

ESTIGMAS Y DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS EN UNA SOCIEDAD DESIGUAL

María José Del Pino-Espejo

(Coord.)

Sergio Marín-Conejo

(Ed.)



Imagen: Aurora Ruiz

Dykinson, S.L.

Estigmas y desafíos contemporáneos en una sociedad desigual

Colección

ESCRITORAS Y ESCRITURAS

EVA MARÍA MORENO LAGO Y CATERINA DURACCIO
Directoras

Comité científico

Antonella Cagnolati, *Universidad de Foggia, Italia*
Katjia Torres Calzada, *Universidad de Sevilla*
Ana Maria Díaz Marcos, *Universidad de Connecticut, USA*
Kostantina Boubara, *Universidad Aristotele de Tesalónica, Grecia*
Diana del Mastro, *Universidad de Secheskin, Polonia*
Rocio González Naranjo, *Universidad Católica del Oeste, Angers, Francia*
Camilla Cederna, *Universidad de Lille, Francia*
Carolina Sánchez-Palencia, *Universidad de Sevilla*
Verónica Pacheco Costa, *Universidad Pablo de Olavide*
Isabel Clúa Gines, *Universidad de Sevilla*
Milagro Martín Clavijo, *Universidad de Salamanca*
Mercedes González de Sande, *Universidad de Oviedo*
Yolanda Morató Agrafojo, *Universidad de Sevilla*
Estela González de Sande, *Universidad de Oviedo*
Daniele Cerrato, *Universidad de Sevilla*

**ESTIGMAS Y DESAFÍOS
CONTEMPORÁNEOS
EN UNA SOCIEDAD DESIGUAL**

Maria José del Pino-Espejo

Coordinadora

Sergio Marín-Conejo

Editor

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 1970/932 720 407.

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

Los capítulos presentes en este libro
han sido sometidos a evaluación por pares doble ciego

© María José del Pino-Espejo (coordinadora) y Sergio Marín-Conejos (editor)

© Las autoras

© Imagen de portada: “Zapatito azul”, óleo sobre lienzo. 54 x 65 cm. Aurora Ruiz

© Imagen de contraportada: “Tengo una muñeca vestida de azul”, óleo sobre lienzo. 54x 65 cm. Aurora Ruiz

2025

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid

Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69

e-mail: info@dykinson.com

<http://www.dykinson.es>

<http://www.dykinson.com>

ISBN: 979-13-7006-765-6

DOI: <https://doi.org/10.14679/4530>

Maquetación:

Realizada por las autoras

ÍNDICE

PREFACIO: ESTIGMAS Y DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS EN UNA SOCIEDAD DESIGUAÑA MARÍA DEL PILAR MARTÍN	9
--	---

PRESENTACIÓN MARÍA JOSÉ DEL PINO-ESPEJO Y SERGIO MARÍN-CONEJO	12
--	----

VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA Y PERÚ

CAPÍTULO 1. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE VARIABLES SOCIOEDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA MUJERES CON DISCAPACIDAD. UN ESTUDIO DE CASO EN ANDALUCÍA, ESPAÑA MARÍA JOSÉ DEL PINO-ESPEJO, ESTEBAN VÁZQUEZ CANO, MARÍA JOSÉ TRIGUERO-LÓPEZ, RUBÉN PARRILLO Y KARINA VILLALBA	16
--	----

CAPÍTULO 2. VIOLENCIA DE GÉNERO. NUDOS CRÍTICOS, PROPUESTAS DE SOLUCIÓN. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS REGIONES EN PERÚ. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES MARÍA JOSÉ DEL PINO-ESPEJO, NUBIA YANETH GÓMEZ-VELASCO Y DIANA ELVIRA SOTO ARAGO	69
--	----

ENFERMEDAD, VACUNAS Y DIVERSIDAD

CAPÍTULO 3. LA CONFIANZA EN LAS VACUNAS Y EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN DE LA COVID-19 EN ANDALUCÍA M.ª ELADIA ILLESCAS ESTÉVEZ Y RAÚL LUCENA MARTÍNEZ	104
---	-----

CAPÍTULO 4. METÁFORAS, ENFERMEDAD Y DIVERSIDAD FUNCIONAL EN LA LITERATURA EN LENGUA INGLESA SERGIO MARÍN-CONEJO	123
--	-----

Los capítulos 1 y 2 de este libro son resultado del proyecto internacional “Impacto Social y Jurídico de las Intervenciones andaluzas en Cooperación al Desarrollo en materia de violencia de género en los Centros de Emergencia Mujer Perú” financiado por la Agencia de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID) coordinado por la IP María-José del-Pino-Espejo, código 2014DEC001, entre los años 2015 a 2017, con la colaboración de la Asociación Internacional de Juristas Inter Iuris Sevilla España y Lima Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) y Centros de Emergencia Mujer (CEM) Perú, además de la Universidad Pablo de Olavide (UPO), de Sevilla España.

Estos capítulos 1 y 2, además, son resultado de las estancias postdoctorales de la coordinadora del libro (María-José del-Pino-Espejo). La primera estancia en el 2015 fue en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del Perú, financiado por la AACID (Agencia de Cooperación Internacional al Desarrollo). La segunda estancia se desarrolla en el marco del Grupo Investigación de Historia y Prospectiva de la Universidad Latinoamericana (HISULA), en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, con códigos COL0011868 - ILAC COL0012999 con la coordinación de la doctora Diana Elvira Soto Arango

INVESTIGADORA RESPONSABLE Y DIRECCIÓN:

María José del Pino Espejo (Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla).

CON LAS AUTORÍAS Y COLABORACIONES DE:

María Pilar Martín, *Adelphi University*, M.^a Eladía Illescas Estévez, *Universidad de Málaga*, Raúl Lucena Martínez, *Universidad de Granada*, Esteban Vázquez Cano, *Universidad Nacional de Educación a Distancia*, María José Triguero-López, *Universidad de Sevilla*, Rubén Parrillo, *Inclusión Activa*, Karina Villalba, *University of Central Florida*, Nubia Yaneth Gómez Velasco, *Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*, Diana Elvira Soto Arango, *Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*, Sergio Marín Conejo, *Universidad de Sevilla*, y María-José Del- Pino-Espejo, *Universidad Pablo de Olavide*

PREFACIO: ESTIGMAS Y DESAFÍOS CONTEMPORÁEOS EN UNA SOCIEDAD DESIGUAL

MARÍA PILAR MARTÍN

*Adelphi University, College of Nursing and Public Health,
Nueva York*

Acepto con agrado la invitación a introducir este volumen liderado por María José del Pino-Espejo, de mi estimada Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. Tanto en América Latina como en otros países occidentales existen aún hoy en día estigmas arraigados que conllevan una serie de desafíos multidisciplinares. Estos estigmas pueden manifestarse de diversas formas y provocan aislamiento social, problemas de salud mental e incluso violencia. Los retos que plantean estos estigmas exigen una respuesta coordinada por parte de un amplio abanico de partes interesadas, incluidos los gobiernos, las empresas y las organizaciones de la sociedad civil razón por la que desde la Universidad estamos en la obligación de aportar aquello que sabemos hacer mejor: evidenciar el estado de la cuestión empíricamente y divulgar este conocimiento para educar y sensibilizar para abordar las causas profundas del estigma.

Los estigmas no son inevitables. Son una construcción social que se puede y debe cuestionar y cambiar. Y es aún más acuciante cuando varios de estos prejuicios se imponen sobre el mismo grupo social. Cuando se establece una relación desigual, esta produce discursos por la dignidad fácilmente simplificables, pero que cuando se analizan desde la perspectiva cuantitativa arrojan un complicado sistema de variables difícilmente encasillables. Aparecen nuevas fronteras, y desafíos que apuntan a discursos que estigmatizan a subgrupos que sufren más de una discriminación. Si queremos abordar de una manera efectiva estos retos que se plantean al desenmarañar el entramado de la desigualdad social, y en especial, la violencia de género, debemos poner un enfoque multidimensional a la par que debemos analizar el complejo paradigma de sistemas de forma interseccional. Con ello, no basta con

escudriñar únicamente las causas económicas o la falta de acceso a servicios básicos evidentes, que también, sino que es necesario contemplar, dando un paso atrás, el gran cuadro de factores sociales, culturales y políticos que contribuyen a la exclusión de comunidades y grupos informales de la sociedad civil. Podemos estar de acuerdo en que se necesita fomentar la igualdad de oportunidades, promover una inclusión negociada entre las partes y fortalecer los lazos intercomunitarios que acerquen posturas con propuestas antes no planteadas, innovadoras, pero con una reflexión argumentada, pausada, con visión a largo plazo que evite los sesgos y errores heredados.

Si, por mucho que sorprenda, todavía podemos observar la Querrela de las Mujeres que conocemos desde a baja Edad Media, es preocupante cuando además esa persona tiene una diversidad. El estereotipo discriminante entre personas enfermas y sanas, entre sexos y géneros, entre clases; no son más que el reflejo de esta sociedad desigual. Consideremos los estigmas conceptuales que nos llegan a través de la socioeducación, del discurso, performatividad discursiva o de su cancelación, contra los que las mujeres luchan por el conocimiento, los nudos críticos contra la detestable violencia de género y la importancia de la cada vez menos común confianza, por ejemplo. Este volumen, sin embargo, nos demuestra que dicha confianza aún permanece fuerte en Andalucía.

Paradójicamente, la complejidad de la desigualdad se solucionaría con la sencillez de la confianza. Escuchar para deshacer este diseño prejuicioso de lo otro lacaniano proveniente de intereses perjudiciosos al desvestirse de los fundamentales derechos humanos. Sólo a través de un enfoque integral y colaborativo que involucre a todos los sectores de la sociedad: por un lado, la cultura, por otro, en el espacio liminal entre ambas, el *habitus* bourdiano que rechaza la violencia en todas sus caras, podremos construir un mundo más justo e inclusivo, donde todas las personas tengan la oportunidad de desarrollar su máximo potencial y vivir una vida digna. Con esta misión, he leído con gusto los capítulos de este libro, en especial, por afinidad investigadora, los que forman parte del proyecto marco “Impacto Social y Jurídico de las intervenciones andaluzas de Cooperación al Desarrollo en materia de violencia de género en los Centros de Emergencia Mujer Perú (2014 DEC001), financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo, que tan exitosamente ha llevado a cabo su inves-

tigadora principal, María José del Pino-Espejo, y quien me ha llenado de orgullo al invitarme a ofrecer unas palabras de prefacio a este volumen

PRESENTACIÓN

MARÍA JOSÉ DEL PINO-ESPEJO Y SERGIO MARÍN-CONEJO

Normalmente, quienes se preocupan de los desafíos contemporáneos y pasados se centran en la falta de estabilidad laboral, los bajos ingresos, la falta de protección social o las limitadas oportunidades de desarrollo. Pero, más allá de este análisis sobre la desigualdad económica y financiera, y que se debe tener en cuenta, se encuentran colectivos que tienen una doble o triple discriminación según los emparejemos con categorías como la ruralidad, las diferentes capacidades o los aspectos relacionados con las diversas violencias contra la mujer. La situación de opresión sistémica que bloquea la posibilidad de quienes pretenden ayudar desde las instituciones se refuerza con un techo de cristal que les impide acceder a los instrumentos y herramientas que ofrece una democracia liberal, comenzando por la principal, la posibilidad de estudiar y proponer soluciones desde la Universidad.

En relación con la ruralidad, hay una amplia literatura que se centra en la despoblación conectada al envejecimiento de la población. La tendencia a que muchas zonas rurales hayan experimentado una disminución de la población debido a la migración hacia áreas urbanas en busca de mejores oportunidades ha llevado a una mayor proporción de personas mayores en estas comunidades rurales, lo que plantea desafíos en términos de acceso a servicios de salud y atención social. Menos población y con poder adquisitivo limitado se torna en un problema a largo plazo en relación con el acceso a servicios básicos como la atención médica, educación, transporte –la falta de infraestructuras adecuadas y la distancia geográfica, lo que limita el acceso a estos servicios esenciales–, así como las comunicaciones, abriendo aún más la brecha digital.

Una persona, además, puede vivir con el estigma de una diversidad funcional en el espacio rural o cosmopolita. Las personas con diferentes capacidades a menudo se enfrentan al estigma, la discriminación y la falta de inclusión social. Los prejuicios arra-

gados en la sociedad pueden llevar a la exclusión, la marginalización y la falta de oportunidades de participación plena en la vida comunitaria afectando negativamente en su bienestar personal, profesional, emocional y mental. Si esta persona es mujer es bastante probable que se enfrente a una mayor vulnerabilidad, discriminación y estigmatización añadidos a las barreras de acceso a la educación, justicia, salud, así como otros servicios de apoyo y sin obviar la puntual convivencia con estereotipos y mitos arraigados en la sociedad que asocian las diferentes capacidades con la asexualidad, la incapacidad para consentir o la falta de credibilidad de las experiencias de violencia. Estos estereotipos dificultan la validación y la respuesta apropiada a las experiencias violentas por parte de mujeres con discapacidad.

Retomando el hilo de los capítulos que a continuación se exponen, el capítulo 2 es una línea de investigación que se inicia con el proyecto anteriormente mencionado en los Centros de Emergencia a Mujer del Perú –liderado por la Dra. Del Pino-Espejo y que continúa con su estancia de investigación postdoctoral colombiana tutorizada por la Dra. Soto–. En el capítulo 1 se amplía la línea de investigación de violencia de género a la sufrida por las mujeres con discapacidad, se profundizan también las variables a analizar –poniendo el acento en la educación– y se cambia de contexto pasando del Perú –comprendiendo todas las áreas geográficas del país–, a España, centrado en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Ambos capítulos analizan la violencia de género desde la perspectiva del personal técnico especializado que trabaja día a día con las mujeres, identificando riesgos y proponiendo soluciones desde el ámbito institucional de los países objeto de estudio: Perú y España. Ambos capítulos han sido desarrollados por equipos multidisciplinares desde la psicología, sociología, salud pública, educación, economía y matemáticas. Esta interdisciplinariedad ha hecho posible el desarrollo de metodologías como el cuestionario y la entrevista estructurada, cuyos detalles se pueden ver más adelante y que hacen posible replicar el estudio en otros países. Otra de las ventajas es el sofisticado análisis estadístico con ecuaciones estructurales, entre otros análisis, así como las conclusiones que esperamos interesen a quien lea este volumen, ya que ambos países proponen medidas que involucran todas las instituciones que lidian con la violencia de género –policía y fiscalía, entre otros–, y

que pueden colaborar en la erradicación de esta lacra social. La mayoría de los equipos que hemos hecho posible esta publicación representamos gran parte de la estructura que conforma la universidad: personal docente e investigador, alumnado de grado, voluntario, personal en prácticas, doctorandos/as, personal de administración y, también, las conexiones y el trabajo con la sociedad civil. El trabajo en todos estos escenarios brinda un complejo entramado de relaciones que hacen la magia del trabajo en equipo y la recopilación de los resultados de esas colaboraciones a lo largo de estas páginas.

En el capítulo 3 se presentan los resultados de un estudio que revelan una actitud positiva de la población en Andalucía hacia la vacunación en el periodo de pandemia. Incluso en momentos en que algunos países suspendieron la vacunación debido a los casos de trombos relacionados con la vacuna de AstraZeneca, esta predisposición no se vio afectada. En el lapso de dos meses y medio entre una encuesta y otra, se observó una menor preocupación por contraer la enfermedad y una completa disposición a recibir la vacuna. En enero, el 81,3% afirmó estar dispuesto a vacunarse, y en abril, ese porcentaje aumentó al 87,9% (sin incluir al 20,5% que ya había recibido la vacuna). Sin embargo, entre la población andaluza de 25 a 34 años, hay una mayor resistencia a recibir la vacuna, ya que el 10,4% de ese grupo de edad afirmó que no lo haría. El objetivo de esta investigación es comprender las variables que influyen en esta reticencia. Los resultados de las encuestas también muestran un cambio en las preferencias de las marcas de vacunas. En un principio, a más del 62% de los/as andaluces/zas no les importaba qué vacuna recibir, pero en abril muchos expresaron su preferencia por Pfizer-BioNTech o Janssen. Estas preferencias varían según la edad y el sexo, ya que el 41% de las mujeres prefiere Pfizer y los menores de 25 años prefieren Janssen. Las expectativas en cuanto a la fecha de vacunación han sido a largo plazo. En abril, solo el 13,3% de las personas encuestadas creían que serían vacunadas antes del verano. La obligatoriedad de la vacuna para todos/as los/as andaluces/zas, aunque apoyada por la mayoría, genera mayores reticencias entre la población joven. A partir de estos datos, se propone profundizar en las causas de la mayor predisposición de la población de esta comunidad autónoma a vacunarse y en la formación de la opinión pública en torno a determinadas marcas de vacunas.

El último capítulo se centra en la representación de la enfermedad en los textos literarios de ficción y discursos de no ficción, de forma que se mantienen en el tiempo los estigmas a los que se les relaciona. Con base en el pensamiento de Susan Sonntag, se nos ilustra que estas metáforas, y por extensión estos relatos, añaden vergüenza o alienación a estas enfermedades. Por otro lado, se revisan las obras en las que las enfermedades o afectaciones físicas son un elemento más que interviene e interactúa con los personajes con una intención narrativa que mantienen los sesgos o, de forma irónica, hacen que los personajes se unan en la debilidad. Desde las hermanas Brontë a Mary Shelly, la alterización fisicoquímica o la presentación de personajes abyectos ponen a la persona lectora en la diatriba de empatizar, o no, con las formas más básicas de funcionamiento de la naturaleza, entendidas como que las enfermedades o estas alteraciones son parte de la vida y no deben relegarse al margen.

No podemos cerrar esta presentación sin mencionar a quien muy amablemente nos cede sus imágenes para ilustrar la portada y contraportada con la intersección entre las Artes, Humanidades y las Ciencias Sociales. Aurora Ruiz (Sevilla, 1999) realizó sus estudios artísticos en la Facultad de Bellas Artes de Sevilla, obteniendo el premio al mejor expediente académico de la promoción 2017-2021 por la Facultad de Bellas Artes Santa Isabel de Hungría, el Premio del Ayuntamiento de Sevilla y el Premio de la Real Maestranza de Caballería. En 2019 continuó sus estudios en la Accademia di Belle Arti de Roma resultando en una primera exposición individual en 2022, en la Facultad de Bellas Artes de Sevilla. Además, ha participado en numerosas exposiciones colectivas. Parte de su trabajo se encuentra en colecciones privadas en Canadá, Estados Unidos y parte de Europa.

CAPÍTULO 1.
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE VARIABLES
SOCIOEDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
HACIA MUJERES CON DISCAPACIDAD. UN
ESTUDIO DE CASO EN ANDALUCÍA ESPAÑA

CHAPTER 1.
ANALYSIS OF THE IMPACT OF SOCIO-EDUCATIONAL VARIABLES
ON THE PREVENTION AND TREATMENT OF GENDER-BASED
VIOLENCE AGAINST WOMEN WITH DISABILITIES. A CASE STUDY IN
ANDALUSIA, SPAIN

M^a José DEL PINO-ESPEJO
Universidad Pablo de Olavide

Esteban VÁZQUEZ CANO
*Universidad Nacional de
Educación a Distancia*

Rubén PARRILLO
Universidad Pablo de Olavide

M^a José TRIGUERO-LÓPEZ
Universidad de Sevilla

Karina VILLALBA
University of Central Florida

Resumen

Este estudio presenta una investigación sobre las variables socioeducativas que más pueden contribuir a prevenir la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad desde la percepción de los/as profesionales que trabajan en este ámbito. La hipótesis es que para minimizar el impacto de la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad se deben crear nuevas exigencias socioeducativas en Andalucía - España. Basado en la hipótesis los objetivos del estudio son: Objetivo 1) determinar áreas prioritarias de intervención para un mejor tratamiento y prevención de la violencia de género ejercida contra la mujer con discapacidad desde la perspectiva del personal técnico especializado, Objetivo 2) entender qué dificultades encuentran

las mujeres con discapacidad en situación de violencia de género desde las perspectivas del personal técnico que trabaja con ellas. La muestra está compuesta por 135 técnicos/as andaluces que respondieron un cuestionario creado al efecto denominado VIOGEND (marca registrada en la Oficina de Patentes y Marcas: 4078715). Para ello, se empleó el análisis basado en la construcción de un modelo de ecuaciones de regresión múltiple. Los resultados muestran que el personal técnico percibe cuatro áreas prioritarias de intervención: (1) formación profesional de los/as técnicos/as, (2) recursos institucionales para favorecer una actuación preventiva interinstitucional, (3) coordinación administrativa para proporcionar una respuesta rápida y adecuada a la situación entre diferentes estamentos (policía, jueces-juezas y agentes sociales) y (4) actuación legal que permita arbitrar una actuación homogénea y la necesidad de disponer de nuevos referentes legislativos adaptados a la realidad de este tipo de violencia.

Palabras clave: prevención, violencia de género, mujer con discapacidad, Andalucía-España, ecuaciones estructurales

Abstract

This study presents research on the socio-educational variables that can most contribute to preventing gender-based violence against women with disabilities, based on the perceptions of professionals working in this field. The hypothesis is that in order to minimize the impact of gender-based violence against women with disabilities, new socio-educational requirements must be created in Andalusia, Spain. Based on this hypothesis, the objectives of the study are: Objective 1) to determine priority areas for intervention to improve the treatment and prevention of gender-based violence against women with disabilities from the perspective of specialized technical staff; Objective 2) to understand the difficulties encountered by women with disabilities in situations of gender-based violence from the perspective of the technical staff who work with them. The sample consists of 135 Andalusian technical staff who responded to a questionnaire created for this purpose called VIOGEND (registered trademark in the Patent and Trademark Office: 4078715). To this end, analysis based on the construction of a

multiple regression equation model was used. The results show that technical staff perceive four priority areas for intervention: (1) professional training for technicians, (2) institutional resources to promote inter-institutional preventive action, (3) administrative coordination to provide a rapid and adequate response to the situation between different levels (police, judges, and social agents), and (4) legal action to enable consistent action and the need for new legislative references adapted to the reality of this type of violence.

Keywords: prevention, gender violence, women with disabilities, Andalusia-Spain, structural equations

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), entre las personas que viven con alguna discapacidad (más de mil millones), muchas no pueden alcanzar un pleno desarrollo personal, social o profesional (200 millones). Las violencias física y sexual se consideran un gran problema (ONU 2019) ya que afectan a un 35% de las mujeres en el planeta. Estos datos que ofrece la ONU no se centran sólo en la violencia por parte de sus parejas sentimentales, sino que incluyen a cualquier persona que en cualquier momento de sus vidas haya podido agredirlas física o sexualmente. Algunos estudios muestran que las mujeres con algún tipo de discapacidad sufren entre dos y cuatro veces más riesgo de sufrir violencia de género (Breiding y Armour 2015; Martin et al. 2006). Los datos cualitativos de otras investigaciones indican que el mero hecho de sufrir una discapacidad incrementa la estigmatización y la discriminación y, por lo tanto, la vulnerabilidad de la mujer lo que limita su búsqueda de apoyo y ayuda, tanto personal como profesional (Dunkle et al., 2018; Hassouneh-Phillips et al., 2005b). Así, el colectivo de mujeres con discapacidad sufre numerosos prejuicios en diferentes esferas socioeducativas como la educativa y la laboral, lo que representa una limitación y una pérdida de derechos fundamentales (Copel 2006; Hassouneh-Phillips et al., 2005a; Slayter 2009).

Todavía existen muchos ámbitos de mejora social, educativa y jurídica para prevenir, apoyar y mejorar la situación de mujeres con discapacidad que puedan sufrir o sufran la violencia de género. En esta investigación, se busca comprender la visión del personal técnico especializado (trabajadores/as sociales, docentes y psicólogos/as, principalmente) sobre las variables socioeducativas susceptibles de ser contempladas para la mejora de la atención, prevención y tratamiento de la violencia de género hacia mujeres con discapacidad.

La violencia de género se considera un problema social, a raíz de la toma de concienciación de la discriminación que se realiza a la mujer en todo el mundo. El reconocimiento internacional de este concepto surgió del activismo de las mujeres y el compromiso de la ONU, al ser entendido como un problema que impide el desarrollo integral y viola los derechos humanos de la mujer (Okin, 1989; Paz y Fernández, 2014). La violencia de género es un tipo de violencia difícil de visualizar y, por ello, es imprescindible que se conceptualice (Scott, 1986; Stoller, 1968). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002: 12) relaciona la violencia en estrecha conexión con la fuerza física o el poder contra tu propia persona, otro sujeto, o comunidad que produzca o pueda producir daños, muerte, lesiones psicológicas, alteraciones del desarrollo o privaciones. En España, la violencia contra las mujeres, denominada como “violencia de género” está contemplada en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de las mujeres (Gobierno de España, 2015) que la define como “un problema que supera los límites del ámbito privado y que se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad” (Ley Orgánica 1/2004: 1). Asimismo, esta violencia ejercida contra la mujer no son hechos aislados y su manifestación pone de relieve la desigualdad de poder asociada al género (Lightfoot y Williams, 2009; Izquierdo 2000; Younis 1999).

