personal, duplicándose estas cifras para quienes presentan una diversidad funcional directamente relacionada con las relaciones personales, el aprendizaje o la comunicación (Colectivo Ioé, 2013). Por otra parte, casi la cuarta parte de las personas con diversidad funcional entrevistadas de menos de 65 años reconocen haberse sentido discriminadas durante el último año debido a esta condición, sin embargo tan sólo el 9% de ellas ha denunciado los hechos (Colectivo Ioé, 2013).

Respecto a la situación económica, existe una correlación sistemática entre menores ingresos y más discapacidades, siendo la tasa de discapacidades en los hogares con ingresos mensuales por debajo de los 1000 euros, cuatro veces mayor que en los que tienen ingresos superiores a los 2500 euros. En relación a la situación laboral, la EDAD2008 muestra que en el año anterior tan sólo el 28% de las personas con diversidad funcional disfrutaban de empleo remun-

¹ El Foro de Vida Independiente surge a mediados del 2001 como espacio reivindicativo a favor de los derechos humanos de los hombres y mujeres con diversidad funcional, está basado en la filosofía del Movimiento de Vida Independiente que empezó en EEUU a finales de los sesenta. Más información en: <http://www.forovidaIndependiente.org/>

nerado, alcanzando el desempleo al 20.3% de la población activa, más del doble que en la población general que en ese mismo año se situó en el 9.2%. Los ingresos económicos de este colectivo proceden mayormente del sistema de pensiones, siendo la fuente principal de sustento para el 48% de los hombres y el 35% de las mujeres de edades comprendidas entre 16 y 64 años.

En resumen, podemos decir que los datos recogidos en la EDAD2008 nos muestran que los hombres y mujeres con diversidad funcional en España se encuentran en situación de desventaja social con respecto a la población general, en ámbitos tan sustanciales como el educativo, personal y laboral. A pesar de ello, su realidad se halla altamente invisibilizada, lo que les hace aún más vulnerables, a pesar de que representan casi el 10% de la población. Su discriminación además entraña connotaciones específicas y diferenciales de la que sufren otros colectivos, como veremos a continuación. Para conocer mejor estos procesos de invisibilización y discriminación, realizaremos un breve recorrido histórico sobre las diferentes concepciones de la diversidad funcional.

1.1 Modelos de interpretación de la diversidad funcional

Desde la antigüedad hasta nuestros días, han existido y existen múltiples formas de entender la realidad de las personas con diversidad funcional y estas diferentes formas de entenderla han dado lugar a construcciones sociales distintas. La evolución tanto en la concepción como en el trato hacia estas personas en Occidente, no ha sido lineal y contempla multitud de matices. Muchas de estas concepciones son contradictorias entre sí y han generado tensiones entre ellas. Antonio L. Aguado (1995) nos habla de ello en su estudio sobre la evolución histórica de estos conceptos, donde se insiste en cómo la incorporación de nuevos planteamientos no conlleva, a lo largo de la historia, la liquidación de los anteriores, sino que éstos coexisten, y en muchos casos se confrontan. Según su criterio y teniendo en cuenta esta falta de linealidad histórica, se pueden apreciar, entre otras, dos constantes en relación a las personas con diversidad funcional: por un lado, las contradicciones y el enfrentamiento entre distintas concepciones que coexisten al mismo tiempo y por otro, la marginación que los ha acompañado a lo largo de los años.

Dentro de la historia de la concepción de la diversidad funcional, Aguado (1995) menciona dos extremos: el que él denomina *enfoque pasivo*, que busca una causalidad externa, relacionada con la voluntad divina, y el *enfoque activo* que busca una causalidad ambiental y aborda la diversidad funcional como una enfermedad.

El primer enfoque, el *pasivo*, también denominado *religioso* o enfoque de *prescindencia*, se encuadra dentro de la tradición demonológica que busca la causa lejos del ser humano, en los dioses o en los demonios. Dentro de este enfoque o modelo encontramos dos variantes conocidas como submodelo *eugenésico* y submodelo de *marginación* (Toboso y Arnau, 2008). El submodelo *eugenésico*, el más antiguo, que procede de la época de la Grecia clásica y el Imperio Romano, consideraba el nacimiento de las personas con discapacidad como el resultado de los pecados cometidos, como un castigo, además de la idea de que era una vida que no merecía la pena ser vivida, se consideraba una carga. Por todo ello, motivaba hacia la eugenesia y el infanticidio. El submodelo *marginación*, muy presente durante la Edad Media, consideraba a las personas con diversidad funcional como objeto de compasión o temor y rechazo. De este modo, se las incluía dentro de los pobres y marginados, siendo el rasgo más común la exclusión. No inducía al infanticidio, aunque muchos niños y niñas morían por omisiones básicas, limitándose el futuro de aquellos que sobrevivían el ejercicio de la mendicidad y a convertirse en objeto de burla (Toboso, 2008).

El otro enfoque, el *activo*, también denominado modelo *médico* o *rehabilitador*, aborda la deficiencia como enfermedad, con causas naturales y ambientales y por tanto modificables, por lo que busca el tratamiento y la prevención. Este enfoque persigue la búsqueda de causas científicas de la diversidad funcional. Considera que las mujeres y los hombres con diversidad funcional sí pueden aportar algo a la comunidad, pero sólo en la medida que logren asimilarse al resto de personas. De este modo, se las incorporaría a un proceso de normalización. Hace recaer, por tanto, todo el énfasis en la discapacidad funcional y en su rehabilitación, subestimando las capacidades de los hombres y mujeres con diversidad funcional, manteniendo una actitud paternalista y caritativa que los considera de menos valor que al resto (Toboso, 2008). El modelo médico se ha centrado en las limitaciones, en su rehabilitación como vía preferente de integración, tratando de asemejar a estas personas a un supuesto patrón de "normalidad" (Arнау, 2005).

Recientemente ha surgido un planteamiento alternativo a éstos, que se conoce como *enfoque social*, según el cual las causas que originan las diferencias funcionales son aquellas que dan lugar a la exclusión social, al igual que ocurre en otros ámbitos de la vida (Colectivo Ioé, 2013). A diferencia de los anteriores enfoques, se mantiene que la causa que origina la diversidad funcional es social y no religiosa ni médica. El origen de este planteamiento se encuentra tanto en el rechazo hacia los modelos anteriores como en las vivencias de algunos colectivos, como el de diversida-

des funcionales psíquicas, que han encontrado tradicionalmente importantes obstáculos para la normalización.

En oposición a los modelos dominantes, la Asociación Americana sobre Retraso Mental (Colectivo Ioé, 2013) impulsó esta nueva concepción centrándose en la idea de que la diversidad funcional no es un rasgo presente sólo en la persona, sino que es fruto de la interacción entre la persona y su entorno. Considera este modelo que las personas con diversidad funcional pueden contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de personas, partiendo de la premisa fundamental de que toda vida humana es igualmente digna (Toboso, 2008). Este nuevo enfoque tiene unas consecuencias directas en las políticas públicas y en la educación, ya que propone dejar de concentrar los esfuerzos en la rehabilitación de las personas para buscar las soluciones en la mejora de la sociedad y del contexto, de forma que se encuentren mejor adaptados para conseguir la integración de todos sus miembros. Actualmente este *modelo social* se fomenta desde las propias instituciones (Foro Europeo de la Discapacidad, 1998), y contempla la diversidad funcional no sólo como un atributo de la persona, sino como un conjunto de condiciones que tienen que ver también con la sociedad responsable de construir un mundo accesible en su totalidad.

Por otro lado, durante los años 60s en los países anglosajones surgió el *movimiento de vida independiente*, dentro de los colectivos de las personas con diversidad funcional, y que algunos consideran el verdadero precursor del modelo social. Este nuevo paradigma, que se traslada a Europa en años posteriores, propone una nueva concepción del cuidado, en la medida en que la persona con diversidad funcional se “auto-concibe” como ser humano oprimido por las estructuras socio-políticas, económicas y culturales. Las personas con diversidad funcional abandonan el rol tradicional de pacientes para convertirse en agentes y protagonistas de su propia vida (Arnau, 2009). Se incentiva la capacidad de gestión y elección de la persona interesada, en contraste con los enfoques tradicionales. Ni los médicos ni las instituciones ni la familia deben dictar la manera de vivir de una persona con diversidad funcional, sino que es ella misma, de manera autónoma, quien debe poder elegir libremente cómo desea vivir (Toboso, 2008). Para entender mejor este planteamiento, nos ayuda desglosar el término de *autonomía personal* en dos: *autonomía física*, para referirse a las capacidades físicas que las personas poseen por sí mismas y que tienen relación directa con la respuesta de la sociedad, y *autonomía moral*, en relación a las capacidades necesarias de estas personas para regir sus vidas como personas adultas, tengan la discapacidad que tengan, de manera que no se les pueda negar que son sujetos morales (Arnau, 2005; Iglesias et al., 1998).

