



“Mujeres, discapacidad y sexualidad: explorando la vivencia de su sexualidad”

Grado en Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado.
Convocatoria: junio 2017



Tutora: Celsa María Cáceres Rodríguez
Alumna: Aymé Hernández Hernández

Resumen.

La sexualidad es un fenómeno complejo y diverso, expresándose de tantas formas como personas hay. El objetivo de esta investigación es explorar si existen diferencias en la vivencia de la sexualidad de mujeres con distintos tipos de discapacidad. Y si las hubiera indagar en qué se basan. Con este objetivo se pretende que se piense en la sexualidad de las mujeres con discapacidad (MCD) como una condición base, como una condición que tienen todas las personas.

Para ello, se ha realizado una investigación cualitativa cuyos resultados hacen ver que existen diferencias en cómo viven la sexualidad las mujeres con distintos tipos de discapacidad. Los resultados también apuntan a qué se deben estas diferencias y ponen de relieve, desde el punto de vista de las participantes en la investigación, la imagen social negativa existente en torno a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.

Con este estudio podemos plantearnos la necesidad de dirigir actuaciones para paliar algunas de las dificultades que encuentran las MCD en torno a su sexualidad.

Palabras clave: sexualidad, mujeres con discapacidad, relaciones de pareja.

Abstract:

“Women, disability and sexuality, exploring their sexuality experience”.

Sexuality is a complex and diverse phenomenon, expressed with as many forms as people exist. The objective of this research is focus on exploring if there are differences in the experience of sexuality in women with different types of disabilities. And, in that case, to enquire what are they based on. With this objective it is expected to think about disabled women sexuality (MCD) as a basic condition shared by all the people.

Because of this, a qualitative research has been made which results show that there are differences in how sexuality is experienced with different types of disabilities. The results also point out the reasons for theses differences and highlight, from the point of view of the participants in this research, the negative social image existing around sexuality in disabled women.

With this study we can ask the necessity of leading actions in order to alleviate some of the difficulties found by disabled women in relation to their sexuality.

Keywords: Sexuality, disabled women, couple relationships.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 1 |
| 1. Marco teórico | 1 |
| 1.1 Conceptos claves..... | 1 |
| 1.1.1 Discapacidad..... | 1 |
| 1.1.2 Sexo y Sexualidad. | 2 |
| 1.1.3 Asexualidad. | 5 |
| 1.1.4 Discriminación múltiple. | 6 |
| 1.2 El derecho a la vida sexual..... | 7 |
| 1.3 Antecedentes | 8 |
| 1.3.1 Mujeres, discapacidad y sexualidad | 8 |
| 1.3.2 Mujeres, discapacidad física y sexualidad..... | 12 |
| 1.3.3 Mujeres, discapacidad auditiva y sexualidad | 13 |
| 1.3.4 Mujeres, discapacidad visual y sexualidad..... | 15 |
| 1.3.5 Mujeres, discapacidad intelectual y sexualidad..... | 16 |
| 2. Formulación de preguntas. Objetivo. | 18 |
| 3. Método | 19 |
| 3.1 Población y muestra..... | 19 |
| 3.2 Técnicas empleadas | 21 |
| 3.3 Procedimiento | 21 |
| 4. Resultados, análisis y discusión. | 23 |
| 5. Conclusiones | 32 |
| Bibliografía..... | 35 |
| Anexos..... | 39 |

Introducción.

El presente documento “Mujeres, discapacidad y sexualidad: explorando la vivencia de su sexualidad”, alberga un proyecto de investigación cualitativa el cual pretende indagar si existen diferencias en la vivencia de la sexualidad de mujeres con distintos tipos de discapacidad. Esta investigación ha sido elaborada en el marco de la asignatura de “Trabajo de Fin de Grado”, en el Grado de Trabajo Social, en la Universidad de La Laguna, Tenerife. El tema es de interés dado que la sexualidad es una necesidad básica para las personas y es relevante para el desarrollo de las mujeres con discapacidad. Se trata de una dimensión clave del desarrollo humano. Y, dado que las personas con discapacidad son infantilizadas, consideradas como asexuadas y carentes de control de su propia sexualidad, es necesario profundizar en este tema para mejorar así su calidad de vida, para que puedan hacer efectivos sus derechos, para lograr la equiparación con los hombres dada la diferencia imperante en aspectos de igualdad que tiene lugar en la sociedad patriarcal y machista en la que vivimos. Se trata de que la sexualidad de las mujeres con discapacidad cobre valor y de que se realicen intervenciones dirigidas a ello.

En el contenido del documento se desarrolla el marco teórico, objetivo, método, resultados, análisis y discusión y finalmente las conclusiones.

1. Marco teórico

En las páginas siguientes se recogen algunos conceptos que son claves en esta investigación, discapacidad, sexualidad, asexualidad y discriminación múltiple. Además, también se presentan los antecedentes donde se incluyen aspectos en relación a la mujer con discapacidad y su sexualidad. Finalmente se relacionan discapacidades concretas y sexualidad.

1.1 Conceptos claves

Para comenzar es necesario conocer los términos de discapacidad, sexo, sexualidad, asexualidad y discriminación múltiple.

1.1.1 Discapacidad.

La Organización de las Naciones Unidas (2006), en La Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, define la discapacidad de la siguiente manera,

“Es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (p.1)

No existe una noción única sobre discapacidad, esto queda en evidencia si nos detenemos a observar la evolución terminológica, conceptual y normativa que ha tenido lugar en la historia (Seoane, 2011, p. 151 citado en Ríos, 2015). En la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad se concibe como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona, por lo tanto, no es una situación que tiene efectos estrictamente particulares, sino que es una cuestión que concierne derechos humanos (Ramírez, 2010, p. 144 citado en Ríos, 2015).

La Convención sobre Derechos de las Personas con discapacidad, instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas aprobado en 2006, marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud (CIF), plantea que la discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (Cáceres, 2004).

1.1.2 Sexo y Sexualidad.

No debemos confundir el significado de sexo y de sexualidad. Sexo hace referencia a lo biológico de los seres humanos (varón o hembra), distinguiendo así entre características anatómicas. No obstante, también se hace uso del término sexo para hacer referencia al acto sexual.

El sexo no se trata de un saber racional, sino que responde a una necesidad vital. Y, a diferencia de otras necesidades básicas, el sexo es la mayor conexión entre el propio cuerpo y el de otro/a. La vivencia resultante de la experiencia sexual se ubica en el continuo del placer. La fuerza sexual se puede liberar, controlar, reprimir, desviar... Anotar que el sexo está incluido en un marco mayor denominado sexualidad, metafóricamente

podríamos decir si el sexo es trueno, la sexualidad es tormenta; si el sexo es orgasmo, la sexualidad es género; si el sexo es mano, la sexualidad es cuerpo (Ghedin, 2014).

En palabras del sexólogo español Efigenio Amezua, (Ruiz y Cendra, 1987): «*la sexualidad es el modo con que cada persona sexuada vive su propio sexo*».

Podemos destacar algunos aspectos básicos de la sexualidad (Ruiz y Cendra, 1987):

Sexualidad tenemos y vivimos todos/as, esto es así porque todos somos individuos sexuados, es decir, somos hombres y mujeres y, en consecuencia, vivimos como tales.

Se trata de una vivencia que nos acompaña a lo largo de toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Las personas vivimos la sexualidad en la niñez, juventud, vida adulta y también cuando envejecemos. Somos seres en constante evolución y en consecuencia nuestra vivencia sexual evoluciona y cambia.

Afecta a todo el individuo de forma integral. Cada persona está dotada de sexualidad, se existe en tanto ser sexuado en todo momento y en todo lugar, y expresamos nuestra sexualidad a través de todo nuestro cuerpo, de pies a cabeza.

Por último, cada persona vive la sexualidad, su sexualidad, de un modo personal y distinto. Nos encontramos ante una categoría subjetiva, basada en las experiencias y vivencias individuales.

Como dice Maurice Merleau Ponty, 1975. Filósofo. “*Hablar de sexualidad humana es hablar de la esencia misma del ser humano*”

La sexualidad comprende, entre otras, las vivencias personales que van ligadas al género, la orientación sexual, las expectativas y sentimientos amorosos, la pasión, las decepciones amorosas, las reglas de cortejo, los proyectos de pareja, las cualidades que adquiere el sexo en cada etapa vital, etc. La sexualidad no es solo un proceso cuya esencia se reduce al funcionamiento del aparato genital, sino que va más allá. Se trata de una amplia gama de fenómenos, llámense excitaciones o acciones placenteras. Además, para cada persona la sexualidad será una experiencia propia. Así como no existen dos personas iguales, tampoco existen dos formas idénticas de pensar, sentir y de comportarnos sexualmente (Ghedin, 2014).

La sexualidad es una construcción socio histórica y cultural y una dimensión de los seres humanos inseparable de su ser y existir (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Se trata de una capacidad de cada ser humano que nos permite sentir, vibrar y comunicarnos a través del propio cuerpo, formando parte de lo que somos. Se manifiesta de forma muy diversa a lo largo de la vida y está en continua transformación. Además, está presente en

el conjunto de nuestro cuerpo, es algo que somos, siendo fuente de expresión, de placer y de comunicación (Saavedra, y otros, 2009).

Al expresar nuestra sexualidad debemos considerar tres componentes que se manifiestan y se correlacionan entre sí. Así, de acuerdo con la teoría propuesta por el sexoanálisis, la sexualidad se compone de un componente erótico, un componente afectivo y un componente espiritual (Murillo, 2008).

En la sexualidad intervienen aspectos biológicos, psicológicos, sociales, religiosos, ético-culturales. Podemos así hablar de cuatro dimensiones integradas de la sexualidad:

La biológica, engloba factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, y genéticos que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad (Hernández, 2011). Esta dimensión se caracteriza porque las estructuras y sus funcionamientos confluyen para dar lugar a la respuesta sexual humana. No obstante, cuando hablamos de biología de la sexualidad, también aludimos a umbrales de estimulación y respuesta y a los impulsos (por ejemplo: intensidad de estimulación para lograr una lubricación, etc.), (Ghedin, 2014). Así, la Organización Mundial de la Salud (2001), también señala que la sexualidad incluye las condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo, así como el conocimiento del propio cuerpo, a través del reconocimiento y la exploración, a nivel individual o de pareja.

La psicológica está relacionada con los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, cognitivos, de personalidad etc., (Hernández, 2011). La identidad sexual es el aspecto más importante de esta dimensión. Sin embargo, no podemos restar importancia a las condiciones emocionales que acompañan a las personas (Ghedin, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la sexualidad incluye el reconocimiento de sentimientos y emociones, asociados con la búsqueda del placer en nosotros mismos o con nuestra pareja, así como saber que su ejercicio está íntimamente relacionado con la responsabilidad y el respeto.

La ética-legal relacionada con la estructura de los sistemas y códigos de ética, valores y normatividad legal que son conformados socialmente para regular el comportamiento sexual (Hernández, 2011).

La sociocultural, relacionada con los procesos y fenómenos que hacen parte del ser humano como ser fundamentalmente social y político que contribuyen a una forma determinada de vivir la sexualidad; son el producto de una construcción social y colectiva, y por tanto arbitraria (mitos, ritos...etc.) (Hernández, 2011). Se trata esta dimensión del molde que nos impone el entorno, los valores éticos y morales que hacemos propios y que pueden ser variables y dinámicos (Ghedin, 2014). También la Organización Mundial de la Salud (2001), hace aportaciones en este sentido, indicando que la forma en que vivimos la sexualidad se transmite a todas las esferas de nuestra vida, estudio, trabajo, preferencias de lectura, etc., así como a nuestra manera de relacionarnos con los demás, porque somos personas integrales al hacer, sentir o pensar algo. Además la sexualidad humana no tiene un fin predeterminado, por eso no se trata de un “instinto”. Este hecho es el que da lugar a que siempre hayan existido normas, reglas y restricciones en las sociedades humanas, a fin de tratar de darle un orden y un sentido a la sexualidad.

Podemos ver que la sexualidad es un concepto tan amplio como la conducta y la personalidad de los seres humanos. Como señala La Organización Mundial de la Salud (2001) se trata de

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”
(p.5)

1.1.3 Asexualidad.

Por el tema que nos ocupa y, como veremos más adelante, dado que las MCD son consideradas en muchas ocasiones como asexuales, conviene adentrarnos en este concepto.

Podemos destacar algunos rasgos comunes de las personas asexuales. Por una parte no sienten deseo ni atracción sexual por nadie, no obstante, pueden ser muy felices de

esta manera. Así, desde el colectivo de personas asexuales, se reivindica que esto no deriva en problemas, sino que la ansiedad será característica de aquellos que desean tener sexo y no pueden. De esta manera, el hecho de tener una vida donde la atracción sexual no tiene lugar, distinto esto al sexo, no genera ningún tipo de estrés u otro desorden. En su lugar, si genera incompreensión por parte de la sociedad (Estupinyá, 2013).

El hecho de ser asexual, no quita de que se puedan tener relaciones sexuales, fantasías sexuales y/o masturbarse, pues la excitación genital funciona correctamente. Es así tanto que la mayoría de personas asexuales tienen erecciones o bien lubrican sin mayores problemas que el resto de personas. De hecho, la mayoría de las personas asexuales no sienten fobia ni represión hacia el sexo. En contraposición pueden tener una visión positiva del sexo, así como curiosidad por experimentar expresiones sexuales. De esta manera podemos anotar que el hecho de tener una vida sin sexo puede acompañarse de deseo y frustración, pero no sentir las ganas de sexo no se concibe como un problema (Estupinyá, 2013).

1.1.4 Discriminación múltiple.

La idea de que la gente puede pertenecer a varios grupos en desventaja al mismo tiempo, sufriendo formas agravadas y específicas de discriminación, fue reconocida y denominada por primera vez como discriminación «*múltiple*» o en inglés “*intersectional*” (Martínez, 2008).

La discriminación desde el enfoque múltiple incluye elementos de tipo social, histórico, político y cultural, considerando a su vez la realidad de la persona en función de los factores relevantes que influyen en ella (CERMI, 2012 citado en Gomiz, 2016).

La discriminación múltiple es la que sufre una persona sobre la base de más de un motivo discriminatorio (Aymá, 2013). Es un fenómeno que ha cobrado notable actualidad a causa también del surgimiento de nuevos motivos de discriminación como atributos de la persona, que combinados pueden generar una discriminación múltiple, y cuyo tratamiento requiere tener en cuenta los efectos de la combinación de distintos factores en una misma persona (Ferrer y Piñero, 2015).

Los principales porcentajes de personas afectadas por una discriminación múltiple son mujeres. Esto demuestra que en gran parte de los supuestos en los que una mujer es discriminada, la discriminación por sexo es solo uno de los factores (Cristóbal, 2013). Por

tanto, existen diferencias cuando nos referimos a hombres y mujeres. Es necesario considerar cómo determinadas personas, junto al hecho de pertenecer a un grupo en riesgo de ser discriminado, concurre otro factor discriminatorio adicional. Esto supone una situación de vulnerabilidad o dificultad del disfrute de derechos en condiciones de igualdad.