No se ha encontrado ningún estudio donde se trate al personal técnico especializado en violencia de género y mujeres con discapacidad. Un precedente puede ser el estudio de Del Pino, Triguero-Sánchez (2017), donde se recogen las opiniones del personal de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) en el Perú acerca de mujeres víctimas de violencia de género, aunque no se

trata específicamente el tema de la mujer con discapacidad. Se han realizado estudios centrados en violencia de género y mujer con discapacidad intelectual en otras Comunidades Autónomas españolas, donde tampoco recogen las opiniones del personal técnico especializado que atiende a las víctimas. La Asociación FEBAS –Plena Inclusión Euskadi (2013)– publica una guía para personas con discapacidad intelectual y personal de apoyo. La guía tiene como objetivo sensibilizar y prevenir el maltrato y está dirigida a profesionales, aclarando la tipología del maltrato desde una perspectiva socioprofesional. También hay ejemplos sencillos que ayudan a comprender estas ideas. La Fundación Carmen Pardo-Valcarce de FEAPS Madrid (2013, p. 20) siguen unas directrices, recogidas en su protocolo de actuación sobre abuso sexual, violencia doméstica y de género centrado en personas con discapacidad intelectual (en adelante, DI). Está dirigido a profesionales que trabajan al servicio de las personas con DI de la Comunidad de Madrid. De gran utilidad es el servicio que ofrece de forma gratuita un facilitador/a que acompaña y apoya a la víctima con DI en todo el proceso. Esta fundación tiene una amplia trayectoria en la investigación, intervención y valoración psicológica de las personas con DI víctimas de violencia de género, entre otras violencias. Fundación CERMI Mujeres (2015) desarrolla el Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la macroencuesta 2015. Pero seguimos sin encontrar estudios que se centren en el personal técnico especializado, es decir, que partan de las vivencias del personal técnico que trabaja con las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género. La violencia de género adquiere un papel clave cuando se ejerce hacia mujeres con algún tipo de discapacidad (Smith, 2008). En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas abordó el tema de la violencia contra las mujeres con discapacidad y propuso una serie de reglas estándar que promuevan la Igualdad de Oportunidades. Entre otras, el derecho de la mujer con discapacidad a que los gobiernos les ofrezcan información y servicios (Regla 9) y la necesidad de legislar en favor de las mujeres con discapacidad que sufren violencia de género (Regla 15.2). Asimismo, las investigaciones vienen evidenciando una mayor propensión de la mujer con discapacidad a sufrir violencia en el hogar (Breiding y Armour, 2015; Grossman y Lundy, 2008). De hecho, la mujer con

algún tipo de discapacidad es mucho más vulnerable a la violencia (Barrett et al., 2009; Hughes et al., 2011). Según la Office on Women's Health de Estados Unidos, por lo general, esta violencia suele ocurrir en el hogar y es ejercida por sus parejas. Además, las mujeres con discapacidad también pueden sufrir violencia por parte de aquellas personas encargadas de su cuidado y atención en el ámbito familiar o profesional (Cohen et al., 2006; Nosek y Howland, 1997; Saxton et al., 2001; Saxton et al., 2006; Plummer y Findley, 2012). Esta situación es especialmente determinante para su bienestar, ya que el apoyo y la ayuda para estas mujeres constituyen un elemento de justicia social en sus vidas (Hughes et al., 2011; Nannini, 2006).

En este sentido, se hace necesario que se arbitren las medidas oportunas en el ámbito normativo y legislativo, eliminar la discriminación que pueda sufrir la mujer con discapacidad por el hecho mismo de sufrirla y legislar en pro de la no discriminación. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011: 9-10), establece entre los principales obstáculos discapacitantes:

1. “Políticas y normas insuficientes”. Se precisa que en la formulación de la normativa y de las políticas públicas se cuente con comités de expertos que asesoren y atiendan las necesidades y demandas de este colectivo. Por ejemplo, en lo referente a las políticas educativas inclusivas (Barile, 2002).
2. “Actitudes negativas”. Existe todavía un contexto social que aglutina una serie de prejuicios y creencias que obstaculizan la plena integración y generan desigualdad y falta de equidad en ámbitos clave como la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social.
3. “Prestación insuficiente de servicios”. La discapacidad precisa de unas actuaciones de “puertas abiertas y accesibles”, para lo que es necesario que los servicios asistenciales estén plenamente adaptados a sus necesidades (Chang et al., 2003).
4. “Financiación insuficiente”. Los recursos económicos destinados a infraestructuras, atención sanitaria, jurídica y educativa son insuficientes y generan una mayor desigualdad social, incrementando la brecha social.

5. “Falta de accesibilidad”. Las infraestructuras públicas y privadas, así como los medios de comunicación y sistemas de transporte no tienen todavía una operatividad y adaptabilidad adecuada para favorecer un desempeño adecuado de las personas con algún tipo de discapacidad. Esta es una de las principales razones que impiden la socialización, el acceso al trabajo a la educación y a los servicios sociales, asistenciales y sanitarios.
6. “Falta de consulta y participación”. La falta de representatividad de las personas con discapacidad en los comités de asesoramiento y en los órganos de decisión, dificulta enormemente su integración social y profesional ya que su voz queda apagada o silenciada, quedando la toma de decisiones en manos de otros y otras.

Por último, es especialmente relevante la brecha digital. La formación para el empleo de dispositivos y recursos informáticos que posibiliten un mejor desempeño de estas personas en la vida social, personal y profesional es clave para mejorar su integración (González-Zamar et al., 2020; Vázquez-Cano y Sevillano, 2015). La adaptabilidad de los dispositivos y recursos es otro de los puntos en los que se debe incidir para favorecer un acceso seguro, ético y sostenible a la red (Vázquez-Cano y Gisbert, 2015; Vázquez-Cano y Sevillano, 2015).

Con ello, la hipótesis de este estudio es que, para minimizar el impacto de la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad, se deben crear nuevas exigencias socioeducativas en Andalucía, España. A partir de esta hipótesis, se plantean los siguientes objetivos del estudio:

Objetivo 1: Determinar las áreas prioritarias de intervención para mejorar el tratamiento y la prevención de la violencia de género ejercida contra las mujeres con discapacidad, desde la perspectiva del personal técnico que trabaja con ellas.

Objetivo 2: Comprender las dificultades que enfrentan las mujeres con discapacidad en situación de violencia de género, desde la perspectiva del personal técnico especializado que las atiende.

2. MÉTODOS

Se realizó un cuestionario al personal técnico especializado que trabaja, ha trabajado o tiene relación con víctimas de violencia de género y/o mujeres con discapacidad en Andalucía, España. El cuestionario incluye preguntas sobre datos sociodemográficos, agentes de socialización, TIC, nudos críticos, propuestas de soluciones, efectividad de las medidas e información adicional.

La encuesta se llevó a cabo durante el primer semestre de 2020, y el método utilizado fue un formulario digital, previo consentimiento, validación y visto bueno del comité de bioética. Como resultado, se encuestó a 140 técnicos/as, de los cuales se obtuvieron 135 encuestas válidas. El estudio se realizó en centros españoles de Andalucía (en su mayoría en Sevilla). En cuanto al género de los/as técnicos/as entrevistados/as, se encontró que un 80% eran mujeres (108) y un 20% hombres (27).

En relación con la antigüedad en la ocupación actual, un 33% indicó que llevaba menos de 1 año, un 25% menos de 3 años, un 33% menos de 5 años, un 15% menos de 10 años y más de 5 años, y un 29% con más de 10 años de antigüedad. Con respecto al tipo de discapacidad que atiende el personal entrevistado, un 45% indicó que era de carácter intelectual, de desarrollo o cognitivo; un 16% física; un 6% sensorial; un 9% psicosocial, y el resto se distribuyó entre múltiples discapacidades no tipificadas en este estudio.

Según las respuestas del personal técnico que trabaja con mujeres con discapacidad y/o mujeres víctimas de violencia de género, en referencia a la detección de la violencia de género en mujeres con discapacidad, la mayoría indicó que la víctima se lo comunicó a su familia (media de 3,02 sobre 5), y el/la técnico/a lo corroboró con amigos/as o conocidos/as de la víctima, con una puntuación de 2,62 sobre 5. También se mencionó que cada región española actúa y se coordina de forma diferente ante la violencia de género en mujeres con discapacidad –en adelante, VGMD– (media de 3,23 sobre 5).

La composición y validación de la escala de medida empleada puede apreciarse en la Tabla 2. Dicha escala ha sido utilizada en estudios previos realizados en 2016 por un equipo interdisciplinar de los ámbitos del derecho, psicología, sociología,

trabajo social, filología y economía (Del Pino, Triguero-Sánchez y Torres, 2017). Para evitar posibles problemas de interpretación de los resultados, se introdujo como variable de control el tamaño, medido según la población de residencia de los centros estudiados, así como el número de empleados/as (Wang y Ang, 2004).

Estudios como los de Urgal, Quintás y Arévalo (2011) indican que la gestión desarrollada por los/as profesionales puede variar en función del ámbito o tamaño en el que desempeñen su actividad. La concreción de la variable “Tamaño” del centro se realizó a través de variables categóricas con cuatro alternativas de respuesta: 1 para centros con plantillas de menos de 10 empleados/as, 2 para el intervalo entre 10 y 50, 3 para el intervalo entre 50 y 250, y 4 para más de 250. En cuanto a la variable “Localidad”, se establecieron las siguientes categorías: 1 para localidades con menos de 2500 habitantes, 2 para el intervalo entre 2500 y 5000, 3 para el intervalo entre 5000 y 10.000, 4 para el intervalo entre 10.000 y 50.000, y 5 para más de 50.000 habitantes. Los 135 cuestionarios válidos mencionados se midieron en una escala Likert de 1 a 5, donde “1” representaba un total desacuerdo con lo indicado en la cuestión y “5” un total acuerdo. Cabe señalar que las variables empleadas en los referidos constructos no habían sido previamente contrastadas en la literatura, lo que ha obligado a validar el modelo de medida.

Tabla 1. Pesos de los constructos y los ítems en el modelo. Elaboración propia.

Constructo/Variable	Siglas	Peso
Detección Violencia de Género	DVG	
Avisó a su familia	DVG1	,889
Lo corroboró con amigos/as víctima	DVG2	,921
Se lo cuentan sus amigos/as	DVG3	,692
Formación e información	FI	
Formación en TIC da autonomía a las mujeres con discapacidad	FI	,794
Las redes sociales les ayuda a comunicarse con el exterior	FI2	,803
Las TIC favorecen la concienciación en derechos humanos	FI3	,874
Difusión	D	
Trato adecuado en tv -televisión-	D1	,931

Trato adecuado en radio	D2	,940
Trato adecuado en internet	D3	,878
Trato adecuado en prensa	D4	,926
Competencia institucional	CI	
La policía tiene formación en Género	CI1	,880
La policía tiene formación en Discapacidad	CI2	,934
Las autoridades tienen formación en Género	CI3	,859
Las autoridades tienen formación en Discapacidad	CI4	,889
Los/as profesionales de la salud están capacitados/as en VG	CI5	,808
Los/as profesionales de la salud están capacitados/as en VGMD ¹	CI6	,810
Las autoridades cumplen tratamiento de la VGMD	CI7	,687
Existen campañas de sensibilidades en VGMD	CI8	,667
El sistema educativo atiende VGMD	CI9	,522
Gestión territorial	GT	
En cada región de este país se actúa diferente ante VGMD	GT1	,841
En cada región de este país se coordina diferente en VGMD	GT2	,781
Distancia a los recursos	DR	
Los recursos de atención están alejados de la población	DR1	,982
La distancia afecta negativamente a las víctimas	DR2	,995
Accesos a recurso	AR	
Las víctimas no disponen de recursos para desplazarse	AR1	,970
La no disponibilidad de recursos les afecta negativamente	AR2	,908
Propuestas profesionales	PP	
Es necesario plan de formación autoridades VGMD ²	PP1	,865
Es necesario plan de formación profesionales VGMD	PP2	,873
Es necesario un protocolo de actuación interinstitucional VGMD	PP3	,875
Es necesario un protocolo de actuación psicológica VGMD	PP4	,874
Es necesario un protocolo de actuación grupal VGMD	PP5	,896
Es necesario mecanismo denuncia profesionales	PP6	,916
Debe acreditarse capacitación en IG ³ para su ejercicio	PP7	,877

¹ Violencia de género en mujer con discapacidad.

² Violencia de género en mujer con discapacidad.

³ Igualdad.

Debe acreditarse capacitación en VG ⁴ para su ejercicio	PP8	,835
Debe acreditarse capacitación en personas con discapacidad para ejercicio	PP9	,776
Propuestas administrativas	PA	
Se precisa cuerpo policía específico VGMD	PA1	,959
Se precisa reforzar organismos nacionales específicos VGMD ⁵	PA2	,955
Deben reforzarse las “casas refugio” o similares	PA3	,836
Se necesitan espacios de coordinación interinstitucionales	PA4	,848
Propuestas legales	PL	
Calificación de VG como delito	PL1	,954
Cumplimiento medidas de protección para VGMD	PL2	,969
Seguimiento de las propias medidas	PL3	,975
Situación judicial actual	SJA	
Las protecciones inadecuadas minan la confianza VGMD	SJA1	,833
Las protecciones inadecuadas refuerzan a los maltratadores	SJA2	,767
VARIABLES DE CONTROL	VC	
Tamaño		,404
Localidad		,404

En cuanto a la contribución de los indicadores a sus respectivos factores o constructos, cabe señalar que, en general, han obtenido puntuaciones altas, con la única excepción de los reactivos de control, que han presentado una aportación leve al modelo, tal y como puede apreciarse en la Tabla 1.

La primera variable que se observa en la mencionada tabla se refiere a la “Detección de violencia de género”, en la que la dimensión que presenta una mayor influencia es “Lo corroboró con amigos/as de la víctima” ($\beta = 0,921$), seguida de “Avisó a su familia” ($\beta = 0,889$).

En cuanto al factor “Formación e información”, su indicador “Las TIC favorecen la concienciación en Derechos Humanos” ($\beta = 0,874$) ha sido el que más ha contribuido a explicar dicha variable, aunque con muy poca diferencia respecto a los reactivos “Las redes sociales les ayudan a comunicarse con el exterior” ($\beta = 0,803$) y “La formación en TIC da autonomía a las mujeres con discapacidad” ($\beta = 0,794$).

⁴ Violencia de Género.

⁵ Violencia de género en mujer con discapacidad.

El factor “Difusión” ha obtenido altos grados de influencia en todos sus indicadores, desde el “Trato adecuado en radio” ($\beta = 0,940$) y “Televisión” ($\beta = 0,931$), hasta “Internet” ($\beta = 0,878$) y la “Prensa” ($\beta = 0,926$).

Para la formación de la variable “Competencia institucional”, los ítems que más han contribuido han sido “La policía tiene formación en Discapacidad” ($\beta = 0,934$) y en “Género” ($\beta = 0,880$); “Las autoridades tienen formación en Discapacidad” ($\beta = 0,889$) y en “Género” ($\beta = 0,859$). Con una contribución moderada, encontramos “El sistema educativo atiende VGMD” ($\beta = 0,522$).

La variable “Gestión territorial” encuentra sus mayores aportaciones en “La distancia afecta negativamente a las víctimas” ($\beta = 0,995$) y en “Los recursos de atención están alejados de la población” ($\beta =$ [valor no proporcionado]).

En cuanto al “Acceso a recursos”, se ha encontrado un alto grado de influencia en “Las víctimas no disponen de recursos para desplazarse” ($\beta = 0,970$) y “La no disponibilidad de recursos les afecta negativamente” ($\beta =$ [valor no proporcionado]).

Para la variable “Propuestas profesionales”, se han empleado múltiples indicadores, de los cuales los que han tenido una mayor influencia en su formación son “Se precisa un cuerpo policial específico para VGMD” ($\beta = 0,959$), “Se precisa reforzar organismos nacionales específicos para VGMD” ($\beta = 0,955$) y “Es necesario implementar mecanismos de denuncia profesionales” ($\beta = 0,916$). El resto de los indicadores presentan un buen nivel de contribución al constructo, siendo el más bajo “Debe acreditarse capacitación en personas con discapacidad” ($\beta = 0,776$), que también puede considerarse como un buen nivel de influencia en el constructo “Propuestas profesionales”.

El constructo “Propuestas legales” ha obtenido contribuciones muy altas en sus tres indicadores: “Calificación de VG como delito” ($\beta = 0,954$), “Cumplimiento de medidas de protección para VGMD” ($\beta = 0,969$) y “Seguimiento de las propias medidas” ($\beta = 0,975$).

Por último, el factor “Situación judicial actual” también ha obtenido buenas puntuaciones en sus dos indicadores. Así, con un $\beta = 0,833$, presenta una buena contribución “Las protecciones

inadecuadas minan la confianza de las víctimas de VGMD”, seguido de “Las protecciones inadecuadas refuerzan a los maltratadores” ($\beta = 0,767$). Como se ha señalado, todas las cuestiones abordadas y reflejadas en la Tabla 1 han mostrado una aportación significativa a las referidas variables.3.

3. RESULTADOS

Para la agrupación de los factores, se realizó un análisis factorial utilizando la aplicación informática SPSS (versión 22), con la agrupación resultante que aparece en la Tabla 2. En cuanto a la fiabilidad de los constructos, podemos afirmar que cumplen los criterios de fiabilidad (alfa de Cronbach y C.R.), así como los criterios de validez (AVE), tal y como puede apreciarse en la Tabla 2.

Asimismo, el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es superior a 0,5 en todos los casos. Este índice informa sobre la idoneidad de una matriz de correlaciones para aplicar un análisis factorial. La estadística se ha calculado como el cociente de la suma de correlaciones de la matriz al cuadrado entre el mismo valor más el cuadrado de la suma de las correlaciones parciales (coeficiente de correlación de Pearson), tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Validación de escalas del modelo “Violencia de género en mujeres con discapacidad”. Elaboración propia”

Constructo/Variable	Siglas	Alfa de C.	KM O	AV E	C.R.	χ^2 (gl)
Detección violencia de género	DVG	,797	,644	,706	,876	114,353(3) <,001
Formación e información	FI	,846	,859	,550	,894	390,730(21) <,001
Difusión	D	,938	,786	,845	,956	406,401(6) <,001
Competencia institucional	CI	,939	,839	,747	,947	1020,19(21) <,001
Gestión territorial	GT	,935	,500	,922	,959	137,618(1) <,001
Distancia a los recursos	DR	,766	,500	,977	,988	52,424(1) <,001
Accesos a recurso	AR	,723	,500	,883	,938	41,603(1) <,001

Propuestas profesionales	PP	,956	,863	,750	,964	1317,612(36)) <,001
Propuestas administraciones	PA	,940	,740	,838	,939	387,251(3) <,001
Propuestas legales	PL	,969	,746	,933	,977	424,277(3) <,001
Situación judicial actual	SJA	,884	,678	,740	,919	369,385(6) <,001
Variables de control	VC	,258	,500	,163	,28	3,597(1) <,05

Los resultados obtenidos, agrupados por variables dependientes, son los siguientes: con respecto al modelo de regresión A: “Propuestas profesionales” (PP), presentamos los resultados en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados de la regresión del modelo A: “Propuestas profesionales (PP)”.
Fuente: elaboración propia.

Variables	Propuestas profesionales (λ)
Formación e información (FI)	0,195 (t=2,191 **) [0,089] FIV=1,236
Difusión (DI)	0,145 (t=1,646 * [0,088] FIV=1,110
Competencia institucional (CI)	0,181 (t=1,990 **) [0,085] FIV=1,074
Variables de control (VC)	0,019 (t=0,227 ns) [0,083]
Constante	1,896E-16
R ²	0,161 (16%)
R ajustado	0,135 (13,5 %)
F. estadístico	6,223 (<0.001)
Nota: *** \geq 99,9%; ** \geq 95%; * \geq 90%; ns (no soportado); [valor]=coeficiente de error	

Los constructos que contribuyen a explicar las propuestas profesionales (Tabla 4) han sido:

1. Formación e Información (FI), con una contribución de 0,195 (λ) y un valor estadístico válido (t = 2,191**). Entre sus ítems con mayor peso en la conformación de dicho constructo se encuentran el uso de las TIC como instrumento favorecedor de la concienciación de los derechos humanos ($\beta = 0,874$), seguido por la importancia de las redes sociales para la comunicación con el exterior ($\beta = 0,803$) y la formación que ofrecen las TIC para favorecer la autonomía de las mujeres con discapacidad ($\beta = 0,794$).

2. Difusión (DI), que contribuye con un 0,145 (λ) y un valor estadístico válido ($t = 1,646^*$). Entre sus ítems con mayor peso se encuentran el trato recibido en la radio ($\beta = 0,940$) y la televisión ($\beta = 0,931$), seguidos de la prensa ($\beta = 0,926$) y, por último, internet ($\beta = 0,878$).

La Competencia institucional (CI), con un 0,019 (λ) y un valor estadístico válido ($t = 1,990^{**}$), presenta entre sus ítems con mayor peso la formación en discapacidad de la policía ($\beta = 0,934$) y de las autoridades en general ($\beta = 0,889$). Las variables CI8 y CI9 fueron eliminadas del modelo.

Por último, la variable de control, compuesta por dos variables (tamaño y localidad), muestra el mismo peso en cada una de ellas ($\beta = 0,404$).

La explicación que ofrece el modelo sobre las propuestas de mejora dirigidas a los/as profesionales del sector es de un 13,5% ($R^2 < 0,3$), lo que podría considerarse como débil. Sin embargo, la probabilidad de que el modelo se produzca por azar es alta, ya que ha obtenido un F estadístico de 6,223. Este valor F mide la calidad predictiva del modelo (válido a partir de $F \geq 2,71$).

La tolerancia del modelo ($1 - R^2$) ha sido de 0,839, por lo que podemos afirmar la ausencia de multicolinealidad, lo que indica una relación débil o muy débil entre las variables explicativas del modelo.

Posteriormente, se calculó el Modelo B: “Propuestas administrativas”, cuyos resultados se pueden ver en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de la regresión del modelo B: “Propuestas administrativas”.

Variables	Propuestas administrativas (λ)
Formación e información (FI)	0,039 ($t=0,429$ ns)
Situación jurídica (SJ)	0,345 ($t=2,518^*$) [0,090] FIV=1,286
Acceso a recursos (AR)	0,181 ($t=1,990^{**}$) [0,085] FIV=1,208
Variables de control (VC)	-0,069 ($t=-0,837$ ns)
Constante	4,040E-17
R^2	0,123 (12%)
R ajustado	0,103 (10%)
F. estadístico	6,144 ($<0,001$)
Nota: *** $\geq 99,9\%$; ** $\geq 95\%$; * $\geq 90\%$; ns (no soportado); [valor]=coeficiente de error	

Los constructos que contribuyen a explicar las propuestas administrativas (Tabla 5) han sido:

1. Formación e Información (FI), con una contribución de 0,039 (λ) y un valor estadístico no válido, por lo que no puede considerarse para la explicación de las propuestas administrativas.
2. Situación Jurídica (SJ), que contribuye con un 0,345 (λ) y un valor estadístico válido ($t = 2,518^*$). Entre sus ítems con mayor peso se encuentran la necesidad de contar con un cuerpo de policía específico en VGMD ($\beta = 0,959$) y, en la misma línea, reforzar la existencia de organismos nacionales específicos en VGMD ($\beta = 0,955$). Por último, el personal técnico encuestado propone el fomento de “casas refugio” o similares para la protección de las víctimas ($\beta = 0,836$).
3. Acceso a Recursos (AR), con un 0,181 (λ) y un valor estadístico válido ($t = 1,990^{**}$). Entre sus ítems con mayor peso se encuentran la escasez de recursos para desplazarse que enfrentan muchas víctimas ($\beta = 0,970$) y las consecuencias negativas que se derivan de esta situación ($\beta = 0,908$).

La explicación que ofrece el modelo sobre las propuestas de mejora que el personal técnico encuestado plantea a las administraciones es de un 10% ($R^2 < 0,3$), lo que podría considerarse como débil. Sin embargo, la probabilidad de que el modelo se produzca por azar es alta, ya que ha obtenido un F estadístico de 6,144. La tolerancia del modelo ($1 - R^2$) ha sido de 0,877, por lo que podemos afirmar la ausencia de multicolinealidad. Por último, se realizó el cálculo del Modelo C: “Propuestas Legales” (PL), cuyos resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Resultados de la regresión del modelo C: “Propuestas legales” (PL). Fuente: elaboración propia.

Variables	Propuestas Legales (λ)
Formación e información (FI)	0,036 (t=0,488 ns) [0,074] FIV=1,219
Situación jurídica (SJ)	0,552 (t=7,206 ***) [0,077] FIV=1,291
Acceso a recursos (AR)	-0,054 (t=-0,540 ns) [0,101] FIV=2,225
Distancia a los recursos (DR)	0,211 (t=2,151*) [0,098] FIV=2,119
Variables de control (VC)	-0,009 (t=-0,128 ns) [0,069]
Constante	2,666E-16
R ²	0,409 (41%)
R ajustado	0,391 (39%)
F. estadístico	22,488 (<0.001)
Nota: *** $\geq 99,9\%$; ** $\geq 95\%$; * $\geq 90\%$; ns (no soportado); [valor]=coeficiente de error	

Los constructos que contribuyen a explicar las “Propuestas Legales” presentadas por el personal técnico encuestado (PL) han sido:

1. Formación e Información (FI), con una contribución de 0,036 (λ) y un valor estadístico no válido, por lo que no puede considerarse para la explicación de las propuestas legales.
2. Situación Jurídica (SJ), que contribuye con un 0,552 (λ) y un valor estadístico válido (t = 7,206***). Entre sus ítems con mayor peso se encuentran la necesidad de contar con un cuerpo de policía específico en VGMD ($\beta = 0,959$) y, en la misma línea, reforzar la existencia de organismos nacionales específicos en VGMD ($\beta = 0,955$). Por último, se propone el fomento de “casas refugio” o similares para la protección de las víctimas ($\beta = 0,836$).
3. Acceso a Recursos (AR), cuyos resultados lo hacen no válido.
4. Distancia a los Recursos (DR), con una contribución de 0,211 (λ) y un valor estadístico válido (t = 2,151*). Entre sus ítems con un peso importante se encuentran la lejanía de los recursos de atención ($\beta = 0,982$) y sus efectos negativos sobre la situación de las víctimas ($\beta = 0,995$).

La explicación que ofrece el modelo sobre las propuestas de mejora de la legislación es de un 39%, con un alto grado de

probabilidad de que el modelo sea válido ($F = 22,488$). Por lo tanto, puede considerarse un buen modelo predictivo. Los resultados de los objetivos muestran que se han sustentado en los modelos planteados:

- Modelo A: “Propuestas Profesionales” (PP): $R^2 = 0,161$; explica un 13,5% de las propuestas profesionales planteadas.
- Modelo B: “Propuestas Administrativas” (PA): $R^2 = 0,123$; explica un 10% de las propuestas administrativas planteadas.
- Modelo C: “Propuestas Legales” (PL): $R^2 = 0,409$; explica un 39% de las propuestas legales planteadas.

4. DISCUSIÓN

Se corrobora la hipótesis del estudio propuesta, que plantea que, para minimizar el impacto de la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad, se deben establecer nuevas exigencias socioeducativas en Andalucía, España. También se corroboran los objetivos del estudio.

En el Objetivo 1, se han determinado áreas prioritarias de intervención para un mejor tratamiento y prevención de la violencia de género ejercida contra las mujeres con discapacidad, desde la perspectiva del personal técnico especializado. Según el Objetivo 2, se han identificado algunas de las dificultades que enfrentan las mujeres con discapacidad en situación de violencia de género, desde la perspectiva del personal técnico que trabaja con ellas.