Recientemente en España desde el Foro de Vida Independiente, autores como Agustina Palacios y Javier Romañach (2006), entre otros, plantean la necesidad de superar los anteriores paradigmas y sugieren el modelo de la *diversidad* (Palacios y Romañach, 2006; Romañach y Lobato, 2005; Toboso y Arnau, 2008) que enfatiza la diversidad humana como forma de superar la dicotomía capacidades-discapacidades. En relación al modelo social, el cambio más importante que plantea este nuevo paradigma es moral. El modelo social concibe que una persona con diversidad funcional puede desarrollarse si la sociedad dispone los medios necesarios para ello. En realidad esto implica que las personas con grandes discapacidades o diversidades intelectuales y mentales, puesto que no tienen autonomía para decidir sobre su autodeterminación, sólo podrán desarrollar sus capacidades cuando la sociedad ponga los medios para ello. Sin embargo, el modelo de la diversidad considera que todas las personas han de tener garantizados los mismos derechos humanos, y poseen por tanto el mismo valor moral, de modo que cualquier discriminación que les impida mantener su dignidad y humanidad se considerará una violación de sus derechos humanos.

1.2 Concepción actual de la diversidad funcional

Las distintas formas de acercarse a los hombres y mujeres con diversidad funcional así como los diferentes modelos teóricos, han condicionado su conceptualización y propuestas de clasificación. Como decíamos anteriormente, Aguado (1995) indicaba que una de las características que define la evolución de la concepción de la diversidad funcional ha sido que la incorporación de nuevos enfoques no ha implicado la desaparición de los anteriores, lo que ha provocado grandes contradicciones. Seguramente éste sea uno de los rasgos definitorios en la actualidad en España, como muestra el uso de distintos términos en ámbitos diferentes (Colectivo Ioé, 2013):

- ✓ Incapacidad/invalidez: vigentes en el ámbito laboral.
- ✓ Minusvalía: concepto acuñado en la LISMI (Ley de Integración Social del Minusválido, 1982).
- ✓ Discapacidad: introducido por la Organización Mundial de la Salud en los sistemas de clasificación de 1980 y 2001.
- ✓ Diversidad Funcional: propuesto en 2005 por el Foro de Vida Independiente en España, con una gran aceptación dentro del propio colectivo (Colectivo Ioé, 2013; Romañach y Lobato, 2005).

Para entender mejor que términos tan dispares convivan en la actualidad, es necesario hacer un breve repaso por la historia más reciente de la evolución de las distintas concepciones. En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM), donde intentaba clarificar algunos términos como deficiencia, discapacidad y minusvalía. Dos décadas más tarde, en el año 2001, la OMS, con el objetivo de unificar el lenguaje sobre salud, y fruto también de un cambio de enfoque (modelo social) que hacía más hincapié en la interacción entre persona y contexto y no en la enfermedad, presentó una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde destacan las siguientes incorporaciones conceptuales (Romañach y Lobato, 2005):

- ✓ *Déficit en el funcionamiento*: expresión que sustituye al término *deficiencia* utilizado en 1980 por la CIDDM, y que refiere la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental.
- ✓ *Limitación en la actividad*, un término que sustituye al término *discapacidad* tal y como se utilizaba en la CIDDM, para referirse a las dificultades que puede tener una persona en la realización de actividades.
- ✓ *Restricción en la participación*, que sustituye al término *minusvalía* utilizado en la CIDDM, y que refiere los problemas en situaciones vitales.
- ✓ *Barreras*, como factores ambientales del entorno que crean discapacidad, como por ejemplo entorno físico inaccesible, falta de tecnología, actitudes negativas de las personas, etc.
- ✓ *Discapacidad*, utilizado en la CIF de forma diferente que en la CIDDM, como término “paraguas” para referirse a los déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, es decir, los factores contextuales y ambientales negativos.

El cambio de la terminología de la CIDDM a la CIF, implica un cambio de paradigma y concepción respecto a la diversidad funcional. Pero en España nos encontramos que incluso en la *Ley 51/2003*, de 2 de diciembre, de *Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Mujeres y Hombres con Discapacidad*, se mantiene la terminología anterior a la CIF: mujeres y hombres con discapacidad, minusvalía, incapacidad, invalidez, inutilidad (Romañach y Lobato, 2005). También la valoración de la diversidad funcional en España sigue utilizando la CIDDM, basada más en el modelo médico que en el modelo social (Ortego y Forteza, 2008). Incluso la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística sobre discapacidad (EDAD2008), no tiene en cuenta la nueva clasificación de la OMS, y sigue anclada en la de 1980 (Colectivo Ioé, 2013). Todo ello genera una discordancia entre la terminología internacional y la nacional, y ha dado lugar a la convivencia en nuestro país de términos tan dispares.

No es ésta una cuestión baladí. Cada término es fruto de una determinada concepción de las cosas y por tanto influye en la forma de pensar e interpretar la realidad, de entender a las mujeres y hombres con diversidad funcional. Es por esta razón que se intenta una y otra vez buscar nuevos términos que ayuden a mejorar, a reconceptualizar una realidad de manera más positiva e integradora, con la intención de influir en la forma de interpretarla. El concepto de *diversidad funcional* propuesto por el Foro de Vida Independiente de nuestro país, y utilizado en el presente texto, surge en este contexto y ha alcanzado una gran aceptación dentro de los propios colectivos (Colectivo Ioé, 2013). Este movimiento considera que los términos anteriores, en uno u otro sentido hacen referencia a una concepción negativa, fruto del modelo médico. Valora también *diversidad funcional* no sólo porque es la primera vez que se eliminan estas connotaciones negativas, sino porque surge de los propios protagonistas, las mujeres y hombres con esta condición y enfatiza su diversidad como valor que enriquece a la sociedad (Palacios y Romañach, 2006; Romañach y Lobato, 2005).

Este colectivo defiende que las mujeres y los hombres con diversidad funcional presentan grandes diferencias entre ellos/as, siendo sólo la discriminación social que sufren lo que los asemeja. En este sentido, plantean la atención a la diversidad específica de cada grupo dentro de este colectivo como medio para erradicar la discriminación, es decir, luchar contra la homogeneización de la diferencia simplificadora en pro de la riqueza de la diversidad (Iglesias, 2007).

2. MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Las mujeres con diversidad funcional se encuentran en situación de clara desventaja social no sólo en relación al resto de mujeres sino también respecto a los hombres con diversidad funcional. Es a partir de la publicación del Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa por parte del Foro Europeo de la Discapacidad (1997), cuando comienza un reconocimiento social de la problemática de exclusión social que rodea a las mujeres con diversidad funcional. Se cuestiona con mayor vigor su invisibilidad respecto al colectivo de mujeres en general y al de hombres con diversidad funcional (Arnau, 2005).

En este Manifiesto se las define como “*mujeres con cualquier clase de discapacidad, mujeres con deficiencias físicas, auditivas, visuales o mentales, sean éstas visibles o no, incluidas mujeres con enfermedades mentales o problemas de salud mental, dificultades de aprendizaje o enfermedades crónicas tales como diabetes, enfermedades renales o cardíacas, epilepsia, VIH/SIDA, o enfermedades que afectan sobre todo a la mujer tales como cáncer de mama, la artritis, el lupus, la fibromialgia y la osteoporosis. El término también incluye a las niñas y mujeres con discapacidad de cualquier edad, residentes en áreas rurales o urbanas, sin importar la gravedad de su discapacidad, ni sus preferencias sexuales o su entorno cultural, ya vivan integradas en la comunidad o en instituciones*” (Foro Europeo de la Discapacidad, 1997).

Dentro de las grandes contribuciones de este Manifiesto, es importante señalar el mérito de recoger la gran diversidad del colectivo, así como emplear el marco del modelo o enfoque social, con la intención de alejarse del modelo médico.

2.1. Situación actual de las mujeres con diversidad funcional en España

Repasemos algunas de las cifras que nos muestra la EDAD2008 para España que tienen que ver con la situación de estas mujeres. Según la encuesta, el porcentaje de mujeres de este colectivo que trabaja es 10 puntos menor que el de hombres (23.7% frente a 33.4 % respectivamente), el porcentaje de las que perciben pensión contributiva es también inferior al de los hombres (23.4% frente al 38.2%), pero en cambio mayor en el caso de las no contributivas (11.7% frente al 9.4%). Además, el 23.5% de mujeres con diversidad funcional se dedican principalmente a las labores del hogar, frente a sólo el 0.2% de los hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2010).

Por otra parte, en todas las franjas de edad la tasa de paro en las mujeres con diversidad funcional es superior al de los hombres con diversidad funcional y superior a su vez al del resto de mujeres. La tasa de analfabetismo que no tiene relación directa con problemas derivados de la condición de diversidad funcional, también es mayor en las mujeres con diversidad funcional que en los hombres (1% en mujeres jóvenes y 17.29% en mujeres mayores, frente al 0.76% en hombres jóvenes y 9.21% en mayores) (INE, 2008a).

En resumen podemos decir que en España la situación de las mujeres con diversidad funcional continúa siendo de clara desventaja social respecto a los hombres con diversidad funcional y a la población en general, ya que tienen menor acceso al empleo, mayor tasa de paro, su principal salida laboral son las tareas domésticas, y cuentan con menor acceso a la educación y mayor tasa de analfabetismo, entre otros factores. Estos datos reflejan la vigencia para España de las reivindicaciones del Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa (Foro Europeo de la Discapacidad, 1997).

2.2. Teoría de la discriminación múltiple

Fue en el I Congreso Internacional sobre Mujer y Discapacidad del año 2003, donde mujeres expertas con diversidad funcional plantearon la *Teoría de la doble discriminación* o *Teoría de la discriminación múltiple* (Arnau, 2005). Esta teoría postula que las mujeres con diversidad funcional han sido doblemente discriminadas, por un lado por ser personas con diversidad funcional y, por otro, por su condición de mujeres. Por ejemplo, cuando no se incluye la diversidad funcional en las actuaciones específicas que van dirigidas a las mujeres en general, como los denominados planes de igualdad, o cuando el movimiento feminista tradicional no las incorpora dentro de sus luchas, se las discrimina por su condición de discapacidad; pero también cuando en las actuaciones específicas destinadas a la población con diversidad funcional, como las medidas de acción positiva, no se incluye la perspectiva de género, se las discrimina como mujeres (Arnau, 2005).