En este trabajo tiene lugar abordar la discriminación múltiple dado que las mujeres con discapacidad suman distintos factores que aumentan el riesgo de ser discriminadas. Esto es importante porque puede darse el hecho de que se limite el acceso a determinados servicios al diseñarse para personas sin estas condiciones, como puede ser el caso de acceder a servicios de salud sexual, reproductiva, planificación familiar, formación/información sexual y/o reproducción.

1.2 El derecho a la vida sexual

La sexualidad de las MCD es en múltiples casos objeto de discriminación, pues aunque la sexualidad sea reconocida como un derecho a nivel jurídico, no se reconoce socialmente en lo que refiere a su vivencia. Es importante destacar que no solo a través de investigaciones y estudios podemos ver la importancia de la sexualidad en todas las personas, sino que también existe un reconocimiento jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y, aunque no se hallen recogidos en un único cuerpo legal de manera sistemática, conforman un sistema de derechos vinculantes. También existen una serie de herramientas estratégicas para impulsar las políticas públicas de género y discapacidad, como son los planes. Podemos hacer mención a algunos, a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en el artículo 23 (Organización de las Naciones Unidas, 2006); la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en su Artículo 10.1 reconoce el derecho a la protección de la salud, dando especial atención a la salud sexual y reproductiva (BOE, núm. 289, 2013)¹; la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, incluye los derechos sexuales, reconociendo el derecho humano de las mujeres a tener control respecto a su sexualidad (CERMI, 2013); el I Plan Integral de acción para mujeres con discapacidad (2005-2008), reconoce que las niñas y mujeres con discapacidad necesitan tener acceso a la

¹ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

educación afectivo sexual para poder vivirla saludablemente (CERMI, 2005). Para ver más ampliamente ir a anexos: [tabla 1](#)

1.3 Antecedentes

No se han encontrado en Canarias investigaciones que estudien las diferencias de la sexualidad de las MCD por subtipo de discapacidad. No obstante, si podemos encontrarlas sobre la discapacidad en general relacionada con la sexualidad, así como algunas que aluden a un tipo concreto de discapacidad relacionándola a su vez con la sexualidad.

Tal y como dice la presidenta de la Asociación Estatal de Sexualidad y Discapacidad, Natalia Rubio, psicóloga y sexóloga, es importante atender las diferencias entre los distintos tipos de discapacidades (Portalatín, 2013). Para eso podemos atender a dos clasificaciones. Primera, tipos de discapacidad y segunda, origen de la misma: congénita o sobrevenida.

1.3.1 Mujeres, discapacidad y sexualidad

Según Cristóbal (2013), en gran parte de los casos, uno de los factores de discriminación que concurren es el del sexo, el hecho de ser mujer. Es por ello que se hace necesario considerar la discapacidad en función del sexo, pues en base a él, el trato que la sociedad da a las personas con discapacidad (PCD) es diferente (Maya, 2009).

✚ Consideraciones sociales

Una de las esferas de exclusión y discriminación hacia la mujer con discapacidad es la vida afectiva y sexual. En España los proyectos destinados a la integración de las personas con discapacidad se han centrado principalmente en propiciar mayores opciones y oportunidades educativas para lograr su integración laboral, dejando de lado el reconocimiento a sus derechos sexuales y reproductivos, situación que sólo en pocas ocasiones ha sido abordada. De este aspecto, destacar su poco reflejo, su invisibilidad, su olvido, pues rara vez se llevan a cabo estudios o programas enfocados a su desarrollo personal (Maya, 2009).

Las mujeres con discapacidad con frecuencia sufren una múltiple discriminación hecho este que las hace más vulnerables a la hora de recibir abusos, siendo el más habitual el abuso sexual (Ramos, 2011). Es entonces cuando observamos un hecho discriminatorio, las mujeres con diversidad funcional son vistas como seres que carecen de sexualidad, de erotismo, de deseos sexuales e incapaces de atraer sexualmente a otra persona, pero a

su vez son consideradas como potenciales víctimas de abusos sexuales (López, 2008, p.108 citado en Ramos, 2011).

En contra de estos abusos y discriminaciones, algunas mujeres con diversidad funcional, han empezado a organizarse y a reivindicar sus derechos sexuales manifestando que no son personas asexuales ni carentes de atractivo. Aun así, debemos tener presente que en la sociedad actual *«la mujer con discapacidad generalmente es considerada como persona incompleta que no cumple con los cánones de belleza establecidos socialmente para las mujeres»* (Shum, 2006, pp.39-40 citado en Ramos, 2011). Estas concepciones y representaciones culturales sobre la imagen de la mujer, y su relación con la sexualidad, deriva en considerar a las personas con discapacidad como asexuadas y enfermas y se sustentan en una serie de mitos tales como la ausencia de control sobre su propia sexualidad o su supuesta incapacidad para tener una actividad sexual satisfactoria (Maya, 2009). Esta situación suele estar fundamentada también en el estereotipo que afirma la condición de dependiente y asexuada de las MCD por su diferencia corporal causa de la discapacidad. Como indica el propio CERMI, se puede apreciar una influencia de la discapacidad en la imagen corporal de la mujer (Maya, 2009).

Además, el punto de vista que relaciona la sexualidad con la reproducción se une a otro mito fruto de una perspectiva cultural, que expresa que el sexo es fuente de peligro y por ello se piensa que a las personas con discapacidad hay que protegerlas, especialmente a las mujeres. De esta manera estas personas no son consideradas aptas para la reproducción, menos aún se piensa que son capaces de vivir el sexo para el placer (Maya, 2009). Por ello muchos de los obstáculos que las mujeres y niñas con discapacidad siguen encontrando hoy en día para ejercer sus derechos reproductivos van ligados estrechamente a la idea de no reproducir aquello que la sociedad considera “anormal o disfuncional” y que justifica la puesta en marcha de modelos biopolíticos, como son por ejemplo la esterilización terapéutica y el aborto coercitivo, expresiones extremas de control social (CERMI, 2013).

Dado que la sociedad no incluye a las personas con discapacidad dentro de los cánones tradicionales de paternidad y pareja, la temática no asciende a los organismos sociales y gubernamentales. Así, la propia Organización Mundial de la Salud reconoce

que el acceso limitado y el escaso control que las mujeres tienen sobre su propia sexualidad las convierten en seres vulnerables a la explotación sexual, a la violencia, a los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Maya, 2009).

En contraste a esto existe una corriente, *devotee*. En líneas generales esta corriente está formada por individuos sin discapacidad que sienten una peculiar atracción sexual por quienes sí tienen diversidad funcional, lesión importante o amputación. La desconocida corriente *devotee*, que no por ello inexistente, nos muestra como las mujeres con diversidad funcional, además de no ser seres asexuales, pueden ser el objeto de deseo de algunos hombres y/o mujeres, contrariamente a lo que gran parte de la sociedad cree (Ramos, 2011).

Vivencias personales

Las personas con diversidad funcional refieren cambios muy significativos en su sexualidad, sobre todo las que la diversidad funcional no es desde el nacimiento. En ocasiones prevalece la insatisfacción con la sexualidad actual, aludiendo a cambios generados en las prácticas sexuales y en las diferentes dimensiones de la sexualidad: deseo, excitación, orgasmo (Raja y Pérez, 2014).

Además, cabe destacar que incluso las familias pueden llegar a favorecer la percepción negativa sobre la mujer con discapacidad. En los aspectos afectivos y sexuales, muchas veces en el interior de los hogares se asume que las mujeres con discapacidad son seres asexuados. No se entiende que tengan deseos sexuales y necesidades afectivas de pareja, las familias desconfían mucho de quienes se acerquen a ellas por temor a que sean burladas y engañadas (Maya, 2009).

Muchas mujeres con discapacidad refieren que desde pequeñas han recibido mensajes de sus familias donde les dicen que no serán madres, que no tendrán novio... Incluso en ocasiones son las familias quienes las mantienen ajenas a roles propios de otras niñas/adolescentes en lo que se refiere a arreglarse y cuidarse (estética) o la forma de vestir. Normalmente, y más habitual en el caso de la discapacidad intelectual y visual, quienes deciden cómo han de vestirse, generalmente familias o cuidadores, intentan apartarlas de los cánones de belleza impuestos en la sociedad, por lo que se las excluye de esa parte del sistema y se les niegan las convenciones de feminidad aceptadas socialmente. De esta

forma la imagen de la mujer es infantilizada desde pequeña, contribuyendo a aumentar la imagen de vulnerabilidad (Gomiz, 2016).

La imagen infantilizada de la MCD puede dar lugar a que las relaciones de pareja se establezcan de manera asimétrica, donde la mujer tiene un papel subordinado al del hombre ya que no ha aprendido a relacionarse de otra manera (Gomiz, 2016).

Los roles que se asignan a las mujeres están en contradicción pues por una parte se espera que ejerzan de cuidadoras, madres, parejas y que tengan atractivo físico. Sin embargo y a razón de las falsas ideas asociadas a las PCD, se las ve como personas dependientes de otras y necesitadas de cuidados por lo que no cumplirían los “roles propios” de mujeres sin discapacidad (Gomiz, 2016).

Cuando la mujer con discapacidad se plantea tener un/a hijo/a recurriendo a la opción de adoptar, se encuentran con diversos impedimentos pues existen numerosas trabas legislativas. Además, durante el proceso de adopción se encuentran con frecuencia con actos de discriminación donde se duda de sus capacidades más básicas. Nos volvemos a encontrar en este caso con que la sociedad despoja a las MCD de sus derechos (Gomiz, 2016).

González (2008), estudia si hay diferencias entre mujeres adultas y jóvenes con discapacidad, sus relaciones de pareja y maternidad. Concluye que las mujeres adultas en sus experiencias han percibido y sentido el peso de los prejuicios y actitudes sociales discriminatorias por su doble condición de mujeres y de personas con discapacidad. La visibilidad o evidencia de la discapacidad y el valor de la imagen corporal de la mujer, conforme los patrones estéticos dominantes han condicionado su valoración como mujeres y su adecuación a los papeles de género asignados, dando lugar a estereotipos y creencias sociales como (González, 2008):

- La falta de atractivo para los hombres sin discapacidad.
- Su incompetencia para ejercer los roles tradicionales de la mujer, cuidadora y reproductora, ya que se supone que son ellas las que deben ser cuidadas.
- Temor a la transmisión de la discapacidad a los/as hijos/as, así como desconfianza de la adecuada atención a los/as mismos/as.

Así, la familia de origen actúa con mayor protección y apoyo:

- Temiendo burlas y abusos masculinos.

- Presuponen un futuro en solitario
- Desconfían de su capacidad.

González (2008), concluye que en el caso de las mujeres adultas, las aspiraciones y proyectos de vida se centran en el matrimonio y en la maternidad, aunque a la par se encuentran con barreras para el logro de tales aspiraciones por los estereotipos y prejuicios hacia la mujer con discapacidad.

Para el caso de las mujeres jóvenes del estudio de González (2008), estas no perciben en tanta medida como las mujeres adultas el peso de los prejuicios y estereotipos sociales. Además, las aspiraciones de las mujeres jóvenes difieren de las aspiraciones de las mujeres adultas, pues para las primeras la discapacidad no parece representar actualmente un problema para relacionarse y formar pareja, aunque si persisten reticencias en las familias.

Si analizamos investigaciones concretas sobre sexualidad y algún tipo de discapacidad, nos encontramos con lo siguiente:

1.3.2 Mujeres, discapacidad física y sexualidad.

Consideraciones sociales

Se plantea que las personas con diversidad funcional tienen cuerpos que no encajan en el modelo de sexualidad heteropatriarcal ya que socialmente no son considerados cuerpos productivos, reproductivos y deseables. Este contexto social genera un autoconcepto corporal bajo y una vivencia de la sexualidad más reducida y menos satisfactoria para estas mujeres que las de sus homólogas sin diversidad funcional (Moin, Duvdevany y Mazor, 2009 citado en Fernández, 2015). Se plantea la hipótesis de que las mujeres, tras adquirir una diversidad funcional física, encuentran más barreras a la hora de construir o rehacer una vida afectivo-sexual satisfactoria y sustentar un autoconcepto corporal positivo que sus homólogos masculinos (los varones con diversidad funcional sobrevenida). Así, la sexualidad de las mujeres con diversidad funcional sufre de una invisibilización mayor que la de sus homólogos masculinos, su deseo sexual es normalmente silenciado y no se considera una necesidad que deba ser satisfecha (Fernández, 2015).

Vivencias personales

Siguiendo la concepción de personas con discapacidad como asexuadas y enfermas, cuando se trata de discapacidad física, la transformación corporal y la aceptación de la

nueva imagen supone uno de los retos más importantes a los que tiene que enfrentarse la persona con diversidad funcional física sobrevenida, debido a una disminución de la autoestima y al autoconcepto corporal (Fernández, 2015).

Tener en cuenta que cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la adquisición de la diversidad funcional, más negativa es la imagen corporal del sujeto (Taleporos y McCabe, 2002 citado en Fernández, 2015).

1.3.3 Mujeres, discapacidad auditiva y sexualidad

Consideraciones sociales

La sociedad tiene consideraciones negativas sobre las mujeres con sordera. Este hecho influye en la imagen y autoestima de las mujeres (Holte M. y Dinis M., 2001 citado en Platero, 2004). La exclusión a la que se enfrentan día a día les lleva a sentir frustración e impotencia. Además, el pensamiento que predomina en la sociedad hacia las mujeres que tienen sordera es de personas asexuadas, “sin voz propia”, ignorantes y limitadas, que no se ajustan a la realidad (Conclusiones Seminario CERMI, 2002 citado en Platero, 2004).

Se debe tener en cuenta que el sistema de comunicación más usado por las personas con sordera es la LSE, esta no ha sido reconocida como lengua oficial en España hasta el 2007, no siendo siempre permitida y alentada. Así, con la idea de una mayoría oyente se impone el uso exclusivo de la lengua oral, hecho este que incrementa las barreras, discriminaciones e imposibilita la integración (Platero, 2004). Podemos hablar de discriminación por dificultades en la audición y por no pertenecer a la mayoría oyente, “*Handicappism* o *Discapacitismo*”² y del uso predominante de la lengua oral frente a la lengua de signos: “*Oyentismo*”³ y “*Audism*”⁴ (Platero, 2004).

² “*Handicappism*” o “*Discapacitismo*”: discriminación hacia aquellas personas que tienen discapacidad auditiva, acuñado por primera vez en 1978. Alude al hecho de que, más que el problema de audición, el problema al que se enfrentan las personas con sordera es la actitud de la sociedad hacia las propias personas sordas, que se convierte en un factor discapacitante (Sussman A. y Brauer B., 1999 citado en Platero, 2004).

³ *Oyentismo*: se traduce en una pedagogía delimitada por la omnipresencia de la lengua oficial oral, por la reglamentación y la burocratización de la Lengua de Signos, la separación entre escuela y comunidad sorda, la infrautilización de personas adultas sordas en el contexto pedagógico y el amordazamiento de la cultura sorda en la escuela. Este término es sinónimo al término anglosajón *Audismo* (Platero, 2004).