Los resultados de esta investigación muestran que existen áreas prioritarias de intervención para mejorar el tratamiento y la prevención de la violencia de género ejercida contra las mujeres con discapacidad. Desde la perspectiva del personal técnico, se considera prioritario que existan planes de formación y capacitación en Violencia de Género y Mujer con Discapacidad (VGMD) para las autoridades. En este sentido, la formación y capacitación es uno de los aspectos que más puede contribuir a mejorar esta situación. Este enfoque también ha sido propuesto en otros estudios (Curry et al., 2011).

Asimismo, una segunda área de intervención muy necesaria es la correcta planificación de recursos institucionales. Por este motivo, el personal técnico especializado propone la creación de protocolos de actuación interinstitucional en VGMD, así como protocolos de actuación psicológica y grupal. También se sugiere la creación de mecanismos para la gestión de denuncias por parte de los/as profesionales.

Para los/as profesionales que trabajen en entornos relacionados con la Violencia de Género y Mujer con Discapacidad, se deberá acreditar su capacitación en igualdad de género, violencia de género y atención a personas con discapacidad. Según algunos estudios, la actuación interinstitucional mejoraría sustancialmente esta situación (Hughes et al., 2011).

Para ello, los países, y en particular Andalucía y España, deben promover recursos asistenciales y comunitarios, con una asignación presupuestaria que garantice una atención adecuada. Los gobiernos, en general, y el español en particular, deben implementar medidas fiscales, así como una serie de ayudas e incentivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres con discapacidad. Estas medidas fiscales y económicas deben complementarse con intervenciones en diferentes ámbitos sociales, como los servicios sanitarios, la vivienda y las necesidades asistenciales y educativas de este colectivo (Lund, 2011; Plummer y Findley, 2012).

Basado en los resultados, nosotros/as proponemos ahondar en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2011, pp. 15-16) en su “Informe Mundial sobre la Discapacidad:

1. Realizar acuerdos formales de servicios en el que las personas se involucran en la toma de decisiones y se gestionan los servicios de forma individualizada.
2. Implementar medidas de calidad como una mejor formación del personal asistencial.
3. Trabajar en pro de la eliminación de las barreras físicas que limitan su movimiento, principalmente en el transporte y en el acceso a las infraestructuras públicas y privadas e incentivar un modelo de participación social y ciudadana que les integre en la sociedad.

4. Aprovechar las ventajas de la tecnología que favorezcan su integración sociolaboral y educativa y democratizando el acceso a la administración en línea y a la educación gratuita.

Según el personal técnico especializado, otro de los aspectos a mejorar es el área administrativa, y de un cuerpo de policía específica en VGMD. También es necesario reforzar los organismos nacionales específicos en VGMD e incrementar el número de casas refugio. Otros estudios avalan que, en el área administrativa, es necesario que la actuación de la policía sea lo más contundente posible (Lund, 2011). También es necesario apostar por reforzar los recursos de la administración para proporcionar un adecuado tratamiento de la información, la atención en caso de situaciones de emergencia, especialmente vinculados a las necesidades de este colectivo.

Por último, con respecto al área legal/jurídica, algunos estudios proponen la calificación de Violencia de Género como delito y que se haga un cumplimiento efectivo de medidas de protección para las VGMD, así como el seguimiento efectivo de las propias medidas de protección. En el área jurídica, se precisa una mayor implicación del poder legislativo en la promulgación de leyes y decretos que amparen suficientemente a la mujer. Este requerimiento ha sido puesto de relevancia en la mayoría de los países (Hughes et al., 2011). El propio Consejo General del Poder Judicial cree necesario promover las asociaciones cuyo objetivo sea visibilizar a las mujeres con discapacidad intelectual víctimas de violencia de género (García y de Miguel, 2013, p. 92).

En definitiva, el tratamiento y prevención de la violencia hacia la mujer con discapacidad solo se puede afrontar través de un conjunto de medidas integrales; entre otras:

1. Favorecer que haya una mayor sensibilización social y administrativa (Del Pino, Triguero-Sánchez y Torres, 2017; Barranti y Yuen, 2008; Nixon, 2010).
2. Apostar por una mayor inversión en recursos y servicios que permitan a la mujer con discapacidad que sufre violencia al acceso a una información veraz, a servicios

de apoyo y recuperación (Healey, Humphreys y Howe, 2013; Powers et al., 2009).

3. Implementar medidas legislativas y normativas que garantice el derecho de la mujer a ejercer sus derechos con penas en lo penal y en lo procesal (Barger et al., 2009; Womendez y Schneiderman, 1991).
4. Apoyar a todas aquellas asociaciones y organizaciones que trabajan desde cualquier ámbito educativo, social, sanitario o asistencial para que se visibilice la información y el apoyo a este colectivo (Powers et al., 2002).
5. Promover que existan equipos multidisciplinares con la suficiente especialización para poder afrontar el reto de proporcionar una atención en diferentes ámbitos socioprofesionales, asistenciales y psicoemocionales (Brownridge, 2006 y 2009).
6. Elaborar un mapa de actuación que garantice desde la transversalidad y los equipos mutidisciplinares que se adoptan medidas integrales para todas las mujeres víctimas de violencia de género (Curry, Powers y Oschwald, 2003).

4. CONCLUSIONES

La adecuada atención a las mujeres con discapacidad que sufren violencia de género requiere la adopción de una serie de medidas asistenciales, sanitarias, informativas, laborales, educativas y de integración social que garanticen su correcta inclusión en la sociedad del siglo XXI, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

En este sentido, la formación e información, especialmente en el ámbito tecnológico, permite a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género alcanzar una mayor autonomía, facilitar su comunicación con otras personas e instituciones y favorecer la concienciación sobre su situación en términos de derechos humanos. Asimismo, es fundamental potenciar la difusión de esta problemática social, que con frecuencia permanece invisibilizada.

El tratamiento que los medios de comunicación –radio, prensa, televisión e internet– otorgan a esta realidad contribuye a

visibilizar la situación de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género y a promover la formulación de propuestas concretas por parte de los/as profesionales del sector. No obstante, se requiere una mayor implicación institucional. La formación de las autoridades en general, y de la policía en particular, en torno a la violencia de género y mujer con discapacidad (VGMD) desempeña un papel clave en la generación de estrategias de intervención efectivas. Esta implicación debe ir acompañada de medidas jurídicas eficaces.

La necesidad de contar con un cuerpo policial especializado en VGMD, la escasez de organismos nacionales dedicados a esta problemática y la insuficiencia de “casas refugio” evidencian la urgencia de establecer políticas concretas.

Por último, es imprescindible mejorar los recursos disponibles. La falta de medios para el desplazamiento y sus efectos adversos refuerzan la necesidad de implementar medidas de actuación concretas por parte de las administraciones públicas, de manera que la erradicación de la violencia contra las mujeres con discapacidad sea una realidad alcanzable.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados del presente estudio deben interpretarse considerando ciertas limitaciones. En primer lugar, debido al diseño transversal, no es posible establecer una relación causal a partir de los hallazgos. No obstante, este estudio ha evidenciado la necesidad de fortalecer el uso de la tecnología y de fomentar una mayor implicación institucional para apoyar a las mujeres con discapacidad.

En segundo lugar, la muestra del estudio es relativamente pequeña. Contar con una muestra más amplia permitiría obtener información adicional sobre otros factores asociados al trato que recibe la mujer con discapacidad por parte del personal técnico.

En tercer lugar, los resultados obtenidos no pueden generalizarse a toda España, ya que el estudio se llevó a cabo exclusivamente en Andalucía.

Por último, los datos recopilados se basaron en autoinformes, por lo que los/as participantes podrían haber respondido de manera influenciada por la discapacidad social

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASOCIACIÓN FEVAS-PLENA INCLUSIÓN EUSKADI (2013) *Guía para personas con discapacidad intelectual y personal de apoyo*. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe de la Universidad de Deusto.
- BARGER, E., WACKER, J., MACY, R. y PARISH, S. (2009). Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: A critical review of the evidence”. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 249-262. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.4.249>
- BARILE, M. (2002). Individual-systemic violence: Disabled women’s standpoint. *Journal of International Women’s Studies*, 4(1), 1-14.
- BARRANTI, C. y YUEN, F. K. O. (2008). Intimate partner violence and women with disabilities: Toward bringing visibility to an unrecognized population. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 7(2), 115-130. <https://doi.org/10.1080/15367100802081169>
- BARRETT, K., O’DAY, B. L., ROCHE, A. y CARLSON, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women’s Health Issues*, 19(2), 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.005>
- BREIDING, M. J. y ARMOUR, B. S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(6), 455-457. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.03.017>.
- BROWNRIDGE, D. A. (2006). Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9), 805-822. <https://doi.org/10.1177/1077801206292681>
- BROWNRIDGE, D. A. (2009). Situating research on safety promoting behaviors among disabled and deaf victims of interpersonal violence. *Violence Against Women*, 15(9), 1075-1079. <https://doi.org/10.1177/1077801209340311>
- CASTEEL, C., MARTIN, S. L., SMITH, J., GURKA, K. K. y KUPPER, L. L. (2008). National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Journal of Injury and Prevention* 14(2), 87-90. <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2007.016451>
- CHANG, J. C., MARTIN, S. L., MORACCO, K. E., DULLI, L., SCANDLIN, D., LOUCKS-SORREL, M. B., TURNER, T., STARSONECK, L., DORIAN, P. N. y BOU-SAADA, I. (2003). Helping women with

- disabilities and domestic violence: Strategies, limitations and challenges of domestic violence programs and services. *Journal of Women's Health*, 12(7), 699-708.
<https://doi.org/10.1089/154099903322404348>
- COHEN, M. M., FORTE, T., DUMONT, J., HYMAN, I. y ROMANS, S. (2006) Adding insult to injury: Intimate partner violence among women and men reporting activity limitations. *Annals of Epidemiology*, 16(8), 644-651.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.12.005>
- COPEL, L. C. (2006). Partner abuse in physically disabled women: A proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 114-129.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00059.x>
- CURRY, M. A., POWERS, L. E. y OSCHWALD, M. (2003). Development of an abuse screening tool for women with disabilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 123-141.
https://doi.org/10.1300/J146v08n04_06
- CURRY, M. A., RENKER, P., HUGHES, R. B., ROBINSON-WHELEN, S., OSCHWALD, M., SWANK, P. R., POWERS, L. E. (2009). Development of measures of abuse among women with disabilities and the characteristics of their perpetrators. *Violence Against Women*, 15(9), 1001-1025.
<https://doi.org/10.1177/1077801209340306>
- CURRY, M. A., RENKER, P., HUGHES, R. B., ROBINSON-WHELEN, S., OSCHWALD, M. SWANK, P. R., POWERS, L. E. (2011). Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities". *Violence and Victims*, 26(4), 430-444.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.4.430>
- DANIEL, J., VÁZQUEZ-CANO, E. y GISBERT, M. (2015). The future of MOOCs: Adaptive Learning or Business Model? *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 12(1), 64-73.
<http://dx.doi.org/10.7238/rusc.v12i1.2475>
- DEL PINO, M. J., TRIGUERO-SÁNCHEZ, R. y Torres, J. (2017). *Indicadores de violencia de género en el Perú: La percepción del personal técnico de los Centros de Emergencia Mujer*. Anthropos Editorial.
- DUNKLE, K., VAN DER HEIJDEN, I., STERN, E. y Chirwa, E. (2018). Disability and Violence against Women and Girls: Emerging Evidence from the What Works to Prevent Violence against Women and Girls Global Programme.

- FUNDACIÓN CARMEN PARDO-VALCARCE DE FEAPS MADRID (2013). *Protocolo de actuación ante los abusos sexuales y la violencia doméstica y de género a personas con discapacidad intelectual*.
- FUNDACIÓN CERMI MUJERES (2015). *Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la macroencuesta 2015*. Ediciones S Cinca.
- GARCÍA DE LOS REYES, C. y DE MIGUEL VIJANDI B. (2013). Violencia contra las mujeres con discapacidad: marco normativo nacional e internacional. En R. Pérez-Puig González (Coord.) *Mujer, discapacidad y violencia* (pp. 77-99). Consejo General del Poder Judicial.
- GONZÁLEZ-ZAMAR, M. D., ABAD-SEGURA, E., VÁZQUEZ-CANO, E. y LÓPEZ-MENESES, E. (2020). IoT Technology Applications-Based Smart Cities: Research Analysis. *Electronics*, 9(8) 1246. <https://doi.org/10.3390/electronics9081246>
- GROSSMAN, S. F. y LUNDY, M. (2008). Double jeopardy: A comparison of persons with and without disabilities who were victims of sexual abuse and/or sexual assault. *Journal of Social Work in Disability y Rehabilitation*, 7(1) 19-46. <https://doi.org/10.1080/15367100802009715>
- HASSOUNEH-PHILLIPS, D. y MCNEFF, E. (2005a). I thought I was less worthy: Low sexual and body esteem and increased vulnerability to intimate partner abuse in women with physical disabilities. *Sexuality y Disability*, 23(4) 227-240. <https://doi.org/10.1007/s11195-005-8930-3>
- HASSOUNEH-PHILLIPS, D., MCNEFF, E., POWERS, L. y CURRY, M. A. (2005b). Invalidation: A central process underlying maltreatment of women with disabilities. *Women y Health*, 41(1), 33-50. https://doi.org/10.1300/J013v41n01_03
- HEALEY, L., HUMPHREYS, C. y HOWE, K. (2013). Inclusive domestic violence standards: strategies to improve interventions for women with disabilities? *Violence and Victims*, 28(1), 50-68. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.28.1.50>
- HUGHES, R. B., LUND, E. M., GABRIELLI, J., POWERS, L. E. y CURRY, M. A. (2011). Prevalence of interpersonal violence against community-living adults with disabilities: a literature review. *Rehabilitation Psychology* 56(4), 302-319. <https://doi.org/10.1037/a0025620>
- HUGHES, R. B., CURRY, M. A., OSCHWALD, M. M., CHILD, B., LUND, E. M., SULLIVAN, M. J., y POWERS, L. (2011). Responding to interpersonal crime victims with disabilities: The perspective

- of law enforcement. *Journal of Policy Practice*, 10(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/15588742.2011.582812>
- IZQUIERDO, M. J. (2000). *Cuando los amores matan*. Ediciones Libertarias.
- LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- LI, L., FORD, J. A. y MOORE, D. (2000). An exploratory study of violence, substance abuse, disability and gender. *Social Behavior and Personality*, 28(1), 61-71. <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.1.61>
- LIGHTFOOT, E. y WILLIAMS, O. (2009). Critical issues in researching domestic violence among people of color with disabilities. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 18(2), 200-219. <https://doi.org/10.1080/10926770802675684>
- LUND, E. M. (2011). Community-based services and interventions for adults with disabilities who have experienced interpersonal violence: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(4), 171-182. <https://doi.org/10.1177/1524838011416377>
- MARTIN, S. L., RAY, N., SOTRES-ALVAREZ, D., KUPPER, L. L., MORACCO, K. E., DICKENS, P. A., SCANDLIN, P. y GIZLICE, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 823-837. <https://doi.org/10.1177/1077801206292672>
- MILBERGER, S., ISRAEL, N., LEROY, B., MARTIN, A., POTTER, L. y PATCHAKSCHUSTER, P. (2003). Violence against women with physical disabilities. *Violence and Victims*, 18(3) 581-591.
- MORALES-VALLEJO, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Universidad Rafael Landívar.
- NANNINI, A. (2006). Sexual assault patterns among women with and without disabilities seeking survivor services. *Women's Health Issues* 16(6), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.10.001>
- NIXON, J. H. C. (2010). Marshalling the evidence: Using intersectionality in the domestic violence frame. *Social Politics*, 17(2), 137-158. <https://doi.org/10.1093/sp/jxq003>
- NOSEK, M. A. y HOWLAND, C. (1997). Sexual abuse and people with disabilities. En M. L. Sipski & C. J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness* (pp. 577-594). Aspen Publishers.

- NOSEK, M. A., HUGHES, R. B., TAYLOR, H. B., y TAYLOR, P. (2006). Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 838-850. <https://doi.org/10.1177/1077801206292671>
- OKIN, S. (1989). *Justice, Gender and the Family*. Basic Books.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- PAZ RODRÍGUEZ, J. I. y FERNÁNDEZ ZURBARÁN, P. (2014). *El novio de mi hija la maltrata: ¿qué podemos hacer? Guía para madres y padres con hijas adolescentes que sufren violencia de género (Andalucía)*. Instituto Andaluz de la Mujer.
- PÉREZ-LÓPEZ, C. (2009). *Técnicas estadísticas multivariantes con SPSS*. Garceta grupo editorial.
- PLUMMER, S. B. y FINDLEY, P. A. (2012). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field. *Trauma Violence Abuse*, 13(1), 15-29. <https://doi.org/10.1177/1524838011426014>
- POWERS, L. E., CURRY, M. A., OSCHWALD, M., MALEY, S., SAXTON, M. y ECKELS, K. (2002). Barriers and strategies in addressing abuse: A survey of disabled women's experiences. *Journal of Rehabilitation* 68, 4-13.
- POWERS, L. E., RENKER, P., ROBINSON-WHELEN, S., OSCHWALD, M., HUGHES, R., SWANK, P. y CURRY, M. A. (2009). Interpersonal violence and women with disabilities: Analysis of safety promoting behaviors. *Violence Against Women*, 15, 1040-1069. <https://doi.org/10.1177/1077801209340309>
- SAU, V. (1998). De la violencia estructural a los micromachismos. En V. Fisas Armengol (Ed.), *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia* (pp. 165-174). Icaria.
- SAXTON, M., CURRY, M. A., POWERS, L. E., MALEY, S., ECKELS, K., y GROSS, J. (2001). Bring my scooter so I can leave you: A study of disabled women handling abuse by personal assistance providers. *Violence Against Women*, 7, 393-417. doi:10.1177/10778010122182523
- SAXTON, M., MCNEFF, E., POWERS, L. E., CURRY, M. A., LIMONT, M. y BENSON, J. (2006). "We are all little John Waynes: A study of disabled men's experiences of abuse by personal assistants". *The Journal of Rehabilitation* 72(4): 3-13.

- SCOTT, J. (1986). Gender: a useful category of historical analysis. *American Historical Review*, 91(5), 1053-1075.
- SLAYTER, E. (2009). Intimate partner violence against women with disabilities: Implications for disability service system case management practice. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 18, 182-199.
<https://doi.org/10.1080/10926770802675668>
- SMITH, D. L. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioural risk factor surveillance system. *Sexuality and Disability*, 26(1): 15-28.
- SMITH, D. L. y STRAUSSER, D. R. (2008). Examining the impact of physical and sexual abuse on the employment of women with disabilities in the United States: An exploratory analysis. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1039-1046.
<https://doi.org/10.1080/09637480701539542>
- STOLLER, R. J. (1968. *Sex and Gender*). Karnac.
- SWEDLUND, N. P. y Nosek, M. A. (2000). An exploratory study on the work of independent living centers to address abuse of women with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 57-64.
- VÁZQUEZ-CANO, E. (2012). Propuesta de un inventario de recursos tecnológicos para el tratamiento del alumno con discapacidad en el espacio europeo de educación superior. *Tendencias pedagógicas*, 20, 71-92.
- VÁZQUEZ-CANO, E. y SEVILLANO, M. L. (2015). Emotional obstacles and fears influencing the use of Learning Management Systems in Distance Education. *Technics Technologies Education Management*, 10(3), 394-403.
<https://doi.org/10.1108/17415651011031635>
- WANG, C. K. y ANG, B. L. (2004). Determinants of venture performance in Singapore. *Journal of Small Business Management*, 42(4), pp. 347-363.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-627X.2004.00116.x>
- WOMENDEZ, C. y Schneiderman, K. (1991). Escaping from abuse: Unique issues for women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 9, 273-279.
- YOUNIS, J. A. (1999). *Violencia contra las mujeres y transformación social*. Instituto Psicosocial Manuel Alemán Álamo

ANEXO 1: CUESTIONARIO “VIOLENCIA DE GÉNERO Y MUJERES CON DISCAPACIDAD. DIRIGIDO AL PERSONAL TÉCNICO”

Estamos realizando un estudio sobre la percepción del personal técnico que trabaja con personas con diferentes tipos de discapacidad y la violencia de género en varios países. Nos gustaría que participaras respondiendo a las preguntas que te presentamos. No se trata de un test, por lo que no hay preguntas correctas ni incorrectas. Sólo queremos conocer tu opinión. Los resultados que obtengamos serán útiles si lo contestas con sinceridad.

Vamos a entender la violencia de género desde el concepto de la legislación andaluza y española: la ejercida por su pareja o expareja, cuando ha habido o hay una relación sentimental (sea novio, marido, amante...) y solamente la ejercida de él hacia ella.

Por favor si no sabe alguna respuesta ponga NS (no sabe) y no se preocupe. Comience cuando disponga de una hora porque es largo y el tema complejo. Les rogamos que rellene el cuestionario de forma INDIVIDUAL.

Si desea rellenerlo presencialmente en la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, puede ponerse en contacto con la Dra. María José del Pino Espejo, de la Universidad Pablo de Olavide, en Sevilla (España) a través de su cuenta de correo institucional mjpinesp@upo.es

7. ¿Cuántas personas trabajan en su organización o centro donde usted trabaja?:

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. Menos de 10 | 3. Entre 50 y 250 |
| 2. Entre 10 y 50 | 4. Más de 250 |

8. Tipo de discapacidad de las personas con las que trabaja:

- | | |
|---|--|
| 1. Discapacidad intelectual, del desarrollo o cognitiva | 4. Discapacidad psicosocial |
| 2. Discapacidad física | 5. Trabajo con víctimas de violencia de género |
| 3. Discapacidad sensorial | 6. Otro |

9. ¿Desea precisar alguna cuestión acerca de la discapacidad o el colectivo (víctimas de violencia de género...) con el que trabaja?:

10. ¿Su organización está centrada en una sola discapacidad o en varias?:

11. Señale si no trabaja directamente con la discapacidad, pero sí forma o puede formar parte de la realidad de su trabajo:

Sí No

12. Indique, si lo desea, a qué se dedica:

13a. Indique el tiempo que lleva trabajando en temas de discapacidad:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 1 año | 4. Entre 5 y 10 años |
| 2. Entre 1 y 3 años | 5. Entre 10 y 20 años |
| 3. Entre 3 y 5 años | 6. Más de 20 años |

13b. Indique el tiempo que lleva trabajando en temas de violencia de género:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 1 año | 4. Entre 5 y 10 años |
| 2. Entre 1 y 3 años | 5. Entre 10 y 20 años |
| 3. Entre 3 y 5 años | 6. Más de 20 años |

14. Indique su tipo de contrato laboral:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Fijo | 4 Estoy de prácticas |
| 2 Temporal | 5 Soy voluntario/a |
| 3 Soy Becario/a | |

15a. ¿Podría, por favor, explicar su trayectoria trabajando con la discapacidad?

15b. ¿Podría, por favor, explicar su trayectoria trabajando con la violencia de género?

BLOQUE 2.1.: AGENTES DE SOCIALIZACIÓN

Nos gustaría saber su percepción acerca de los siguientes ítems.

1. Recuerde la escala: nada de acuerdo 1-2-3-4-5 totalmente de acuerdo; NS no sabe; NC no contesta:

- i. Cuando detecto un caso de violencia de género lo primero que hago es acudir a la familia de la usuaria víctima de violencia de género
- ii. Cuando detecto un caso de violencia de género lo primero que hago es corroborarlo con los/as amigos/as de la víctima en el centro
- iii. Me doy cuenta de que la usuaria padece violencia de género porque me lo cuentan sus amigos/as
- iv. Me doy cuenta de que la usuaria padece violencia de género porque me lo cuenta su familia
- v. Ella misma lo cuenta y viene a mí/a nosotros/as

2. ¿Qué tipo de violencia de género ha detectado entre sus usuarias (recuerde que le preguntamos acerca de la violencia ejercida por el hombre a su pareja o ex-pareja mujer y sólo si ha habido o hay un vínculo sentimental):

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Violencia psicológica | 3. Violencia económica |
| 2. Violencia física | 4. Violencia sexual |

3. Comentarios o aclaraciones que desee exponer:

BLOQUE 2.2.: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

Nos gustaría saber su percepción acerca de los siguientes ítems

1. Recuerde la Escala: Nada de acuerdo 1-2-3-4-5 totalmente de acuerdo; NS no sabe; NC no contesta:

- i. Hago formación/capacitación *online* sobre violencia de género y personas con discapacidad
- ii. Realizo formación/capacitación presencial sobre violencia de género y personas con discapacidad
- iii. Nunca me he formado en violencia de género y mujer con discapacidad
- iv. Sigo las redes sociales (*Facebook, Twitter, LinkedIn...*) en el tema de violencia de género y mujer con discapacidad
- v. La formación en TIC para las mujeres con discapacidad les proporciona una mayor autonomía
- vi. Para las mujeres con discapacidad, las redes sociales pueden ser un importante vehículo para comunicarse con el exterior
- vii. Los entornos informáticos son androcéntricos (lenguaje sexista, estereotipos de género...)
- viii. Las mujeres con discapacidad tienen importantes barreras para acceder a una tecnología adaptada a las necesidades de su discapacidad
- ix. Las TIC pueden ser una importante herramienta para permitir el teletrabajo de la mujer con discapacidad
- x. Las TIC pueden ser una herramienta útil para la concienciación social de los Derechos Humanos
- xi. No existen webs, apps, canales contra la violencia de género y mujeres con discapacidad
- xii. No existen campañas de prevención de la violencia de género en mujeres con discapacidad mediante el uso responsable de las TIC
- xiii. La televisión en general trata de forma adecuada los temas de violencia de género en mujeres con discapacidad
- xiv. La radio en general trata de forma adecuada los temas de violencia de género en mujeres con discapacidad

- xv. Las redes sociales en general tratan de forma adecuada los temas de violencia de género en mujeres con discapacidad
- xvi. La prensa en general trata de forma adecuada los temas de violencia de género en mujeres con discapacidad
- xvii. Una tecnología con precios asequibles ayuda a prevenir la violencia de género en mujer con discapacidad
- xviii. La formación en tecnología ayuda a trabajar sobre las consecuencias de la violencia de género en mujeres con discapacidad

2. ¿Había reflexionado anteriormente sobre estos temas?