No obstante, su situación de especial vulnerabilidad hacia la discriminación no se corresponde con la suma de ambas condiciones, diversidad funcional y género, sino que al conjugarse, se plantea una realidad con características propias, que además se añadirá a otras posibles condiciones por las que puedan ser objeto de discriminación, como por ejemplo la raza, etnia, preferencias sexuales, condiciones socioeconómicas, etc. Es por esto que es más correcto usar la expresión *discriminación múltiple* que *doble discriminación*, ya que pueden sumarse múltiples situaciones a la condición de género y diversidad funcional. Desde esta teoría se denuncia además que a las personas con diversidad funcional se les ha impuesto de forma sistemática un proceso de homogeneización, ignorando las variedades dentro del colectivo, quedando ocultas muchas diferencias. Esta homogeneización tiene mucho que ver con el modelo médico, que les reduce a la deficiencia, olvidando a la persona (Arnau, 2005).

A diferencia de los hombres con diversidad funcional, la sociedad ha visto en las mujeres con diversidad funcional

lo que Lonsdale calificó como “rolessness”, (Lonsdale, 1990; citado en Curry, Hassouneh-Phillips y Johnston-Silverberg, 2001), esto es, la carencia absoluta de un lugar o función social. La sociedad no espera nada de estas mujeres. Debido a los estereotipos acerca de su pasividad, “asexualidad” y dependencia, se les niega incluso los roles tradicionales femeninos de madre, cuidadora, creadora de una familia, etc. La negación de un lugar, de un rol social, las sitúa en clara desventaja psicológica, social y económica, lo cual les genera en numerosas ocasiones baja autoestima, estigmatización y menores opciones en el acceso al empleo, peor calidad de vida y mayores problemas de salud. Desafortunadamente el modelo médico ha contribuido a aumentar esta vulnerabilidad (Curry et al., 2001; Giménez y Ramos, 2003; Hassouneh-Phillips, McNeff, Powers, y Curry, 2005). Esta negación de roles o “rolessness” las coloca en una situación de mayor invisibilidad, lo que a su vez les dificulta el acceso a los recursos existentes y les resta credibilidad cuando denuncian posibles abusos (Iglesias et al., 1998).

Uno de los aspectos clave para entender lo que implica esta situación es el análisis de las consecuencias que tiene en su autopercepción e imagen social. Los prototipos estéticos de la cultura dominante que observamos a través de la publicidad son interiorizados y provocan la necesidad de cambiar el cuerpo que no se asemeja a estos patrones. Las mujeres con diversidad funcional también se encuentran expuestas a estos mismos prototipos de belleza, de los cuales se encuentran muy lejos; este proceso comparativo, de resultado claramente negativo, genera una disonancia cognitiva que influye negativamente en su autoimagen. Las mujeres con diversidad funcional acaban percibiendo su condición como algo negativo, que las limita en sus posibilidades de consideración social en la medida que no responde a patrones determinados.

El informe realizado por Marita Iglesias y colaboradores (1998) resalta precisamente esta relación entre el cuerpo y las expectativas de evolución personal y señala cómo esta relación ha sido estudiada por los movimientos feministas. El movimiento feminista tradicionalmente ha denunciado que el cuerpo de la mujer se ha considerado objeto de dominación y placer masculino, lo que a su vez ha influido en las relaciones y expectativas del mundo que sostienen las propias mujeres, así como en la distorsión de la imagen de su propio cuerpo. El feminismo en general identifica la alienación de la mujer con la cosificación de su propio cuerpo como objeto de placer masculino; sin embargo, este posicionamiento no recoge completamente la realidad de las mujeres con diversidad funcional. El cuerpo de las mujeres con diversidad funcional aunque también es cosificado con propósito de dominación, lo es en un contexto diferente. Por ejemplo, los actos que pueden resultar sensuales o eróticos se convierten en indeseables o despiertan curiosidad si son protagonizados por mujeres con diversidad funcional. No son cosificadas como objetos de placer masculino, sino como objetos de curiosidad médica. Por ejemplo, muchas de estas mujeres han pasado largo tiempo expuestas y desnudas ante los ojos de profesionales médicos. Sus cuerpos han sido exhibidos, normalmente sin permiso, también en vídeos o revistas médicas. Estas formas de control han marcado a muchas de ellas que acaban deseando la intervención en su propio cuerpo de manera negativa, ya sea ocultándolo o con mutilaciones, porque no es deseado ni aceptado (Iglesias et al., 1998).²

3. VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Respecto a la violencia que sufren las mujeres que presentan algún tipo de diversidad funcional, los datos que muestran algunos organismos son muy preocupantes (CERMI, 2008). Según Naciones Unidas, más de la mitad de las mujeres con diversidad funcional han sufrido abusos físicos, en comparación con la tercera parte de las mujeres sin diversidad funcional (ONU, 2006). Según datos del Parlamento Europeo, casi el 80% de las mujeres con diversidad funcional son víctimas de la violencia y corren un riesgo cuatro veces mayor que el resto de las mujeres de sufrir violencia sexual (Valenciano, 2004; ver también Martín et al., 2006). Según Hassouneh-Phillips (2005), la prevalencia de abusos en mujeres con diversidad funcional física, es del 67% del total de todos los tipos de abuso. En España, según los datos de la última Macroencuesta del Instituto de la Mujer (2011), la prevalencia de la violencia de género es mayor entre las mujeres que indican tener problemas graves para llevar a cabo sus actividades diarias (18.8%) y entre las que tienen problemas en cierta medida (11.5%) que en las que no tienen problemas (10.3%).

No obstante, la violencia de género en mujeres con diversidad funcional se encuentra infra-representada en la literatura especializada. Así lo ponen de manifiesto los propios autoras y autores que se han ocupado de su estudio (p.e.

² Un ejemplo que ayuda a entender el rechazo de los cuerpos con diversidad funcional, podemos observarlo en el siguiente enlace que nos conduce a un vídeo realizado por la asociación suiza Pro Infirmis: <https://www.youtube.com/watch?v=E8umFV69fNg>

Curry et al., 2001; Hassouneh-Phillips, 2005; Hassouneh-Phillips y Curry, 2002; McFarlane, Hughes, Nosek, Groft, Swedlend, y Dolan Mullen, 2001; Nosek, Howland y Hughes, 2001; Ortego y Forteza, 2008).

3.1. Mayor vulnerabilidad: características distintivas

La especificidad diferencial de la violencia de género en las mujeres con diversidad funcional es una de las ideas más recurrentes en estas investigaciones. Sufren no sólo los mismos tipos de abuso que el resto de las mujeres, sino también otras formas específicas que normalmente no son reconocidas como tales y que necesitan de servicios asistenciales específicos. Todos estos factores derivan en una situación de mayor vulnerabilidad de sufrir maltrato. Por ejemplo, McFarlane et al. (2001) afirmaron que los instrumentos habituales para detectar abusos tanto físicos como sexuales hacia las mujeres en la pareja, eran insuficientes para el caso de las mujeres con diversidad funcional física. Detectaron que aunque estas mujeres tenían el mismo riesgo de sufrir abusos por parte de la pareja que las mujeres sin diversidad funcional, su probabilidad era mayor de sufrir abusos físicos o sexuales por parte de cuidadores y asistentes sanitarios. Por tanto, los cuestionarios para la detección de violencia de género, elaborados para las mujeres sin diversidad funcional, no conseguían captar todos los casos de violencia en las mujeres con diversidad funcional. Por esta razón, McFarlane et al. (2001) desarrollaron el cuestionario AAS-D (*Abuse Assessment Screen-Disability*), con tan sólo cuatro ítems, dos de ellos basados en el cuestionario AAS (*Abuse Assessment Screen*; Soeken, McFarlane, Parker y Campbell, 1997) validado y utilizado frecuentemente en Estados Unidos, y otros dos ítems específicos de la condición de diversidad funcional. Sus resultados mostraron que al aplicar el AAS-D a una muestra de 511 mujeres con diversidades funcionales físicas, los dos ítems específicos sobre diversidad funcional detectaban un 2% adicional de situaciones de abuso.

Años más tarde, Nosek, Hughes, Taylor, H. y Taylor, P. (2006) utilizaron este mismo cuestionario (AAS-D) para realizar un nuevo estudio intentando solventar algunos problemas metodológicos relativos a la definición de abuso, donde detectaron un 9.8% de prevalencia en una muestra de 415 mujeres con diversidad funcional física. Al igual que en el caso de McFarlane et al. (2001), con las dos últimas preguntas del cuestionario, relacionadas específicamente con diversidad funcional, detectaron un 2% adicional de situaciones de abuso. Además encontraron como variables significativamente relacionadas con las experiencias de abuso, la edad, el nivel educativo, el nivel de movilidad, apoyo social, aislamiento social, percepción de estrés, depresión y servicios de asistencia personal.