⁴ *Audism*: Es un término anglosajón que se refiere a la discriminación contra las personas sordas. Se basa en un sesgo que concede al habla un mayor estatus que a la escritura, identificando lenguaje con habla (Platero, 2004).

También es cuestionada la capacidad de las mujeres con sordera para cumplir con los roles sociales asignados, así, en algunas ocasiones se cuestiona su capacidad para ser madres, trabajar, etc., De esta manera, se tiene la falsa creencia de que la sordera es una dificultad que hace desencadenar otros problemas, problemas estos que están en la vida de cualquier otra mujer con o sin discapacidad (Platero, 2004).

Vivencias personales

Una de las dificultades con las que se encuentran las personas con hipoacusia es la barrera que se crea en la comunicación entre una persona con sordera y una normoyente. No obstante, a la hora de comunicar actitudes y sentimientos toma protagonismo, ante el lenguaje verbal, la comunicación no verbal, los movimientos corporales, gestuales, la postura, la mirada, el tacto y las expresiones faciales (Bialik, 2004 citado en Albarrán y Sánchez, 2010).

Las relaciones de pareja, en el caso de personas con discapacidad auditiva, suelen tener lugar en centros de reunión tales como grupos de apoyo u otros donde acuden personas con sordera pues es en estos espacios donde comparten experiencias entre iguales (Albarrán y Sánchez, 2010). Además, las mujeres con discapacidad auditiva prefieren establecer relaciones de pareja con otra persona con la misma discapacidad pues así mejora la comunicación (González, 2008).

De esta manera, las relaciones afectivas tienden a darse entre personas pertenecientes al mismo grupo, donde se van a ver menos interiorizados prejuicios y tabúes provenientes de la sociedad dominante (Liñares, 2003, p.66 citado en Albarrán y Sánchez, 2010). De igual forma, las personas con discapacidad auditiva, al socializar con grupos de iguales, tendrán menos interiorizados los usos que marca la sociedad en cuanto a su sexualidad, por ejemplo, a la preferencia por la orientación heterosexual, imperante en la mayor parte de los países del mundo debido mayormente a las creencias religiosas. Así pues, la orientación sexual entre personas con sordera se decide con mayor libertad, con menor interferencia educativa y cultural de lo que se considera bueno y deseable (Albarrán y Sánchez, 2010).

Resaltar que cuando una mujer con discapacidad auditiva es además homosexual, tiene que desarrollar su identidad en varias direcciones. La idea que la sociedad tiene,

tanto de las personas con discapacidad, como de las homosexuales, es una imagen negativa y devaluada, de desviación de la mayoría, de modo que es difícil tener un autoconcepto positivo frente a esta idea mayoritaria (Platero, 2004).

Las experiencias combinadas de tener una discapacidad auditiva, ser mujer y homosexual en un entorno que aprueba y refuerza la heterosexualidad y lo oyente, puede facilitar la aparición de sentimientos de soledad y desconexión (Hecht y Gutman, 1997 citado en Platero, 2004).

1.3.4 Mujeres, discapacidad visual y sexualidad

Consideraciones sociales

Concebir a las personas con ceguera como seres asexuales, sin interés, incapaces, poco atractivos y de otras denominaciones significa admitir que estas personas carecen de sentimientos, deseos, que son incapaces de amar y de fundar una familia. Estas características son incompatibles con el ser humano, se trata de una forma inhumana e intolerante de ver a las personas con discapacidad (Ornelas, 2013).

La persona deja de ser vista como un ser humano integral y se percibe a menudo como imperfecta y carente. No obstante, estas personas tienen las mismas condiciones de sentir el deseo sexual, la excitación y el orgasmo, porque la deficiencia sensorial no compromete necesariamente la respuesta sexual (Maia, 2008 citado en Ornelas, 2013).

Cordero y Pinto (2008 citado en Ornelas, 2013) al hablar de la sexualidad de las personas con discapacidad refieren que el erotismo y la discapacidad parece que no coinciden. Esto dado que hay personas que creen que un cuerpo con una marca es incapaz sentir y dar placer.

Las personas con discapacidad visual sienten que la sociedad las ve como personas asexuadas, sin necesidad sexual e incapaces de manejar sus propias vidas y, por ende, incapaces de manejar el cuidado de niños/as, y aspectos relacionados con el sexo (Ornelas, 2013).

Ante esto anotar como la falta de conocimiento general sobre la ceguera lleva a que la sociedad vea la sexualidad de las personas con discapacidad visual alcanzando la indiscreción o, simplemente la invisibilidad. Este desconocimiento da lugar a falsas ideas, pudiendo incidir de forma negativa en la vida sexual de las personas con ceguera (Ornelas, 2013).

Vivencias personales

En el caso de la sexualidad y la discapacidad visual, el estudio de investigación de Kelly, Wild, Blackburn, y Ryan (2014) muestra que la participación en la educación sexual se ve afectada por la discapacidad visual. Entre los aspectos que influyen en ella se encuentran la limitación en la capacidad para ver y comprender vídeos, diagramas e imágenes, y un acceso muy limitado a la educación sexual y a la información sexual básica.

Además, anotar que la familia tiende a imprimir, generalmente, a los portadores de discapacidad visual, la idea de que son incapaces, inhábiles, inseguros y así van siendo "educados" para ser indefensos, dependientes y hasta considerados por algunos como asexuados y poco interesantes (Bruns, 1998). Siguiendo esta idea, se debe considerar que *"la familia tiende a imprimir en la personalidad de los/as hijos/as una determinada estructura psíquica, aprobada por la sociedad y, para esto, se vale de medios surgidos de la misma sociedad"* (Bernardi, 1985, p. 25 citado en Bruns, 1998). Esto significa que al nacer la persona con discapacidad visual se hace parte de un sistema de relaciones y de significados sociales, lo que será el fundamento, el lugar en que organizará y estructurará su propia identidad.

Estas contingencias, en general, impiden el desarrollo de la persona con discapacidad, así como la posibilidad de establecer consigo mismo y con el otro una relación que le posibilite expresarse como un ser sexuado. Así, el placer y lo erótico permanecerían como vivencias y experiencias solamente de los llamados "normales". Como dijera Vash (1991, p. 83 citado en Bruns, 1998), *"en una sociedad que venera a personas bonitas, los defectos parecen intolerables"*.

Declaraciones de las propias personas con discapacidad visual revelan cuán difícil y prejuiciada es la relación entre personas con discapacidad y personas sin ella, y evidencia también que la familia reproduce la ideología del déficit (Bruns, 1998).

1.3.5 Mujeres, discapacidad intelectual y sexualidad

Consideraciones sociales

Finalmente, relacionamos sexualidad y discapacidad intelectual. La mayoría de los trabajos sobre sexualidad y personas con discapacidad intelectual han centrado su atención en la salud sexual, en las barreras que encuentran o en la educación afectivo-sexual (Morentin, 2008 citado en Pernia, 2015). Concretamente, el desarrollo sexual, la fecundación, las conductas sexuales, las infecciones de transmisión sexual (ITS) o los embarazos no

deseados son los contenidos centrales (McCarthy y Thompson, 2009; Gutiérrez Bermejo, 2010; Navarro, 2010; García, 2011; López, 2011 citado en Pernia, 2015).

Vivencias personales

Pernia (2015), refiere que las personas con discapacidad intelectual dan valor a las relaciones amorosas, aunque no todos tenían relaciones afectivas íntimas en el momento de la entrevista. De igual forma y entre los aspectos que destacan en sus vidas, dan prioridad a las parejas, al amor, al hecho de formar una familia, a los amigos, al trabajo. Así muchos resaltan el valor del amor, las relaciones de pareja o tener un compañero o compañera. Para otros de los participantes es algo deseable en el futuro. Por tanto, es una necesidad que forma parte de quiénes son o de quienes desearían ser (Pernia, 2015).

En el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, el coito toma un segundo lugar en las relaciones, aunque para sus parejas es algo importante y, por ello sienten que no deben descuidar esa parte de la relación. De hecho, mujeres con discapacidad intelectual manifiestan sentirse satisfechas con relaciones físicas más preliminares (besos, caricias...) (Pernia, 2015).

Pernia (2015), observa que el amor, el sexo, la intimidad, el erotismo o la idea de familia forma parte de lo que les rodea a las participantes de su estudio, pero parece que es algo que les pasa a los demás y no a ellas. Se trata de una idea que se ve alimentada a través de los modelos y referentes que los medios de comunicación ofrecen continuamente. Además, construyen una imagen de sí mismas en función de los mensajes que reciben del exterior lo que conduce a una visión deficitaria de quiénes son o de lo que pueden llegar a conseguir (Pernia, 2015).

A esto podemos añadir que las personas con discapacidad intelectual han visto cómo la propia sexualidad era relegada al olvido, mediante la negación o el control de su propia sexualidad desde distintos contextos (familiar, educativo o religioso) y bajo intereses diferentes (cuidado, protección, regulación o supresión) (Brown, 1994; McConkey y Leavey, 2013 citado en Pernia, 2015).

La mayoría de las mujeres con discapacidad intelectual recuerdan haber recibido charlas sobre afectividad y sexualidad en el ámbito educativo. Esto cobra importancia pues las dificultades en el acceso a la información o el tipo de formación recibida puede ser un obstáculo para el desarrollo afectivo y sexual de las personas con discapacidad

intelectual (McCarthy, 2001; McCarthy y Thompson, 2009; Morentin, 2008; Navarro, 2010; López, 2011 citado en Pernia, 2015).

Finalmente, y en la misma línea de la educación sexual, a las personas con discapacidad intelectual en la formación no se les habla de la atracción, enamoramiento, cuidado, la seducción o la ética en las relaciones amorosas. Estas carencias favorecen algunas de las dificultades que muestran, tales como su sentimiento de inseguridad o la consideración de las dificultades para iniciar y mantener relaciones (López, 2005 citado en Pernia, 2015).

Hemos visto, tras revisar varios trabajos, como la sexualidad es una parte importante de los seres humanos que nos acompaña a lo largo de la vida y que a su vez se va moldeando a medida que pasa el tiempo. Además es reconocida como un derecho. Así mismo, hemos visto una vez más como se discrimina a la mujer. Esta vez, y en el caso de la mujer con discapacidad, se la infantiliza y se la considera como “ser asexual”. Aquí se nos plantean dos ideas. Por una parte, todas las personas, (donde se debe incluir a las mujeres con discapacidad, aunque la sociedad “separe”), tenemos derecho a vivir la sexualidad porque todos/as somos seres sexuales, pero, por otra parte, las mujeres con discapacidad son vistas como seres que carecen de sexualidad y erotismo. Quizás aquí es donde cobra protagonismo el papel del Trabajo Social, para que haga así visible lo invisible, para que una vez más luche contra las discriminaciones y los estigmas, para que luche en este caso contra la opresión de la sexualidad de las mujeres con discapacidad.

Dada la relevancia del tema que nos ocupa, es de nuestro interés conocer si existen o no diferencias entre la vivencia de la sexualidad de las mujeres con distintos tipos de discapacidad en Tenerife y, si existen, saber cuáles son, pues como ya dijimos con anterioridad no se han hallado estudios que analicen estos aspectos.

2. Formulación de preguntas. Objetivo.

¿Hay diferencias en la vivencia de la sexualidad de las mujeres con distintos tipos de discapacidad? ¿Con qué se asocian esas diferencias?

- ¿Con el tipo de discapacidad? ¿La gravedad?
- ¿Con las características familiares?
- ¿Con la ideología o creencias religiosas?
- ¿Con el momento de aparición de la discapacidad?

- ¿Depende de la formación o educación sexual recibida? (¿La reciben? ¿Cómo y dónde?)

Para responder estas cuestiones el objetivo del presente proyecto es explorar la vivencia de la sexualidad de las mujeres con discapacidad y determinar si existen diferencias relacionadas con el subtipo de discapacidad.

3. Método

Se pretende investigar la vivencia de la sexualidad en mujeres con distintos tipos de discapacidad y, con ello, hacer visible que la sexualidad también es parte de las MCD. Esta investigación cualitativa se realizó en la isla de Tenerife con distintas mujeres con algún tipo de discapacidad. En este apartado se recoge la población y muestra, las técnicas empleadas y el procedimiento para realizar la investigación.

3.1 Población y muestra

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), elaborada por el INE en 2008, en España 3,85 millones de personas declaran tener alguna discapacidad, siendo el 59,8% mujeres esto vendría a ser aproximadamente el 9% de la población (Lara y García, 2010).

La discapacidad se ve afectada mayormente por dos variables: género y sexo. Es hasta los 44 años aproximadamente donde es mayor el número de varones con discapacidad. Pero a partir de esta edad, crecen las tasas de discapacidad en mujeres. Aproximadamente la mitad de las personas con discapacidad en España tienen más de 65 años, y la mayoría de ellas son mujeres (Lara y García, 2010).

Las mujeres presentan una tasa de discapacidad por mil habitantes (106,3) significativamente más alta que los hombres (72,6). Por grupo de discapacidad, las tasas más altas en mujeres corresponden a: movilidad (77,5), vida doméstica (69,2) y autocuidado (55,3) (INE, 2015).

En Canarias, el 6,8% de la población tiene alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria (Catalán, 2011)

En la siguiente tabla se muestra el número de personas con discapacidad por sexo en Canarias y en las provincias Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

| <i>Población con discapacidad según provincia, edad y sexo.</i> | | | |
|---|--------------------|----------------|----------------|
| | Total | | |
| | Ambos sexos | Varones | Mujeres |
| Canarias | 135,8 | 60,0 | 75,8 |
| Las Palmas | 72,3 | 32,1 | 40,1 |
| Santa Cruz de Tenerife | 63,5 | 27,9 | 35,6 |

Fuente: (INE, 2008)⁵

Para seleccionar la muestra del estudio se hizo un muestreo intencional por decisión razonada. Se seleccionaron casos concretos que reunieran los siguientes requisitos: mujer, mayor de edad, con voluntariedad para participar, que tenga discapacidad y que resida en Tenerife. Intentando que en la muestra se encuentren representados los distintos tipos de discapacidad.

En la investigación participaron un total de 24 mujeres con discapacidad. De estas mujeres 7 tienen discapacidad física (DF), 2 sordo-ceguera (DSC), 5 discapacidad visual (DV) y 10 discapacidad intelectual (DI). Las edades oscilan entre los 18 y 60 siendo la edad media de 38.1 años. De las mujeres, 8 tienen estudios superiores, 5 medios y 11 estudios básicos. Los municipios a los que pertenecen estas mujeres y donde mayoritariamente fueron realizadas las entrevistas son El Sauzal, S/C de Tenerife, San Cristóbal de La Laguna, San Juan de La Rambla, La Orotava y El Rosario. De las mujeres entrevistadas 7 están solteras, 5 casadas, 6 divorciadas, y 6 tienen actualmente pareja. El total de mujeres entrevistadas se consideran heterosexuales. Del total de la muestra, 7 mujeres han vivido en pareja, 10 no han vivido en pareja y 7 viven actualmente en pareja. De las 24 mujeres, 7 han establecido relaciones de pareja con PCD, 7 con PCD y PSD, 4 con PSD, 4 nunca han tenido pareja y 2 no contestan.