BLOQUE 3: NUDOS CRÍTICOS

Por favor, responda en función a la percepción que tenga respecto al enunciado recogido en cada una de las preguntas. Recuerde que debe elegir entre 1 (nada de acuerdo) y 5 (de acuerdo totalmente) o NS (no sabe) / NC (no contesta).

Este apartado está pensado para personal técnico que trabaja con víctimas de violencia de género. Entendemos si no tiene percepción de algunos de los campos que se exponen, pero créanos que son de vital importancia para la lucha contra esta lacra social.

BLOQUE 3.1: SITUACIÓN ACTUAL

- i. La adopción de resoluciones contradictorias por parte de la fiscalía de familia y/o penales afecta negativamente a la situación de las mujeres con discapacidad violentadas.
- ii. La adopción de resoluciones contradictorias por parte de la fiscalía de familia y/o penales afecta negativamente a la situación de los hijos e hijas de las mujeres con discapacidad violentadas
- iii. El que no se ejecuten adecuadamente las medidas de protección hacia las víctimas afecta negativamente a la confianza de las mujeres con discapacidad en el sistema de protección
- iv. El que no se ejecutan adecuadamente las medidas de protección hacia las víctimas con discapacidad refuerza la actitud de los maltratadores
- v. El machismo está muy arraigado en la sociedad de nuestro país
- vi. Necesito formación/capacitación en género y mujer con diferentes capacidades o con discapacidad
- vii. Necesito formación/capacitación en violencia de género y mujer con diferentes capacidades o con discapacidad
- viii. En nuestro país no se hace un tratamiento diferenciado ni especializado hacia las mujeres víctimas de violencia de género con diferentes capacidades o con discapacidad
- ix. La policía de nuestro país tiene formación/capacitación en diferentes capacidades o en personas con discapacidad
- x. Las autoridades judiciales de nuestro país tienen formación/capacitación en diferentes capacidades o en personas con discapacidad
- xi. Las autoridades fiscales de nuestro país tienen formación/capacitación en diferentes capacidades o en personas con discapacidad

- xii. Las autoridades locales de nuestro país tienen formación/capacitación en diferentes capacidades o en personas con discapacidad
- xiii. Nuestra entidad hace informes sobre nuestras usuarias víctimas de violencia de género
- xiv. Estos informes que emite nuestra entidad sobre nuestras usuarias víctimas de violencia de género no se tienen en cuenta en los procesos penales contra el agresor
- xv. El personal sanitario en nuestro país tiene formación/capacitación en diferentes capacidades o en personas con discapacidad
- xvi. En nuestro país existe una red pública de casas refugio/casas de acogida para las víctimas de violencia de género
- xvii. Esta red pública de casas refugio/casas de acogida para las víctimas de violencia de género, no está adaptada a mujeres con diferentes capacidades o con discapacidad

BLOQUE 3.2: FORMACIÓN/CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL

- i. Las autoridades policiales de nuestro país tienen formación en género
- ii. Las autoridades policiales de nuestro país tienen formación en discapacidad
- iii. Las autoridades locales de nuestro país tienen formación en género
- iv. Las autoridades locales de nuestro país tienen formación en discapacidad
- v. Las y los profesionales de los centros de salud están suficientemente capacitados/as en lo referente a la violencia de género
- vi. Las y los profesionales de los centros de salud están suficientemente capacitados/as en lo referente a la violencia de género con mujeres con discapacidad

BLOQUE 3.3: INTERVENCIONES

- i. Las autoridades locales de nuestro país cumplen con sus obligaciones en el tratamiento de la violencia de género en mujeres con discapacidad

- ii. En nuestro sistema educativo, las campañas de sensibilización en violencia de género y mujer con diferentes capacidades o discapacidad son suficientes
- iii. En nuestro sistema educativo, el trabajo de prevención en violencia de género y mujeres con diferentes capacidades o con discapacidad es suficiente
- iv. En este país, cada región/distrito/Comunidad Autónoma actúa de forma diferente en relación con la intervención en violencia de género en mujeres con discapacidad
- v. En este país, cada región/distrito/Comunidad Autónoma actúa de forma diferente en relación con la coordinación en violencia de género en mujeres con discapacidad

BLOQUE 3.4: ACCESO A RECURSOS

- i. Algunos recursos de atención están lejos de los núcleos de población
- ii. El que algunos recursos de atención están lejos de los núcleos de población, afecta negativamente el acceso a las víctimas con discapacidad
- iii. Las víctimas con discapacidad no cuentan con recursos económicos para desplazarse a los recursos de atención
- iv. El hecho de que las víctimas con discapacidad no cuenten con recursos económicos para desplazarse a los recursos de atención, también les afecta negativamente
- v. ¿Crees que las mujeres víctimas de violencia de género y con diferentes capacidades o con discapacidad tienen algún tipo de aislamiento o de carencia económica?

BLOQUE 4: PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Por favor siga respondiendo en función a la percepción que tenga respecto al enunciado recogido en cada una de las preguntas. Recuerde que debe elegir entre 1 (nada de acuerdo) y 5 (de acuerdo totalmente) o NS (no sabe)/ NC (no contesta).

BLOQUE 4.1: PROPUESTAS PARA PROFESIONALES

- i. Es necesario la puesta en marcha de un Plan de capacitación/formación específica en materia de violencia de género y diferentes capacidades o personas con discapacidad, dirigido a todas las autoridades que trabajan con mujeres víctimas de violencia de género
- ii. Es necesario la puesta en marcha de un Plan de capacitación/formación específica en materia de violencia de género y diferentes capacidades o personas con discapacidad, dirigido a todas/os las/os profesionales que trabajan con mujeres víctimas de violencia de género
- iii. Es necesaria la reorganización, redistribución de recursos y delimitación de competencias para evitar la victimización secundaria de las mujeres con diferentes capacidades o con discapacidad víctimas de violencia de género. Es decir, la aprobación de un Protocolo de Actuación Interinstitucional donde se tenga en cuenta las diferentes capacidades o las personas con discapacidad
- iv. Es necesario que se lleve a cabo una intervención psicológica con las víctimas adaptada a las diferentes capacidades o con discapacidad, de forma individual, sin un límite determinado de sesiones, hasta su total recuperación
- v. Es necesario que se lleve a cabo una intervención psicológica con las víctimas atendiendo a la inclusión de todas las capacidades o personas con diferentes discapacidades, de forma grupal, sin un límite determinado de sesiones, hasta su total recuperación
- vi. Es necesario canalizar mecanismos de denuncia ante las instancias superiores de aquellas/os profesionales que no respeten las diferentes capacidades o las personas con discapacidad en el ejercicio de su función

- vii. Es necesario acreditar capacitación/formación específica en materia de igualdad de género en los procesos de selección de nuestro personal en nuestra entidad
- viii. Es necesario acreditar capacitación/formación específica en materia de violencia de género en los procesos de selección de nuestro personal en nuestra entidad
- ix. Es necesario acreditar capacitación/formación específica en materia de diferentes capacidades o personas con distintas discapacidades en los procesos de selección de nuestro personal

¿Qué otras soluciones propondrían para las víctimas de violencia de género y con discapacidad o con diferentes capacidades?

BLOQUE 4.2: REFORZAMIENTO DE INSTITUCIONES

- i. Es necesario la creación de juzgados específicos en materia de violencia de género para personas con diferentes capacidades o con discapacidad
- ii. Es necesario que se cree una fiscalía especializada en materia de violencia contra las mujeres teniendo en cuenta las diferentes capacidades o las discapacidades
- iii. Dentro de las Fuerzas de Seguridad del Estado es necesario reforzar con un cuerpo policial para la violencia contra las mujeres con diferentes capacidades o con discapacidad
- iv. Es necesario reforzar el papel de los organismos nacionales encargados de la violencia de género dentro de la estrategia del Ministerio que corresponda, según su país ej. En el Perú son Centros de Emergencia Mujer CEM y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP
- v. Es necesario reforzar las Casas de Acogida/Casas Refugio dentro de la estrategia del Ministerio que corresponda, según su país desde la inclusión de las mujeres con diferentes capacidades o con discapacidad

Cuéntenos por favor acerca de su país, qué experiencia tienen, qué les falta, qué está bien...

BLOQUE 4.3: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

- i. Es necesario la creación de espacios de coordinación interinstitucionales sobre la violencia de género con carácter obligatorio donde se tenga en cuenta las diferentes capacidades o las personas con discapacidad
- ii. Es necesario el reforzamiento de una red pública de casas refugio/casas de acogida para albergar a las mujeres víctimas de violencia de género que tenga en cuenta, además, las diferentes capacidades o las víctimas de violencia de género con discapacidad

¿Qué otro tipo de coordinación ve necesaria?

BLOQUE 4.4: EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS

- i. Es necesario que la violencia de género se considere como delito y no como falta
- ii. Es necesario la exigencia del cumplimiento de las medidas de protección para las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género
- iii. Es necesario la exigencia del seguimiento continuo de las medidas de protección para las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género

¿Son efectivas estas medidas en su país?

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si necesita más información sobre este estudio, por favor póngase en contacto con la Profesora Dra. María José del Pino Espejo email: de la Universidad Pablo de Olavide en España, de Sevilla, España:
mjpinesp@upo.es

Muchísimas gracias por su colaboración

ANEXO 2⁶: QUESTION PAPER “GENDER VIOLENCE AND WOMEN WITH DISABILITIES. ADRESSED TO TECHNICAL STAFF”

We are conducting this research about the perception of the technical staff that work with people with different types of disabilities and gender violence in various countries. We would like it if you could participate answering the questions we present you here. It is not a test, so there are no correct or wrong answers. We just want your opinion. The results we obtain are useful if you answer honestly.

We are going to understand gender violence from the perspective of the Andalusian and Spanish legislation: the one exerted by the partner or former partner, when there is or there was a sentimental relationship (said boyfriend, husband, lover...) and just the one exerted from him to her.

Please, if you do not know an answer, do not worry you just need to reply with a DN of Don't know. Please, start the questionnaire when you have one free hour because it is long, and the theme is complex.

We beg you fill the questionnaire individually. If you want to fill it in group, contact with me in order to find out an alternative via e-mail at PhD María José del Pino Espejo from Pablo de Olavide University, Seville, Spain, or via WhatsApp [...]. If you have any doubt, do not hesitate to contact me.

⁶ Estos proyectos se han trabajado y compartido con nuestro alumnado de Grado, voluntario, interno y de prácticas. Esta traducción al inglés fue parte de sus tareas y obedece a la vocación de replicar estos estudios en más países no sólo de habla en español, de ahí nuestra intención de mostrar la herramienta en otra lengua como el inglés. Ambos idiomas -inglés y español- invitan a expandir nuestras redes en esta lucha por un trato sin violencias dentro de las relaciones de pareja.

work?

1 Less than 10

3 Between 50 and 250

2 Between 10 and 50

4 More than 250

8. Type of disabilities of the people you work with:

1 Intellectual, developmental or cognitive disability.

4 Psychosocial disability

2 Physical disability

5 I work with people who are victim of gender violence

3 Sensory disability

6 Other

9. If you want to specify any question about the type of disability or group (victims of gender violence...) you work with, you can do it here:

10. Is your organization focused on one or various disabilities?

11. I do not work directly with people with disabilities, but they are part or could be part of the reality of my work.

Yes

No

12. What is your job about? Please, could you tell us what you do? I have been working in matters of disability:

1 Less than a year

4 Between 5 and 10 years

2 Between 1 and 3 years

5 Between 10 and 20 years

3 Between 3 and 5 years

6 More than 20 years

13. I have been working in matters of gender violence

1. Less than a year

4 Between 5 and 10 years

2 Between 1 and 3 years

5 Between 10 and 20 years

3 Between 3 and 5 years

6 More than 20 years

14. I am working with this type of contract:

1. Permanent Contract

4. I have an internship

2. Fixed-term Contract

5. I am a volunteer

3. I am an apprentice

15. Could you please explain your career working with disability?

16. Could you please explain your career working with gender violence?

SECTION 2.1: SOCIALIZING AGENTS

We would like to know your perception of the following items. Remember the scale: I completely disagree 1-2-3-4-5 I completely agree; DN (I don't know); DA (I don't answer).

- i. When I find out a gender violence case, the first thing I do is turn to the family of the person victim of gender violence.
- ii. When I find out a gender violence case, the first thing I do is confirm it with her friends of the center
- iii. I realize that the person suffers from gender violence because her friends told me
- iv. I realize that the person suffers for gender violence because her family told me
- v. The person herself tells me/us about it.

What type of gender violence have you notice in the people you work with? (Remember that we are asking about the violence exerted by the man to his partner or former partner and just if they have or had a sentimental relationship?)

1 Psychological violence
2 Psychical violence

3 Economic violence
4 Sexual violence

Comments or clarifications.

SECTION 2.2: INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES

We would like to know your perception of the following items. Remember the scale: I completely disagree 1-2-3-4-5 I completely agree; DN (I don't know); DA (I don't answer).

- i. I do online training/learning about gender violence and people with disability.
- ii. I do on-site classes training/learning about gender violence and disability.
- iii. I am not trained on gender violence and women with disabilities.

- iv. I follow social networks (Facebook, Twitter, LinkedIn...) that talk about gender violence and women with disabilities.
- v. Training in ICT for women with disabilities provide them a bigger autonomy.
- vi. For women with disabilities, social networks can be an important vehicle to communicate with the outside.
- vii. Computer environments are androcentric (sexist language, gender stereotypes, etc)
- viii. Women with disabilities have important obstacles to access a technology that is adapted to the necessities of their disability.
- ix. ICTs can be an important tool to allow the telecommuting of disabled women.
- x. ICTs can be a useful tool for raising awareness about Human Rights
- xi. There is no web, app or channel against gender violence and women with disabilities.
- xii. There is no gender violence prevention campaign by means of the responsible use of ICT
- xiii. In general, TV treats adequately themes of gender violence on women with disabilities.
- xiv. In general, radio treats adequately themes of gender violence on women with disabilities.
- xv. In general, social networks treats adequately themes of gender violence on women with disabilities.
- xvi. In general, journals treat adequately themes of gender violence on women with disabilities.
- xvii. A technology with affordable prices helps to prevent gender violence in women with disabilities.
- xviii. Training in technology helps to work about the consequences of gender violence on women with disabilities.

Have you reflected on these matters before?

SECTION 3: CRITICAL NODES

Please, answer based on the perception you have according to the statement made in each of the questions. Remember that you have to choose between 1 (I completely disagree) and 5 (I completely agree) or DN, I don't know or DA, I don't answer.

This section is addressed to technical staff that work with victims of gender violence. We understand if you do not have any perception on some of the fields that are exposed but believe us that they are of great importance in the fight against this social scourge.

SECTION 3.1: CURRENT SITUATION

- i. The contradictory resolutions taken by the family and/or public prosecutor 'criminal adversely affect the circumstances of women with disabilities who are victims of violence
- ii. The contradictory resolutions taken by the family and/or criminal prosecutor's office adversely affect the circumstances of women's sons and daughters with disabilities who are victims of violence.
- iii. The fact that protection measures for victims are not accurately performed, adversely affects to women with disabilities trust within the protection system.
- iv. The fact that protection measures for victims with disabilities are not accurately performed reinforce the batterer's attitude, SELU
- v. The male chauvinism is deeply rooted in the society of our country.
- vi. I need training in gender and women with different abilities or with disabilities.
- vii. I need training in gender violence and women with different abilities or with disabilities.
- viii. In our country there is not a different or specialized treatment for victims of gender violence with different abilities or with disabilities.
- ix. In our country, the police is trained in how to proceed with people with different abilities or with disabilities.
- x. Our country's judicial authorities are trained in how to proceed with people with different abilities or with disabilities.
- xi. Our country's fiscal authorities are trained in how to proceed with people with different abilities or with disabilities.

- xii. Our country's local authorities are trained in how to proceed with people with different abilities or with disabilities.
- xiii. Our organization makes reports about the users of us who have suffer from gender violence.
- xiv. These reports, that have been announced by our organization about the users of us who have suffer from gender violence, are not taken into account during the criminal procedure against the aggressor.
- xv. Our country's sanitary staff is trained in how to proceed with people with different abilities or with disabilities.
- xvi. In our country there is a public shelter network for victims of gender violence.
- xvii. This public shelter network for victims of gender violence is not adapted to women with different abilities or disabilities.

SECTION 3.2: INSTITUTIONAL TRAINING

- i. Our country's police authorities are trained in gender.
- ii. Our country's police authorities are trained in disability.
- iii. Our country's local authorities are trained in gender.
- iv. Our country's local authorities are trained in disability.
- v. Professionals at medical centers are trained enough in gender violence.
- vi. Professionals at medical centers are trained enough in gender violence, specifically with women with disabilities.

SECTION 3.3: INTERVENTIONS

- i. Our country's local authorities are fulfilling their obligations in how to proceed in gender violence regarding women with disabilities.
- ii. In our educational system, the awareness campaign on gender violence and women with different abilities or with disabilities are enough.
- iii. In our educational system, the precautionary work on gender violence and women with different abilities or disabilities are enough.
- iv. In this country, each region or district proceed in a different way regarding interventions on gender violence in women with disability.

- v. In this country, each region or district act in a different way regarding the coordination on gender violence in women with disability.

SECTION 3.4: ACCES TO RESOURCES

- i. Some care institutions are far from the population centers.
- ii. The fact that some care institutions are far from the population centers negatively affects the access to victims with disabilities.
- iii. Victims with disabilities do not have the economic resources to go to care institutions.
- iv. The fact that victims with disabilities do not have the economic resources to go to care institutions also affects them negatively.

Do you think that women who are victims of gender violence with different abilities or with disabilities have some kind of isolation or economic scarcity?

SECTION 4: SUGGESTIONS FOR A SOLUTION

Please, continue to answer according to what you think about the content of the following questions. Remember that you must choose between 1 (don't agree at all) and 5 (completely agree) or DK/NA.

SECTION 4.1: SUGGESTIONS FOR PROFESSIONALS

- i. It is necessary to implement a specific training plan on gender violence and on people with different abilities or with disabilities, addressed to all authorities working with women who are victims of gender violence.
- ii. It is necessary to implement a specific training plan on gender violence and on people with different abilities or with disabilities, addressed to all professionals working with women who are victims of gender violence.
- iii. A reorganization, a redistribution of resources and a delimitation of competencies are necessary to avoid secondary victimization of women with different abilities or with disabilities who are victim of gender violence. In other words, the approval of an Inter-institutional Action Plan that takes into account people with different abilities or with disabilities.
- iv. It is necessary to achieve a psychological intervention with victims, that it must be adapted to people with different abilities or with disabilities in an individual way, without an established quantity of sessions, until his/her full recovery.
- v. It is necessary to achieve a psychological intervention with victims, providing systems for an inclusion of people with different abilities or with disabilities, in a group, without an established quantity of sessions, until his/her full recovery.
- vi. It is necessary to channel different ways to complain about, in the superior instances, those professionals while executing their profession, do not respect people with different abilities or with disabilities.
- vii. It is necessary to get specific trained accredited on gender equality during the recruitment process in our organization.
- viii. It is necessary to get specific trained accredited on gender violence during the recruitment process in our organization.
- ix. It is necessary to get specific trained accredited on people with different abilities or with disabilities during the recruitment process in our organization.

Which other solution would you propose for victims of gender violence with different abilities or with disability?

SECTION 4.2: REINFORCEMENT OF INSTITUTIONS

Please, continue answering according to what you think about the content of the following questions. Remember that you must choose between 1 (don't agree at all) and 5 (completely agree) or DK/NA.

- i. It is necessary to create specific tribunals regarding people with different abilities or with disabilities who suffer from gender violence.
- ii. It is necessary to create a public prosecutor's office regarding people with different abilities or with disabilities who suffer from gender violence.
- iii. It is necessary to reinforce the State Security Forces, with a new police force led to women with different abilities or disabilities who are victims of gender violence.
- iv. It is necessary to reinforce the role of the national entities which are in charge of the gender violence subject, within the specific strategies stipulated by its Ministry (e.g.), In Peru those are the Emergency Centers for Women (CEM), and the Women's Ministry and Vulnerable Groups (MIMP).
- v. It is necessary to reinforce public shelters within the strategy stipulated by the pertinent Ministry, ensuring the inclusion of women with different abilities or disabilities, according to the specific country.

Please, tell us about your country, its experiences, what you think your country lack of, what your country is doing well...

SECTION 4.3: INSTITUTIONAL COORDINATION

Please, continue answering according to what you think about the content of the following questions. Remember that you must choose between 1 (don't agree at all) and 5 (completely agree) or DK/NA:

- i. It is necessary to create inter-institutional coordination spaces, regarding to gender violence with compulsory basis, in which people with different abilities and with disabilities will be bear in mind.
- ii. It is necessary to reinforce a public shelter network to accommodate women with different abilities or with disabilities who are victims of gender violence.

Please, can you tell me which other type of coordination you consider as a necessary one?

SECTION 4.4: EFFECTIVITY OF THE MEASURES

- i. It is necessary that gender violence should be considered as a felony and not as a misdemeanor.
- ii. It is necessary to demand the compliance of the protection measures lead to women with disabilities who are victim of gender violence.
- iii. It is necessary to demand a continuous follow-up work of the protection measures for women with disabilities who are victim of gender violence.

Are these measures effective in your country?

ADITIONAL INFORMATION

If you need more information regarding this study, please, do not hesitate to contact Dr. María José del Pino Espejo, who can be reached by e-mail at Universidad Pablo de Olavide, Seville, Spain

mjpinesp@upo.es

CAPÍTULO 2
VIOLENCIA DE GÉNERO. NUDOS CRÍTICOS Y
PROPUESTAS DE SOLUCIÓN. UNA
APROXIMACIÓN DESDE LAS REGIONES EN
PERÚ. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES⁷

CHAPTER 2.
GENDER-BASED VIOLENCE. CRITICAL ISSUES AND
PROPOSED SOLUTIONS. AN APPROACH FROM THE
REGIONS OF PERU. DIFFERENCES AND SIMILARITIES

María José DEL PINO-ESPEJO

Universidad Pablo de Olavide

Nubia Yaneth GÓMEZ VELASCO

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Diana Elvira SOTO-ARAGO

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Resumen

El tema de la violencia de género es un problema del cual se adolece en muchas latitudes del mundo y que países como el Perú no es la excepción. Desde la revisión bibliográfica se evidencia, diversidad de estudios realizados en torno a la violencia de la mujer con un enfoque de corte cuantitativo, mostrando crecimiento en sus indicadores. Este artículo analiza los principales nudos críticos y propuestas de solución sobre el tema de violencia a la mujer que se genera en un país latinoamericano como el Perú. La problemática se analiza a partir de cuestionarios y entrevistas sobre la percepción del personal técnico de los CEM

⁷ Esta publicación proviene del proyecto Impacto Social y Jurídico de las Intervenciones Andaluzas de Cooperación al Desarrollo en los Centros de Emergencia a Mujer CEM Perú (2014DEC001). Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo AACID. IP María José del Pino Espejo.

(Centros de Emergencia Mujer) que laboran en diferentes zonas y regiones del país. Esta investigación evidencia problemáticas analizadas según cinco zonas del Perú, con características territoriales diferentes. Los nudos críticos identificados y las soluciones propuestas por el personal técnico que laboran en los CEM podrán servir de referencia a otros estudios en el país y países socioculturales similares

Palabras clave: violencia de género, nudos críticos, machismo, políticas, violencia, mujer

Abstract

The issue of gender violence is a problem that affects many parts of the world, and countries such as Peru are no exception. A review of the literature reveals a variety of studies on violence against women with a quantitative approach, showing an increase in its indicators. This article analyzes the main critical issues and proposed solutions on the topic of violence against women in a Latin American country such as Peru. The problem is analyzed based on questionnaires and interviews on the perceptions of technical staff at Women's Emergency Centers (CEMs) working in different areas and regions of the country. This research highlights problems analyzed according to five areas of Peru, each with different territorial characteristics. The critical issues identified and the solutions proposed by the technical staff working in the CEMs may serve as a reference for other studies in the country and in similar sociocultural countries.

Keywords: gender violence, critical issues, machismo, politics, violence, women

1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer se ha constituido como una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el plantea (OMS), como se evidencian en diferentes estudios en el que se evalúan las múltiples incidencias para las mujeres entre ellas de orden físico, económico, psicológico, sexual (ONU MUJERES, 2023). Según Slayter (2009) la violencia contra la mujer infringe de manera flagrante los derechos humanos con afectación en su

propia integridad, salud, dignidad, autoestima, lo que conlleva a desencadenar otros efectos hacia su núcleo familiar.

Aun cuando hay diferentes acepciones sobre violencia de género (Benavente et al., 2014), hay coincidencia en indicar su referencia a los actos dañinos dirigidos contra una mujer o un grupo de mujeres, en donde prevalece el abuso de poder, la desigualdad, la intimidación, el riesgo a su integridad, en razón a su género (ONU MUJERES, 2023).

A nivel internacional desde inicios de la década de los 90's, en la conferencia Mundial de los Derechos Humanos, la organización de las Naciones Unidas (Porter y López, 2022), visualiza la problemática de la violencia contra la mujer y rechaza todo acto de violencia contra ella, de tipo físico, sexual, psicológico, todo acto de coacción, privación de libertad tanto en la vida pública como privada. En esta misma línea se vinculan otros organismos internacionales manifestando su rechazo a cualquier tipo de violencia contra la mujer y han generado lineamientos y estadísticas en pro de sensibilizar la problemática en diferentes instancias, como se muestra en los informes presentados por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, las observaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2014), y la OMS-Organización Mundial de la Salud, entre otras (OPS, 2014).

La problemática de violencia contra la mujer ha orientado la generación de alianzas estratégicas entre diversos países, como los que se suscitan con el *Marco de Asociación entre Perú y España en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2013-2016* (MAP). Así como desde los ámbitos universitarios, donde se ha trabajado la violencia de género a través del *Pacto Andaluz por la Solidaridad y la Cooperación Internacional* (PACODE) (Junta de Andalucía 2015-2018) de 24 de junio de 2013, en el que las universidades, asumen los compromisos de cooperación internacional al desarrollo (Junta de Andalucía, 2015-2018), como se identifica en Lucas y Franco (2017). E igualmente, los esfuerzos de alianzas entre docentes e investigadores/as quienes organizan proyectos de investigación y eventos donde se promueve la igualdad de género y la lucha por la erradicación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Martín et al., 2023; Del Pino et al., 2017, p. 11).