Por otro lado, Mary Ann Curry y colaboradores (2004) desarrollaron otro instrumento denominado *Screening and Risk Assessment Questions*, el cual fue perfeccionado, ampliado y validado años después por la misma autora (Curry et al., 2009), convirtiéndose en un cuestionario de 17 ítems, el cual formaba parte de un programa más amplio que tiene la intención de prevenir y ayudar a las mujeres con diversidad funcional que hubieran sufrido maltrato.

También Nosek, Clubb, Hughes y Howland (2001), con metodología cualitativa, analizaron las experiencias de 181 mujeres con diversidad funcional que habían sufrido maltrato. Según su teoría, existen 5 factores de riesgo que incrementan el riesgo de sufrir abuso en las mujeres con diversidad funcional: (1) estereotipos y devaluación cultural hacia ellas, (2) la sobreprotección, (3) las consecuencias negativas de la negación de la sexualidad en las mujeres con diversidad funcional, (4) las dificultades para reconocer el abuso en mujeres con limitaciones cognitivas y (5) la dependencia económica. Concluyeron que la diversidad funcional no sólo no es un factor de protección frente al abuso, sino que al contrario conlleva factores de vulnerabilidad adicionales, tales como los abusos relacionados con el contexto que la rodea y los abusos relacionados con los cuidados que necesita, por lo que se hace necesario instrumentos sensibles en la detección de los abusos específicos sobre diversidad funcional.

Gilson, Cramer y DePoy (2001) realizaron un estudio con dos grupos focales, uno en zona urbana y otro en zona rural en Estados Unidos, para conocer las características y tipos de abuso experimentado por mujeres con diversidad funcional física, en el que concluyeron que algunos tipos de abusos eran comunes a todas las mujeres pero otros eran únicos para las mujeres con diversidad funcional. Coincidente con estos resultados, Gilson, DePoy y Cramer (2001) propusieron en otro trabajo un modelo de evaluación de abuso en mujeres con diversidad funcional, que incluía una atención específica a la condición de diversidad funcional, teniendo en cuenta su funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria y la heterogeneidad de sus múltiples situaciones.

Siguiendo el mismo tipo de razonamiento y para averiguar si efectivamente la prevalencia de la violencia de género era mayor en las mujeres con diversidad funcional, Brownridge (2006) realizó un estudio comparativo con 7027 mujeres canadienses, 1092 con diversidad funcional y 5939 sin diversidad funcional. Sus resultados mostraron que la prevalencia de la violencia en las mujeres con diversidad funcional era significativamente mayor que en las demás, concretamente, en un 40%.

En relación con las consecuencias que las situaciones de maltrato provocan en las mujeres con diversidad funcional, Curry et al. (2001) señalan que al igual que ocurre con las mujeres sin diversidad funcional, son vulnerables a experimentar baja autoestima, sentimientos de culpa, problemas de salud, depresión y ansiedad. Sin embargo, estas circunstancias con frecuencia ya se encuentran en personas con diversidad funcional como resultado de la discriminación de la que son objeto por buena parte de la sociedad. De ahí que pueda hipotetizarse que las situaciones de violencia de género las agraven aún más e incrementen su riesgo de pobreza, aislamiento social y victimización (Curry et al., 2001; Gilson, Cramer y DePoy, 2001).

3.2. Modelos teóricos explicativos

A pesar de estas particularidades en la violencia que sufren las mujeres con diversidad funcional, no existen muchos modelos teóricos que hayan tratado de dar una explicación comprensiva de las mismas. Expondremos a continuación algunos de ellos.

3.2.1. Modelo ecológico

Curry, Hassouneh-Phillips y Johnston-Silverberg (2001) presentaron el que denominaron *modelo ecológico* para entender la complejidad de la naturaleza del abuso a mujeres con diversidad funcional. Este modelo incluye tres conjuntos de factores influyentes:

1. Factores culturales y del entorno.
2. Características de las potenciales víctimas.
3. Características de los potenciales maltratadores.

Entre estos tres tipos de factores, se considera que los culturales y del entorno que rodean a las personas con diversidad funcional son los que más gravemente las ponen en riesgo de abuso. En especial, el problema del estereotipo de *rolelessness* anteriormente mencionado tiene un efecto muy negativo en su autoestima y en sus posibilidades de vida, ayudando a incrementar sus niveles de pobreza y dependencia. En segundo lugar y dentro de las características de las posibles víctimas, la dependencia hacia un cuidador es una característica que hace más vulnerable a las mujeres con diversidad funcional. También la percepción de pérdida de poder (*powerlessness*), que puede estar influenciada por el aislamiento social, incrementa el riesgo a ser manipulada, y la falta de oportunidades de empleo, educación y dependencia económica. En tercer lugar, respecto a los potenciales maltratadores, encontramos dos posibles: la pareja sentimental que puede ser al mismo tiempo la persona cuidadora, y el resto de cuidadores/as, profesionales o familiares que necesiten. Las parejas que también ejercen el rol de cuidador tienen una situación de control sobre éstas que aumenta el riesgo de aislamiento y explotación. Las mujeres con diversidad funcional además tienen un alto riesgo de abuso por parte del personal cuidador, al mantenerse con ellos una fuerte relación de dependencia.

3.2.2. Pathways Model

Hassouneh-Phillips (2005) a partir de una investigación cualitativa basada en historias de vida de 37 mujeres con diversidad funcional, presentó el *Pathways Model*. Este modelo expone la trayectoria de vida de mujeres maltratadas con diversidad funcional física, y los factores que intervienen en ella, explicando cómo la falta de actuación social incrementa la duración de la relación de maltrato, y cómo afecta negativamente su contexto social caracterizado por una opresión sistemática hacia ellas. La devaluación social que sufren incrementa su vulnerabilidad personal, al mismo tiempo que disminuye su acceso a seguridad e intervenciones de prevención eficaces contra el abuso. Dentro de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir algún tipo de abuso, se encuentran los altos niveles de dependencia física.

Según este modelo, la trayectoria de abuso se compone comúnmente de 7 fases (ver Figura 1). La primera fase o inicio (“getting in”) describe el proceso para comenzar una relación abusiva. La fase 2, denominada “experiencia de abuso”, se refiere a todos los tipos de abuso que las mujeres con diversidad funcional pueden sufrir, los abusos por el cuidador y las formas específicas de abuso. La ausencia de intervención corresponde a la fase 3 y se refiere a la inadecuada forma de intervenir e identificar los casos de abuso en las mujeres con diversidad funcional por los organismos encargados para ello. La fase 4, “compensaciones” o intercambios (“trade-offs”), se refiere a cómo una relación abusiva puede también tener algunos beneficios, sobre todo si la pareja sentimental se convierte al mismo tiempo en el cuidador de la víctima, lo que hace que la relación sea más compleja y se mantenga en el tiempo. La fase 5, “punto de ruptura” (“breaking point”), ocurre cuando los niveles de maltrato comienzan a ser intolerables. La fase 6, “buscando

apoyos y fortaleciéndose” (“building support and gaining strength”), se daría cuando se preparan para dejar la relación. Por último, la fase de salida (“getting out”), describe el proceso por el que se deja la relación de forma temporal o permanente. Finalmente, el modelo llama la atención de que una vez que abandonan la relación abusiva las mujeres pueden volver a entrar en otra relación abusiva o quedar por completo fuera de éstas.

3.2.3. Invalidación

El análisis del papel que juegan el personal cuidador y/o los asistentes sanitarios es muy relevante en la literatura sobre el maltrato a mujeres con diversidad funcional. En todos los trabajos mencionados con anterioridad se habla del mismo. En especial Hassouneh-Phillips et al. (2005), tras analizar los datos cualitativos de tres estudios con mujeres con diversidad funcional, propusieron a nivel teórico un proceso para explicar las situaciones concretas de maltrato y abuso perpetrado por los asistentes sanitarios, al que denominaron *Invalidación*. Lo definieron como el proceso que subyace al maltrato realizado por el personal médico y que se caracteriza por cuatro formas de abuso: *sobreprotección*, *humillación*, *deshumanización* y *daño durante los cuidados* (ver Figura 2).