Cabe mencionar aquí que, aunque se pretendía que este estudio contase con mujeres con todos los tipos de discapacidades, no fue posible la participación de mujeres con discapacidad auditiva. No obstante, si se entrevistó a mujeres con sordoceguera por lo

⁵ INE, 2008 Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Comunidades autónomas: cifras absolutas. Unidades: miles de personas de 6 y más años.

que se considera importante haber revisado estudios sobre discapacidad auditiva pues, aunque la sordoceguera no se clasifique como tal, ambas discapacidades tienen aspectos en común como por ejemplo barreras en la comunicación.

3.2 Técnicas empleadas

Previo a comenzar con el trabajo de campo y mediante la técnica de análisis documental, se revisaron otras investigaciones para estudiar así los antecedentes relacionados con el tema objeto de estudio.

Durante el trabajo de campo y para la recopilación de la información se empleó la técnica de la entrevista (ver anexos [tabla2](#)). La entrevista fue de elaboración propia, agrupándose las preguntas en torno a 4 bloques temáticos. El primer bloque corresponde a datos de presentación de la persona en cuestión, el segundo bloque incluye aspectos referentes a la pareja, el tercer bloque abarca aspectos de la sexualidad y, finalmente, el último bloque aspectos relacionados con la familia. La entrevista tomó forma de relato y se utilizó grabadora de voz. Durante las entrevistas se formularon preguntas abiertas, se concretaron cuestiones abstractas y se dio valor a la comunicación no verbal. La duración de cada entrevista fue, en la mayoría de los casos, de 40 minutos.

Tras la transcripción de las entrevistas, otra de las técnicas que se emplearon en este caso para elaborar el análisis de datos fue la triangulación y análisis de contenido. Posteriormente se elaboraron las conclusiones.

3.3 Procedimiento

El proceso para la realización de esta investigación se ha desarrollado en tres fases. En primer lugar, ha tenido lugar la revisión de trabajos previos sobre el tema de estudio, seguidamente el trabajo de campo y finalmente tuvo lugar la elaboración del análisis de datos, discusión y conclusiones.

La revisión de trabajos sobre el tema objeto de estudio ha sido realizada con el fin de analizar antecedentes de investigaciones previas sobre sexualidad, mujeres y discapacidad para ver así qué se ha estudiado sobre este tema. De esta manera se procedió al análisis de diferentes fuentes secundarias como: artículos de revista -extraídos mayormente de “*Dialnet*” y del servicio de biblioteca de la ULL “*Punto Q*”, libros científicos, guías, diarios de información (“*elmundo.es*”), informes del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), y de la Organización Mundial de la Salud

(OMS). Esta fase tuvo lugar durante diciembre de 2016 y febrero del 2017, ambos incluidos.

Posteriormente tuvo lugar el trabajo de campo. Se contactó por correo electrónico y vía telefónica con varios/as trabajadores/as sociales de distintas asociaciones, presentándoles el proyecto para que animasen a las usuarias a participar. Se concretó fecha, hora y lugar para realizar las entrevistas a las mujeres participantes. De este modo el trabajo de campo pasó por acceder a los relatos vitales de mujeres con discapacidad. Se dio a conocer la investigación a cada participante, así como los objetivos de la misma y se explicaron las dudas que las mujeres tuvieron. Se informó de la voluntariedad para la participación, así como de la posibilidad de no responder a determinadas cuestiones en caso de considerarlo. Además, se aseguró el compromiso de mantener el anonimato.

El contacto con las asociaciones comenzó la última quincena de febrero de 2017, prolongándose hasta finales de marzo de 2017. A su vez, las entrevistas tuvieron inicio a comienzos del mes de marzo de 2017 hasta comienzos del mes de abril de 2017. Las asociaciones que participaron son: Coordinadora de discapacidad física de Canarias, Asocide, ATEM, Down Tenerife, Fundación Tutelar Sonsoles Soriano, ONCE y APANATE. Otras asociaciones con las que se contactó pero que no fue posible su participación en la investigación fueron AFES, Funcasor, Fasican y Asorte.

La tercera fase, resultados, análisis de datos y discusión, comenzó en el mes de abril de 2017 prolongándose hasta finales de mayo de 2017. Las entrevistas, grabadas en audio, fueron transcritas para a continuación crear tablas comparativas y analizar así las respuestas, viendo semejanzas y diferencias. Posteriormente mediante la triangulación y análisis de contenido se buscaron patrones de convergencia para llegar a una interpretación global del objeto de investigación. Finalmente, y con la información recabada tuvo lugar la elaboración de las conclusiones.

Los resultados obtenidos fueron entregados a las participantes. Para ello, una vez finalizada la investigación, se procedió a contactar con los/as mismos/as trabajadores/as sociales de las asociaciones que facilitaron la muestra del estudio haciéndoles llegar el documento final de investigación. Esto fue un compromiso inicial que se estableció con los/as trabajadores/as sociales.

4. Resultados, análisis y discusión.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de las entrevistas por tipo de discapacidad. Están organizados siguiendo el orden de los bloques de la entrevista (bloque relacionado con la pareja, bloque relacionado con la sexualidad y bloque relacionado con la familia). Anotar que en algunos casos se acompañan de trozos de literalidad de las respuestas de las mujeres. También se presenta el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas, así como la triangulación de estos con los antecedentes estudiados. Para ver los resultados de forma más detallada ir a anexos: [apartado4](#).

Bloque II: en relación a la pareja.

En lo relacionado a si sus parejas han tenido o no discapacidad, las mujeres que han estado con PCD, la pareja tiene la misma discapacidad y coincide que la discapacidad de la mujer es de nacimiento o sobrevenida a temprana edad. Por otra parte, las mujeres que han estado con PCD y personas sin discapacidad (PSD) aluden que las relaciones con PSD no han sido estables sino esporádicas. La mayoría de mujeres que han estado con PSD de forma estable ha sido previo a su discapacidad -mujeres con discapacidad sobrevenida-.

Para el caso de la DF y para las mujeres cuya discapacidad es sobrevenida en la edad adulta, el vínculo de pareja -con PSD- se rompe tras la discapacidad. Por otra parte, cuando la discapacidad física es de nacimiento o sobrevenida a temprana edad se tiende a establecer relaciones con personas con la misma discapacidad. Esto último se repite para todas las discapacidades, pues las mujeres de la muestra han tenido o tienen parejas con su misma discapacidad. Solo una de las mujeres con DF menciona la importancia de tener pareja sin discapacidad dadas las dificultades de movilidad en el plano sexual. Hecho este contradictorio con lo visto hasta ahora, pues el resto de mujeres con distintas discapacidades aluden a la comodidad y comprensión al tener una pareja con la misma discapacidad. En un caso, una mujer con DF sobrevenida en la infancia menciona que sus relaciones de pareja -nunca estables- han sido con PSD, señala que ha empezado como una amistad y con el tiempo va a más pero posteriormente esa persona encuentra diferencias en la pareja por la discapacidad y se cansa. Quizás aquí se encuentre la respuesta al por qué no nos hemos encontrado con casos donde una mujer con discapacidad de nacimiento o adquirida a temprana edad mantenga una relación estable en el tiempo con una PSD.

La mayoría de las mujeres de la muestra concibe el hecho de tener una pareja con la misma discapacidad como un punto de apoyo y de comprensión que facilita la vida diaria de pareja. Las mujeres con DSC ven difícil o imposible el hecho de tener una pareja sin su misma discapacidad (E5, DSC *“Para mí sería imposible, no me interesa. Con el tema de la discapacidad auditiva y visual necesito un sistema de comunicación específico, yo sufriría mucho”*). Esto último coincide con González (2008), pues indica que las mujeres con discapacidad auditiva prefieren establecer relaciones de pareja con otra persona con la misma discapacidad ya que de esa manera mejora la comunicación.

En el caso de la DV las mujeres no se plantean como imposible el hecho tener una pareja sin discapacidad, sin embargo, la mayoría ha estado con personas con su misma discapacidad (E18, DV *“Al momento de convivir como tenemos los dos la misma dificultad y tenemos que tener las mismas pautas de orden, a mí me resulta más fácil que me entienda él que las cosas estén en su sitio”*). En el estudio de Bruns (1998), las mujeres con DV indican la dificultad y los prejuicios de una relación entre personas con discapacidad y personas sin ella.

Las mujeres que no quieren tener pareja refieren que los hombres al principio de la relación no ven la discapacidad y esto a la larga genera problemas (E2, DF *“Al principio cuando estas empezando no ven tu discapacidad, todo es color de rosas, y después empiezan los problemas...”*). También aluden a que la mujer continúa ejerciendo el rol tradicional de cuidadora y supeditada al hombre, situación ésta que no quieren vivir. De las mujeres que quieren tener pareja, dos -con discapacidad sensorial- prefieren que sea con una persona con su misma discapacidad, para un caso de una mujer con DF prefiere que la pareja no tenga discapacidad.

La mayoría de las mujeres entrevistadas que no quieren tener hijos/as, entre las causas que refieren se encuentran el factor hereditario de la discapacidad, riesgos para su salud -empeorando así la discapacidad-, y las propias dificultades generadas por la discapacidad para el cuidado de los hijos/as -esto último para la DI- (E16, DI *“No se puede, porque es mucha responsabilidad para tener hijos. Nos cuesta también bastante”*). En el caso de las mujeres que tuvieron hijos/as, la mayoría de ellas fueron madres previo a la discapacidad (6 de 8). Las mujeres que fueron madres teniendo ya la discapacidad, decidieron no tener más hijos/as porque podría empeorar su salud. Por otro lado, hay mujeres que desean tener hijos/as por la vía de la adopción dado que sus discapacidades tienen un

componente genético. En este caso, son varias las mujeres que mencionan que el Estado no las considera perfectas para cuidar de un/a hijo/a por la discapacidad (E18, DV “*Resulta que como soy ciega y mi pareja también el estado entiende que no somos perfectos, con lo cual y como solo dan niños en adopción a personas perfectas, no podemos adoptar*”). Aquí tiene cabida el planteamiento de Maya (2009) puesto que no se incluyen a las PCD dentro de los cánones de paternidad y pareja. Gomiz (2016) también nos habla de la opción de adoptar, de los impedimentos y dificultades legislativas existentes, de los actos de discriminación al dudar de las capacidades básicas de las MCD y, por tanto, del despojo de sus derechos. Esto también va en contra del reconocimiento jurídico de derechos sexuales y reproductivos y de herramientas estratégicas como planes de actuación para impulsar políticas de género y de inclusión.

Bloque III: En relación a la sexualidad

De las mujeres entrevistadas, diez entienden por sexualidad las relaciones sexuales, es decir un acto físico reduciéndose así la concepción al funcionamiento de los genitales; y doce coinciden que el concepto de sexualidad es más amplio incluyendo sentimientos, compartir momentos, apoyo, conocimiento del propio cuerpo y del de la otra persona, la identidad sexual, el romanticismo... (E20, DV “*La sexualidad incluye amor, respeto confianza, intimidad, el conocerte a ti mismo, hacer lo posible por conocer a la otra persona, lo veo más allá que el sexo puro y duro*”). Sin embargo, en el discurso de las mujeres que identifican sexualidad con relaciones sexuales, se percibe que incluyen más aspectos como la menstruación, el conocimiento del cuerpo, sentimientos...etc. En definitiva, a priori identifican sexualidad con el acto coital, pero durante la entrevista hacen alusión a otros aspectos incluyéndolos dentro de la sexualidad.

Las mujeres participantes mencionan que sus vivencias sexuales están determinadas por lo transmitido desde el ámbito familiar, por la educación que se da sobre sexualidad, siempre viéndola como algo negativo de lo que no se puede ni debe hablar (E18, DV “*Creo que los complejos de mi madre se me transmitieron a mí y soy bastante cortada para esos temas, no he disfrutado mi sexualidad al máximo, ya sea por vivencias de pequeña, legado cultural, temas físicos...*”). De las mujeres que refieren que su vivencia de sexualidad no corresponde con su concepto, la mayoría coincide en que las razones se deben a que la percepción de sexualidad no se vive de la misma manera en la pareja, en algunos de los casos aluden a que se debe a la discapacidad, en menos ocasiones las mujeres mencionan el sentirse utilizadas, e incluso a sufrir abusos sexuales. En relación a

esto último, Ramos (2011) plantea que la discriminación que sufren las mujeres con discapacidad las expone en mayor medida a recibir abusos donde los predominantes son los abusos sexuales.

Al preguntar por aspectos positivos y negativos sobre su vivencia de la sexualidad, entre los positivos destacan el cariño, el conocer tu cuerpo y el de la otra persona, el sentirse bien... Como aspectos negativos destacan la dependencia emocional, la importancia que ha ido cobrando el sexo frente a otros aspectos de la sexualidad o incluso el hecho de mantener relaciones sexuales por complacer a la otra persona.

De las mujeres que han recibido alguna formación sobre sexualidad, encontramos que las que han participado en talleres concretos (3) cuentan con información más amplia sobre el tema. El resto (14), que han participado en charlas esporádicas, reciben únicamente información sobre riesgos, prevención y enfermedades, donde todo se relaciona con las relaciones sexuales. En este último caso muchas de ellas mencionan que casi no se acuerdan de lo que se habló (E24, DSC *“En el instituto, pero lo típico, medidas preventivas, saber ponerte el condón... a nivel charla informativa”*). Aquí se puede ver como no se les habla de sus derechos sexuales y/o reproductivos, de manera que se trata de un tema nada o poco abordado tal y como dice Maya (2009). También Morentin (2008 citado en Pernia, 2015) destaca como la mayoría de los trabajos sobre sexualidad y personas con DI han centrado su atención en la salud sexual, en las barreras que encuentran o la educación afectivo-sexual. En nuestro caso la información/formación que se da a las MCD - para todos los tipos de discapacidades-, se ha centrado en los mismos temas mencionados por Maya (2009) y Morentin (2008 citado en Pernia, 2015). López (2005 citado en Pernia, 2015) plantea que a las PCD en la formación no se les habla de la atracción, enamoramiento, cuidado, la seducción o la ética en las relaciones amorosas. Esta falta de información da pie a problemas, sentimientos de inseguridad, o a que consideren una dificultad el hecho de iniciar y mantener relaciones. Encontramos coincidencias con nuestro estudio pues varias de las entrevistadas aluden al desconocimiento de algunas MCD sobre aspectos referentes a la sexualidad. Se mencionan aspectos como la falta de experimentación, de hablar, de enseñar.