La violencia familiar y entre ellas la violencia de género es uno de los problemas sociales que sufren hoy día varios países, con un aumento creciente de indicadores de violencia contra la mujer, que evidencian lo sensible del tema y la necesidad de generar políticas educativas y políticas públicas de prevención y corrección (Caballero, 2018; INEI ,2019). Así como el interés de indagar sobre el tema desde diferentes ámbitos y enfoques evidenciado en el crecimiento de publicaciones científicas de manera exponencial, como se refleja en otras áreas de conocimiento (Jiménez et al., 2018; Gómez et al., 2020).

Según datos de la (OMS, 2022), a nivel mundial, más de 1 de cada 10 mujeres y niñas, entre 15 y 49 años fueron objeto de violencia sexual o física ejercida por la pareja en el último año. En países de América Latina, la Violencia física y/o sexual por parte de la pareja, es uno de los renglones que evidencia diferencias notables frente a países de Europa.

Por ejemplo, en el Perú, el 31.2 % de las mujeres de 15 a 49 años que alguna vez han tenido pareja, manifestaron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja al menos una vez en la vida y el 10.6% que tal violencia fue ocasionada en los últimos 12 meses (Bott et al., 2018). Cifras notablemente más altas a las reportadas en España, donde estos dos índices corresponden respectivamente a 13% y 2%, según estudios de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014).

Otros indicadores que permiten contextualizar la problemática de los diferentes renglones de marginación y violencia contra la mujer, es el Índice de Desigualdad de Género, constituido como una medida compuesta que refleja la desigualdad entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva (tasa de mortalidad materna y tasa de natalidad adolescente), empoderamiento (porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por mujeres y proporción de población con al menos algo de educación secundaria) y participación en el mercado laboral (tasa de participación en la fuerza laboral), que para el caso del Perú, este índice de desigualdad de género alcanza una cifra de 87 mientras que en España es de 16 (PNU, 2020). O el índice Global de Brecha de Género, el cual compara las brechas nacionales de género en criterios económicos, políticos, educativos y de salud, reportando para el Perú y España cifras respectivas de 67 y 14 (Foro Económico Mundial, 2021).

En el Perú, en el programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP, el número de Personas atendidas por el Programa entre el 2017 y 2018, pasó de 95.317 potenciales víctimas a 133.697 potenciales víctimas, lo que implica una tasa de crecimiento del 40% aproximadamente en el intervalo de un año.

Si bien existe un evidente rechazo hacia la violencia contra la mujer, aun no se ha logrado que existan altos indicadores de denuncia. En el Perú, en el 2018, sólo el 28,9% de las mujeres víctimas de violencia física declararon haber acudido a alguna institución a denunciar su maltrato, dentro de éstas, el 74.1% acude a las Comisarías de Familia, el 10.4% a la Defensoría Municipal, 8.9% a Fiscalía y el 8% a Juzgados (INEI, 2019).

Bajo el contexto descrito, esta investigación busca comprender los principales nudos críticos, asociaciones y propuestas de solución sobre el tema de violencia a la mujer, desde la perspectiva y experiencia del personal técnico que laboran en los Centros de Emergencia Mujer CEM, en un país latinoamericano como el Perú, bajo la mirada de las problemáticas y diversidad potencial en sus diferentes regiones.

Como ya se mencionó, esta investigación forma parte del proyecto macro sobre cooperación al desarrollo Impacto Social y Jurídico de las intervenciones andaluzas de Cooperación al Desarrollo en materia de violencia de género en los Centros de Emergencia Mujer del Perú (DEC001, 2014), financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID). Del cual se cuenta con resultados, entre ellos publicados en la *Revista Historia de la Educación Latinoamericana Rhela*, sobre aproximaciones a la violencia de género en el Perú, y entre sus conclusiones se destaca, la necesidad de hilar procesos sobre violencia de género que sean permeados en un enfoque de ciudadanía y justicia de género, orientados bajo los principios de igualdad, respeto a los derechos humanos y defensa de la diversidad cultural (Del Pino et al., 2021)

La problemática se analiza a partir de un enfoque mixto que vincula las fortalezas de estudios cuantitativos y cualitativos. Se aplicaron entrevistas y encuestas al personal técnico de los CEM que trabajan en diferentes zonas y regiones del Perú. Se aplicaron en total 42 cuestionarios y 42 entrevistas a personal técnico especializado en

violencia de género que laboran en los CEM, de diferentes regiones del país. Los instrumentos aplicados corresponden a cuestionarios⁸ complementados con entrevistas semiestructuradas, para ampliar y profundizar aspectos objeto de estudio.

Esta investigación evidencia problemáticas analizadas según cinco zonas del Perú, con características territoriales diferentes. Los nudos críticos identificados y las sugerencias o propuestas por el personal técnico que laboran en los CEM pueden contribuir a otros estudios en el Perú, como en otras latitudes del mundo, no sólo desde el abordaje metodológico, como desde los mismos resultados obtenidos.

2. MÉTODOS

2.1. UBICACIÓN DE CONTEXTO: PERÚ

Para una mayor contextualización geográfica y territorial del Perú, se indican a continuación de forma breve algunas estadísticas. Según el Censo de Población y Vivienda del año 2017, Perú contaba con 31.237.385 habitantes, con una tasa de crecimiento promedio anual, en el periodo 2007-2017 de 1,0% (INEI, 2019). El Perú ocupa el quinto país más poblado en relación con los países de América del Sur y el sexto en relación con América Latina.

Territorialmente el Perú se distribuye con 24 departamentos, ubicados en tres regiones naturales: costera, montaña (sierra) y selva amazónica (selva), con porcentajes de población respectivos de: 55.9%, 29.6% y 14.5%. La distribución de la población por sexo corresponde al 49.2% hombres y 50.8% mujeres, con tasas promedio de crecimiento anual, en el periodo 2007 a 2017 de 6.1% y 8.3% respectivamente. Del total de mujeres, aproximadamente el 70% se encuentra entre los 15 y 59 años.

En el Perú funcionan 371 Centros de Emergencia Mujer (CEM), constituidos en el marco de la Ley 30364 del año 2015, el Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables (MIMP), a través del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual

⁸ Cuestionario ISJ UPO sobre la percepción de la violencia de género en el personal técnico de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) publicado en Del Pino et. al., 2017, pp. 63-73)

(PNCVFS). Entre los objetivos centrales de los CEM, se encuentra la atención y prevención de la violencia de género a nivel nacional. Los CEM se encuentran organizados en dos tipos: CEM Regulares (246), gestionados en convenio con municipios o gobiernos regionales; y los CEM en Comisarías (125), creados en convenio con la Policía Nacional del Perú y el Ministerio del Interior.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El estudio realizado tuvo un enfoque mixto de tipo exploratorio descriptivo. Se aplicaron un total de 42 cuestionarios y 42 entrevistas, a personal técnico contratado en los Centros de Emergencia Mujer CEM del Perú y cuyas funciones a cargo son: coordinador(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, promotor(a) o abogado(a). La distribución según regiones corresponde a: 11.9% Zona 1 (Amazonía: Cusco y Calca), 31% Zona 2 (Arequipa y distritos aledaños: Arequipa, Hilo, Hunter, Islay y Tacna), 33% Zona 3 (Costa: Trujillo, Pacasmayo, Chocope, el Porvenir), 11.9% Zona 4 (Selva: Lamas, Moyobamba, Tarapoto, Rioja), 11.9% Zona 5 (Ciudad Capital: Lima).

En la tabla 1 se registra, el porcentaje de entrevistas realizadas en cada una de las zonas, la edad promedio de los/as entrevistados, el promedio de años de experiencia y el porcentaje de variación según años de experiencia en el cargo.

Tabla 6. Distribución de encuestas y entrevistas por zona. Elaboración propia: entrevistas personal CEM-Perú. 2016, año de aplicación

ZONA	% Entrevistas	Edad Promedio (años)	Experiencia Promedio (años)	Experiencia CV %
Zona 1 (Amazonía)	11,9	36	3,6	24,8
Zona 2 (Arequipa Mezcla diversidad Cultural)	31,0	44,5	4,2	87,6
Zona 3 (Trujillo, Costa)	33,3	40,7	5,6	64,7
Zona 4 (Selva)	11,9	43,8	6,2	84,9
Zona 5 (Ciudad Capital)	11,9	43,8	5,6	27,1
TOTAL	100%	42,1	5,1	

El 59% de los/as entrevistados/as son mujeres, con edades promedio de 42.1 años, los hombres registraron edades promedio de 41.8 años. Las mujeres en el cargo tienen una experiencia promedio de 5.1 años, mientras que los hombres la experiencia en el cargo es de 4.8 años en promedio. A partir del CV-coeficiente de variación, se identifica la dispersión relativa en el tiempo de experiencia, de modo que, a mayor valor, mayor dispersión o alejamiento respecto al promedio.

2.3. INSTRUMENTO Y PROCESO DE ANÁLISIS

Se aplicó un instrumento con escala Likert para cada uno de los ítems o preguntas incluidas en el cuestionario. El objetivo del instrumento era determinar la percepción del personal técnico, principalmente frente a dos categorías de análisis: categoría 1, aspectos problemáticos en torno a la violencia de género y la atención en los CEM; Categoría 2, propuestas u opciones de solución posibles frente a los aspectos problemáticos.

Para cada ítem se evaluaba el nivel de acuerdo o desacuerdo sobre algunos aspectos: 0 (Totalmente en desacuerdo), 1 (Bastante en desacuerdo), 2 (Algo en desacuerdo), 3 (Algo de acuerdo), 4 (Bastante de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo).

Se construyó una base de datos, a partir de la información reportada por cada participante. Se realizó un proceso de sistematización, depuración y normalización, a fin de detectar posibles respuestas incoherentes o errores involuntarios al digitar el cuestionario.

Para la categoría 1, a partir de los valores dados por los/as participantes, se obtuvo el total de puntuación en cada ítem y se identificaron los que se encontraban en rangos de mayor criticidad, denominados así nudos críticos. Para la categoría 2, se identificaron las propuestas u opciones de solución que obtuvieron mayor puntuación de aceptación por parte de los/as participantes.

La identificación de nudos críticos y opciones de solución con mayor aceptación se realizó en cada una de las cinco zonas de la tabla 1.

3. RESULTADOS

Se presentan los resultados para cada una de las dos categorías enunciadas en la metodología. Así entonces, en la primera sección se podrá observar el análisis de los 15 nudos críticos más sensibles, en cada una de las cinco regiones, desde la percepción del personal contratado en los CEM. En la segunda sección, se identifican propuestas de solución desagregadas según zonas. Identificadas desde la perspectiva y experiencia del personal técnico encuestado.

3.1. NUDOS CRÍTICOS TOP 15. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En la tabla 2, se identifican los 15 nudos críticos, de mayor problematización, desde la percepción del personal CEM Perú y que cuentan en promedio con más de 4 años de experiencia, en atención a la violencia contra las mujeres.

Se identifica en la tabla el número de la pregunta del cuestionario (ver anexo 1), la ubicación en las respectivas zonas (zona 1 a zona 5), el promedio de puntaje obtenido, a partir de la valoración emitida por parte del personal encuestado y entrevistado.

Hacia valores promedio de 5, implica mayor nivel de criticidad y valores promedio cercanos a 1 menor nivel de criticidad. Se observa en la tabla que los 15 principales nudos críticos (top 15), se encuentran en el rango de 3 a 5 puntos.

Tabla 7. Top 15 nudos críticos según zona (promedio obtenido). Elaboración propia
CEM-Perú. 2016, año aplicación

Nudo	ZONA_1 Amazonía	ZONA_2 Arequipa	ZONA_3 Trujillo- costa	ZONA_4 Selva	ZONA Lima 5
1	p20. Falta Confianza mujeres en sistema (5)	p36. Atención CEM mujeres y hombres (5)	p30. Machismo (4.9)	p34. Red Casas de Refugio (5)	p20. Falta Confianza mujeres en sistema (5)
2	p21. Refuerzo actitud maltratadores (5)	p33. Ayuda medios Comunicación (4.8)	p29.Repetición testimonio víctimas (4,8)	p33. Ayuda medios Comunicación (5)	p29.Repetición testimonio víctimas (5)
3	p10. Formación autoridades Policiales (4.8)	p29.Repetición testimonio víctimas (4.7)	p21. Refuerzo actitud maltratadores (4.7)	p29.Repetición testimonio víctimas (4.8)	p36. Atención CEM mujeres y hombres (5)
4	p29.Repetición testimonio víctimas (4.8)	p30. Machismo (4.7)	p20. Confianza mujeres en sistema (4,7)	p30.Machismo (4.8)	p30. Machismo (4.6)
5	p30. Machismo (4.8)	p21. Refuerzo actitud maltratadores (4.7)	p38. Recursos Económicos desplazamiento (4.5)	p38. Recursos Económicos desplazamiento (4.8)	p21. Refuerzo actitud maltratadores (4.6)
6	p38. Recursos Económicos desplazamiento (4.8)	p20. Falta Confianza mujeres en sistema (4.4)	p23. Rotación Continuada de personal (4.4)	p37. Recursos lejos de la población (4.8)	p35. Atención CEM solo mujeres (4.6)
7	p37. Recursos lejos de la población (4.6)	p35. Atención CEM solo mujeres (4.4)	p36. Atención CEM mujeres y hombres (4,3)	p20. Falta Confianza mujeres en sistema (4.8)	p38. Recursos Económicos desplazamiento (4.6)
8	p27.Capacitación profesionales salud (4.4)	p38. Recursos Económicos desplazamiento (4.4)	p10. Formación autoridades Policiales (4.2)	p36. Atención CEM mujeres y hombres (4.4)	p33. Ayuda medios Comunicación (4.4)
9	p31.Sensibilización sistema Educativo (4.4)	p28.Coordinación víctimas testigos CEM (4.4)	p37. Recursos lejos de la población (4.2)	p23. Rotación Continuada de personal (4.4)	p34. Red Casas de Refugio (4.4)
10	p33. Ayuda medios Comunicación (4.2)	p23. Rotación Continuada de personal (4.4)	p33. Ayuda medios Comunicación (4.2)	p21. Refuerzo actitud maltratadores (4.0)	p28.Coordinación víctimas testigos CEM (4.2)
11	p34. Red Casas de Refugio (4.0)	p9. No hay tratamiento diferenciado (4.2)	p19. No se ejecutan medidas (4.1)	p42. Mediación en violencia de género (3.8)	p10. Formación autoridades Policiales (4.0)
12	p19. No se ejecutan medidas (3.8)	p37. Recursos lejos de la población (3.9)	p13. Formación autoridades locales (4.1)	p9. No hay tratamiento diferenciado (3.6)	p37. Recursos lejos de la población (3.8)
13	p35. Atención CEM solo mujeres (3.8)	p10. Formación autoridades Policiales (3.7)	p35. Atención CEM solo mujeres (3.8)	p10. Formación autoridades Policiales (3.6)	p27. Capacitación profesionales salud (3,4)
14	p25. Intervención psicológica adecuada (3.8)	p13. Formación autoridades locales (3,3)	p27. Capacitación profesionales salud (3,8)	p27. Capacitación profesionales salud (3,6)	p13. Formación autoridades locales (3,4)
15	p22. Valoración informes CEM, no se tienen en cuenta (3.6)	p34. Red Casas de Refugio (3.2)	p28. Coordinación víctimas testigos CEM (3.8)	p31. Sensibilización sistema Educativo (3.2)	p32. Prevención Sistemas educativos (3,2)

A partir de la tabla 2, se observa la coincidencia de algunos nudos críticos entre las cinco zonas. De las 15 problemáticas más sentidas, aproximadamente se coincide en 7 u 8 nudos críticos. Entre los aspectos coincidentes se encuentran: falta de confianza de las mujeres en el sistema (pregunta 20), el cual se encuentra en cuatro de las cinco zonas.

Un siguiente nudo crítico de mayor problemática, desde la perspectiva del personal encuestado, hace referencia al refuerzo de actitudes hacia los maltratadores (pregunta 21) debido a que no se ejecutan de forma adecuada las medidas de protección de las víctimas. Problemática que se manifiesta en cuatro de las cinco zonas, en donde pertenecen los encuestados/as.

En un tercer aspecto crítico, destacado y coincidente por los/as participantes de las diferentes zonas, se encuentra: la necesidad de contar con mayor formación en las autoridades policiales (pregunta 10), el alto nivel de machismo en la sociedad peruana (pregunta 30), la frecuente repetición de testimonio por parte de las mujeres contando la historia de su agresión ante distintas instancias (pregunta 29), entre otras. Problema denominado victimización secundaria, en razón a que la víctima debe revivir una y otra vez sus episodios de maltrato.

La aplicación de los cuestionarios y entrevistas a personal CEM de diferentes regiones del país permite así mismo identificar similitudes y diferencias de los nudos críticos en relación a la violencia contra la mujer y la atención en los CEM. A continuación, se presenta un análisis por zonas (tabla 2).

3.1.1. Zona 1: Amazonía

Los/as entrevistados/as de la zona Amazonía ubican como nudos muy críticos el asociado con la confianza de las mujeres en el sistema (p⁹.20) y la no adecuada ejecución de medidas de protección hacia las víctimas lo que refuerza la actitud de los maltratadores (p21). Otras problemáticas muy sentidas en esta zona corresponden a la poca formación de las autoridades policiales en el tema de género (p.29), el arraigado machismo en la sociedad peruana (p.30) y los escasos recursos económicos de apoyo para desplazamiento de las víctimas (p.38).

⁹ p. equivale a pregunta.

Algunas expresiones textuales de los/as entrevistados/as de la zona de Amazonía, respecto a la confianza de mujeres en el sistema “Sí porque muchas veces se sienten defraudadas” (abogada, 32).

En relación con la formación autoridades policiales. “Ellos son, al menos acá, en la comisaría bastantes machistas. Y por esa razón hay comisarios que tienden a agredir a las propias víctimas, por la misma formación castrense que han recibido” (promotor, 28).

En relación con el machismo” El Perú, netamente el 60-70% es machista por el mismo hecho de que el varón no tiene que llorar. Las mismas madres son machistas y dicen: tú no puedes llorar, eres hombrecito. La educación es así y es difícil de romper porque tienes que re-educar no sólo al hombre, sino también a la madre. Y ¿desde dónde hay que empezar? Desde los niños” (promotor, 28).

3.1.2. Zona 2: Arequipa

Los/as entrevistados/as de la zona de Arequipa, ubican dentro de los dos nudos críticos principales, lo correspondiente a la atención en el CEM de mujeres y hombres (p36) y el requerir más ayuda de medios de comunicación sobre el tema de violencia de género (p33). Aparece el nudo crítico ya identificado por los entrevistados en Amazonas, la repetición del testimonio por parte de las víctimas (p.29) y el problema de machismo en la sociedad peruana (p.30), así como la no acción efectiva que refuerza la actitud de los maltratadores (p.21). Un problema particular diferenciador de esta zona 2, que toma un promedio alto de criticidad es lo correspondiente a la rotación continuada de personal de los CEM, lo que dificulta la atención de las víctimas de violencia de género (p.23).

Algunas expresiones textuales de los/as entrevistados/as de la zona de Arequipa, en relación con la repetición de testimonio víctimas. “Genera cansancio en las usuarias. Desde el CEM se está trabajando en este aspecto para evitar revictimización” (promotora, 45). En relación con el machismo, “Sí, bastante, y sobre todo aquí en Ilo. Porque Ilo es uno de los puertos en donde se tiene mucho migrante de todo... tenemos desde la sierra, costa, norte...Ellos, cubren, tapan la violencia las mismas mujeres que son víctimas de violencia por sus parejas,

tapan la violencia. Entonces tenemos que llegar a ellas, ¿no? Nosotras hacemos campañas así de prevención para que... se informen... Hay que informarles sobre todo (promotora, 36).

En relación con el refuerzo actitud maltratadores “Claro. Aquí el problema es que hay usuarias que tienen medidas de protección, pero ese tener medidas de protección pues es siempre para el agresor... Pero los agresores no obedecen las medidas de protección. No hacen caso. generalmente el agresor no obedece las medidas de protección. (psicóloga, 51).

3.1.3. Zona 3: Trujillo-Costa

En esta zona, los dos aspectos más críticos, corresponden al machismo (p.30) y la repetición de testimonio de víctimas (p.29). Los/as entrevistados/as de la zona de Trujillo y distritos aledaños, consideran otros nudos críticos asociados con problemas de refuerzo de actitud de los maltratadores por no aplicar acciones efectivas (p.21), la confianza de mujeres en el sistema (p.20) y los recursos económicos para desplazamientos (p.38). Algunas expresiones de los/as participantes de la zona Tujillo-Costa, en relación con el machismo,

El tema de machismo... Aquí en la Provincia es prácticamente muy preocupante... porque al acabar todo a las 4 o 5 de la tarde empiezan a beber licor... empiezan a... tomar de forma descontrolada. Entonces esto también... repercute enormemente en este caso, porque actúan de forma agresiva contra cualquier cosa o también contra la familia. Aun cuando paulatinamente va cambiando, pero... aun así persiste. Persiste lo que llamamos micromachismo, que es el machismo encubierto, ¿no? Difícil de visibilizar pero que está ahí. También tiene que ver con la forma de crianza porque yo cuando he estado contrastando con la realidad y todo, he visto que es la forma de crianza... cómo se haya criado el menor... el niño, entonces... eso repercute cuando ellos son mayores, en la forma de estar con su pareja... (abogado, 42).

En relación con la repetición de los testimonios por parte de las víctimas. “Vuelven a revivir el trauma y en caso de violencia o abuso de un niño hay incluso instituciones donde le hacen que el niño hable y ahí cuando el niño va al juez, el niño ya está como si nada le hubiese pasado” (Promotora, 53).

En relación con el refuerzo de actitud a maltratadores. “Yo creo que sí porque empiezan constantemente las amenazas, el sentimiento de culpabilidad por parte de la víctima o la persona que ha colocado la denuncia, o el hecho de que piensan o es manipulada para esa idea de que está en ella el que se pueda volver a unir la familia.... entonces la misma dependencia que hay tanto afectiva como económica hace que la persona que no tenga un lugar a donde acudir o permanecer eso también hace que se presente” (Promotora, 42).

En relación con la confianza de las mujeres al sistema. “Si ellas manifiestan esa desconfianza a los profesionales porque no ven que haya repercusiones” (promotora, 36).

En relación con la formación autoridades policiales. “Les falta, deben tener, pero no es suficiente. Y hay otro tema con la policía y es que no son especialistas en el tema de violencia de género y por ejemplo están un determinado tiempo en la sección de violencia de género y ahí los derivan a otro y siempre hay gente nueva donde atienden la violencia familiar. Así que como que les falta un poco de experiencia en ese tema” (trabajadora social, 45).

3.1.4. Zona 4: Selva

En la zona Selva, los dos nudos críticos más sentidos se encuentran asociados a la red casas de refugio (p.34) y la ayuda de medios de comunicación (p.33). Seguidamente, se encuentran la repetición de los testimonios por parte de las víctimas (p.29), el machismo (p.30), los recursos económicos para desplazamiento (p.37) y la confianza de las mujeres al sistema (p.20), entre otros.

Algunas expresiones textuales de los/as entrevistados/as de la zona Selva, indican que, en relación con la existencia de una red de casas de refugio para las víctimas de violencia de género, indican la no existencia de ello, “En ninguna parte del Perú. Generalmente hay casas de violencia familiar, aldeas infantiles, víctimas de trata, pero no hay para la violencia de género. Específicamente no hay” (especialista, 37)

En relación con la ayuda de los medios de comunicación. “Obvio, totalmente. Sí, justo estábamos hablando, falta un montón, que el Estado invierta ahí un poco de dinero, más dinero

porque sí lo hace, bueno lo hace el Ministerio de la Mujer, con la campaña de línea 100, denunciar, pero falta más”. (abogada, 39)

En relación con la repetición de los testimonios por parte de las víctimas. “Sí, porque no saben ni a dónde ir, porque primero llegan a la policía, muy aparte de que se les revictimiza, porque cuenta su historia ahí, de ahí le dicen señora vaya al Instituto Médico Legal, nuevamente están contando su historia de ahí ya le toca ir nuevamente este mañana le toca ir al Juzgado, mira ya pasó primero por el CEM, Policía, Instituto de Medicina Legal, pasa al Juzgado, del Juzgado va a pasar a Fiscalía, de Fiscalía de repente la derivan a otro Juzgado de Paz entonces ya pasó y de ahí de repente va a ir a la Gobernación, entonces ya ha pasado, de ahí va a Víctimas y Testigos ya pasó por ochos instituciones, es más las ocho que me acuerdo porque de ahí nuevamente, por ocho instituciones ya”. (abogada, 39)

En relación con el refuerzo de actitud a los maltratadores. “Sí, bastante de acuerdo en eso. Porque el hecho que a veces eh, el sistema de justicia tarda o a veces no, como te digo, este, la persona que es afectada no se ve favorecida entonces es como que la persona, el agresor pues, sale ganando (completamente ininteligible) pero bien drástica, si él cumple, si él tiene un delito, por ese tema físicamente por violencia familiar, entonces una sanción ejemplar, pero eso no sale”. (coordinador, 47).

3.1.5. Zona 5: Lima

Se analiza como principales nudos críticos la poca confianza que las mujeres tienen en el Sistema, es decir existe una alta desconfianza en las autoridades (p.20), la repetición continuada de testimonio de las víctimas sobre la agresión ante distintas instancias (p.29) y que la atención ofrecida en el CEM, sea realizada a hombres y mujeres (p.36), así como el hecho de que algunas víctimas no cuenten con recursos económicos para desplazarse a los recursos de atención (p.38), coartando de alguna manera la libertad de expresión en las mujeres agredidas.

Así mismo, se identifica en la ciudad de Lima nudos críticos de alto nivel, el machismo arraigado en la sociedad peruana (p.30), el refuerzo de la actitud de los maltratadores (p.21), ocasionado por la no ejecución adecuada de las medidas de protección hacia las víctimas. Lo que refuerza la reiteración de

la necesidad de contar con una atención ofrecida de los CEM sólo para mujeres, donde puedan expresar como mayor libertad sus sentimientos (p.35)¹⁰.