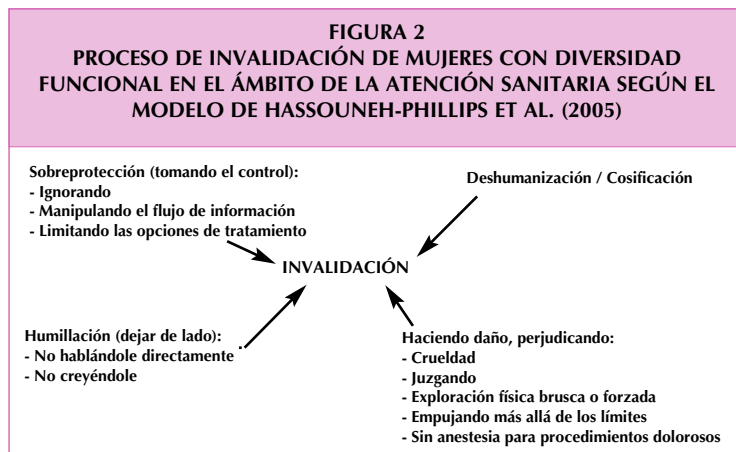
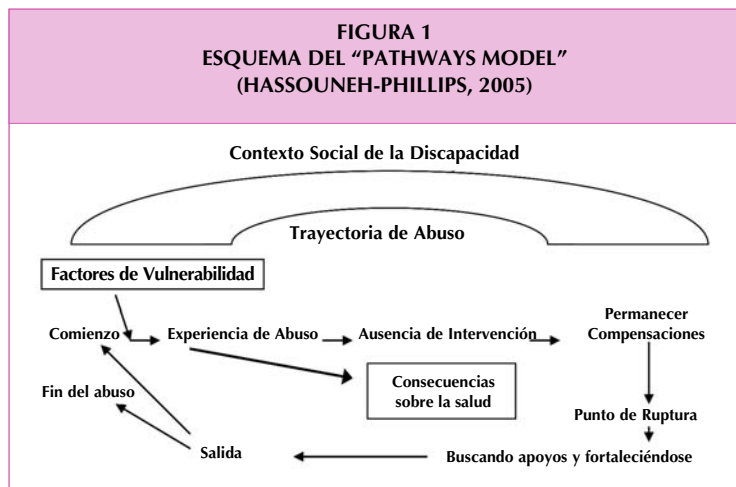
La *sobreprotección* ocurre cuando los profesionales de la salud se sitúan en posición de autoridad sobre las mujeres, tomando decisiones sobre la salud *para* ellas en lugar de *con* ellas. Los mecanismos a través de los que ejercen esta sobreprotección incluyen ignorar, manipular el flujo de información y limitar las opciones de tratamiento. Un profesional de la salud ignora a la mujer cuando, por ejemplo, le informa apresuradamente sobre el consentimiento informado de algún procedimiento médico sin escuchar su decisión, dándola por mera formalidad. Manipula el flujo de la información cuando impone sus propios valores y creencias sobre cómo deberían ser las vidas de las mujeres con diversidad funcional, limitando sus elecciones sin su conocimiento o consentimiento; por ejemplo, cuando el profesional médico convence a la mujer para que sea esterilizada bajo el pretexto de que no podrá cuidar adecuadamente de su bebé. La limitación en las opciones de tratamiento ocurre, por ejemplo, cuando se les niega la realización de una

prueba preventiva, como una mamografía, por encontrarse en silla de ruedas.

La *humillación* o degradación ocurre cuando un profesional de la salud no habla directamente con ellas o no las cree. Esto se da especialmente con mujeres con diversidad funcional cognitiva o mujeres con una pobre comprensión de instrucciones o condiciones estigmatizantes.

La *deshumanización* o cosificación se produce cuando el profesional de la salud considera a la mujer como una enfermedad o un “caso” en lugar de tratarla como una persona, algo que se da frecuentemente en los procesos de enseñanza de los nuevos facultativos.

Por último, Hassouneh-Phillips et al. (2005) identificaron cinco formas diferentes de hacer *daño* a las mujeres *durante los cuidados médicos*: ser crueles con ellas, juzgarlas, realizarle exploraciones físicas de forma brusca y forzada, presionarles más allá de sus límites y practicarles procedimientos dolorosos sin anestesia. La crueldad ocurre cuando los profesionales de la salud son desagradables y abusivos verbalmente con las mujeres. Juzgar es una forma más sutil de hacer daño, y se refiere a las situaciones en las que el profesional critica a la mujer por no estar conforme con lo que le propone. Las exploraciones bruscas o forzadas ocurren frecuentemente y consisten en ignorar completamente a las mujeres cuando piden que paren o limiten la explo-



ración. Muchas mujeres informan también que los profesionales de la salud les presionan más allá de sus límites, obligándoles a mantener una posición por un tiempo superior al posible, por ejemplo, durante los exámenes exploratorios. Por último, muchas mujeres informaron en este estudio que les habían practicado procedimientos dolorosos sin administración de anestesia, especialmente aquellas con deterioro en la médula espinal.

3.3. La situación en España

En nuestro país las investigaciones realizadas sobre la violencia de género hacia mujeres con diversidad funcional son muy escasas. Fernández, Ramírez y Ramiro realizaron un estudio en Madrid, en el año 2005, donde concluyeron que tres de cada diez mujeres con diversidad funcional física sufrían malos tratos. Sus datos indicaron que la violencia psicológica fue la más habitual, seguida por la violencia física y después por las agresiones sexuales. Ocho de cada diez entrevistadas manifestaron que los malos tratos eran habituales, pero sólo unas pocas los denunciaron (Fernández, Ramírez y Ramiro, 2005; citado en Fernández, 2009). Fernández (2009) también ha realizado otras investigaciones con mujeres con diversidad funcional auditiva y con diversidad funcional intelectual mediante metodología cualitativa con entrevistas semiestructuradas, donde se les preguntaba, entre otras cosas, qué entendían por violencia. Las mujeres con déficit auditivo entendieron los malos tratos como aquellos que acarreaban no sólo agresiones físicas sino también psíquicas, pero al mismo tiempo también consideraron que las agresiones que sufrían tenían que ver con la discriminación que sufrían. Por su parte, las mujeres con déficit intelectual señalaron que la violencia se daba por igual en mujeres con o sin diversidad funcional, pero entendían que con mayor ensañamiento contra las mujeres con diversidad funcional al encontrarse más indefensas.

En el Estudio Cualitativo de la Situación de la Mujer con Discapacidad en Castilla la Mancha (Bayot et al., 2006) se llevó a cabo una encuesta a 225 mujeres con algún tipo de diversidad funcional. La encuesta tenía como finalidad general conocer mejor su situación. Entre otros ítems se les preguntó si conocían actos de violencia contra mujeres en su entorno cercano, a lo que el 21.8% contestó afirmativamente. De estos actos de violencia, el 54.5% fueron de violencia psicológica, seguidos del 38.6% de actos de violencia física. El 54.3% de los casos se desarrollaron dentro de la vivienda de la víctima, el 19.6% en el puesto de trabajo, el 13% en los lugares de ocio y el 10.9% en los medios de transporte. Por último, se detectó también un 8.7% de los casos que se produjeron dentro de hospitales. Sobre la percepción de incidencia de esta problemática entre las mujeres con diversidad funcional, el 48.8% de las encuestadas consideró que éstas pueden sufrir en mayor medida las situaciones de violencia que el resto de mujeres. Las causas subjetivas señaladas por las encuestadas para explicar la mayor incidencia estuvieron relacionadas, en la mitad de los casos, con la incompreensión y no-aceptación por parte de la familia. Una cuarta parte señalaron los problemas relacionados con las relaciones familiares (“carga” para la familia, dificultad en la atención de sus necesidades o de las opiniones). Por último, las causas relacionadas con la propia aceptación de la diversidad funcional o el sentimiento de culpabilidad estuvieron presentes en el 20% de las encuestadas.

Durante el año 2010 se publicó un estudio sobre la situación de las mujeres sordas ante la violencia de género (Sánchez, Álvarez-Buylla y Espinella, 2010), llevado a cabo con metodología de acción participativa. Se realizaron 9 entrevistas a informantes cualificados, 3 grupos de discusión, 30 encuestas a federaciones y asociaciones de personas sordas y 21 entrevistas a mujeres sordas que habían sido víctimas o testigos de violencia de género. El 60% de las asociaciones consultadas en el estudio afirmó que en su asociación habían tenido conocimiento de algún caso de violencia hacia las mujeres sordas y el 64% afirmó que las mujeres sordas sufren en mayor medida la violencia de género que las mujeres no sordas.

Recientemente, hemos llevado a cabo un estudio sobre violencia de género en mujeres con diversidad funcional física y visual, utilizando metodología cuantitativa (del Río, Megías y Expósito, 2013) (ver Ficha 1 para una descripción más amplia de este estudio). En él participaron un total de 96 mujeres, 45 con diversidad funcional visual y 51 con diversidad funcional física, que fueron entrevistadas con la intención de conocer la prevalencia de la violencia y su posible relación con factores socioeconómicos, sociodemográficos y relacionados con la diversidad funcional, así como sus posibles consecuencias en su salud y bienestar psicológico. Los resultados del estudio mostraron que casi la mitad (el 47.9%) habían sufrido violencia de género en algún momento de sus vidas. Para la detección de casos de maltrato se utilizaron dos cuestionarios, uno genérico para la población general de mujeres y otro específico para mujeres con diversidad funcional. Este último aportó un 7.3% más de casos. Las mujeres que habían sido víctimas de violencia presentaban una peor situación económica, mayores niveles de dependencia física y mayores cargas familiares que aquellas que no habían sufrido violencia. También presentaban peores niveles de bienestar emocional y de salud psi-

cológica así como peores niveles de autoestima y de apoyo social percibido, más allá de los atribuibles a la condición de diversidad funcional. Estos datos coinciden en destacar que las mujeres con diversidad funcional sufren con mayor intensidad la violencia de género, además apuntan a factores de riesgo vinculados a la diversidad funcional y nivel de dependencia y ponen de manifiesto que la violencia entraña para ellas consecuencias en su salud que no pueden atribuirse a la diversidad funcional.

4. PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Respecto a las iniciativas de prevención e intervención contra la violencia de género hacia las mujeres con diversidad funcional que se han llevado a cabo hasta el momento en España, lamentablemente hay que decir que han sido muy escasas. Mar Dalmau y César Gimeno (2004) elaboraron un documento sobre la situación de la violencia doméstica e institucional hacia personas con diversidad funcional, en el que revisaron las actuaciones de sensibilización, difusión y apoyo a las víctimas hasta ese año. Encontraron algunas actuaciones puntuales, por ejemplo, un apartado dedicado a “Mujer con Discapacidad y Violencia” dentro de una “Guía de Prevención de la Violencia hacia la Mujer” editada por el Ayuntamiento de Burgos en formato online (véase: <http://www.aytoburgos.es/seguridad-ciudadana/policia-local/malos-tratos/guia-de-prevencion-de-la-violencia-hacia-la-mujer>), la edición de dípticos sobre “Violencia de género y Discapacidad” por parte de la Federación Estatal de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras (FSAP-CCOO) en el año 2003, o la publicación de una Guía sobre Violencia y Mujer con Discapacidad, por parte de la Asociación Iniciativas y Estudios Sociales en 1998.