Al preguntarle a las mujeres cómo creen que la sociedad valora a las MCD todas aluden a que se emplean estereotipos, creen que la sociedad las ve con pena, como menos válidas o menos mujer, consideran que son vistas como un problema, como alguien que

necesita de cuidados y protección, que son ignoradas y/o rechazadas. Incluso, al preguntarles por su propio rol, por cómo se ven ellas mismas, algunas refieren que el tema de la autoestima y autoconcepto está dañado y tienen el planteamiento de que son feas y que no pueden llegar a tener relaciones de pareja a causa de la discapacidad (E20, DV *“A veces las MCD aguantan carretas y carretones, sobre todo por el tema de la autoestima o autoconcepto que lo tienen muy fastidiado, no se valoran, o creen que por la discapacidad que tienen son feas, o nadie las va a querer porque tienen una carencia de algo y eso significa que van a cargar conmigo... Se crean relaciones que no son saludables, porque la otra persona, en este caso la dominante abusa”*). Tal y como plantea Shum (2006, pp.39-40 citado en Ramos, 2011) la MCD es considerada por la sociedad como incompleta, se le inculca el sentimiento de que es incapaz de cumplir con los cánones de belleza establecidos. También coincide esto con los estudios de González (2008), pues concluye que las mujeres adultas de su estudio, -en nuestro caso todas-, han sentido prejuicios y actitudes sociales negativas por tener discapacidad. González (2008) indica algunos estereotipos que también han mencionado las participantes en esta investigación. Algunos como la falta de atractivo para los “hombres normales”. En nuestra investigación algunas mujeres hablan de sentirse feas e infravaloradas por la discapacidad, otras aluden que los hombres no quieren tener relaciones de parejas con mujeres con discapacidad al considerarlas un problema, al ver sus discapacidades en lugar de sus capacidades. Otro de los mitos que tiene la sociedad y que plantea González (2008) es la incompetencia de las MCD para ejercer los roles tradicionales y esto, como hemos visto, también coincide con el planteamiento de las mujeres de nuestro estudio al preguntarles por la concepción de la sociedad sobre las MCD.

De las 24 entrevistadas, 19 mujeres coinciden que la sociedad tiene estereotipos o falsas ideas sobre la sexualidad de las MCD, pensando que no la tienen -la sexualidad, considerándolas como asexuales, que no pueden, que no deben, que no sienten, que la MCD no piensa en sexualidad por tener la discapacidad... (E3, DF *“De las primeras veces que tuvimos relaciones se nos quedó el preservativo, yo estaba ovulando y fui a tomar la pastilla del día después, fue como si me hubiera violado y yo diciendo mira es mi pareja, y a él lo trataron como si me hubiera golpeado...etc. La gente no está acostumbrada a que una PCD tenga sexualidad y pareja. Se ve mal y raro”*). Esta idea está en la misma línea que el planteamiento de Maya (2009), pues indica que la vida afectiva y sexual de

las MCD es objeto de exclusión y discriminación al ser consideradas como seres asexuales respaldándose en el mito de la incapacidad para mantener actividades sexuales satisfactorias.

De las mujeres entrevistadas se hallan pensamientos en común en referencia a las relaciones de pareja. Coincide el planteamiento de que la mujer vive a expensas del hombre y no vive su sexualidad para su satisfacción. Las MCD viven experiencias sexuales desagradables, se genera dependencia, se establecen relaciones tóxicas por sentirse protegidas, la gente considera que las MCD tienen carencias y que son una carga por lo que se ven sometidas a relaciones en las que se da el abuso. Además, las MCD entrevistadas piensan que la sociedad tiene una imagen de ellas como asexuales, que no tienen sexualidad, que no sienten, tienen el pensamiento -por su vivencia o vivencias de sus homólogas con discapacidad-, de que son utilizadas porque en muchos casos son válidas para practicar el sexo, pero no para tener relaciones estables de pareja. Otras mujeres, en su vivencia personal, refieren que se han sentido utilizadas e infravaloradas en ese sentido (E20, DV “*A veces dejamos que se pasen determinadas fronteras simplemente por agradar a la persona*”). También se plantea que la MCD vive su sexualidad de forma diferente a la MSD, aunque aluden que no debería de ser así pues la necesidad o ganas siempre están presentes. Este planteamiento de las mujeres entrevistadas coincide con el de López (2008 citado en Ramos, 2011) pues plantea que las MCD son vistas como seres que carecen de sexualidad, pero se las considera como potenciales víctimas de abusos.

Además algunas mujeres plantean que existen diferencias entre hombres con discapacidad y mujeres con discapacidad pues a estas últimas se las mira con más pena, como seres que necesitan de cuidado y protección, pero a la par se considera que deben cumplir con el papel tradicional de mujer en referencia a los roles de cuidado. Aquí cabe destacar el planteamiento de Maya (2009), al expresar que la discapacidad se debe considerar en base al sexo (hombre o mujer), pues este según Cristóbal (2013) es un factor de discriminación. En esta línea Gomiz (2016) plantea que los roles asignados están en contradicción pues se las considera como personas dependientes por lo que se piensa que no pueden cumplir con los “roles propios” de sus homólogas sin discapacidad (rol de cuidadora).

Varias MCD de nuestro estudio plantean la falsa creencia existente en la sociedad de que una mujer por tener una DF no siente de piernas para abajo y que por ello no tiene sexualidad. Este último planteamiento coincide con Moin, Duvdevany y Mazor (2009

citado en Fernández, 2015) pues en los ideales sociales de belleza y en el modelo de sexualidad heteropatriarcal no encajan los cuerpos de las personas con DF al no ser socialmente considerados cuerpos productivos, reproductivos y deseables. Este escenario social da lugar a que las MCD generen un autoconcepto corporal bajo y una vivencia de la sexualidad más reducida y menos satisfactoria que las de sus homólogas sin discapacidad.

Platero (2004) también nos habla de estereotipos y prejuicios, pero en este caso hacia personas que tienen sordera, al considerarse que no pueden cumplir con los roles asignados a las MSD, cuestionando así la capacidad de las mujeres con DSC. Se piensa que la sordera da pie a otros problemas cuando realmente esos problemas están en la vida de cualquier otra mujer.

Las mujeres de nuestro estudio con DV sienten que se las considera como asexuales e incapaces de ejercer los roles de cuidado de hijos/as. Coincide esto con el planteamiento de Ornelas (2013) al indicar que las personas con DV perciben que la sociedad las ve como asexuales, sin necesidades sexuales e incapaces de manejar sus propias vidas y, por ende, incapaces de manejar el cuidado de niños, y aspectos relacionados con el sexo.

En el caso de las mujeres con DI Pernia (2015), observa que el amor, el sexo, la intimidad, el erotismo o la idea de familia forma parte de lo que les rodea a las participantes de su estudio, pero parece que es algo que les pasa a los demás y no a ellas. En nuestro caso las mujeres con DI tienen o desean tener pareja, otras conviven en pareja o han convivido, otras tienen planes de futuro en pareja, algunas tienen hijos/as o desean tener... Por tanto, en este caso si es algo que forma parte de la realidad de lo que les pasa a las mujeres con DI de nuestro estudio. Únicamente es en el caso del síndrome de down donde se ve que la sexualidad es relegada al olvido por la negación o control de su propia sexualidad desde la familia. Parece que para este caso, independiente de la edad, es algo que está en el futuro pues aquí si se dan patrones de infantilización desde el ámbito familiar. Aclarar que las entrevistadas con síndrome de down no aluden a sentirse infantilizadas ni sobreprotegidas. Sin embargo, es en su discurso donde se percibe que la propia familia ejerce roles de sobreprotección olvidando la sexualidad de estas mujeres. Es decir, ellas refieren que en casa no se les habla de sexualidad porque consideran que no tienen la edad suficiente para hablar del tema, en varios de los casos no saben lo que es la sexualidad y preguntan con curiosidad.

Participantes de esta investigación piensan que la sexualidad irá en función del tipo de discapacidad. Varias de las entrevistadas aluden a que determinadas discapacidades limitan más que otras, y que dentro de una misma discapacidad también se dan diferencias. Podemos analizar como para cada tipo de discapacidad existen diferencias. Por ejemplo, la figura del asistente sexual para PCD es conocida mayoritariamente por las mujeres con DF; el resto de mujeres incluso se sorprenden al oírlo y preguntan si realmente existe tal figura. Para el caso de la DV hay diferencias en aspectos como la conquista, puede que no se detengan a contemplar aspectos de cortejo como una mirada diferente, un guiño, una cara sonrojada... puede que el lenguaje no verbal pase desapercibido, que mal interpreten el lenguaje verbal y el tono de voz pues esto último para ellas cobra importancia. Además, para las personas con DSC encontramos una barrera, la LSE, y por ello se encuentran con dificultades en la comunicación. En este último caso Platero (2004) habla de barreras, discriminaciones e imposibilidades de integración pues habiendo una mayoría oyente se impone el uso de la lengua oral. Quizás sea esta la razón por la que hay una tendencia a establecer relaciones de parejas con personas con la misma discapacidad, e incluso a no concebir la relación con una persona sin su misma discapacidad. Finalmente las personas con DI -aunque no todos los tipos de DI- encuentran más límites por la sobreprotección e infantilización desde el ámbito familiar.

Otro de los aspectos que se cuestiona socialmente desde el punto de vista de las mujeres de nuestro estudio es en lo relacionado a las relaciones de pareja. Algunas de las mujeres coinciden que para la sociedad es raro ver una pareja formada por una PCD y una PSD, en cambio no sería tan raro ver una pareja formada por personas con la misma discapacidad, aunque se sigue viendo como atípico (E23, DI *“Hay gente que ve raro una pareja de una PCD y una normal, pero si es una pareja de dos personas con la misma discapacidad si lo ven normal”*). También se alude a que cuando se da una pareja en la que uno tiene discapacidad, normalmente es el hombre quien la tiene, pues se considera que el hombre sin discapacidad no quiere mantener relaciones de pareja con una mujer con discapacidad, aunque si sexuales.

Bloque IV: En relación a la familia

A las mujeres que en casa, en su adolescencia, les han hablado de sexualidad la información dada coincide con la que se recibe en charlas de formación sobre sexualidad a las que ya nos hemos referido con anterioridad (E24, DSC *“No mucho, de la menstruación y cuando te vas desarrollando sí, pero a la hora de tener relaciones sexuales eso nunca*

se ha hablado”). No se menciona el enamoramiento, las decepciones amorosas, las necesidades de pareja, las necesidades de escuchar, las necesidades de hacer llegar a la persona lo que piensa... Esto cobra importancia, pues como hemos visto y según el discurso de mujeres entrevistadas, el desconocimiento en estos aspectos es característico de algunas MCD.

A las mujeres que no se les ha hablado en casa de sexualidad (16), todas coinciden que se debe a la mentalidad, cuestiones ideológicas-religiosas, a que antes no se veía la necesidad de hablar de esos temas, a que antes todo lo aprendías tras el matrimonio. Ninguna piensa que se deba a la discapacidad (E4, DF *“No, pero eran otros tiempos, por como pensaban ellos. Date cuenta que estamos hablando de hace 40 años”*).

En el tema de la sobreprotección familiar, Maya (2009) plantea que las familias en ocasiones favorecen una percepción negativa de la MCD, asumiendo que son seres asexuales, que no tienen necesidades sexuales, deseos, y que las familias desconfían de quienes se les acerquen por miedo al engaño y a la burla. También González (2008) refiere que la familia tiende a dar mayor protección y apoyo pues se teme a la burla y abusos, desconfiando de la capacidad de las MCD y presuponiendo un futuro en solitario.

Estos planteamientos de Maya (2009) y González (2008) no coinciden con los resultados generales de esta investigación, aunque sí con las mujeres entrevistadas con síndrome de down como ya comentamos con anterioridad, y en un caso donde la familia ejerce control y sobreprotección pensando que la MCD -en este caso con sordoceguera- es torpe y que no puede cuidar de sí misma (E5, DSC *“Cuando tuve novio ellos estaban muy preocupados, querían controlarme a toda costa, yo decía que podía cuidarme sola. Me defendían, me protegían, me hablaban de mis derechos. Yo les decía por favor déjenme en paz que yo voy a ir adquiriendo experiencia poquito a poco y me decían que era muy torpe”*). Para el resto de mujeres que se han sentido sobreprotegidas en algún momento aluden a que se debía a aspectos de seguridad, pero que en ningún momento sentían límites a causa de la discapacidad. Las mujeres de este estudio no se sentían infantilizadas o apartadas de los cánones de feminidad en contraposición a la investigación de Gomiz (2016) donde la mujer es infantilizada desde la infancia aumentando la imagen de vulnerabilidad. También Bruns (1998), en sus estudios plantea que las familias tienden a transmitir a sus hijos/as con DV que son incapaces, inseguros dando lugar a que se genere indefensión, dependencia y que sean considerados como asexuados. Estos

resultados no coinciden con los de nuestra investigación, pues aunque algunas mujeres si se sentían sobreprotegidas nunca sintieron que irrumpieran en su libertad ni que se las infantilizara.

La mayoría de las mujeres entrevistadas no quieren pensar en el futuro sino vivir el día a día (E19, DV *“Ay, no sé yo no pienso en el futuro, yo pienso en el día a día y ¿Sabes por qué? Porque a mí a los 34 años se me rompió la vida con un montón de planes. Y en ese momento dices tengo que empezar a vivir de nuevo”*).

5. Conclusiones

Este apartado recoge las conclusiones a las que se ha llegado tras el proceso de análisis y discusión.

Podemos decir que los resultados analizados han permitido cumplir el objetivo de la investigación “explorar la vivencia de la sexualidad de las mujeres con distintos tipos de discapacidad y determinar si existen diferencias relacionadas con el subtipo de discapacidad”.

Vimos que la sexualidad es característica inherente al ser humano, claro que como no hay dos personas iguales tampoco habrá dos maneras iguales de vivir la sexualidad. Cada persona es única e irrepetible por tanto su sexualidad será diferente a la del resto, su manera de pensar, sentir y vivir también.

Ciertamente, y como me dijo Estupinyá intercambiando correos, “las condiciones de cada persona hacen que la podamos vivir -la sexualidad- de manera diferente unos de otros”. Entre esas condiciones puede estar el hecho de tener una discapacidad.

Una de las conclusiones que sacamos de este estudio es que de las vivencias de todas las MCD se desprende una misma idea. No tiene las mismas necesidades una persona con DF, DI, DSC, y DV, y dentro de una misma discapacidad también hay diferencias. No es lo mismo una persona con DV pero que conserve restos visuales a una que tenga ceguera total. Tampoco es igual una persona con DSC que tenga restos auditivos pudiendo oír mediante audífonos, implantes... que otra con sordera total pues en este caso la forma de comunicación se limita al uso de la LSE. No es lo mismo la vivencia de una persona con DF sobrevenida que de nacimiento, y también existen diferencias por tipos de DI. Por esto podemos decir que existen diferencias en cómo las

mujeres con distintos tipos de discapacidad viven su sexualidad y también existen dentro de una misma discapacidad.

Analizamos que las mujeres con DF encuentran mayores diferencias en el plano sexual, mientras que las para las mujeres con DSC los límites están en las barreras de comunicación. En su parte las mujeres con DV encuentran mayores dificultades en la conquista y, finalmente para la DI podemos decir que las necesidades derivan de la falta de información o sobreprotección por parte de las familias -aunque no para todos los tipos de DI-.