La ayuda de medios de comunicación (p.33) y la red casas refugio (p.34), se identifica como nudos críticos, en cuanto los/as entrevistados/as, manifiestan la necesidad de contar con mayor ayuda por parte de los medios de comunicación con respecto a la violencia de género, así como, la necesidad de contar con una efectiva red pública de casas refugio para las víctimas de violencia de género, y de mejorar sustancialmente la coordinación entre las oficinas de atención de víctimas y testigos con el CEM.

A continuación, se indica de manera textual algunas respuestas de los/as participantes de Lima. Respecto al refuerzo de actitud de los maltratadores: “Porque creo que intervienen otros factores en ellos, no solamente porque no se respeten las medidas de protección o porque éstos sean ineficaces, sino que existen otros factores” (psicóloga, 38)”

Respecto al refuerzo de actitud de los maltratadores “Ellos vienen de un ambiente violento y nunca van a entender cuando se les digan que tienen que cambiar. Por la violencia que ellos viven” (abogado, 42). Respecto a la red Casa de refugios. “Existen casas refugios, pero para empezar no son públicas, salvo algunas que me parece que tiene la municipalidad. Las que existen son privadas, son ONGs, asociaciones... que normalmente no cuentan con recursos para atender a la víctima todo el tiempo que necesita” (psicóloga, 38).

Recursos lejos de la población “Sí, hay algunos que sí, por ej., el CEM Lima, abarca, si no me equivoco, como 6 distritos, entonces allí vemos que puede haber debilidades, y si hay amenazas por cultura machista, o amenazas por problemáticas sociales como delincuencia, droga, pandillaje, que un CEM esté a cargo de 6, pues no ayuda mucho “. (promotora, 38)

Es de precisar que las diferencias de aspectos problemáticos en las zonas se evidencian en algunos casos por los puntajes promedio del nivel de criticidad, lo que podría estar explicado por la particularidad y diversidad cultural que está inmersa en las zonas.

¹⁰ Para España lo ideal es que se atiendan sólo a mujeres, pero en el Perú se pueden atender también a varones, según su legislación.

3.2. SUGERENCIAS U OPCIONES DE SOLUCIÓN. PERSPECTIVAS DESDE LOS CEM

En esta sección se identifican quince propuestas o soluciones de mayor énfasis, emitidas por personal de los Centros de Emergencia Mujer CEM, desagregadas por zonas. Manifestando su nivel de desacuerdo o su nivel de acuerdo, asignando valores de 1 a 5. Se plantearon un total de 30 posibles propuestas o sugerencias de solución, codificadas de p.44 a p.74 (anexo 2). Las top 15 o quince principales sugerencias de mayor puntaje, se presenta en la tabla 3.

Tabla 8. Sugerencias de solución según zona. Top 15. Elaboración propia: entrevistas personal CEM-Perú. 2016, año de aplicación

Sugerencias	ZONA_1 Amazonía	ZONA_2 Arequipa	ZONA_3 Trujillo-costa	ZONA_4 Selva	ZONA LIMA 5
1	p48.Necesario plan capacitación (5)	p56. Denuncia competencia profesional (5)	p54. Formación empleabilidad víctimas (5)	p44. Violencia problema de Estado (5)	p44. Violencia problema de Estado (5)
2	p54.Formación empleabilidad víctimas (5)	p57. Juzgados violencia de género (5)	p56. Denuncia competencia profesional (5)	p48. Necesario plan capacitación (5)	p47. Género como delito (5)
3	p55.Programas contratación víctimas (5)	p58. Fiscalía Violencia de Género (5)	p61. Informes CEM para VF ¹¹ (5)	p50. Intervención psicológica sin límites (5)	p49. Protocolo de actuación interinstitucional (5)
4	p56. Denuncia competencia profesional (5)	p59. Cuerpo policial Violencia de Género (5)	p66. Exigir cumplimiento medidas protección (5)	p52. Protección social víctimas (5)	p50.Intervención psicológica sin límites (5)
5	p59. Cuerpo policial para Violencia de Género (5)	p60. Coordinación interinstitucional (5)	p67. Exigir seguimiento medidas protección (5)	p53. Romper situación dependencia (4,8)	p52. Protección social víctimas (5)
6	p61. Informes CEM para Violencia Familiar (5)	p63. Unificación criterios VG ¹² y VF (5)	p68. Formación igual para selección personal (5)	p54. Formación empleabilidad víctimas (5)	p54. Formación empleabilidad víctimas (5)

¹¹ V F Violencia Familiar.

¹² VG violencia de género y VF Violencia Familiar.

7	p62. Creación red casas de refugio (5)	p66. Exigir cumplimiento medidas protección (5)	p69. Acreditar formación selección personal (5)	p55. Programas contratación víctimas (5)	p55. Programas contratación víctimas (5)
8	p64. Prohibir mediación en VG ¹³ (5)	p67. Exigir seguimiento medidas protección (5)	p70. Acreditar experiencia selección personal (5)	p58. Fiscalía violencia de género (4,8)	p56. Denuncia competencia profesional (5)
9	p65. Mecanismos denuncian mediación (5)	p68. Formación igual para selección personal (5)	p50. Intervención psicológica sin límites (4,9)	p59. Rotación Continuada de personal (4,4)	p66. Exigir cumplimiento medidas protección (5)
10	p68. Formación igual para selección personal (5)	p69. Acreditar formación selección personal (5)	p55. Programas contratación víctimas (4,9)	p60. Coordinación interinstitucional (5)	p67. Exigir seguimiento medidas protección (5)
11	p72. Registro casos V. Género (5)	p70. Acreditar experiencia selección personal (5)	p60. Coordinación interinstitucional (4,9)	p61. Informes CEM para V Familiar (5)	p48. Necesario plan capacitación (4,8)
12	p73. Intervención con hijos(as) (5)	p50. Intervención psicológica sin límites (4,9)	p62. Creación red casas refugio (4,9)	p62. Creación red casas de refugio (5)	p53. Romper situación dependencia (4,8)
13	p44. Violencia problema de Estado (4,8)	p52. Protección social víctimas (4,9)	p63. Unificación criterios VG y VF (4,9)	p64. Prohibir mediación en VG (5)	p57. Juzgados violencia de género (4,8)
14	p50. Intervención psicológica sin límites (4,8)	p53. Romper situación dependencia (4,9)	p49. Protocolo de actuación interinstitucional (4,8)	p66. Exigir cumplimiento o medidas protección (5)	p58. Fiscalía violencia de género (4,8)
15	p53. Romper situación dependencia (4,8)	p55. Programas contratación víctimas (4,9)	p72. Registro casos V. Género (4,8)	p47. Género como delito (4,8)	p62. Creación red casas refugio (4,8)

Un análisis general de la tabla 3, evidencia que, desde la perspectiva del personal CEM entrevistado, se encuentran coincidencias de soluciones o sugerencias en torno a la violencia contra la mujer y la atención de los CEM. Dentro de estas opciones coincidentes se encuentra la asociada con la necesidad de llevar a cabo una intervención psicológica con las víctimas, tanto de forma individual como grupal, sin un límite determinado

¹³ VG violencia de género.

de sesiones, hasta su total recuperación (p.50), la cual se encuentra sugerida por los entrevistados en las cinco zonas o regiones de Perú.

Se destaca igualmente la sugerencia p.55, correspondiente a la necesidad de poner en marcha programas de empleo que mejoren la empleabilidad y prioricen la contratación de mujeres violentadas, el cual tiene coincidencia en 5 de las 5 regiones.

Otra solución que registra alta coincidencia (4 en 5 regiones), corresponde a la necesidad de poner en marcha programas de formación para mejorar la empleabilidad de las víctimas de violencia de género (p.54). Otra propuesta gira en torno a la necesidad de canalizar mecanismos de denuncia ante las instancias superiores de aquellos/as s profesionales que no lleven a cabo adecuadamente su función. Solución propuesta de manera coincidente en 4 de 5 regiones (p.56).

De manera complementaria a la sugerencia anterior, se encuentra la necesidad de ubicar la violencia como un problema de Estado (p.44), reportándose de manera coincidente en 3 de 5 regiones, en los top 15 de soluciones más ponderadas.

A continuación, se destacan las sugerencias o propuestas emitidas por el personal CEM, que más obtuvieron puntajes, según las zonas.

3.2.1. Propuestas solución Zona 1. Amazonía

En la Zona de Amazonía, hay 4 nuevas propuestas, de las referidas en la zona de Lima, siendo estas: la necesidad de poner en marcha un plan de capacitación específico y continuado en materia de violencia de género (p.48), así mismo, la necesidad de crear fuerzas de seguridad del Estado de un cuerpo policial para la violencia contra las mujeres (p.59), la necesidad de contar con informes de los CEM que sean tenidos en cuenta en los procedimientos de violencia familiar (p.61), la creación de una red pública de casas refugio para albergar a las mujeres víctimas (p.62). Algunas expresiones textuales, zona Amazonía.

- p48. Necesario plan capacitación. “Ahorita necesitamos capacitación, con esta nueva ley todavía no tenemos ninguna capacitación (Promotor, 38).
- p48. Necesario plan capacitación “Es muy necesario porque hay personas que como todo el tiempo están

trabajando temas de violencia y sufren la violencia ellos mismos porque saber de violencia no sólo es de conocimiento, sino que tiene que ser una cosa de reflexión personal” (promotor, 28).

- p55. Programas contratación víctimas. “Sería bueno poner este tipo de programas y quitar otros que no funcionan, pero en los que se emplean muchos recursos” (trabajadora social, 40).
- p59. Cuerpo policial para violencia género. “Si debería haber con personas capacitadas porque pasan de tránsito a familia, saben de todo pero no saben nada (abogada, 42).

3.2.2. *Propuestas solución Zona 2. Arequipa*

En la zona Arequipa (Zona 2), desde la percepción de los/as entrevistados/as las principales propuestas de solución son: la necesidad de canalizar mecanismos de denuncia ante las instancias superiores de aquellos/as profesionales que no lleven a cabo sus funciones de manera adecuada (p.56), así mismo, la necesidad de crear juzgados específicos en materia de violencia de género donde se diriman las cuestiones penales y civiles de las víctimas (p.57), por otra parte, es preciso que se cree una fiscalía especializada en materia de violencia contra las mujeres (p.58). ¿Estas propuestas fueron acompañadas con igual puntaje de necesidad, de crear dentro de las fuerzas de seguridad del Estado de un cuerpo policial para la violencia contra las mujeres (p.59), la creación de espacios de coordinación interinstitucionales con carácter obligatorio (p.60), estas propuestas entre otras, como se evidencian en la tabla 3 y se sintetiza en algunas expresiones textuales. Algunas expresiones textuales zona Arequipa

- p56. Denuncia competencia Profesional. “Sí, definitivamente, porque nosotros mira, tenemos este... lo que pasa es que en el momento no dado no se certifica y es ahí, ¿no? Y las personas si tuvieran la oportunidad de conversar y decir: “¿saben qué?, que no les vamos a decir nada a ninguno de los operadores señora” no te imaginas, no te imaginas todo lo que iba a salir de ahí”. (promotora, 44)
- p58. Fiscalía violencia de género. “Aquí hay lo que es la Fiscalía de Familia en Ilo. Pero esta Fiscalía de Familia

eran las que atendían los casos de violencia familiar. ¿Cuándo?... con la anterior ley la 20/260, ahora eso va a pasar a la Fiscalía Penal y las Fiscalías Penales están viendo el tema de violencia. Ahora por eso ya la Fiscalía se ha quitado esa carga procesal a la Fiscalía de Familia y Familia ya no ve violencia, solo ve maltrato de menores, violencia... todo está pasando a Penal y muchos de los abogados penalistas son más especializados en temas de robos, hurtos, ¿no? Esto todavía necesita un proceso de aprendizaje por parte de ellos porque son especialistas en otros delitos, ¿no? Estafas” ... (promotora, 36)

- p59. Cuerpo Policial. “Sí debería. “Porque la policía aquí tiene área de familia que ve todo el tema de violencia, denuncias... Pero ellas van rotando”. (promotora, 36)
- p60. Coordinación interinstitucional. “Con carácter obligatorio, sí, porque hay espacios de concertación, trabajamos mesas, pero muchas veces, por ejemplo, no hay la formalidad de que la misma persona siempre esté o que haya un documento de la institución o del sector donde diga, tal es el titular, y tal es el... no hay”. (promotora, 44)
- p63. Unificación de criterios. “Es lo que te comentaba en el comienzo, no tenemos aún, estamos siempre en proceso pero no se logra concretar por ejemplo una ficha única de tamizaje para el recojo de datos de víctima. No tenemos a nivel Tacna, por ejemplo, no tenemos este... un registro estadístico. ¡No tenemos! Si tú dices vamos a hacer una gráfica. No hay. Ahorita, bueno hace dos semanas, me dio la responsabilidad el presidente del Comité Provincial de Seguridad Ciudadana, digamos una más. (Risas) (promotora, 44).

3.2.3. Propuestas solución Zona 3. Trujillo

La zona Trujillo, destaca entre sus propuestas de solución la necesidad de poner en marcha programas de formación para mejorar la empleabilidad de las víctimas (p54), la necesidad de denunciar a los/as profesionales que no lleven su trabajo de forma adecuada (p56), la necesidad que los informes de los CEM sean tenidos en cuenta (p61), la exigencia del cumplimiento y seguimiento de medidas de protección (p66 y p67), contar con

formación específica en materia de igualdad de género en los procesos de selección de personal y acreditar capacitación y experiencia específica. Algunas sugerencias textuales en la zona Trujillo

- p54. Formación empleabilidad de víctimas. “El principal problema de las víctimas es la dependencia económica que tienen respecto al agresor, por eso hay que dar mucha formación, educación y planes de empleo” (promotora, 37).
- p56. Denuncia competencia profesional “Fiscalía, poder judicial y policía son operadores netamente exclusivos de participar en campañas de sensibilización, deberían estar los primeros, en primera fila (Promotora, 27).
- p61. Informes CEM para familias. “Actualmente con la nueva ley sí. Se tiene en cuenta el informe psicológico, más no el social. Ahora si la pregunta es si yo pienso que tanto el informe psicológico como el social deberían tenerse en cuenta, sí (abogada, 34).
- p67. Exigir seguimiento medidas protección. “Sí, quizás donde iba mi compromiso es que ahora donde van las medidas de protección es al juez, ¿no? pero por ejemplo la juez cuando termina la sentencia dice: por si acaso, pero yo no las ejecuto, ¿eh? (Se ríe) O sea, yo las dicto, pero no las ejecuto y yo me quedé diciendo: ¿perdón? Disculpe doctora. O sea, debe haber un compromiso, que estamos tratando casos de violencia y de alguna manera debemos hacerlos cumplir, sobre todo los operadores de justicia, nosotros como la defensa, el juzgado como la autoridad competente que dicta las medidas de protección y la comisaría que son a los que se les van a poner en conocimiento las medidas y de producirse nuevos hechos, ellos van a tener que ser quienes lo hagan cumplir (abogada, 34).
- p68. Formación igual para selección personal. “Sí es importante, es importante porque solamente es así como les decía, ¿no? Por más especialistas que seamos siempre necesitamos capacitarnos para de esa manera también cumplir con nuestra obligación de forma óptima. (abogado, 42)

- p69. Acreditar formación selección personal. “Sí y, por lo menos trimestral, y a parte de la capacitación considero que el tema psicológico es muy importante. A ver, son casos aislados que he podido vivíros, entonces los operadores de justicia han tenido problemas de violencia y no es lo más saludable que una persona que viene siendo víctima de violencia, que no supera, que no sale del círculo de violencia pueda emitir una medida de protección o pueda ordenar algo. Entonces con el tema psicológico, yo creo que para que se implemente esta área a nivel institucional sobre temas de género o de violencia familiar, previamente debe haber como una capacitación personal para ver si efectivamente está bien porque se les puede capacitar, pero ¿qué pasa si él como persona sigue siendo un hombre machista? Nunca va a cambiar, se va a reír (abogada, 39).

3.2.4. Propuestas solución Zona 4. Selva

En la zona Selva (Zona 4) , dentro de las principales soluciones se encuentran: la necesidad de plantear la violencia como un problema de Estado (p.44), la puesta en marcha de un plan de capacitación específico y continuado (p.48), la necesidad de llevar a cabo una intervención psicológica con las víctimas tanto de forma individual como grupal (p.50), la necesidad que el Estado garantice un sistema de protección social para las víctimas (p.52), romper situación de dependencia (p.53) y la puesta en marcha de programas de formación para mejorar la empleabilidad de las víctimas (p.54), entre otras. Expresiones Textuales zona Selva

- p48. Necesario plan de capacitación. “Muchísima falta, totalmente de acuerdo, hace falta bastante. Y que vengan, este, profesionales especializados en el tema yo creo que es muy importante, y debe ser constante no una vez al año, no sé, cada cierto tiempo. (coordinador, 47).
- p53. Romper situación dependencia. “Yo creo que no hay una política orientada a estos temas, porque justamente el problema de violencia, o sea, de género, está arraigado al tema de dependencia de la mujer. Si una mujer fuera eh,

no dependería económicamente del varón”. (coordinador, 47).

- p55. Programas contratación víctimas. “Sí, esos programas faltan, falta muchísimo. Problema de acá en el Perú pues no sea el Estado peruano, el fisco no tiene esa capacidad, ¿no? En otros países hay fondos para desocupados, ¿no? Mientras acá. Hay bastante desempleo, subempleo. Sí, totalmente de acuerdo. (coordinador, 47)
- p58. Fiscalía violencia de género. “Tendría que ser una fiscalía penal, ahí ponle penal, porque ahora la ley dice penal, sí. (promotora, 60)
- p61. Informes CEM para familias. “Sabe que esto ha sido un tema de bastante controversia en la capacitación de Muelle Bamba entre fiscales y funcionarios de prisión. Se ha armado una fuerte controversia porque en muchos juzgados no los toman en cuenta, en otros juzgados sí, y como estaban los abogados del Ministerio Público en los juzgados, ahí se armaba una plegaria bien interesante. Dí que sí se tienen que tomar en cuenta.

3.2.5. Propuestas solución Zona 5. Ciudad Capital

En la zona Lima (Zona 5), desde la percepción de los/as entrevistados/as, la violencia contra las mujeres es un problema de Estado y como tal hay que tratarlo (p.44), así mismo se destaca la solución, respecto a que la violencia de género se considere como delito y no como falta (p47). Se evidencia, la necesaria organización, redistribución de recursos y la aprobación de un protocolo de actuación interinstitucional (p.49).

Entre las otras propuestas de solución, se mencionan: la necesidad de llevar a cabo una intervención psicológica con las víctimas tanto de forma individual como grupal (p50), la necesidad de que el Estado garantice un sistema de protección social para las víctimas (p52), la puesta en marcha de programas de formación para mejorar la empleabilidad de las víctimas (p.54), así como la creación de programas de empleo que prioricen la contratación de mujeres violentadas (p.55), canalizar mecanismo de denuncia ante las instancias superiores la incompetencia profesional (p.56), la exigencia del cumplimiento y seguimiento de las medidas de protección (p.66 y p.67).

Algunas expresiones textuales de los/as participantes de Lima

- p49. Protocolo de actuación interinstitucional. “Sí hay protocolos, pero creo que hay que empoderarlos más esos protocolos. Empoderarse, conocerlos, manejarlos, conocerlos mejor desde el principio hasta el final, como así sucede por ej. con el sector salud, para la atención de víctimas de violencia familiar... Entonces, estoy de acuerdo con la capacitación, le pongo 5, marcando que hay pero que debe difundirse, debe ser como parte de una meta, un objetivo, con sostenimiento en el tiempo. Que estén vivos a través del operador, que sepa manejarse con ellos”. (promotora, 38)
- p53 Romper situación dependencia. “Sí, creo que se debería de ocupar el estado a través de programas para romper con la dependencia de la víctima (psicóloga, 38)
- p51. Intervención psicología CEM “Sería bueno que desde que nosotros tomamos el caso, hasta su recuperación emocional. Pero la realidad es que, por un tema de tiempo, eso no sería viable, porque no habría una calidad de trato, se deshumanizaría ante tantos casos. Ahora, si contamos con más personal, sí, eso sería lo ideal, porque muchas veces, cuando hacemos una valoración de los casos, nos dicen, ¿y ahora qué? ¿Ya no va a ser usted quien me va a ayudar? Es por eso que creo que si fuera bueno continuar en el CEM con la atención psicológica. Pero como le decía, la realidad es que no habría calidad de trato y se deshumanizaría. La atención psicológica persigue dos metas, la atención y la seguridad, por lo que, sin tiempo, la calidad bajaría. En este sentido, habría que realizar cambios, pero a niveles estructurales (psicóloga, 38)

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La violencia de género en el Perú es una de las problemáticas sistemáticas y extendidas a las diferentes regiones geográficas. Desde la percepción del personal entrevistado en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), se requiere esfuerzos en

diferentes entidades para no sólo fortalecer los programas de apoyo hacia la mujer que ha sido violentada, sino generar políticas de prevención.

En nuestro estudio se podrían resaltar algunos elementos preocupantes, manifestados por el personal encuestado de los CEM, siendo ellos: la falta de confianza de las mujeres en el sistema, que podría incidir de manera notable en el número de quejas recibidas y aumentar así los subregistros de reporte, opacando problemas con mayores dimensiones. Aspecto que conecta un segundo elemento preocupante, consistente en el hecho que no se ejecutan de forma adecuada las medidas de protección hacia las víctimas, lo que refuerza la actitud de los maltratadores.

Desde un ámbito administrativo, se destaca un tercer aspecto a mejorar o nudo crítico, consistente en que los mismos reportes o informes emitidos por los CEM, tienen poco valor a la hora de generar políticas de prevención o acciones de contingencia para mitigar el problema. A lo anterior se suma en las dificultades, la falta de una apropiada sistematización de las quejas y reportes emitidos por las mujeres que asisten al CEM, elementos coincidentes con estudios realizados por Del Pino (2019).

Si bien se cuentan con ciertas estadísticas, tienden a presentarse subregistros de los reportes sobre violencia a la mujer, en gran parte, ocasionado por la no denuncia por parte de las víctimas, debido al temor por su agresor:

Existe coincidencias, respecto a la necesidad de contar con una reforma que reivindique los derechos de las mujeres y que de forma ágil brinde programas que protejan e impulsen la igualdad de género.

Dentro de las propuestas o sugerencias que contribuyen a abordar y mitigar la problemática de violencia contra la mujer en Perú, se destaca la necesidad de escalar la situación a un problema de Estado y abordarlo de manera específica diferente al tratamiento por violencia familiar. Así entonces, se podrían plantear leyes integrales que consideren la violencia de género como un delito.

Como líneas de trabajo futuro, se podría indagar, en torno a la relación entre los índices de prevalencia de diferentes formas de violencia contra la mujer en Perú y la cifra de matrimonio infantil (o que tuvieron pareja antes de los 18 años), el cual,

desde los reportes de la UNICEF, se encuentra alrededor del 18% (UNICEF, 2021)¹⁴

Así mismo, desde otra perspectiva, se invitaría a profundizar y ampliar el estudio realizado, explorando la problemática en tiempos de confinamiento por pandemia COVID, situación que, desde la información de la OMS, se encuentran reportes de disminución en violencia doméstica y denuncias formales, posiblemente por el miedo a infectarse en los centros de atención de salud, así como, por el temor a la convivencia más estrecha con su agresor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENAVENTE RIQUELME, M. C. y VALDÉS BARRIEN, Alejandra. (2014). *Políticas públicas para la igualdad de género. Un aporte a la autonomía de las mujeres*. Naciones Unidas.
- BOTT, S., GUEDES, A., RUIZ-CELIS, A. P., MENDOZA, J. A. (2018). Violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones de prevalencia. *Pan American Journal of Public Health*, 45, 1-15.
- CABALLERO SORIA, A. L. (2018). Nivel de eficacia de las medidas de protección según la ley N° 30364 en relación con los casos de reincidencia sobre violencia familiar contra la mujer en el segundo juzgado de familia del distrito de Tarapoto [Tesis de Grado, Universidad César Vallejo].
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/30783>
- CEDAW. (2014). The Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Recuperado de: <https://evaw-global-database.unwomen.org/-/media/files/un%20women/vaw/country%20report/america/peru/peru%20cedaw%20co.pdf?vs=3651> [Fecha de consulta: 13/04/2023]
- DEL PINO ESPEJO, M. J., TRIGUERO-SÁNCHEZ, R. y TORRES CALZADA, K. (2017). *Indicadores de violencia de género en el Perú: La percepción del personal técnico de los Centros de Emergencia Mujer*. Anthropos Editorial
- DEL PINO ESPEJO, M. J., y TORRES CALZADA, K. (2017). *Violencia de género y cooperación universitaria al desarrollo*. Anthropos.

¹⁴ Bases de datos globales de UNICEF, 2021, con base en DHS, MICS y otras encuestas representativas a nivel nacional

- DEL PINO ESPEJO, M. J., SÁNCHEZ-TOVAR, L., SOTO-ARANGO, D. E., y VILLALBA, K. (2021). Addressing gender-based violence in Peru: Citizenship and critical issues. The Women's Emergency Center (CEM) technicians' point of view. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 23(37), 233-258.
<https://doi.org/10.19053/01227238.13960>
- DEL PINO ESPEJO, M. J. (2019) Violencia de género en la selva peruana (CL). En M. Osuna y M. I. Amor (Eds.), *Investigación en la Transversalidad de Género en el S Siglo XXI*. Editorial Síntesis.
- FORO ECONÓMICO MUNDIAL (2021). *Global Gender Gap Report 2021*. World Economic Forum
- GÓMEZ, N., ACUÑA, O., BAUTISTA, A. (2020). Historia y memoria casi 10 años consolidando comunidad historiográfica. Una mirada desde la Bibliometría. *Historia y Memoria*, 20, 209-247.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATIVA (2019). *PERÚ: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019*. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf [Fecha de consulta: 06/10/2023]
- JIMÉNEZ, A., GÓMEZ, N., SÁNCHEZ, Y. y GUERRERO, S. (2018). Estudio de la colaboración en publicaciones científicas. Facultad de Ciencias-UPTC, 2002-2014. *Saber, Ciencia y Libertad*, 13(1), 304-318.
- LUCAS, J. M. y FRANCO, D. C. (2017). La Cooperación Oficial europea y española ante el nuevo escenario del sistema internacional de cooperación al desarrollo. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (37), 7-25.
- MARTÍN, Á. C., TRISTÁN, M. J. H. y PEREIRA, J. M. (2023). Contexto económico y rentabilidad electoral de un ejecutivo autonómico en minoría: el Gobierno de la Junta de Andalucía en el periodo 2015-2018. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (181), 21-40.
- ONU MUJERES (2023). Preguntas frecuentes: Tipos de Violencia contra las mujeres y las niñas. Página web.
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- OPS (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC.
- PORTER, B., y LÓPEZ-ANGULO, Y. (2022). Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género: un estudio descriptivo en Iberoamérica. *CienciAmérica*, 11(1), 11-11.