En los últimos años han surgido otras iniciativas un poco más ambiciosas. Quizás de todas ellas la más destacable sea la implementada por la Federación de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) con el proyecto “No me dañes”, dirigido a la prevención de la violencia de género en mujeres con diversidad funcional intelectual, cuyo objetivo principal es ayudar a estas mujeres a identificar más fácilmente la violencia de género (puede consultarse en <http://www.feapsmadrid.org/violencia>).

Por otra parte, Millán, Sepúlveda, Sepúlveda y González (2008) han editado recientemente una “Guía para profesionales” sobre mujeres con discapacidad y violencia sexual, cuyo objetivo principal es la toma de conciencia de la incidencia de violencia sexual en niñas y mujeres con diversidad funcional, y por tanto la posibilidad de prevenirla. En esta guía, además de encontrar una presentación completa acerca de la dimensión del problema, se presenta un plan de acción concreto sobre cómo asistir a las víctimas de violencia sexual con diversidad funcional.

Además de estas iniciativas, consideramos imprescindible que se realicen más estudios sobre la problemática específica de la violencia de género en el colectivo de mujeres con diversidad funcional en nuestro país. Estas investigaciones deberían atender especialmente a los grupos de mujeres que presentan mayores riesgos de sufrir violencia, como las mujeres con diversidad funcional psíquica o mental, aquellas que viven en el medio rural o las que se encuentran institucionalizadas. Tal como han destacado autoras como Marita Iglesias o Soledad Arnau, una de las consecuencias de la discriminación es la homogenización de las personas con diversidad funcional; es por esto que estudiar sus características, visibilizar su heterogeneidad, son caminos prometedores en esta tarea (Iglesias, 2007). Es importante recordar también la necesidad de utilizar instrumentos específicos de detección de maltrato o adaptar los existentes, para maximizar las posibilidades de dibujar adecuadamente la realidad.

Por último, nos gustaría recordar algunas de las recomendaciones realizadas por Sara-Beth Plummer y Patricia A. Findley (2012), en una reciente revisión de la literatura internacional sobre la situación de las mujeres con diversidad funcional que han sufrido violencia de género. En primer lugar, recomiendan seguir estudiando los ratios de prevalencia, explorando aquellos subgrupos que tienen más riesgo de sufrir abuso. En segundo lugar, resaltan el hecho de que no hay estudios que comparen la experiencia de abuso entre grupos de distintos tipos de discapacidad, en un nuevo intento de romper con la homogeneización de la que es víctima este colectivo. También insisten en la necesidad de seguir indagando en el estudio sobre los factores de riesgo y de protección, con la idea de mejorar las estrategias de prevención e intervención. Además consideran importante la creación de instrumentos para detectar tácticas de maltrato específicas de la diversidad funcional. Por otro lado, también consideran urgente la investigación de las posibles consecuencias del maltrato, tanto físicas como psicológicas, y a la realización de estudios longitudinales que examinen su impacto potencial. Finalmente estas autoras recomiendan la inclusión de la diversidad funcional como una categoría en todos los estudios sobre violencia de género y agresión sexual.

En suma, podemos concluir que la violencia hacia las mujeres con diversidad funcional sigue constituyendo en la actualidad un problema social de gran magnitud, muy poco visibilizado. Supone una clara vulneración de sus dere-

chos humanos que demanda no sólo de actuaciones urgentes y decididas por parte de las instituciones competentes en la materia, sino también del rotundo rechazo social.

REFERENCIAS

- Aguado, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre.
- Aguilar, R.J. y Nuñez, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Arnau, M.S. (2005). *La cara oculta de la violencia: La violencia de género contra la(s) mujere(s) con discapacidad(es)*. Castellón: GIAT Discapacidad-Fundación Isonomía Igualdad Oportunidades.
- Arnau, M.S. (2005). Otras voces de mujer: el feminismo de la diversidad funcional. *ASPARKIA. Investigació feminista*, 16, 15-26.
- Arnau, M.S. (2009). El cuidado y sus perversiones. La cultura de la violencia. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 3, 77-78.
- Asociación Iniciativas y Estudios Sociales I.E.S. (1998). *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*. A Coruña: Comisión de la Unión Europea. Proyecto Metis, Iniciativa Daphne.
- Bayot, A., Escudero, I., Sebastiá, S., de Julián, L.F., Escobar, E.M., Jiménez, R., y Carrobles, M. (2006). *Estudio cualitativo de la situación de la mujer con discapacidad en Castilla la Mancha*. COCEMFE: Castilla la Mancha.
- Brownridge, D.A. (2006). Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12, 805-822.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- CERMI (Ed.) (2008). *Reconociendo los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad. Un valor añadido para la sociedad futura*. Madrid: CINCA.
- Coker, A.L., Watkins, K.W., Smith, P.H. y Brandt, H.M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, 259-267.
- Colectivo Ioé (2013). Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades. *Revista Española de Discapacidad*, 1, 33-46.
- Colectivo Ioé (2012). *Discapacidades e inclusión social*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Curry, M.A., Hassouneh-Phillips, D. y Johnston-Silverberg, A. (2001). Abuse of women with disabilities. An ecological model and review. *Violence Against Women*, 7, 60-79.
- Curry, M.A., Powers, L.E. y Oschwald, M. (2004). Development of an abuse screening tool for women with disabilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 123-141.
- Curry, M.A., Renker, P., Hughes, Rosemary B., Robinson-Whelen, S., Oschwald, M., Swank, P.R. y Powers, L.E. (2009). Development of measures of abuse among women with disabilities and the characteristics of their perpetrators. *Violence Against Women*, 15, 1001-1025.
- Dalmau, M. y Gimeno, C. (2004). La violencia doméstica e institucional hacia personas con algún tipo de discapacidad. Fundación Isonomía para la Igualdad de Oportunidades. Disponible en: http://www.forovidaindependiente.org/files/documentos/pdf/violencia_domestica_discapacidad.pdf
- Del Río, E., Megías, J.L. y Expósito, F. (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*, 25, 67-72.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and Healing the Battered Woman*. New York: Springer Publishing Company.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C. y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371, 1165-72.
- Ellsberg, M., Winkvist, A., Peña, R. y Stenlund, H. (2001). Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Epidemiol Community Health*, 55, 547-555.
- Fernández, P. (2009). *Compendio sobre violencia de género y factores de discriminación en las mujeres con discapacidad*. Valencia: Tirant lo blanch.
- Fogarty, C.T. y Bown, J.B. (2002). Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 15, 101-111.

- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, F.J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, 130-138.
- Foro Europeo de la Discapacidad. (1998). *Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa*. Bruselas: Square Ambiorix.
- Foro Europeo de la Discapacidad. (2007). *Diez años luchando por los derechos de las personas con discapacidad*. Bruselas: Square Ambiorix.
- García-Linares, M.I., Picó-Alfonso, M.A., Sánchez-Lorente, S., Savall-Rodríguez, F., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C. y Martínez, M. (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: a Spanish cross-sectional study. *Violence and Victims*, 20, 99-123.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise L. y Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-69.
- Giménez, D. y Ramos, M.M. (2003). La discriminación de las mujeres discapacitadas en España. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 61-73.
- Gilson, S.F., Cramer, E.P. y DePoy, E. (2001). Redefining abuse of women with disabilities: a paradox of limitation and expansion. *Afilia*, 16, 220-235.
- Gilson, S.F., DePoy, E. y Cramer, E.P. (2001). Linking the assessment of self-reported functional capacity with abuse experiences of women with disabilities. *Violence Against Women*, 7, 418-431.
- Hassouneh-Phillips, D. (2005). Understanding abuse of women with physical disabilities. An overview of the abuse pathways model. *Advance in Nursing Science*, 28, 70-80.
- Hassouneh-Phillips, D., McNeff, E., Powers, L. y Curry, M.A. (2005). Invalidation: a central process underlying maltreatment of women with disabilities. *Women and Health*, 41, 33-50.
- Hassouneh-Phillips, D., y Curry, M.A. (2002). Abuse of Women with Disabilities: State of the Science. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45, 96-1003.
- Iglesias, M. (2007). La importancia de ser mujer. Una reflexión desde la diversidad funcional. *Comunicación y discapacidades*, 221-230.
- Iglesias, M., Gil, G., Joneken, A., Mickler, B. y Knudsen, J.S. (1998). *Violencia y la Mujer con Discapacidad*. Independent Living Institute.
- Informe Secretario General ONU (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. A/61/122/Add.1.
- Instituto de la Mujer. (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados*. Madrid: Sigmadados.
- Instituto Nacional de Estadística (2008a). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2008b). *Comparación entre las poblaciones con y sin discapacidades*. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/indi.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2009). Panorámica de la discapacidad en España. *Cifras INE, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 10/2009. Disponible en <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE nº 299 14 diciembre de 2006)
- Malasaña, I. (2003). La invisibilidad de la mujer con discapacidad: importancia del debate de género. *REDES*, 12, 59-64.
- Martin, S.L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L.L., Moracco, K.E., Dickens, P.A., Scandlin, D. y Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12, 823-837.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M.P., Aguilera, L., Marrero, R.J., Moraza, O. y Carballeira, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud*, 3, 439-459.
- Matud, M.P. y Moraza, O. (2004). Factores sociodemográficos e impacto psicológico en mujeres maltratadas por su pareja. *Clepsydra*, 3, 109-125.
- Matud, M.P., Padilla, V. y Gutiérrez, A.B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- McFarlane, J., Hughes, R.B., Nosek, M.A., Groff, J.Y., Swedlund, N. y Dolan Mullen, P. (2001). Abuse assessment screen-disability (AAS-D). Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabili-