Verdad es que todas estas diferencias están en cierta manera influenciadas por la educación, la cultura, los valores, y la sociedad. Y es en este punto cuando encontramos algo en común de todas las mujeres participantes en la investigación, que es el cómo creen que la sociedad valora a las MCD y su sexualidad. Las mujeres de la muestra piensan que son vistas socialmente como seres incompletos, imperfectos y carentes, que no pueden hacer las mismas cosas que sus homólogas sin discapacidad, que no pueden ser madres, que no pueden vivir plenamente su sexualidad. Así, para la sociedad la discapacidad y la sexualidad van por caminos opuestos. Parece ser que en la sociedad actual donde lo perfecto y bonito tiene total cabida, lo diferente y que se aparta de los “patrones ideales” no tiene lugar o es mal visto.

Es importante las conclusiones a las que se llega tras el análisis de la formación/información sobre sexualidad que han recibido las mujeres participantes. Es escasa, incompleta, en muchos casos no la recuerdan y se limita a aspectos biofísicos del sexo. Debemos recordar que la sexualidad es un concepto amplio, donde se debe trabajar con la persona y sus necesidades como ente individual, pasando por el conocimiento de sí misma, sus emociones, sentimientos, el erotismo, el amor de pareja, el romanticismo, los vínculos afectivos, la reproducción, etc.

En el plano familiar, en muchos de los casos no se explica lo que es la sexualidad, no se habla del tema o se evita. Esto repercute posteriormente en cómo vive la persona su sexualidad, se transmiten los tabúes, las inseguridades y los miedos. La sexualidad es concebida como algo de lo que no se debe hablar, y sin embargo es algo que todos/as tenemos desde que nacemos y durante toda nuestra vida.

Siguiendo con el plano familiar, encontramos diferencias entre los resultados de otras investigaciones -ya vistas en el apartado antecedentes- y los resultados de este

estudio. Por lo general -a excepción de las mujeres con síndrome de down-, las mujeres no se sienten infantilizadas, ni sienten que se instauren sentimientos desde la familia de que son incapaces o menos válidas. Quizá sea este un punto de partida para transmitir la misma idea a la sociedad.

En este sentido, el papel de la profesión del Trabajo Social cobra importancia, pues ha de promover un cambio de actitudes a nivel social, trabajar para potenciar el incremento del bienestar de todas las personas. Y esto incluye la sexualidad como necesidad básica de todas las MCD. Trabajar en este sentido para mejorar la calidad de vida, para que se hagan reales sus derechos, para que su sexualidad cobre valor y se haga visible. Trabajar para que se realicen intervenciones dirigidas al tema de la sexualidad de las mujeres con discapacidad.

Finalmente planteamos algunas propuestas:

Que los profesionales que trabajan con PCD reciban información/formación específica sobre el tema de la sexualidad. De manera que la sexualidad sea un tema objeto de trabajo con la propia PCD.

Informar a la sociedad en general sobre la sexualidad, de manera que se promueva la sensibilización y la eliminación de prejuicios y estereotipos existentes en torno a la sexualidad de las PCD. Pues como hemos visto, todas las personas independientemente de las diferencias de cada uno tenemos sexualidad.

Impulsar programas eficaces para la educación afectiva y sexual de las PCD. Que estos programas se dirijan por una parte a la familia con el fin de que se normalice la sexualidad de las PCD, evitando las situaciones de discriminación y los prejuicios existentes. También que estos programas se dirijan hacia el propio colectivo de PCD, de modo que se trabaje la autoestima, autoconcepto, habilidades sociales y otros aspectos relacionados con la sexualidad evitando así las relaciones de abuso.

Que la profesión de Trabajo Social se abra más hueco en este ámbito de forma que promueva el cambio social, el cambio de actitudes, aumentando así el bienestar de todas las personas. Esto incluye trabajar para promover la resolución de problemas que tengan lugar en lo que a la vivencia de la sexualidad de las MCD se refiere.

Bibliografía

- Albarrán, L., y Sánchez, E. (2010). *Cuerpo, Salud y Sexualidad*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexo. (26 de agosto de 1999). Declaración universal de los derechos sexuales. Hong Kong.
- Aymá, A. (2013). Discriminación múltiple. *ADC*, 271-320.
- BOE, núm. 289. (3 de diciembre de 2013). Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. BOE, núm. 289.
- BOE, núm.311. (29 de diciembre de 1978). Constitución Española de 29 de diciembre de 1978. BOE, núm.311.
- Bruns, M. (1998). Educación Sexual y Deficiencia visual: El diálogo del silencio por el silencio del diálogo. *Revista de psicología*, 83-101.
- Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología*, 74-77.
- Catalán, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en Canarias*. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 114.
- CERMI. (2005). *I Plan Integral de Acción para mujeres con Discapacidad 2005-2008*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
- CERMI. (2011). *2º Manifiesto de los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad de la Unión Europea. Una herramienta para activistas y responsables políticos*. Oviedo: Ediciones y comunicación, s.l.
- CERMI. (2013). *II Plan Integral de Acción de mujeres con discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial Cinca, S. A.
- Cristóbal, R. (2013). La mujer como especial objeto de múltiples discriminaciones. La mujer multidiscriminada. En R. S. Cristóbal, *La discriminación múltiple en los ordenamientos jurídicos español y europeo* (págs. 15-43). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Estupinyá, P. (2013). *S=EX2 La ciencia del sexo*. México: Debate.
- Fernández, A. (2015). El cuerpo en disputa: Cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Revista sociológica de pensamiento crítico*, 41-62.
- Ferrer, B., y Piñero, M. (2015). Discriminación múltiple . *Diario La Ley*.
- Ghedini, W. (2014). *Sexo y sexualidad: Hacia dónde vamos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lea S.A.
- Gomiz, M. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 123-142.

- González, L. (2008). *Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad.* . Madrid: Narcea, S.A. EDICIONES.
- Hernández, R. (30 de noviembre de 2011). *Conceptos de sexualidad y términos relacionados.* Obtenido de <http://es.slideshare.net/RosySaeterosHernandez/conceptos-de-sexualidad-y-trminos-relacionados>
- INE. (2008). *Instituto Nacional de Estadística.* Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Obtenido de www.ine.es:
<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/I0/&file=03033.px>
- INE. (20 de mayo de 2015). Discapacidad (tasas, esperanzas de vida en salud). *Instituto Nacional de Estadística.* Obtenido de INE:
http://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
- Kelly, S., Wild, T., Blackburn, M., y Ryan, C. (2014). Experiencias de adultos con discapacidad visual sobre la educación sexual recibida. *Integración: Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, 7.
- Lara, A., y García, A. (2010). Estadísticas y otros registros sobre discapacidad en España. *Política y Sociedad*, 165-173.
- Martínez, F. (2008). La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo. *Revista española de derecho constitucional*, 251-283.
- Maya, M. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil en su doble discriminación. *Feminismo/s*, 133-152.
- Ministerio de Salud de Chile. (2016). Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. *web.minsal.cl.* Obtenido de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (12 de febrero de 2017). *minsalud.* Obtenido de [minsalud: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx)
- Murillo, M. (2008). *Cómo Enseñar Sexualidad: Para Aprender el Lenguaje de la Sexualidad y Enseñarlo.* México: Pax México.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.* Ginebra: OMS.
- Ornelas, D. (2013). A sociedade e a sexualidade da pessoa cega: preconceito, curiosidade, indiferença ou falta de conhecimento? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 88-95.

- Pernia, S. (2015). Necesidades afectivo-sexuales en personas con discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva. *Revista Española de Discapacidad*, 41-54.
- Platero, R. (2004). Mujeres y Sordera. En E. Venteo, y M. Viader, *El valor de la mirada: sordera y educación* (págs. 135-160). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Portalatín, B. (23 de abril de 2013). Sexo y discapacidad no son incompatibles. *elmundo.es*.
Obtenido de
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/04/22/noticias/1366655376.html>
- Raja, E., y Pérez, H. (2014). La sexualidad como variable importante en la calidad de vida (C.V) de las personas con discapacidad. *Revista Científica de Enfermería*.
- Ramos, M. (2011). Erotismo y seducción en mujeres con diversidad funcional. *Dossiers Feministes*, 181-195.
- Ríos, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *CES Derecho* , 46-59.
- Ruiz, G., y Cendra, M. (1987). La sexualidad: un valor humano. apuntes sobre sexualidad para educadores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 65-82.
- Saavedra, M., Morales, G., García, T., Valderas, M., Maroto, M., Pérez, A., y Andreu, R. (2009). *Coeducación: dos sexos en un solo mundo*. Obtenido de Coeducación: dos sexos en un solo mundo : <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/112/cd/indice.htm>

1. Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y herramientas estratégicas para impulsar sistemáticamente las políticas públicas de género y discapacidad.

Tabla 1: Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y herramientas estratégicas para impulsar sistemáticamente las políticas públicas de género y discapacidad.

| | |
|--|---|
| | Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (Ver Convención) |
| Normativa de aplicación en materia de sexualidad. | Constitución Española de 1978. (Ver CE) |
| | Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (Ver Ley) |
| A nivel internacional: europeo | El II Manifiesto de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea. (Ver Manifiesto) |
| | La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. (Ver Conferencia) |
| | La Declaración universal de los derechos sexuales aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología. (Ver Declaración) |
| A nivel nacional: | El I Plan Integral de acción para mujeres con discapacidad (2005-2008). (Ver Plan) |
| | El II Plan Integral de acción de mujeres con discapacidad 2013-2016. (Ver IIPlan) |
| | La Carta de derechos sexuales en favor de los minusválidos promulgada en 1982. (Ver Carta) |

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en el artículo 23 (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

La **Constitución Española de 1978**, reconoce en su Art. 9.2, los poderes públicos deben promover la libertad e igualdad para que sean reales y efectivas. Además, en su Art. 10.1, se reconoce como fundamento del orden político y de la paz social, la dignidad

de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás. El Art. 14, reconoce la igualdad ante la ley, sin discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El Art. 49, se reconoce que los poderes públicos realizarán políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, prestando la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos (BOE, núm.311, 1978).

La Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en su Artículo 10.1 reconoce el derecho a la protección de la salud, dando especial atención a la salud sexual y reproductiva (BOE, núm. 289, 2013).

El II Manifiesto de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea reconoce el derecho a casarse y formar una familia, los derechos sexuales, la educación efectivo sexual y el derecho a la familia de las mujeres con discapacidad en sus artículos 8.1, 8.3, 8.4 y 8.5 respectivamente. En este texto se reconoce además que los derechos sexuales implican la libertad para decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad (CERMI, 2011).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 incluye los derechos sexuales, reconociendo el derecho humano de las mujeres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente, sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia (CERMI, 2013).

La Declaración universal de los derechos sexuales, se alude a la sexualidad como parte integral de la personalidad de todo ser humano. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales y dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico (Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexo, 1999).

El I Plan Integral de acción para mujeres con discapacidad (2005-2008), destaca que la invisibilidad de las personas con discapacidad tiene su origen y causa en la visión de que las personas con discapacidad carecen de necesidades sexuales, además las

mujeres son consideradas no aptas para vivir en pareja. Este plan reconoce que las niñas y mujeres con discapacidad necesitan tener acceso a la educación afectivo sexual para poder vivirla saludablemente (CERMI, 2005). Este plan plantea una serie de actuaciones y de objetivos en el sentido que venimos analizando (CERMI, 2005):

- Promover el reconocimiento del derecho a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.
- Facilitar el desarrollo del derecho a las relaciones afectivas de las mujeres con discapacidad.
- Garantizar el derecho de las mujeres con discapacidad al libre desarrollo de la maternidad.

El **II Plan Integral de acción de mujeres con discapacidad 2013-2016** en su objetivo estratégico 5 pretende garantizar a las mujeres y niñas con discapacidad el pleno ejercicio y sin injerencias de cualquier índole de sus derechos sexuales y reproductivos (CERMI, 2013).

Finalmente, la **Carta de derechos sexuales en favor de los minusválidos**, (1982 citado en Maya, 2009), reconoce entre otros el derecho a la expresión sexual, derecho a la intimidad, derecho a ser informados, derecho a poder acceder a los servicios necesarios, como son el asesoramiento sobre anticonceptivos, atención médica, asesoramiento genético y sobre sexualidad, derecho a escoger el estado civil que más convenga a la persona con discapacidad, derecho a tener, o no, hijos.

2. Modelo de entrevista.

| |
|--|
| Bloque I: En relación a la persona |
| 1. Tipo de discapacidad y especificidad. Grado de discapacidad en el certificado. ¿Tiene valoración de dependencia y si la tiene grado? |
| 2. Edad |
| 3. Nivel estudios |
| 4. Zona de residencia y municipio |
| 5. Estado civil |
| 6. Composición familiar de origen: padre, madre, nº de hermanos y hermanas; |
| Bloque II: En relación a la pareja |
| 7. Orientación sexual |
| 8. Si tiene pareja o ha tenido, ¿Vive o ha vivido con su pareja? |
| 9. Si tiene pareja o ha tenido, ¿Esta tiene algún tipo de discapacidad? |
| 10. ¿Tiene Hijos/as? |

| |
|--|
| 11. Si no tienes pareja, ¿Te gustaría tenerla? ¿Y tener hijos/as? ¿Cuántos? |
| Bloque III: En relación a la sexualidad |
| 12. ¿Qué entiendes por sexualidad? ¿Y por sexo? |
| 13. Teniendo en cuenta tu idea de sexualidad ¿Cómo valoras tu vivencia de la misma? ¿Aspectos positivos y negativos que destacaría sobre su experiencia con la sexualidad? |
| 14. ¿Has tenido formación relacionada con la sexualidad, formas parte de algún grupo que trabaje esta cuestión, o has solicitado ayuda en algún momento (asociaciones, movimientos reivindicativos...etc.)? |
| 15. ¿Cómo crees que es tu rol de mujer? ¿Crees que favorece tu sexualidad? ¿Cómo crees que la sociedad valora a las mujeres con discapacidad en relación a la sexualidad? ¿Y la valoración sobre la adecuación a los papeles de género asignados por la sociedad? ¿Crees que la sociedad emplea estereotipos y falsas creencias sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad? |
| 16. ¿Crees que todas las personas tienen sexualidad? ¿Y consideras que la sexualidad tiene un principio y un fin? |
| 17. ¿Conoces la figura de asistente sexual para PCD? ¿Qué opinas de ésta? |
| Bloque IV: En relación a la familia. |
| 18. ¿Alguna vez tus padres te han hablado de aspectos referentes a la sexualidad? ¿A tus hermanos? |
| 19. ¿En alguna ocasión has sentido que tus padres te limitan (te ponen problemas o pegas) para hacer lo que deseas? ¿En qué aspecto concreto? ¿Sientes que te tratan como una persona adulta? ¿Has sentido que te limitan para hacer lo que deseas? ¿En qué aspecto en concreto? |
| 20. ¿Qué imagen crees que han tenido o tienen tus padres hacia tu pareja? |
| 21. Pensando en un futuro próximo ¿Cómo te gustaría verte? |

3. Sistema de abreviatura empleado

| SISTEMA DE ABREVIATURA. | |
|----------------------------------|-----|
| ENTREVISTA | E |
| PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PCD |
| PERSONAS SIN DISCAPACIDAD | PSD |
| MUJERES CON DISCAPACIDAD | MCD |
| MUJERES SIN DISCAPACIDAD | MSD |
| DISCAPACIDAD FÍSICA | DF |
| SORDOCEGUERA | DSC |
| DISCAPACIDAD INTELECTUAL | DI |
| DISCAPACIDAD VISUAL | DV |

4. Resultados.

Tabla 2. P.9 Si tiene pareja o ha tenido, ¿Esta tiene algún tipo de discapacidad?

| Tipo de discapacidad | Ha estado con PCD | Ha estado con PCD y PSD | Ha estado con PSD | No Contesta | No ha tenido pareja | Total general |
|----------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------|---------------------|---------------|
| DF | 1 | 4 | 2 | | | 7 |
| DI | 3 | | 1 | 2 | 4 | 10 |
| DSC | 2 | | | | | 2 |
| DV | 1 | 3 | 1 | | | 5 |
| Total general | 7 | 7 | 4 | 2 | 4 | 24 |

Las mujeres que han estado con PCD, la pareja tiene la misma discapacidad y coincide que la discapacidad de la mujer es de nacimiento o sobrevinida a temprana edad. Por otra parte, las mujeres que han estado con PCD y personas sin discapacidad (PSD) aluden que las relaciones con PSD no han sido estables sino esporádicas. La mayoría de mujeres que han estado con PSD de forma estable ha sido previo a su discapacidad -mujeres con discapacidad sobrevinida-.