- PNUD (2020). *Informe sobre el desarrollo humano 2020. La próxima frontera: el desarrollo humano y el Antropoceno*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- RUIZ MOSTACERO, K. J. (2016). Análisis del artículo 7 inciso B de la Ley N° 30364, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Trabajo Fin de Grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].
<http://hdl.handle.net/20.500.12423/712>
- SLAYTER, E. (2009). Intimate partner violence against women with disabilities: Implications for disability service system case management practice. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 182-199.
<https://doi.org/10.1080/10926770802675668>
- UNIÓN EUROPEA (2014). *Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

ANEXO 1: NUDOS CRÍTICOS

Nos gustaría por favor saber su opinión sobre los siguientes nudos críticos que se recogen a continuación. Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo, según la escala.

0 Totalmente en desacuerdo
1 Bastante en desacuerdo
2 Algo en desacuerdo
3 Algo de acuerdo
4 Bastante de acuerdo
5 Totalmente de acuerdo

Pregunta (ítems)	0	1	2	3	4	5
9. En Perú no hay un tratamiento diferenciado y especializado para la violencia que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de serlo, sino que ésta se engloba dentro de la violencia familiar.						
10. Las autoridades policiales peruanas tienen formación en género.						
11. Las autoridades judiciales peruanas tienen formación en género.						
12. Las autoridades fiscales peruanas tienen formación en género.						
13. Las autoridades locales peruanas tienen formación en género.						
14. Las autoridades policiales peruanas cumplen con sus obligaciones en el tratamiento de la violencia de género.						
15. Las autoridades judiciales peruanas cumplen con sus obligaciones en el tratamiento de la violencia de género.						
16. Las autoridades fiscales peruanas cumplen con sus obligaciones en el tratamiento de la violencia de género.						
17. Las autoridades locales peruanas cumplen con sus obligaciones en el tratamiento de la violencia de género.						
18. Las fiscalías de familia y penales a menudo llevan a cabo resoluciones contradictorias, lo que afecta negativamente a la situación de las mujeres violentadas y de sus hijos e hijas.						
19. No se ejecutan adecuadamente las medidas de protección hacia las víctimas.						
20. Este hecho (el que no se ejecuten adecuadamente las medidas de protección hacia las víctimas) afecta negativamente a la confianza de las mujeres en el sistema de protección.						
21. Este hecho (el que no se ejecuten adecuadamente las medidas de protección hacia las víctimas) refuerza la actitud de los maltratadores.						
22. Los informes de los CEM tienen poco valor, son solo referenciales.						

23. La rotación continuada de personal dificulta la atención de las víctimas de violencia de género.									
24. Existe intervención psicológica para el apoyo y la recuperación de las mujeres en los CEM									
25. El tipo de intervención psicológica que se lleva a cabo con las mujeres víctimas de violencia de género desde los centros de salud es adecuado.									
26. El trabajo llevado a cabo por la oficina de atención a víctimas y testigos es adecuado, en relación a las víctimas de violencia de género.									
27. Los y las profesionales de los centros de salud están suficientemente capacitados en el tema de violencia de género.									
28. Es necesario mejorar la coordinación entre las oficinas de atención de víctimas y testigos y los CEM									
29. La repetición continuada de la historia de agresiones por parte de la víctima ante las distintas instancias y autoridades afecta negativamente a las mujeres.									
30. El machismo está muy arraigado en la sociedad peruana.									
31. Las campañas de sensibilización en violencia de género, en el sistema educativo son suficientes.									
32. El trabajo de prevención en violencia de género en el sistema educativo es suficiente.									
33. En Perú necesitamos más ayuda por parte de los medios de comunicación con respecto a la violencia de género.									
34. En Perú existe una red pública de casas refugio para las víctimas de violencia de género.									
35. La atención ofrecida en el CEM se realiza exclusivamente a las mujeres.									
36. La atención ofrecida en el CEM se realiza a hombres y mujeres									
37. Algunos recursos de atención están lejos de los núcleos de población, lo que afecta negativamente el acceso a las víctimas.									
38. El hecho de que algunas víctimas no cuenten con recursos económicos para desplazarse a los recursos de atención, también les afecta negativamente.									
39. La atención ofrecida en el CEM tiene en cuenta la diversidad cultural de la persona atendida.									
40. La atención ofrecida en el CEM tiene en cuenta la diversidad religiosa de la persona atendida.									
41. No existe una intervención con los hombres agresores para prevenir la violencia de género.									
42. En muchos casos se siguen utilizando la mediación en casos de violencia de género.									
43. A pesar de existir un protocolo de funcionamiento de los CEM aprobado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en cada región se actúa de									

forma diferente en relación a la intervención y coordinación.							
COMENTARIOS ¿quiere hacer algún comentario más?							

ANEXO 2: PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

A continuación, nos gustaría saber su opinión sobre una serie de propuestas de soluciones. Indique por favor hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo, según la escala.

0 Totalmente en desacuerdo
1 Bastante en desacuerdo
2 Algo en desacuerdo
3 Algo de acuerdo
4 Bastante de acuerdo
5 Totalmente de acuerdo

Pregunta (ítems)	0	1	2	3	4	5
44. La violencia contra las mujeres es un verdadero problema de Estado y cómo tal hay que tratarlo.						
45. Es necesario un abordaje específico en materia de violencia de género, diferente del tratamiento por violencia familiar.						
46. Es necesario que el abordaje específico se haga a través de la aprobación de una Ley integral sobre la materia.						
47. Es necesario que la violencia de género se considere como delito y no como falta.						
48. Es necesario la puesta en marcha de un Plan de capacitación específico y continuado en materia de violencia de género, dirigido a todas las autoridades y profesionales que trabajan con mujeres víctimas de violencia.						
49. Es necesaria la reorganización, redistribución de recursos y delimitación de competencias para evitar la victimización secundaria de las mujeres víctimas. Es decir, la aprobación de un Protocolo de Actuación Interinstitucional.						
50. Es necesario que se lleve a cabo una intervención psicológica con las víctimas, tanto de forma individual como grupal, sin un límite determinado de sesiones, hasta su total recuperación.						
51. También es necesario que el tratamiento psicológico al que hacemos mención se haga en el CEM por profesionales de los mismos.						
52. Es necesario que el Estado garantice un sistema de protección social para las víctimas (ayudas económicas, políticas de inserción laboral, vivienda...etc.)						
53. Es necesario que el Estado ayude a las víctimas de violencia de género a romper con la situación de dependencia y promuevan su recuperación.						

54. Es necesario la puesta en marcha de programas de formación para mejorar la empleabilidad de las víctimas de VdG.							
55. Es necesario la puesta en marcha de programas de empleo que mejoren la empleabilidad y prioricen la contratación de mujeres violentadas.							
56. Es necesario canalizar mecanismos de denuncia ante las instancias superiores de aquell@s profesionales que no lleven a cabo adecuadamente su función.							
57. Es necesario la creación de juzgados específicos en materia de violencia de género dónde se diriman las cuestiones penales y civiles de las víctimas.							
58. Es preciso que se cree una fiscalía especializada en materia de violencia contra las mujeres.							
59. En el marco de la especialización profesional es necesario la creación dentro de las Fuerzas de Seguridad del Estado de un cuerpo policial para la violencia contra las mujeres.							
60. Es necesario la creación de espacios de coordinación interinstitucionales con carácter obligatorio.							
61. Es necesario que los informes de los CEM sean tenidos en cuenta en los procedimientos de violencia familiar.							
62. Es necesario la creación de una red pública de casas refugio para albergar a las mujeres víctimas.							
63. Es necesario la unificación de criterios entre las fiscalías de familia y penales para garantizar el mismo trato ante un caso de violencia de género.							
64. Es necesario la prohibición de mediación en los casos de violencia contra la mujer.							
65. Es necesario canalizar mecanismos adecuados para denunciar los casos en que se produzca procesos de mediación en casos de violencia contra la mujer.							
66. Es necesario la exigencia del cumplimiento de las medidas de protección.							
67. Además, es necesario la exigencia del seguimiento continuo de las medidas de protección.							
68. Es necesaria la formación específica en materia de igualdad de género en los procesos de selección de personal.							
69. Es necesario acreditar capacitación específica en materia de igualdad de género y contra la violencia en los procesos de selección de personal.							
70. Es necesario acreditar experiencia específica en materia de igualdad de género y contra la violencia							

en los procesos de selección de personal.							
71. Es necesaria la intervención con maltratadores desde una perspectiva de género.							
72. Es necesaria la creación de un registro unificado de los casos de violencia sobre la mujer en el seno de las relaciones de pareja (al igual que existe un registro sobre el feminicidio).							
73. Es necesario establecer mecanismos de intervención destinados a los hijos e hijas de las mujeres por tratarse de víctimas directas de la violencia de género.							
74. Es necesario reforzar el papel de los CEM dentro de la estrategia del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.							
COMENTARIOS ¿quiere hacer algún comentario más?							

CAPÍTULO 3.
LA CONFIANZA EN LAS VACUNAS Y EN EL
PROCESO DE VACUNACIÓN DE LA COVID-19
EN ANDALUCÍA

CHAPTER 3.
CONFIDENCE IN COVID-19 VACCINES AND THE
VACCINATION PROCESS IN ANDALUSIA

M^a Eladia ILLESCAS ESTÉVEZ

Universidad de Málaga

Raúl LUCENA MARTÍNEZ

Universidad de Granada

Resumen

Los resultados de este trabajo muestran una alta predisposición de la población andaluza a ponerse la vacuna. Ni siquiera en el momento en que algunos países suspenden la vacunación por los casos de trombos producidos por la vacuna de AstraZeneca, esta predisposición se resiente. En el periodo de dos meses y medio que separa una encuesta de otra, se observa una menor preocupación por contraer la enfermedad y una completa predisposición a ponerse la vacuna, el 81,3% así lo afirmaba en enero y el 87,9% en abril (sin contar al 20,5% que ya se han puesto la vacuna). La reticencia a ponerse la vacuna es mayor entre los andaluces de 25 a 34 años; un 10,4% de esta franja de edad manifiestan que no se la pondrán. Comprender las variables que influyen en esta reticencia es el objetivo de esta investigación. Los resultados de estas encuestas señalan un cambio de opinión respecto a las preferencias de marcas de vacunas, si bien en un primer momento a más de un 62% de los andaluces les daba igual ponerse cualquiera de ellas, ya en el mes de abril muchos manifiestan su preferencia por la de PfizerBioNTech o la Janssen. Las preferencias respecto a las

diferentes vacunas cambian según la edad y el sexo. La Pfizer es preferida por el 41% de las mujeres y la Janssen por los menores de 25 años.

Las expectativas en relación con la fecha de vacunación han sido a largo plazo. En el mes de abril sólo un 13,3% de los encuestados creía que se vacunaría antes del verano. La obligatoriedad de la vacuna para el conjunto de los andaluces, aunque apoyado por la mayoría de ellos, es algo que suscita mayores reticencias en la población joven. A partir de estos datos se propone profundizar en las causas de la mayor predisposición de los andaluces a la vacunación y sobre la construcción de la opinión pública alrededor de determinadas marcas de vacunas.

Palabras clave: COVID-19, vacunas, expectativas de vacunación, opinión pública, Andalucía

Abstract

The results of this study show that the Andalusian population is highly willing to get vaccinated. Even at a time when some countries are suspending vaccination due to cases of blood clots caused by the AstraZeneca vaccine, this willingness remains strong. In the two-and-a-half-month period between one survey and the next, there was less concern about contracting the disease and a complete willingness to get vaccinated, with 81.3% saying so in January and 87.9% in April (not counting the 20.5% who have already been vaccinated). Reluctance to get vaccinated is highest among Andalusians aged 25 to 34, with 10.4% of this age group stating that they will not get vaccinated. Understanding the variables that influence this reluctance is the objective of this research. The results of these surveys indicate a change of opinion regarding vaccine brand preferences. Although initially more than 62% of Andalusians did not care which vaccine they received, by April many expressed a preference for PfizerBioNTech or Janssen. Preferences for different vaccines vary according to age and gender. Pfizer is preferred by 41% of women and Janssen by those under 25.

Expectations regarding the vaccination date have been long-term. In April, only 13.3% of respondents believed they would be vaccinated before the summer. Although supported by the majority of Andalusians, the mandatory nature of the vaccine is

something that raises greater reluctance among the younger population. Based on these data, we propose to delve deeper into the reasons for Andalusians' greater willingness to be vaccinated and the formation of public opinion around certain vaccine brands.

Keywords: COVID-19, vaccines, vaccination expectations, public opinion, Andalusia

1. INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, el Gobierno de España se vio obligado a decretar el mayor confinamiento de la historia desde el siglo pasado, la Covid_19 se estaba extendiendo por todo el mundo y España empezaba a tener un crecimiento exponencial en los contagiados, lo que luego se convertiría en miles de casos y de muertes. Además de los confinamientos, las restricciones y las medidas de higiene sanitaria, la única esperanza a futuro de recuperar la normalidad y la seguridad sanitaria pasaba por tener una vacuna frente a la enfermedad (Lizarraga, 2021).

Las experiencias que se tenían hasta el momento respecto a otras vacunas pasaban por esperar entre 4 y 10 años hasta que la vacuna estuviera disponible para su uso extensivo (OMS, 2014). Sin embargo, el hecho de que los gobiernos hayan comprado las vacunas por adelantado ha significado que los desarrolladores han podido arriesgarse más con los resultados obtenidos en fases anteriores, acortando los tiempos en su puesta al público.

Lo que se ha demostrado es que cuando la humanidad se pone a una, cuando se dota de presupuesto los proyectos científicos y cuando la comunidad científica se coordina a nivel mundial lo plazos en la consecución de avances científicos se acortan.

La primera vacuna disponible contra la Covid_19 y que pudiera administrarse en Europa y por tanto en España, fue la vacuna de la farmacéutica Pfizer, aprobada el 21 de diciembre por la agencia europea del medicamento. Acto seguido el 28 de diciembre se administra la primera en España. El hecho de que

las vacunas contra la COVID_19 se hayan obtenido en un tiempo récord unido a la publicidad que se les ha dado a algunos de sus efectos más graves, como lo ocurrido con las trombosis de la vacuna AstraZeneca, ha generado bastante desconfianza en la población (tan sólo un 3,1% de los andaluces la prefieren), que preocupaba a las instituciones y organismos internacionales.

Es por esto por lo que surgen varias iniciativas de consulta de la opinión pública respecto a la intencionalidad de vacunarse de la población entre la que destaca las encuestas realizadas por la FECYT a nivel nacional, las encuestas del CIS (Estudio 3318, CIS 2021) en las que se incluyen preguntas sobre predisposición a vacunarse y las de la Fundación CENTRA, objeto de esta investigación.

2. MARCO TEÓRICO

Para comprobar la aceptación o el rechazo a las vacunas hay que hacer referencia al “Estudio de percepción social de la ciencia y la tecnología 2018” de la FECYT. Este estudio toma como base el modelo de las 3C, definido por la OMS, en el que se establecen tres determinantes básicos en la denominada reticencia a las vacunas (Macdonal, 2015).

En este grupo de trabajo se define la reticencia a vacunarse como el retraso o el rechazo en aceptar vacunas seguras, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. Es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, políticos y personales que dependen del contexto específico, así como del momento, el lugar y la vacuna. Las variables de explicativas del mayor o menor grado de reticencia a la vacunación de este modelo son:

1. Confianza en la seguridad y eficacia de las vacunas, en el sistema que las ofrece incluida la confiabilidad y competencia de los servicios de salud y profesionales, junto con las motivaciones de los responsables políticos que deciden sobre las vacunas necesarias.
2. Complacencia en la no existencia del riesgo que implica las enfermedades que se pretenden prevenir con las vacunas. También influye el contexto en el que otras

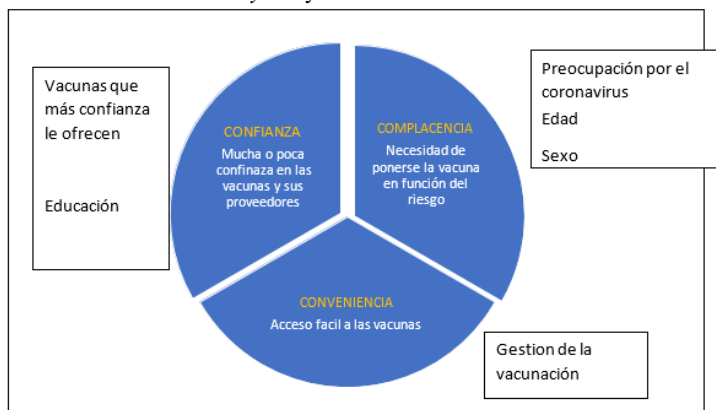
cuestiones pueden ser prioritarias. Las personas van a poner en una balanza los riesgos de las vacunas y los riesgos de enfermedades.

3. Conveniencia, concretada en torno a la accesibilidad a los centros de vacunación, así como que se pueda mantener el costo. Se mide por el grado en que la disponibilidad física, asequibilidad y disposición a pagar, accesibilidad geográfica, capacidad de comprensión (alfabetización lingüística y sanitaria) y el atractivo de los servicios de inmunización.

Estos tres aspectos que influyen en la mayor o menor reticencia a la vacunación se ven afectados por una serie de factores determinantes de la duda respecto a las vacunas del grupo de trabajo más compleja tiene determinantes organizados en tres categorías: contextual, individual y grupal y vacuna / específica de vacunación influencias.

De acuerdo con este modelo, podrá haber individuos reticentes que acepten la vacunas, pero que, al estar preocupados, puedan rechazar o retrasar algunas y otros rechazar todas (Alsubaie et al., 2019). Las actitudes frente a las vacunas se pueden ver en un continuo, que van desde la aceptación total hasta el rechazo total. Las personas que dudan de las vacunas son un grupo heterogéneo en el medio de este continuo. Las personas indecisas pueden rechazar algunas vacunas, pero aceptar otras; retrasar las vacunas o aceptar vacunas, pero no están seguros de hacerlo.

Gráfico 1. Determinantes de la reticencia: modelo de las 3C. Elaboración propia a partir de datos de *Who Euro- Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey*. 13 y 14 de Octubre de 2011.

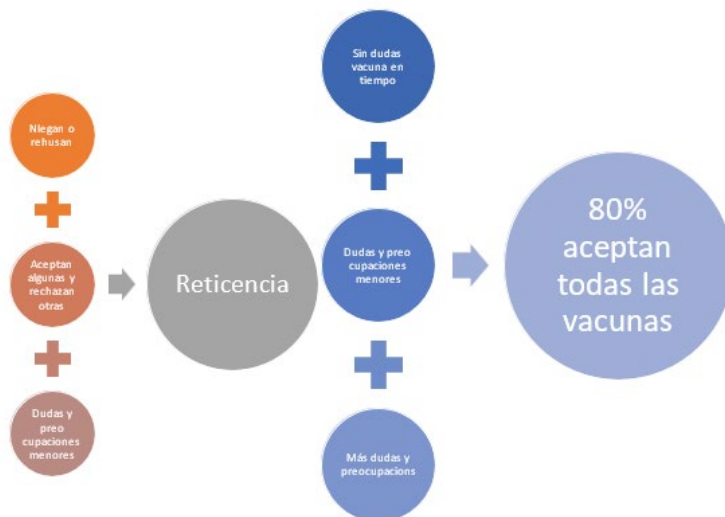


Hyland-Wood et al. (2021) efectuaron una revisión sistemática y de acuerdo con sus hallazgos, y a la opinión de expertos, definieron las actitudes de los padres frente a la vacunación en un espectro que incluye (Gráfico 2):

1. Los que las aceptan sin cuestionamientos (30- 40%).
2. Los que las aceptan con cautela (25-35%).
3. Los padres que vacilan (reticentes) (20-30%).
4. Los que aceptan solo algunas vacunas (2-27%).
5. Los que rechazan todas las vacunas (<2%).

Es importante remarcar que, pese a los diferentes grados de reticencia, el 80% de los pacientes aceptan todas las vacunas, mientras que sólo el 5% rehúsan o se niegan absolutamente a recibirlas. Esto permite un espacio para desarrollar estrategias tendientes a mejorar la aceptación de las mismas.

Gráfico 2. Reticencia o aceptación de la vacunación. Elaboración propia a partir de datos de *Who Euro- Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey*. 13 y 14 de Octubre de 2011.



3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El principal objetivo de este estudio es conocer los factores que pueden influir en la mayor predisposición a ponerse la vacuna en Andalucía respecto a España. Atendiendo al modelo de reticencia elaborado por el grupo de trabajo sobre vacunas de la OMS de las 3C (OMS, 2014), se entiende que la percepción de riesgo a contagiarse y la preocupación por la pandemia son los factores que más influyen en la decisión de los andaluces y andaluzas a vacunarse. La incidencia de la pandemia en Andalucía provocó niveles muy altos de preocupación, en enero de 2021 justo al inicio de la campaña de vacunación la preocupación, medida en una escala del 0 al 10, alcanzó niveles cercanos al 9 (8,88). El proceso de vacunación hizo que en el mes de abril esta preocupación baje al 8. Se pretende conocer si la edad puede ser otra variable de influencia en la mayor o menor reticencia a la vacuna, precisamente por la asociación de un factor de riesgo en la enfermedad de la Covid_19 a esta variable. La mayor vulnerabilidad de los mayores frente a lo jóvenes que se ha traducido en altas tasas de mortalidad en los grupos de mayor edad (INE).

Tabla 9. Variables de análisis y su concreción dentro del modelo de las ·C.
Elaboración propia.

Modelo 3C	Variables utilizadas en el análisis
Confianza	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas que más confianza le ofrecen • Educación
Complacencia	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el coronavirus • Edad • Sexo
Conveniencia	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la vacunación

4. METODOLOGÍA

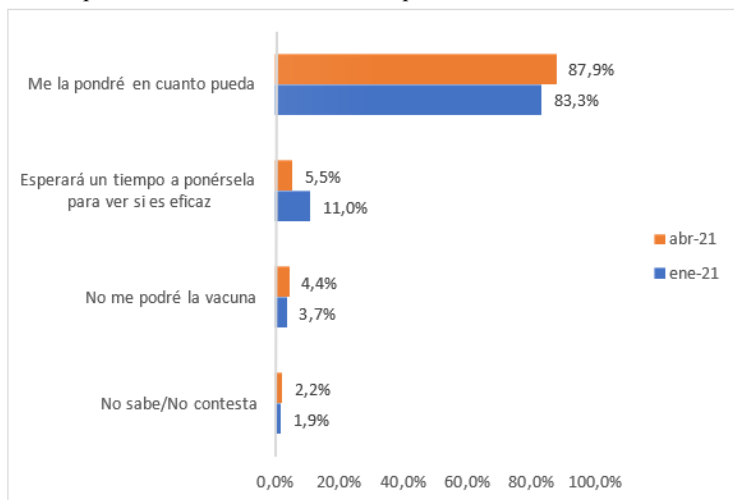
Análisis comparativo de las dos encuestas publicadas por la Fundación Centro de Estudios Andaluces, entre los meses de enero y abril del 2021, “Los andaluces ante la tercera ola de COVID” y “Fase de vacunación actual”. Con una muestra ambas de 800 entrevistas, realizadas a mayores de 18 años residentes en cualquier municipio de Andalucía, y segmentadas por provincia, sexo y edad. Un total de 1600 entrevistas que nos permiten hacer un análisis a los factores que influyen en el mayor o menor rechazo a las vacunas.

Ambas encuestas están dirigidas a la población de ambos sexos de 18 años y más, con ciudadanía española y residentes en cualquier municipio de Andalucía. Distribuidas proporcionalmente según la población residente de cada una de las provincias. La selección última de los individuos se ha realizado mediante una elección aleatoria en cada estrato de acuerdo con cuotas cruzadas de sexo y edad. Los tramos de edad empleados son: 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 y 65-74, 75 y más. Con un tamaño muestral de 800 entrevistas realiza das mediante metodología CATI, alternando teléfonos móviles y fijos. Y un error muestral del 3,4% para el 95% nivel de confianza en el supuesto de muestreo aleatorio simple y máxima variabilidad ($p=q=50\%$).

5. RESULTADOS

Tal y como reconoce la OMS, la reticencia a vacunarse se define como el retraso o el rechazo en aceptar vacunas seguras, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. De acuerdo con los datos recogidos en estas dos encuestas de la Fundación Centro de Estudios Andaluces, se ha hecho un análisis con los parámetros de la teoría de las 3C, en el que se analizan las variables de influencia en la mayor o menor predisposición a vacunarse, y determinar cuál de ellas ha sido más influyente en esa aceptación. Entender las causas de este comportamiento es importante ya que permite ofrecer la información necesaria a las personas y evitar bajas tasas de vacunación. Las dos encuestas realizadas el mes de enero y en el mes de abril en la Fundación centra, muestran una tasa de rechazo a la vacuna del COVID muy baja, en torno al 4%. Respecto a la gente que prefiere esperar un tiempo para ver si es eficaz. En el mes de enero tan solo representaba el 11% de la población bajando en el mes de abril al 5,5%:

Gráfico 3. ¿Piensa usted ponerse la vacuna? Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



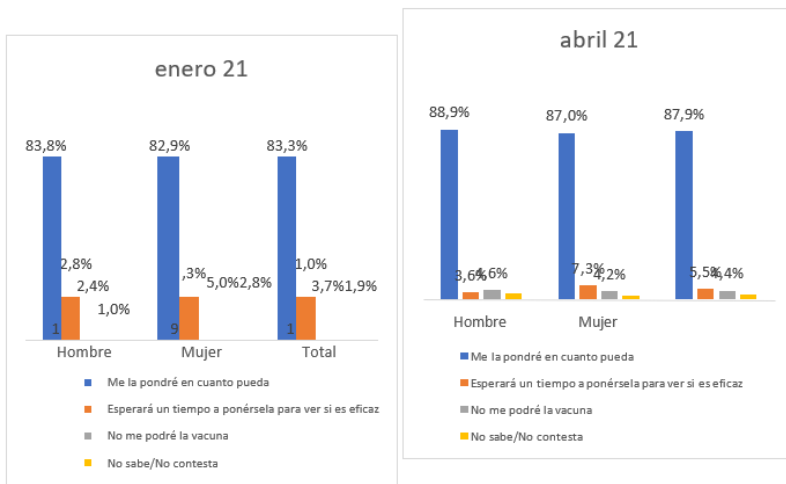
En el mes de abril ya entorno a un 20% de los andaluces se había puesto al menos la primera dosis, el resto de la población mayor de 18 años estaba esperando ponérsela. Se han analizado

las variables de sexo, edad, nivel educativo, confianza en la gestión de la vacunación por la Junta de Andalucía y preferencia entre las vacunas existentes, desde un enfoque del modelo de reticencia de las 3C (OMS 2014).