- ties. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10, 861-866.
- Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (2008). *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Personas con Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Principales resultados. Macroencuesta de violencia de género 2011*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y el Ministerio de Igualdad.
- Moreno, A. (2000). *La comunidad Sorda, aspectos psicológicos y sociológicos*. Madrid: C.N.S.E.
- Nosek, M.A., Clubb Foley, C., Huges, R. y Howland, C.A.. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and disability*, 19, 177-189.
- Nosek, M.A., Howland, C.A. y Hughes, R.B. (2001). The investigation of abuse and women with disabilities: going beyond assumptions. *Violence Against Women*, 7, 477-499.
- Nosek, M.A., Hughes, R.B., Taylor, Heather B. y Taylor, P. (2006). Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence Against Women*, 12, 838-850.
- Observatorio de Salud de la Mujer. (s.f.). *Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario*.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. (A/RES/48/104). Ginebra: Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Washington D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Ortego, J.L. y Forteza, M.D. (2008). Violencia de género y discapacidad. En E. Bosch, (Ed.), *Violencia de genero. Algunas cuestiones básicas* (p. 107-146). Jaén: Formación Alcalá, D.L.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad*. Madrid: Diversitas ediciones. Disponible en: <http://www.forovidaindependiente.org/node/125>
- Plummer, S.B. y Findley, P.A. (2011). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence & Abuse*, 13, 15-29.
- Quispe, M.E. (2003). La mujer con discapacidad: una doble discriminación. *REDES*, 12, 65-72.
- Rodríguez, S. (s.f.). *Análisis de la situación actual de las mujeres con discapacidad auditiva*. ARAMUS.
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*. Disponible en: <http://www.forovidaindependiente.org/node/45>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middeltown, CT: Wesleyan University Press.
- Ruiz-Pérez, I., y Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *MSc. Psychosomatic Medicine* 67, 791-797.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2007) Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17, 437-443.
- Sánchez, C., Álvarez-Buylla, S. y Espinella, B. (2010). *Situación de las mujeres sordas ante la violencia de género*. Madrid: Confederación Estatal de Personas Sordas.
- Soler, A., Teixeira, T.C. y Jaime, V. (2008). *Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género*. XI Jornadas de Economía Crítica. Bilbao: Ecocri.
- Toboso, M. y Arnau, M.S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamiento de Amartya Sen. *Araucaria. Revista iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 20, 64-94.
- Valenciano, E. (2004). *Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea*. Parlamento Europeo. 2003/2109(INI)
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7, 431-458.
- Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L. y Webster, K. (2006). Mesasuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of The World Health Organization*, 84, 739-744.

Ficha 1.

Violencia de género en mujeres con diversidad funcional física y visual

Recientemente hemos realizado una investigación que estudia algunos aspectos de la violencia de género que sufren las mujeres con diversidad funcional física y visual (del Río, Megías y Expósito, 2013). Las razones principales que nos llevaron a su realización, tienen que ver, en primer lugar, con el hecho de que las mujeres con diversidad funcional sufren situaciones de violencia de género en mayor medida que las mujeres sin diversidad funcional, a pesar de lo cual su estudio se encuentra infra-representado en la literatura especializada, no sólo en España sino también a nivel internacional. También nos motivó el hecho de que estas mujeres además de estar expuestas a los mismos tipos de abusos que el resto de las mujeres, pueden ser víctimas de otras modalidades de violencia relacionadas con sus condiciones específicas de diversidad funcional. Teniendo en cuenta que muchas de estas formas de abuso no suelen ser detectadas por los instrumentos habituales de medición de la violencia, se convirtió en una prioridad en el estudio encontrar instrumentos adecuados que nos ayudaran a la detección de todos los casos posibles.

También tuvimos en cuenta la necesidad de analizar junto a los factores causales habituales, factores de riesgo vinculados específicamente a la diversidad funcional, que incrementan la vulnerabilidad de estas mujeres a la violencia: fundamentalmente su mayor dificultad para encontrar un empleo, acceder a la educación, mayor dependencia económica y la frecuente dependencia de un cuidador o cuidadora, con quien en muchas ocasiones existe un vínculo emocional al tratarse de su pareja o familiar.

Por otro lado, las consecuencias que la violencia provoca en las mujeres con diversidad funcional tampoco habían sido suficientemente estudiadas, por lo que también consideramos importante incluirlas en la investigación. Al igual que el resto de las mujeres víctimas de violencia, suelen mostrar baja autoestima, sentimientos de culpa, problemas de salud, depresión y ansiedad. Sin embargo, estos signos de malestar psicológico ya están presentes en muchas de ellas como resultado de los frecuentes procesos discriminatorios producto de la condición de diversidad funcional, lo que provoca que los/as profesionales/as que las atienden con frecuencia no los asocien a la violencia. Por ello, resulta importante diferenciar las consecuencias de la violencia de las vinculadas a la propia condición de diversidad funcional.

A tenor de lo expuesto, consideramos que resultaba de gran interés realizar un estudio sobre la violencia de género en mujeres con diversidad funcional. Nuestro primer objetivo fue conocer la prevalencia del maltrato en dos colectivos de mujeres con diversidad funcional: física y visual. El segundo objetivo fue analizar el posible papel como factores de riesgo o vulnerabilidad hacia la violencia de algunas de las variables propuestas por los modelos teóricos mencionados anteriormente (nivel de estudios, situación familiar y laboral, dependencia hacia un cuidador y nivel económico). Y por último, el tercer objetivo fue analizar las consecuencias específicas de la violencia sobre el bienestar y la salud de las mujeres con diversidad funcional.

Los resultados de la investigación, llevada a cabo con una muestra de 96 mujeres de la provincia de Granada, 51 de ellas con diversidad funcional física y 45 con diversidad funcional visual, mostraron que casi la mitad (el 47.9%), habían sufrido violencia en algún momento de sus vidas. Para detectar las situaciones de maltrato, se utilizaron dos cuestionarios, el empleado para población general en las Macroencuestas realizadas por el Instituto de la

Mujer, y otro específico para mujeres con diversidad funcional. El uso de este último permitió establecer una prevalencia del 7.3% más de casos que los identificados por el cuestionario general (ver Tabla 1).

Asimismo, no se encontraron diferencias en la prevalencia de la violencia en función del colecti-

TABLA 1
RESULTADOS SOBRE PREVALENCIA DE MALTRATO

Porcentaje con Cuestionario de las Macroencuestas	Porcentaje adicional con Cuestionario específico diversidad funcional	Porcentaje Total:
40.6%	7.3%	47.9%

vo de diversidad funcional (física vs visual). Por otra parte, como factores de vulnerabilidad asociados a la violencia destacaron las cargas familiares económicas, la dependencia hacia un cuidador y los bajos ingresos económicos, según podemos apreciar en la Tabla 2.

En relación a las consecuencias específicas de la violencia más allá de las atribuibles a la propia condición de diversidad funcional, las mujeres que habían vivido este tipo de situaciones informaron de una mayor frecuencia de problemas psicológicos, menor apoyo social, menor bienestar psicológico y menor autoestima. Sin embargo, haber sido o no maltratada no guardó relación con la salud física, con problemas graves de salud (hospitalizaciones, lesiones o enfermedades graves), ni con el consumo de medicamentos (ver Tabla 3).

Por tanto, los datos encontrados confirman que en nuestro contexto cultural las mujeres con diversidad funcional sufren con mayor intensidad la violencia de género. Además ponen de manifiesto la necesidad del uso de instrumentos específicos para su detección y señalan, como factores de riesgo, ciertos condicionantes vinculados con la propia diversidad funcional. Igualmente, ha permitido identificar toda una serie de consecuencias en la salud de las mujeres atribuibles exclusivamente a la situación de violencia y no a la condición de discapacidad.

Por todo ello, consideramos de gran importancia incidir en la necesidad de seguir profundizando en el estudio de esta temática, con muestras pertenecientes a otros colectivos (p.e. mujeres con diversidad funcional psíquica, aquellas que viven en un medio rural o mujeres con diversidad funcional que se encuentran institucionalizadas), en las que el riesgo de sufrir violencia podría incluso ser superior.