Se les pregunta si consideran que el hecho de tener una pareja con la misma discapacidad favorece la relación de pareja o no,

“Para mí sería imposible, no me interesa. Con el tema de la discapacidad auditiva y visual necesito un sistema de comunicación específico, yo sufriría mucho, me sentiría marginada, y diría no, no puedo me voy. No soy boba tampoco” (E5, DSC).

“Eso es una realidad, si te fijas en las parejas de PCD suelen ser, porque claro ya sabe el punto de vista del otro” (E24, DSC)

“Puede que sí, es verdad que al momento de convivir como tenemos los dos la misma dificultad y tenemos que tener las mismas pautas de orden, a mí me resulta más fácil que me entienda él que las cosas estén en su sitio. Entonces sí, en nuestro caso sí” (E18, DV)

“Creo que más bien es una cuestión de sentirse más comprendido más arropado al estar con una persona que tiene tu misma discapacidad” (E20, DV)

La mayoría de las mujeres de la muestra concibe el hecho de tener una pareja con la misma discapacidad como un punto de apoyo y de comprensión que facilita la vida diaria de pareja. Además, tal y como dice una de las entrevistadas es un hecho real que las PCD tiendan a formar parejas con personas con su misma discapacidad.

| Tipo de discapacidad | No | Si | Total general |
|----------------------|----|----|---------------|
| DF | 2 | 5 | 7 |
| DI | 8 | 2 | 10 |
| DSC | 2 | | 2 |
| DV | 4 | 1 | 5 |
| Total general | 16 | 8 | 24 |

La mayoría de las mujeres que tienen hijos/as fue previo a la discapacidad (6 de 8). Las que no tienen aluden a que las causas se encuentran en la responsabilidad y/o en el componente genético de la discapacidad.

| Tipo de discapacidad | Le gustaría tener pareja | No quiere tener pareja | No Sabe/No Contesta | Tiene pareja | Total general |
|----------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| DF | 1 | 2 | | 4 | 7 |
| DI | 4 | 1 | 1 | 4 | 10 |
| DSC | 1 | | | 1 | 2 |
| DV | 1 | | 1 | 3 | 5 |
| Total general | 7 | 3 | 2 | 12 | 24 |

Las mujeres que responden que no quieren tener pareja refieren que los hombres al principio de la relación no ven la discapacidad y esto a la larga genera problemas, también aluden a que la mujer continúa ejerciendo el rol tradicional de cuidadora y supeditada al hombre, situación ésta que no quieren vivir. De las mujeres que quieren tener pareja, dos -con discapacidad sensorial- prefieren que sea con una persona con su misma discapacidad, para el caso de la mujer con DF prefiere que la pareja no tenga discapacidad.

“Visto lo visto no. Al principio cuando estas empezando no ven tu discapacidad, todo es color de rosas, y después empiezan los problemas... Ya dices tú cuando es una lo entiendo, pero cuando se dan un par de ellas te cansas y no quieres volver a lo mismo” (E2, DF)

“Los novios crean problemas, es que mi amiga me dijo que los novios crean problemas” (E12, DI)

“Sí, pero sin discapacidad, dada la dificultad para mantener por ejemplo relaciones sexuales” (E1, DF)

“Sí, para mí es indiferente si tuviera o no discapacidad, pero yo me siento más comprendida con una persona que tenga discapacidad” (E24 DSC)

Tabla 5. P.11.b ¿Te gustaría tener hijos/as?

| Tipo de discapacidad | Le gustaría tener hijos/as | Le gustaría tener más, pero no por la discapacidad | Le gustaría tener, pero no por la discapacidad | No quiere tener hijos/as | Tiene hijos/as | Total general |
|----------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|----------------|---------------|
| DF | 1 | 2 | | 1 | 3 | 7 |
| DI | 4 | | 1 | 3 | 2 | 10 |
| DSC | 1 | | 1 | | | 2 |
| DV | 2 | | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Total general | 8 | 2 | 3 | 5 | 6 | 24 |

En este caso encontramos mujeres que no quieren tener hijos/as por el componente genético de la discapacidad. Otras mujeres no quieren tener por la responsabilidad que supone, por riesgos para su salud o salud del bebé. En su parte las mujeres que tienen hijos/as fue mayormente previo a la discapacidad. A otras mujeres les gustaría tener pero por la vía de la adopción.

“Me encantaría tener más hijos, pero va a ser que no, una parte por la enfermedad porque me limita el cuidado de un bebe” (E6, DF)

“Si, pero no se puede, porque es mucha responsabilidad para tener hijos. Nos cuesta también bastante” (E16, DI).

“Siempre he querido adoptar y no tener niños porque bastantes niños hay con necesidad en el mundo. Ahora resulta que como soy ciega y mi pareja también el estado entiende que no somos perfectos, con lo cual y como solo dan niños en adopción a personas perfectas, no podemos adoptar. Cuando vi que no podía adoptar, pensé en tenerlo yo, pero resulta que tengo un embarazo de alto riesgo, para el bebé más que para mí...” (E18, DV)

“No, porque los problemas de salud de cada uno son problemas hereditarios. Fue lo primero que nos planteamos cuando decidimos formalizar nuestra relación, que no íbamos a tener hijos y que, si en algún momento echábamos de menos tenerlo, lo adoptaríamos” (E19, DV)

Tabla 6. P.12 ¿Qué entiendes por sexualidad?

| Tipo de discapacidad | Concepto amplio | No Sabe | Relaciones sexuales | Total general |
|----------------------|-----------------|---------|---------------------|---------------|
| DF | 4 | | 3 | 7 |
| DI | 3 | 2 | 5 | 10 |
| DSC | 2 | | | 2 |
| DV | 3 | | 2 | 5 |
| Total general | 12 | 2 | 10 | 24 |

Vemos dos concepciones de sexualidad. Por una parte hay mujeres que identifican sexualidad con relaciones sexuales y otras que tienen un concepto más amplio donde incluyen

sentimientos, compartir momentos, apoyo, conocimiento del cuerpo propio y de la otra persona, la identidad sexual, el romanticismo...

“No es solo hacer el amor, sino el cariño, el roce, pero si entra dentro, hacer el amor, el sexo, es que solamente el tocarte ya sientes” (E1, DF)

“Es una parte muy importante de la pareja, creo que es el 90% de la pareja porque si tú con una pareja no te entiendes sexualmente, no te vas a entender. Es que ¿si tienes pareja y te acuestas con ella y no te gusta que haces? ¿sigo contigo porque te quiero un montón?” (E3, DF)

“Por ejemplo es tomarme un café con la persona que yo quiera, no tiene por qué irse al “lado oscuro” (E4, DF)

“Es decidir sobre ti misma qué sexualidad quieres y cómo quieres llevarla. Son las relaciones sexuales, el cómo piensa la otra persona, si te apoya o no te apoya en tus decisiones y, lo más importante, la convivencia” (E24, DSC)

“Sexualidad es cuando una pareja se enamora y demás pues ahí estamos con la época de que quieren un poco más. Entonces es más bien una pareja que se quieren, que se adoran” (E10, DI)

“Una manera de poder compartir, o una forma de poder vivir el sexo, pero desde tu punto de vista o compartiéndolo con otra persona. Creo que es una palabra que va más allá de lo que es el sexo en sí, va de conocerte, de explorarte y saber de alguna forma compartir algo como puede ser el sexo de forma sana y gratificante. Tener claro cuál es tu elección en la vida en el sentido de la sexualidad, tener claro si eres homosexual. La sexualidad incluye amor, respeto confianza, intimidad, el conocerte a ti mismo, hacer lo posible por conocer a la otra persona, lo veo más allá que el sexo puro y duro, que también como animales que somos lo podemos llegar a practicar” (E20, DV)

Tabla 7. P.13 *Teniendo en cuenta tu idea de sexualidad ¿Cómo valoras tu vivencia de la misma, se corresponde con tu concepto de sexualidad? ¿Aspectos positivos y negativos que destacarías sobre tu experiencia con la sexualidad?*

| Tipo de discapacidad | No Contesta | No se corresponde | No ha tenido vivencias sexuales | Si se corresponde | Total general |
|----------------------|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| DF | | 4 | | 3 | 7 |
| DI | 7 | | 2 | 1 | 10 |
| DSC | | 2 | | | 2 |
| DV | | 2 | | 3 | 5 |
| Total general | 7 | 8 | 2 | 7 | 24 |

Podemos observar que las vivencias sexuales de las mujeres están determinadas por lo transmitido desde el ámbito familiar, por la educación que se da referente a la sexualidad siempre viéndola como algo negativo de lo que no se puede ni debe hablar. Hay mujeres

que destacan experiencias negativas por la percepción de la pareja frente a la discapacidad.

“Mi marido me dejó porque dice que estaba cansado de enfermos y enfermedades y porque decía que yo con él no tenía muchas relaciones. Pero es que en la esclerosis múltiple esa parte -la sexualidad- se muere porque no sentimos” (E7, DF)

“Creo que complejos de mi madre se me transmitieron a mí y soy bastante cortada para esos temas, no he disfrutado mi sexualidad al máximo, ya sea por vivencias de pequeña, legado cultural, temas físicos...” (E18, DV)

“La verdad que bien, me ha costado, pero bien, intento conocerme a mí misma, ser sexualmente activa, dentro de las posibilidades que puedo... me ha costado por como es el ambiente familiar y la educación y porque sea un tabú, como algo malo en una familia católica practicante. Hay una serie de cosas que con el tiempo vas trabajándote y vas intentando no darle más importancia de la que realmente tiene. Pero es un trabajo y un sufrimiento” (E20, DV).

Al preguntar por aspectos positivos y negativos sobre su vivencia de la sexualidad, entre los positivos destacan el cariño, el conocer tu cuerpo y el de la otra persona, el sentirse bien... Como aspectos negativos destacan la dependencia emocional, la importancia que ha ido cobrando el sexo frente a otros aspectos de la sexualidad o incluso el hecho de mantener relaciones sexuales por complacer a la otra persona.

“He aprendido a valorarme, cosas en el sexo que no sabía... Cuando no he querido a veces tengo que hacerlo por no hacerle daño a la persona, para que no se fije en otra persona - aspectos negativos-” (E1, DF)

“Me dice te quiero, te amo, cuando tenemos relaciones, las caricias, que se me pone la piel de gallina, todo eso” (E16 DI)

“Vas evolucionando como persona, físicamente, pero ante todo mentalmente, te vas conociendo a ti mismo” (E23, DI)

“El descubrimiento del propio cuerpo, el descubrimiento del cuerpo de otra persona si la practicas con alguien. El conocimiento de tus límites, de lo que puedas ofrecer al resto, la búsqueda de sentirse bien con uno mismo y con la persona que lo practiques” (E20, DV).

“Yo creo que hoy en día se basa todo no en la sexualidad, sino en el sexo. Eso no permite realizarte como persona y realizar tu propia sexualidad” (E18, DV).

“La dependencia emocional que a veces puede causar. Creo que es algo que nos pasa a las mujeres mucho. Da lugar a que a veces no veamos cosas que pueden terminar haciéndonos daño, o que a veces, sexualmente hablando, dejemos que se pasen determinadas fronteras simplemente por agradar a la persona con la que estamos. No querer a veces hacer determinados juegos o determinadas situaciones y ceder, o simplemente, al contrario, no verbalizar lo que a ti te gustaría que fuera

por miedo a que pienses que la otra persona se pueda ofender. Muchas veces no se habla sino se da por sentado todo y a veces tienes como miedo, a decir lo que realmente te apetece” (E20, DV).

Tabla 8. P.14 *¿Has tenido formación relacionada con la sexualidad, formas parte de algún grupo que trabaje esta cuestión, o has solicitado ayuda en algún momento (asociaciones, movimientos reivindicativos...etc.,)?*

| Tipo de discapacidad | No | Si | Total general |
|----------------------|----|----|---------------|
| DF | 2 | 5 | 7 |
| DI | 2 | 8 | 10 |
| DSC | 1 | 1 | 2 |
| DV | 2 | 3 | 5 |
| Total general | 7 | 17 | 24 |

La mayoría de las mujeres que han recibido información sobre sexualidad ha sido en charlas o en asociaciones. Muchas no recuerdan de qué se habló, otras mencionan que la información giró en torno a la prevención, riesgos, enfermedades... Tres mujeres han participado en talleres especializados de sexualidad, de ellos destacan información amplia del tema, intercambios de experiencias, emociones, necesidades sexuales etc.,

“Alguna vez en la asociación se ha hablado, pero no es una cosa que digas tú... tengo un recuerdo” (E7, DF)

“En el instituto, pero lo típico, medidas preventivas, saber ponerte el condón... a nivel charla informativa. Una sola eh no hubo más” (E24, DSC)

“Nos han dado bastantes charlas, pero es un tema repetitivo. Siempre lo que nos han dicho, como el rollo de tener cuidado con lo que haces, el rollo de usar el condón pues yo esas cosas siempre las tengo en la cabeza para después no cometer ningún error. Yo sé lo que tengo que hacer y ya” (E22, DI)

“Clases de sexualidad y yo lo enfocaba al sexo no al descubrimiento del cuerpo” (E17, DV)

P.15 *¿Cómo crees que es el rol de mujer? ¿Cómo crees que es tu rol? ¿Crees que favorece tu sexualidad? ¿Cómo crees que la sociedad valora a las mujeres con discapacidad en relación a la sexualidad? ¿Crees que la sociedad emplea estereotipos y falsas creencias sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad?*

Al preguntar por el rol actual de mujer la mayoría piensa que continúan las actitudes machistas en la sociedad, aunque la mujer cuenta con mayor libertad que en tiempos pasados.

“Actualmente ha avanzado un poco porque la mujer de hoy en día se ha empoderado, pero todavía falta mucho porque la mujer se queda en casa con los niños y el hombre a trabajar. Todavía hay mucho machismo” (E2, DF).