REFERENCIAS

Del Río, E., Megías, J.L. y Expósito, F. (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*, 25, 67-72.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE DIVERSIDAD FUNCIONAL DE LAS MUJERES MALTRATADAS Y NO MALTRATADAS

	Maltratadas (n=46) %	No Maltratadas (n=50) %	
Dependencia económica de la familia hacia la mujer	33.3	14.3	$\chi^2(1)=4.75^*$ $p<.05$
Grado de dependencia	Media (DT) .61 (.91)	Media (DT) .18 (.44)	$t(94)=3^*$ $p<.01$
Distribución del grado de dependencia			
Ninguna (0)	60.9	84	$\chi^2(3)=8.34^*$ $p<.05$
Nivel 1 Moderado (1)	23.9	14	
Nivel 2 Severo (2)	8.7	2	
Nivel 3 Gran dependencia (3)	6.5	0	
Nivel Ingresos Hogar Familiar	Media (DT) Media 1500 (1027.1)	Media (DT) 2130 (1352.5)	$t(94) = -2.55^*$ $p<.05$

TABLA 3
COMPARACIONES EN LAS DISTINTAS VARIABLES DE INTERÉS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO Y NO VÍCTIMAS DE MALTRATO

	Maltrato n=46		No Maltrato n=50		F	g.l.	p
	M	DT	M	DT			
Problemas Psicológicos	2.37	1.04	1.92	.82	4.46*	7,85	.038
Problemas Físicos	2.14	.72	1.95	.53	1.08	7,85	.302
Problemas Graves de Salud	1.38	.54	1.45	.74	0.54	7,85	.463
Consumo de Medicamentos	2.05	1.03	1.68	.73	2.42	7,85	.123
Apoyo Social	1.61	.74	2.07	.62	8.97*	7,85	.004
Bienestar Psicológico	2.83	1.00	3.63	.92	15.81*	7,85	.000
Autoestima	2.10	.46	1.87	.42	5.36*	7,85	.023

Ficha 2.

Profundización en algunas de las características diferenciales de las mujeres con diversidad funcional que las hacen más vulnerables a la violencia

Tal y como indicamos en el texto central, las mujeres con diversidad funcional tienen un alto riesgo de sufrir algún tipo de violencia, mayor al de las mujeres sin diversidad funcional. Además, este mayor riesgo tiene que ver con la discriminación y situación de desventaja social de la que son objeto. A lo largo del texto hemos dado cuenta de numerosos ejemplos de esta desventaja social. No obstante, consideramos de vital importancia profundizar en el conocimiento de estas situaciones que constituyen la realidad cotidiana de miles de mujeres en nuestro país. Hemos escogido tres puntos claves, que a nuestro parecer podrían ayudar a interiorizar mejor los contenidos del texto base.

1. MITOS SOBRE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Contestando a la pregunta sobre “¿qué hace a las mujeres con diversidad funcional más vulnerables a la violencia?”, Marita Iglesias y colaboradores en su estudio sobre *Violencia y la Mujer con Discapacidad* (1998), nos hablan de algunos mitos que han rodeado a las personas con diversidad funcional, con repercusiones negativas en la permisividad de la violencia hacia ellas. Estos mitos, formulados por vez primera por Sobsey (1990), serían los siguientes:

- ✓ El mito de la “**mercancía dañada**”, asociado al concepto de deshumanización. Considera a la persona con diversidad funcional como defectuosa y es el que fundamenta la justificación de la eutanasia o su sacrificio cuando existe un interés mayor. Este mito sostiene que la vida de las personas con diversidad funcional no vale la pena de ser vida, por lo que un agresor lo utilizará para disminuir su sentimiento de culpabilidad.
- ✓ El mito de la “**insensibilidad al dolor**”, el cual si recordamos, se relaciona con el modelo de invalidación de Hassouneh-Phillips et al. (2005). Es muy común que a las personas con diversidad funcional se las perciba como insensibles al sufrimiento.
- ✓ El mito de la “**amenaza de la discapacidad**”, que se refiere a que muchas veces las personas con diversidad funcional son percibidas como peligrosas y como una amenaza para la sociedad, seguramente fundamentado en el miedo a la diferencia, a todo aquello que se aleja del patrón de normalidad. Esta “amenaza” suele utilizarse por parte del agresor para argumentar que no fue él sino su víctima quien la atacó.
- ✓ El mito de la **indefensión**, que sostiene que éstas son seres débiles y victimizados, totalmente dependientes de otros para el desarrollo de su vida diaria.

2. PREJUICIOS DE LAS PERSONAS SIN DIVERSIDAD FUNCIONAL HACIA LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Por otro lado, también nos parece interesante profundizar en los prejuicios que todavía se generan en torno a la diversidad funcional, con ejemplos más concretos que nos ayuden a visibilizarlos. En este sentido, Soledad Arnau en su estudio *La Cara Oculta de la Violencia*, nos indica algunos de ellos, señalados por Pam Evans (Arnau, 2005):

- ✓ *Son asexuales o sexualmente incompetentes.*
- ✓ *No pueden ovular, menstruar, concebir ni dar a luz, tener orgasmos, erecciones, eyaculaciones ni fecundar.*
- ✓ *Si no están casados y casadas o con una relación estable es porque nadie los quiere y no porque sea su decisión personal permanecer solteros o vivir solos.*
- ✓ *Si no tienen hijos o hijas es causa de profunda lástima y nunca se puede deber a su propia elección.*
- ✓ *Cualquier persona sin diversidad funcional que se case con una persona con diversidad funcional lo tiene que haber hecho por uno de los siguientes motivos “sospechosos” y nunca por amor: el deseo de esconder sus propias deficiencias en las evidentes de su pareja con diversidad funcional; un deseo altruista y piadoso de sacrificar su vida en el cuidado de esta persona; algún tipo de neurosis, o sencillamente la típica caza de fortunas.*
- ✓ *Si la pareja también presenta diversidad funcional, se han unido precisamente por esta circunstancia, y no por cual-*

quier otra cualidad que puedan poseer. Cuando eligen a los de “su propia condición”, el mundo de los sin diversidad funcional se siente aliviado, pero sólo hasta que deciden tener hijos e hijas, en ese momento los consideran irresponsables.

Todos ellos son ejemplos concretos de prejuicios que persisten de forma más o menos consciente en el imaginario colectivo. Enumerar algunos de ellos nos ayuda a visibilizarlos y a hacer más consciente el sustrato ideológico de la discriminación hacia las personas con diversidad funcional, que se relaciona estrechamente con la violencia hacia las mujeres.

3. VIOLENCIA HACIA MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL EN LAS INSTITUCIONES

Por último, consideramos de vital importancia de cara a futuras investigaciones y también en los programas de prevención e intervención, tener en cuenta una de las facetas más olvidadas y duras de la violencia de género que padecen las mujeres con diversidad funcional, la que ocurre en las instituciones. Para ello seguiremos también las reflexiones aportadas por Soledad Arnau (2005).

Algunos de los aspectos a tener en cuenta respecto a la violencia institucional hacia las mujeres con diversidad funcional, y que están implicados de alguna forma en su invisibilización, son los siguientes:

- ✓ Quienes ejercen la violencia en estos contextos no se sienten tan mal ya que participan de un clima social que inhumaniza a las personas con diversidad funcional.
- ✓ Las mujeres con diversidad funcional encuentran serias dificultades para denunciar en estas instituciones bien porque los agresores/as son profesionales que se encargan de ayudarles, bien porque puede que no tengan plena conciencia de lo que les está sucediendo o porque carecen de credibilidad para los demás o bien porque les cuesta reconocer la violencia debido a su falta de autoestima.
- ✓ La influencia del modelo médico en las políticas asistenciales de estas instituciones tampoco ayuda a la visibilización de la violencia; en no pocas ocasiones se encuentran las siguientes anomalías:
 - ✓ No se respeta la autonomía moral, la voluntad de la persona.
 - ✓ Las personas han de pedir permiso para todo, lo que genera inevitablemente actitudes sumisas.
 - ✓ Se les trata como seres a-sexuados.
 - ✓ Se interpreta su deseo de vivir la sexualidad como un capricho y no como un derecho.
 - ✓ Hay falta de respeto a la intimidad tanto por las personas cuidadoras como por el diseño de los edificios y la gestión y planificación de las actividades.
 - ✓ Cualquier persona que trabaje en el centro tiene derecho a opinar y tomar decisiones sobre la persona con diversidad funcional, tanto si es personal especializado como si no lo es.
 - ✓ Existen a menudo conductas poco adecuadas entre el personal cuidador:
 - ✓ Ridiculizan las conductas de las personas con diversidad funcional.
 - ✓ No cumplen su función de acicalar cuando se lo pide la persona con diversidad funcional.
 - ✓ El personal cuidador excita sexualmente a la persona con diversidad funcional como si de un juego se tratase.
 - ✓ No sabe si debe facilitar las relaciones sexuales consentidas entre las personas con diversidad funcional porque no existen directrices claras sobre ello en los centros.

Todo ello hace que en muchos casos, los centros e instituciones para personas con diversidad funcional estén marcados por una violencia estructural. Quienes viven en ellos no deciden por sí mismas sobre sus propias vidas, ni siquiera cuándo despertarse o cuándo dormir, todo se les planifica desde fuera, incluso hasta las actividades de ocio les son impuestas.

Todos estos factores incrementan la invisibilización de la violencia y contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres con diversidad funcional institucionalizadas. Consideramos muy importante tomar conciencia de ello y que su realidad sea incorporada en los contenidos de los programas formativos dirigidos al personal que trabaja en las instituciones.

REFERENCIAS

- Arnaú, M.S. (2005). *La cara oculta de la violencia: La violencia de género contra la(s) mujere(s) con discapacidad(es)*. Castellón: GIAT Discapacidad-Fundación Isonomía Igualdad Oportunidades.
- Iglesias, M., Gil, G., Joneken, A., Mickler, B. y Knudsen, J.S. (1998). *Violencia y la Mujer con Discapacidad*. Independent Living Institute.