“Hay gente que es machista, la mujer se tiene que encargar de todo y el hombre no” (E16, DI).

“Horroroso, creo que hay un machismo instaurado en todos los niveles de la sociedad desde el orden familiar, hasta el orden laboral. Está metido dentro de la sociedad, una cosa natural. No nos damos cuenta de que estamos en una sociedad absolutamente machista y que nos hace muchísimo daño a las mujeres que no nos permite avanzar ni como mujeres ni como personas y que estamos supeditadas al hombre y a su manera de pensar” (E18, DV).

“Tenemos que ser buenas amantes, buenas esposas, buenas madres, buenas trabajadoras, buenas de todo. Creo que existen muchas presión social y machismo. No solamente la presión que haya sino la que la propia mujer se ejerce a sí misma para poder estar a la altura de un hombre. Creo que el rol siempre es el de satisfacer al otro, ser comprensiva, el de siempre estar ahí, el de madre” (E20, DV).

Al preguntar por el propio rol se consideran como luchadoras, capaces de hacer lo mismo que otra persona, se consideran personas normales. En ocasiones como cuidadoras, con cargas laborales y/o familiares.

“Yo me definiría, está mal decirlo porque lo digo yo, pero un poco como luchadora, yo no permitiría que nadie me dijera tú te quedas en casa porque tú eres la pobre que no puede, tú no eres tan válida como las demás, yo creo que eso no lo permitiría” (E2, DF).

“Yo me veo normal y capacitada para hacer un montón de cosas, yo puedo hacer lo mismo que otra persona, solo que, a diferentes ritmos, cada no va a su ritmo. Yo llevo la vida de una persona normal” (E4, DF).

“Muchos problemas, temas de salud, atender a la familia, mi familia y marido que estén pendientes de mí, me he visto sola muchas veces, entonces he intentado ser positiva y dejar lo negativo a un lado. Pero, mucha responsabilidad, cuidar de mi marido también, estar con mis padres. Mi rol ha sido muy duro” (E5, DSC).

“Yo es que intento actuar siempre como persona, siempre intento acordarme de cómo me gusta que actúen conmigo. Creo que hay que tratar a todo el mundo por igual y como ente diferente. No todos somos iguales, pero no es que la mujer no sea igual al hombre, es que la mujer no es igual a otra mujer ni el hombre igual a otro hombre. Se nos tiene que permitir desarrollarnos y mostrarnos como somos, respetarnos. Yo entiendo perfectamente que mi libertad acaba donde empieza la libertad de otra persona, entonces intento que los demás intenten entender eso hacia mí y siempre intento tratar a todo el mundo sea hombre o sea mujer como me gusta que me traten a mí” (E18, DV).

A la pregunta de si su rol favorece o no su sexualidad, dado que se ven como mujeres luchadoras y capaces muchas consideran que les favorece, aunque les cueste más que a sus homólogas sin discapacidad.

“Yo creo que si. Entre comillas si la una mujer sin discapacidad tiene que luchar por salir a delante la mujer con movilidad reducida tiene que luchar mucho más, lo tienen más difícil porque la sociedad no está concienciada” (E2, DF).

“Si yo sé que no puedo hacer una maratón no me apunto, igual con la sexualidad yo sé lo que puedo y no puedo hacer” (E4, DF).

“En el tema de la sexualidad me puede favorecer porque se lo que hay, se lo que hay que hacer, cuando llegue el momento ya se verá, pero por lo menos no cometer ninguna estupidez, no cometer errores por ejemplo hacerlo con quien no quiere” (E22, DI).

A la pregunta de cómo cree que la sociedad valora a las MCD, su sexualidad y si emplea o no estereotipos y falsas creencias, la mayoría piensa que la sociedad tiene una imagen de las MCD que no coincide con la realidad. Las mujeres entrevistadas consideran que la sociedad ve a las MCD como menos válidas o incapaces por lo que llegan a sufrir situaciones de discriminación y abuso. En su parte en el plano sexual consideran que la sociedad no se plantea si tienen o no sexualidad y cuando lo hacen piensan que no sienten, que son seres asexuales, que por su discapacidad no deben o no pueden.

“Todavía la sociedad, está mal decirlo, no la ve – la sexualidad de las mujeres con discapacidad- dice a lo mejor el pobrecito discapacitado como va a tener novio, o como va a tener pareja si no puede hacer lo mismo y a lo mejor ven a una pareja, lo típico, ella en silla de ruedas y él normal entre comillas y llama la atención porque no es lo habitual ver eso” (E2, DF).

“La sociedad si hace distinción entre la mujer sin discapacidad y con discapacidad, en el trabajo, en el plano sexual... De las primeras veces que tuvimos relaciones se nos quedó el preservativo, yo estaba ovulando y fui a tomar la pastilla del día después, fue como si me hubiera violado y yo diciendo mira es mi pareja, y a él lo trataron como si me hubiera golpeado...etc. La gente no está acostumbrada a que una PCD tenga sexualidad y pareja. Se ve mal y raro. A las MCD las tienen escondidas dentro de las casas, que no salgan y ahora hemos podido empezar a salir poco a poco” (E3, DF).

“Hay mucho abuso sexual, mucha marginación y muchos problemas laborales. La gente no conoce realmente la realidad de lo que vive una mujer con discapacidad. La sociedad no está abierta de mente con respecto a la discapacidad general de la mujer. Hay mucho estereotipo, los padres abusan. Entonces hay una mentalidad bastante cerrada en ese aspecto” (E5, DSC).

“Se aprovechan más de una persona con discapacidad, porque a mí me ha pasado” (E15, DI).

“La gente huye de problemas, una persona enferma son problemas para la gente que está bien, somos o estamos menos valorados y nos ven con pena. La sociedad piensa que una MCD no es la de antes. Nos ven como menos personas, menos mujer. Yo creo que la gente piensa que las MCD no tienen sexualidad” (E7, DF).

“Hay gente que sí que lo ve muy raro, como que nos rechazan -a las PCD-. Hay gente que ve raro una pareja de una PCD y una normal, pero si es una pareja de dos personas con la misma discapacidad si lo ven normal” (E23, DI).

“Pues como pobrecitas y que horror no, que penita. Es decir, las MCD dan pena hoy en día, da igual que tengas un título universitario o más estudios que la persona que tengas en frente. Es curioso que normalmente, la mayoría de las parejas con DV que solo uno de los miembros tiene DV, quien tiene la DV es él y ella no. Parece que es más fácil que sea él el que la tenga por nuestra sociedad machista y paternalista. A las mujeres no nos importa tanto que la persona que tienes al lado tenga discapacidad, lo que miramos son sus capacidades y no son sus discapacidades” (E18, DV).

“Creo que son bastante ignoradas-las MCD-, si es verdad que el rol que ejerces es de compasión. Realmente no hay un rol de igualdad. Tienden a pensar que él o ella necesita ser protegida, cuidada, que exige un esfuerzo en el cuidado, y no existe el compartir un tú a tú. La verdad que yo creo que la gente cree que nosotros somos asexuales. No creo ni que se lo planteen. A veces las mujeres con DV viven experiencias sexuales que no son agradables, entonces creo que hay una falta de experimentación, de hablar, de enseñar. A veces las MCD aguantan carretas y carretones, sobre todo por el tema de la autoestima o autoconcepto que lo tienen muy fastidiado, no se valoran, o creen que por la discapacidad que tienen son feas, o nadie las va a querer porque tienen una carencia de algo y eso significa que van a cargar conmigo... A veces se crean relaciones que no son nada saludables, porque la otra persona, en este caso la dominante abusa” (E20, DV).

Tabla 9. P.17 ¿Conoces la figura de asistente sexual para PCD? ¿Qué opinas de ésta?

| Tipo de discapacidad | No | Contesta | Si | Total general |
|----------------------|----|----------|------|---------------|
| DF | | | 3 4 | 7 |
| DI | 9 | | 1 | 10 |
| DSC | | | 2 | 2 |
| DV | | | 4 1 | 5 |
| Total general | 9 | | 10 5 | 24 |

La mayoría de las personas de la muestra no conocen la figura del asistente sexual para PCD.

“Por ejemplo, en este centro -donde reside- hace falta porque hay personas con discapacidad que no pueden llegar a... eso, pero hay que mirar a la persona porque no todo el mundo estará preparado para eso -se refiere al asistente-” (E1, DF).

“Para mí es muy importante, porque claro hay personas que no llegan a conocer lo que es el sexo, la penetración ya sea por sus problemas o... y por qué no tiene derecho esa gente a conocer lo que es, yo creo que no sería tan difícil que existiera esa persona” (E2, DF)

“Creo que lo he oído pero muy poco. A mí a lo que me suena es que sustituye un poco a una pareja. Yo no lo veo mal. Puede ser positivo. Las PCD a veces les cuesta relacionarse con los demás, encontrar una pareja, y a lo mejor estas personas son entendidas en la materia, que pueden ayudar. Es una situación que hay que verse” (E21, DV).

Tabla 10. P.18 *¿Alguna vez tu madre y/o padre te hablaron de aspectos referentes a la sexualidad?*

| Tipo de discapacidad | No | Si | Total general |
|----------------------|----|----|---------------|
| DF | 4 | 3 | 7 |
| DI | 7 | 3 | 10 |
| DSC | 1 | 1 | 2 |
| DV | 5 | | 5 |
| Total general | 17 | 7 | 24 |

A la mayoría de las mujeres no se les ha hablado por cuestiones ideológicas, religiosas o de mentalidad. A las que sí, la información se reduce mayormente a la menstruación o prevención en el plano sexual.

“En mi casa siempre se ha hablado de sexualidad, vamos desnudos, es que la sexualidad es como algo natural en casa, siempre se habla de eso, de que posturas hacemos cuáles no, mira a este a aquel y con mis suegros también. Y mi hermana es bisexual o sea si se habla de ese tema...” (E3, DF).

“No, pero eran otros tiempos, por como pensaban ellos. Date cuenta que estamos hablando de hace 40 años” (E4, DF).

“No mucho, de la menstruación y cuando te vas desarrollando sí, pero a la hora de tener relaciones sexuales eso nunca se han hablado” (E24, DSC).

“No, no me hablan porque todavía no tengo edad suficiente para hablarme de eso. A mis hermanos tampoco por lo mismo” (E10, DI).

“No, nunca, no es un tema del que se haya hablado. Ellos siempre lo han dejado en manos de la educación y de nosotros mismos” (E20, DV)

Tabla 11. P.19 *¿En alguna ocasión has sentido que tus padres te limitan (te ponen problemas o pegas) para hacer lo que deseas? ¿En qué aspecto concreto? ¿Sientes que te tratan como una persona adulta? ¿Has sentido que te limitan para hacer lo que deseas? ¿En qué aspecto en concreto?*

| Tipo de discapacidad | No Contesta | No | No. (Discapacidad Sobrevenida) | Si | Total general |
|----------------------|-------------|----|--------------------------------|----|---------------|
| DF | | 2 | 3 | 2 | 7 |
| DI | 4 | 5 | | 1 | 10 |
| DSC | | | | 2 | 2 |
| DV | | 2 | | 3 | 5 |
| Total general | 4 | 9 | 3 | 8 | 24 |

En los casos que han sentido límites causa de la discapacidad aluden las MCD entrevistadas a que eran cuestiones de seguridad por la salud causa de la discapacidad. En dos casos -DSC- encontramos una mayor sobreprotección pensando la familia que por la discapacidad le costará desenvolverse en determinados aspectos de la vida que a lo mejor sin la discapacidad no (tener pareja, cuidar de sí misma, independizarse...).

“Si, me limitaban, a lo mejor lo típico que querías salir... Iba a salir y me decían no porque te vas a cansar o no te conviene esa persona. Me protegían y no solo por la edad sino la discapacidad, por la mente que tenían” (E2, DF).

“A mí no me criaron como discapacitada, sino como una más. Si no podía montarme a algo me decían no juegues ahí. A lo mejor mi madre me sobreprotegía es mi niña y no me la toquen, era como se va a caer o a pasarle algo. Nunca se hizo distinción por la discapacidad. A lo mejor mis tíos y abuelos sí, pero mis padres no” (E3, DF).

“Si está claro, mi madre buf, cuando yo tuve novio ellos estaban muy muy preocupados, quería controlarme a toda costa, yo decía que podía cuidarme sola, pero ellos estaban preocupados. Me defendían, me protegían, me hablaban de mis derechos. Yo les decía por favor déjenme en paz que yo voy a ir adquiriendo experiencia poquito a poco y me decían que era muy torpe” (E5, DSC).

“Yo me he sentido sobreprotegida, demasiado por la discapacidad. En casa es mi niña le costará independizarse, le costará tener pareja, pero la niña crece... Existe esa limitación en la familia” (E24, DSC).

“Me sobreprotegían, pero cuando yo he dado pasos de irme fuera a estudiar ellos lo han respetado, me han dado su opinión, pero respetando que yo lo hiciera. Me han sobreprotegido, pero no me han cortado las alas” (E18, DV).

Tabla 12. P.20 *¿Qué imagen crees que han tenido o tienen tus padres hacia tu pareja?*

| Tipo de discapacidad | No Contesta | Negativa | Nunca ha tenido pareja | Positiva | Total general |
|----------------------|-------------|----------|------------------------|----------|---------------|
| DF | | | 1 | 6 | 7 |
| DI | 5 | 2 | 2 | 1 | 10 |
| DSC | | 1 | | 1 | 2 |
| DV | | | | 5 | 5 |
| Total general | 5 | 3 | 3 | 13 | 24 |

La mayoría de las mujeres que han tenido pareja, esta ha generado una imagen positiva para la familia de la MCD en cuestión. Solo hay tres casos en los que no, en 2 de los 3 era por cuestiones independientes a la discapacidad. Solo para 1 caso -mujer con DSC- la familia de la mujer tenía una imagen negativa de la pareja pensando que quería abusar de ella.

P.21 Pensando en un futuro próximo ¿Cómo te gustaría verte?

La mayoría de las mujeres entrevistadas no quieren pensar en el futuro sino vivir en el día a día.

“Eh pues no lo sé. En realidad, me gustaría lo de la pareja sí, pero estando aquí -en el centro- como que no. Entonces la persona que sería mi pareja tampoco me gustaría que estuviera de la misma forma que yo, es que no se podría llegar a tener relaciones” (E1, DF).

“Yo pienso que la vida se hace en este momento. Ahora me gustaría vivir sola, tener más libertad, pero que ahora no puedo porque vivo con mis hijos. Lo primero son tus hijos, te ves un poco mucho condicionada” (E4, DF).

“Pues me gustaría tener pareja, tener una familia, y si la pareja no llega pues yo formar una familia” (E24, DSC).

“Quiero trabajar en una oficina, me gustaría ser cantante, modelo, bióloga marina de tiburones, veterinaria... y empezar mi carrera como profesional de estudios universitarios” (E10, DI).

“Ay, no sé yo no pienso en el futuro, yo pienso en el día a día y ¿sabes por qué? Porque a mí a los 34 años se me rompió la vida con un montón de planes. Y en ese momento dices tengo que empezar a vivir de nuevo” (E19, DV).