5. 1. GÉNERO

Se observa que el género no es una variable que determine una mayor o menor reticencia a vacunarse. Se podría pensar que al ser los hombres los que más enferman debido a enfermedades cardiovasculares lo que sUniversidad Pablo de Olavide, de Sevillane un factor de riesgo en la enfermedad el Covid_19, podría darse una mayor tendencia a vacunarse en los hombres. Lo cierto es que en enero el porcentaje de hombres que se esperarían un tiempo a ponerse la vacuna (12,8%), era 3 puntos menor que el de las mujeres (9,3%). Porcentaje que desciende en el mes de abril hasta el 3,6%. El de las mujeres desciende 2 puntos de enero a abril.

Gráfico 4. Predisposición a ponerse la vacuna. Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



5. 2. EDAD

Los estudios que se conocen respecto a la relación entre la edad y la reticencia a vacunarse son mixtos. Hornsey *et al.*, (2018), por ejemplo, no han hallado una relación confiable entre

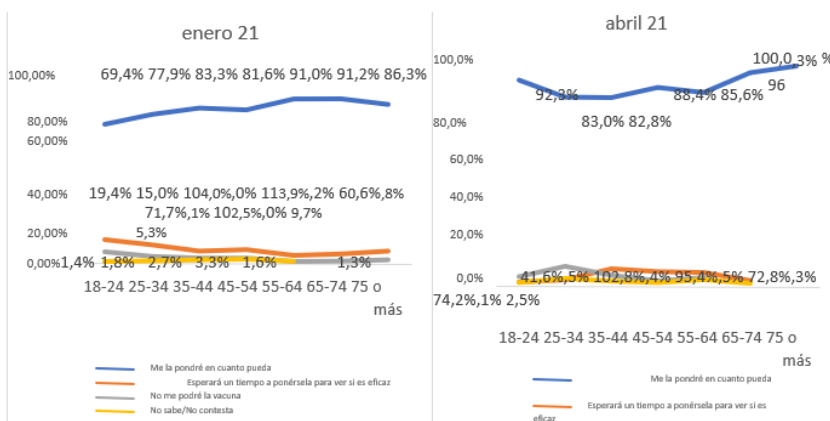
la edad y la reticencia ante las vacunas. Los datos que conocemos respecto a la vacuna de la gripe no son esclarecedores en unos casos: la edad avanzada en algunos estudios se presenta como una barrera para la administración de la vacuna, mientras que otros trabajos muestran que con la edad aumenta el uso de la vacuna.

En este estudio se observa como en la primera oleada de la encuesta, la edad determina un mayor o menor grado de predisposición a ponerse la vacuna, efecto que se difumina 3 meses después cuando la edad ya no condiciona la reticencia.

En enero el 19,4% de los menores de 24 años, creen que esperaran a ponerse la vacuna hasta ver su efectividad, este porcentaje se reduce al 15% entre los comprendidos entre los 25 y 34 años, y al 10% y 11,2% en los grupos de edad de 35 a 44 y 45 a 54, el punto de inflexión se encuentra en el grupo de edad de mayores de 55 años.

Si embargo, es en este grupo de entre 18 a 24 donde están los mayores opositores a vacunarse en un primer momento. Una vez avanzada la campaña, en el mes de abril esta reticencia diferenciada entre los grupos de menor edad y los de mayor edad descende mínimos, excepto en los andaluces de 25 a 34 años, que se siguen manteniendo un 10,4% de oposición.

Gráfico 5. Predisposición a ponerse la vacuna por grupos de edad. Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



5. 3. NIVEL EDUCATIVO

Se podría pensar que una falta de capacitación se traduce en un mayor rechazo a vacunarse, debido a la carencia de información y de la posibilidad de entender la que hay disponible. Hornsey *et al.*, (2018) al estudiar los diferentes factores que influyen en el razonamiento de los antivacunas agruparon correlaciones de 25b países y no encontraron una correlación entre el nivel educativo y la oposición a las vacunas. Por ejemplo, en la encuesta de la Comisión Europea (Larson *et al.*, 2018) se encontró que, en varios países, los encuestados con educación primaria dudaban más de las vacunas que otros encuestados. Sin embargo, el patrón es mixto: en una revisión de la literatura, Larson *et al.*, (2014) señalaron estudios en China, Líbano, Israel, Bangladesh y Estados Unidos en los que se había identificado la educación superior como una barrera. Además, las personas con reticencias a las vacunas tienden a pasar una cantidad relativamente grande de tiempo buscando información en internet sobre las vacunas (Jones *et al.*, 2012).

A priori, en el análisis de la encuesta realizada en enero, son los grupos con menos formación (sin estudios), los que menos voluntad muestran a vacunarse, aunque esta se sitúa en niveles altos por encima del 75%, lo cual se explicaría con el modelo de Larson en la encuesta de la Comisión Europea, sin embargo este:

Gráfico 6. Predisposición a ponerse la vacuna por nivel educativo (mes de Enero).
Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.

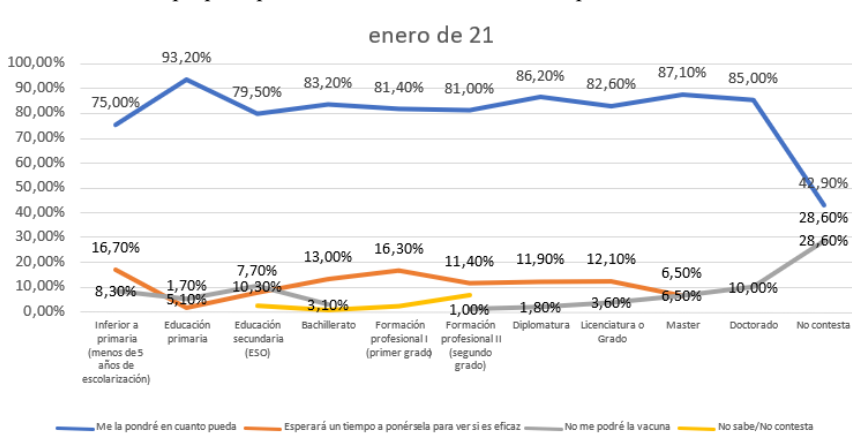
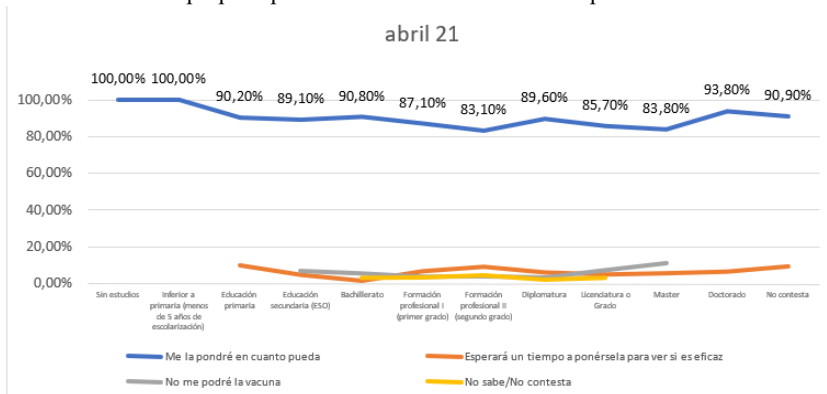


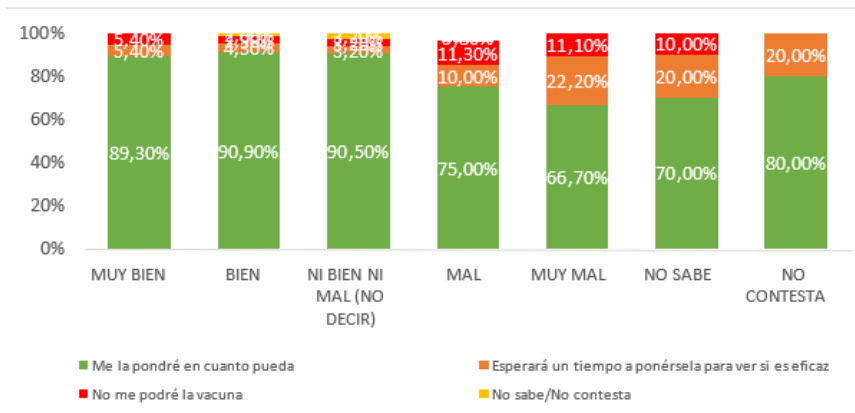
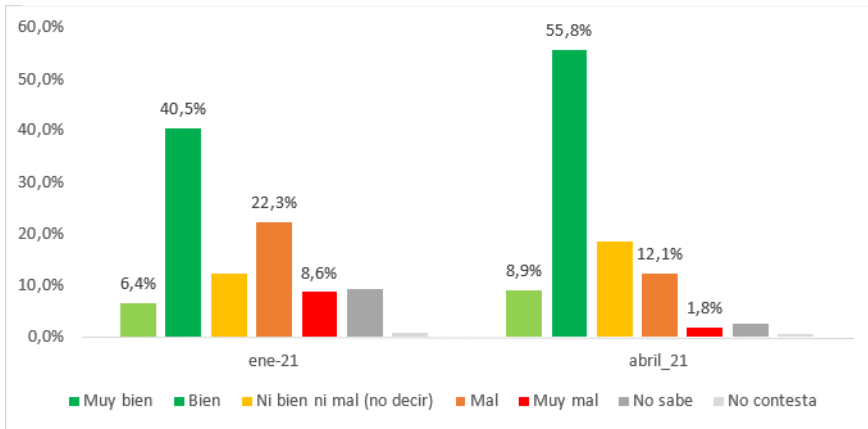
Gráfico 7. Predisposición a ponerse la vacuna por nivel educativo (mes de Abril).
Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



5. 4. CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA VACUNACIÓN

Uno de los factores de influencia en la aceptación de las vacunas y en la predisposición a vacunarse tiene que ver con el fácil acceso a las vacunas, al precio de las mismas, así como la confianza en las instituciones encargadas en suministrarla. Estos factores tienen relación directa con la conveniencia recogida en el modelo de las 3C (OMS, 2014). Si vemos el gráfico 8, la confianza en la gestión de la vacunación por parte de las autoridades sanitarias autonómicas es bastante alta, en el mes de enero los ciudadanos/as andaluces que consideraban que la gestión de la vacunación estaba bien o muy bien eran el 46,9%, este porcentaje sube al 64,7% en el mes de abril. Ahondado en esta cuestión en el gráfico 9 se puede ver la relación de esta vacuna con la reticencia a vacunarse, ya que los que mejor valoran la gestión de la vacunación son los que menos reticencia expresan. El hecho de que la vacuna sea gratuita y se hayan habilitado multitud de espacios de vacunación, y se haya hecho un llamamiento personalizado, hace que esta esté llegando hasta a las áreas más desfavorecidas.

Gráfico 9. Confianza en la gestión de la vacunación (Junta de Andalucía)/ Predisposición a vacunarse. Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



5. 5. QUÉ VACUNA SE PONDRÍA

También relacionado con la con el modelo de las 3C y en concreto con el factor de la confianza, está el conocimiento de las marcas y farmacéuticas que ha desarrollado las vacunas, como se observa en el gráfico 10, las vacunas preferidas son las Pfizer y la Janssen, ambas de dos farmacéuticas muy conocidas en España y en Andalucía y con muchos medicamentos en circulación. Las preferencias respecto a las diferentes vacunas cambian según la edad y el sexo. La Pfizer es preferida por el 41% de las mujeres y la Janssen por los menores de 25 años.

Gráfico 10. Vacunas preferidas. Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.

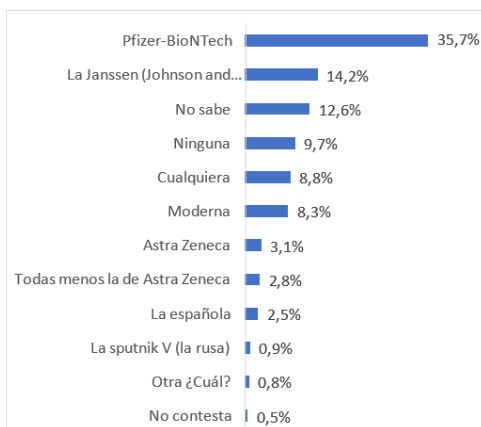
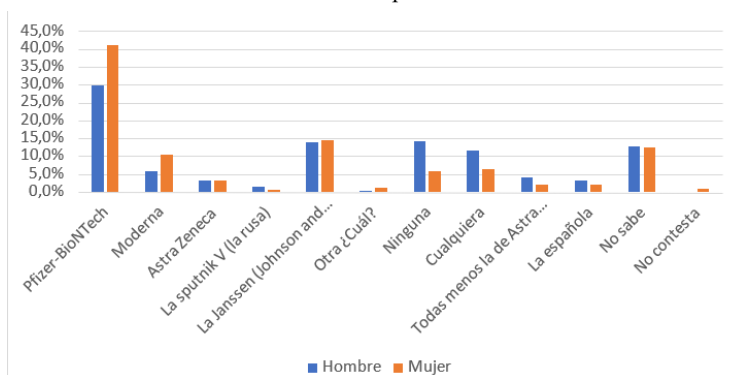


Gráfico 11. Vacunas preferidas (género). Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



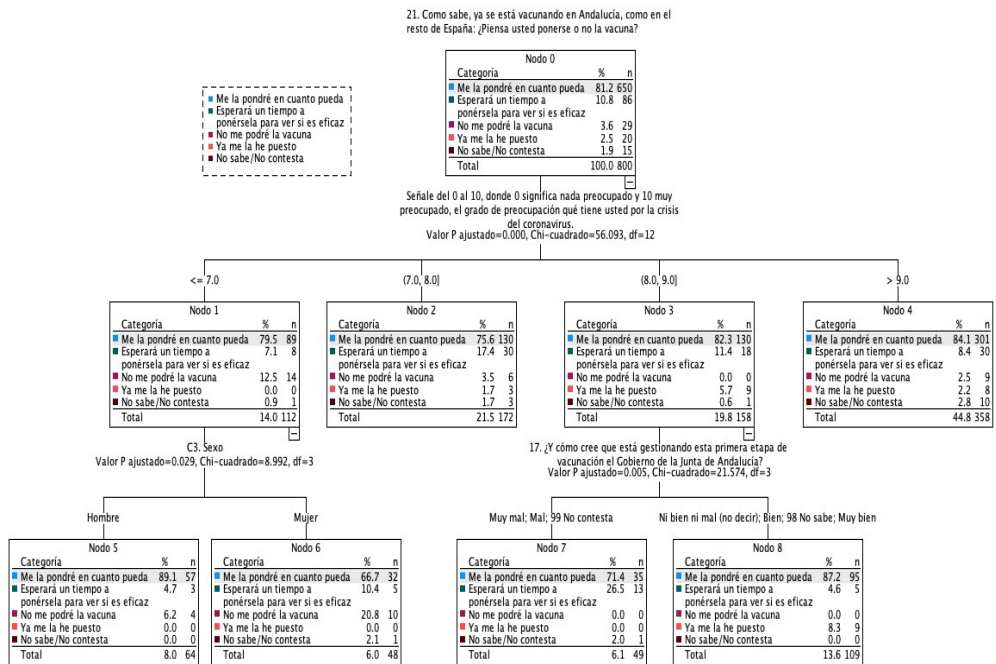
5. 5. PREOCUPACIÓN

Para analizar más en profundidad el orden en que las diferentes variables han influido se ha realizado un análisis multivariable de segmentación incluyendo las variables preocupación, sexo, edad, nivel de estudios y valoración de la gestión de la vacunación del Gobierno central, la valoración de la gestión de la vacunación de la Junta de Andalucía y la percepción sobre la terminación de la pandemia.

De forma específica, la variable que más influye es el nivel de preocupación. La preocupación respecto al coronavirus en Andalucía se encontraba en enero de 2021 en 8,88 puntos, en una escala de 0 a 10, y en el mes de abril bajará a 8 puntos, unos niveles de preocupación por la crisis del coronavirus muy alto.

Haciendo hincapié en el análisis, se observa como los niveles de preocupación se sitúan por encima del 7 en todos los nodos, pero se aprecia con claridad que conforme va aumentando esta preocupación por el coronavirus hasta superar el 9 en el grado de preocupación, aumenta la predisposición a ponerse la vacuna.

Gráfico 12. Análisis de segmentación. Encuesta “Los andaluces ante la COVID”.
Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas por la Fundación Centra.



6. CONCLUSIONES

Es evidente que existe una relación entre la preocupación por la pandemia y la predisposición o reticencia a ponerse la vacuna, tal y como se explica en el modelo de las 3C, en concreto en lo que se denomina la complacencia, es decir, en el riesgo que percibo a enfermarse y en la necesidad de ponerme la vacuna para disminuir este riesgo. La reticencia a la vacunación está asociada con el riesgo percibido y a la preocupación por enfermarse.

La confianza en el sistema de salud y en los profesionales que administran las vacunas constituyen una de las características fundamentales del "modelo 3C" (McDonald, 2015). Aspecto que se relaciona en este estudio y en el que se ve una fuerte asociación, ya que a mayor confianza en la institución que se encarga de la administración de la vacuna menor reticencia a vacunarse. La confianza en las farmacéuticas que están desarrollándola las vacunas, y de aquellas marcas conocidas y con medicamentos relevantes puestos sin circulación, son las vacunas de mayor preferencia para los andaluces. Es decir, el conocimiento de las marcas y de las farmacéuticas, da seguridad a los andaluces y andaluzas a la hora de ponerse una vacuna.

En el nivel educativo y el sexo no se puede determinar una relación fuerte en la decisión o en la predisposición de vacunarse en este momento. Aunque en un principio se pensó en diferencias entre hombres y mujeres ante la reticencia, ya que los hombres tienen una mayor predisposición a tener enfermedades cardiovasculares que es un factor de riesgo en la enfermedad, los datos nos dicen que los niveles de predisposición son muy altos para ambos grupos. Lo que sí se ha observado es que, en un primer momento, en el mes de enero, los jóvenes eran un poco más reacios a vacunarse. Tenían un nivel de reticencia mayor. Sin embargo, esto se ha corregido con el tiempo. Seguramente influenciado por la preocupación por las olas de la pandemia producidas con posterioridad y a la mejora de la gestión en el proceso de vacunación. Si algo sabemos de esta pandemia es que para conseguir acciones basadas en la colectividad no solo es necesario ofrecer datos sobre los que poner en marcha medidas, sino también argumentos, razones y, en definitiva, confianza en las instituciones de salud pública (Monrad, 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALSUBAIE, S. S., GOSADI, I. M., ALSAADI, B. M., ALBACKER, N. B., BAWAZIR, M. A., BIN-DAUD, N., y ALZAMIL, F. A. (2019). Vaccine hesitancy among Saudi parents and its determinants: Result from the WHO SAGE working group on vaccine hesitancy survey tool. *Saudi medical journal*, 40(12), 1242-1250
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA (2021). ¿Cuánto tiempo lleva fabricar una vacuna o cómo conseguir lo imposible? <https://www.vacunas.org/cuanto-tiempo-lleva-fabricar-una-vacuna-o-como-conseguir-loimposible/>
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2021). Barómetro de abril 2021. Avance de resultados. Tabulación por variables políticas. Estudio nº 3318. Recuperado de: http://datos.cis.es/pdf/Es3318seMT_A.pdf
- FECYT (2021a). Evolución de la percepción social de aspectos científicos de la COVID-19. Cultura científica. <https://www.fecyt.es/es/publicacion/evolucion-de-la-percepcion-social-de-aspectos-cientificos-de-la-covid-19>
- FECYT. (2021b). El factor social de la gestión sanitaria: Actitudes hacia la vacunación y cumplimiento de las medidas anti-Covid-19. Cultura científica. <https://www.fecyt.es/es/publicacion/evolucion-de-la-percepcion-social-de-aspectos-cientificos-de-la-covid-19>
- FECYT. (2022). Percepción social de los aspectos científicos de la COVID-19. Cultura científica. Recuperado de <https://www.fecyt.es/es/publicacion/percepcion-social-de-los-aspectos-cientificos-de-la-covid-19>
- FUNDACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES (2021a). Los andaluces ante el Covid-19. Recuperado de: <https://www.centrodeestudiosandaluces.es/encuestas/los-andaluces-ante-el-covid-19-1>
- FUNDACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES (2021b). Fase de vacunación actual. Recuperado de: <https://www.centrodeestudiosandaluces.es/encuestas/fase-de-vacunacion-actual>
- HYLAND-WOOD, B., GARDNER, J., LEAKS, J., y ECKER, U. K. H. (2021). Toward Effective Government Communication Strategies in the Era of COVID-19. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00701-w>

- JONES, A. M. et al. (2012). Parents' source of vaccine information and impact on vaccine attitudes, beliefs, and nonmedical exemptions. *Advances in Preventative Medicine*, s.p. <https://www.hindawi.com/journals/apm/2012/932741/>
- LARSON, H. J., CLARKE, R. M., JARRETT, C., ECKERSBERGER, E., LEVINE, Z., SCHULZ, W. S., y PATERSON, P. (2018). Measuring trust in vaccination: A systematic review. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 14(7), 1599-1609. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1459252>
- LEASK J. et al. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics*, 12, 154-29.
- LIZARRAGA, J. (03/05/2021). La vacunación es la única esperanza, el problema es que no hay dosis. *Noticias de Navarra*, Recuperado de: <https://www.noticiasdenavarra.com/actualidad/2021/05/03/vacunacion-unica-esperanza-problema-hay-2144621.html>
- LOBERA, J., HORNSEY, M. y DÍAZ-CATALÁN, C. (2018). Los factores que influyen en la reticencia a la vacunación en España. En J. Lobera y C. Torres Albero (Eds.), *Percepción social de la ciencia y la tecnología*, 13-35.
- MACDONALD, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34),4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- MONRAD, J. T. (2020). Ethical considerations for epidemic vaccine trials. *Journal of medical ethics*, 46(7), 1-5. <https://jme.bmj.com/content/medethics/46/7/465.full.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMh_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1

CAPÍTULO 4.
METÁFORAS, ENFERMEDAD Y DIVERSIDAD
FUNCIONAL EN LA LITERATURA EN LENGUA
INGLESA

CHAPTER 4.
METAPHORS, ILLNESS, AND FUNCTIONAL DIVERSITY IN
ENGLISH-LANGUAGE LITERATURE

Sergio MARÍN-CONEJO
Universidad de Sevilla

Resumen

Partiendo de la premisa de Susan Sontag de que es necesario despojar las dolencias y alteridades físico-químicas humanas de su carga simbólica para entenderlas como fenómenos neutrales, este capítulo hace uso de su pensamiento para realizar una crítica literaria y cultural en lengua inglesa. Se argumenta que la representación de la enfermedad, desde la tuberculosis en la literatura del siglo XIX (como en las obras de las hermanas Brontë) hasta el cáncer o el sida en el siglo XX, opera como un mecanismo de exclusión análogo al concepto de "lo abyecto" desarrollado por Julia Kristeva. A través de un recorrido por obras clave de Mary Shelley, Oscar Wilde o Tony Kushner, se demuestra cómo la figura del "cuerpo enfermo" encarna una alteridad monstruosa y se utiliza para reflejar la corrupción moral y social. La propuesta de Sontag se revela, así, como un pilar fundamental para un enfoque objetivo que desasocie la enfermedad de construcciones discursivas perjudiciales, invitando a una reflexión sobre la perpetuación del estigma.

Palabras clave: Susan Sontag, enfermedad, metáfora, estigma, literatura, abyección, alteridad, representación cultural

Abstract

Based on Susan Sontag's premise that human physical and chemical ailments and alterities must be stripped of their symbolic meaning in order to understand them as neutral phenomena, this chapter draws on her thinking to offer a literary and cultural critique in English. It argues that the representation of disease, from tuberculosis in 19th-century literature (as in the works of the Brontë sisters) to cancer or AIDS in the 20th century, operates as a mechanism of exclusion analogous to the concept of "the abject" developed by Julia Kristeva. Through a review of key works by Mary Shelley, Oscar Wilde, and Tony Kushner, it demonstrates how the figure of the "sick body" embodies a monstrous otherness and is used to reflect moral and social corruption. Sontag's proposal thus reveals itself as a fundamental pillar for an objective approach that dissociates illness from harmful discursive constructions, inviting reflection on the perpetuation of stigma.

Keywords: Susan Sontag, illness, metaphor, stigma, literature, abjection, otherness, cultural representation

Al nacer poseemos una doble ciudadanía en el reino del bienestar y en el reino de la enfermedad. Aunque preferimos usar sólo el pasaporte bueno, tarde o temprano cada cual tendrá la obligación, al menos durante un tiempo, de identificarse como ciudadana o ciudadano de ese otro lugar. [...] Lo que quiero decir es que la enfermedad no es una metáfora, y que la forma más verdadera de considerar la enfermedad -y la forma más sana de tener una enfermedad- es la más purificada y resistente al pensamiento metafórico. No es posible residir en el reino de la enfermedad sin el prejuicio de escabrosas metáforas con las que ha sido ajardinada¹ (Sontag, 1978, p. 3)

Esta cita extraída de la introducción del libro de Susan Sontag *La enfermedad como metáfora (Illness as Metaphor,*

¹ Texto original en inglés. Traducción de Sergio Marín-Conejo para este volumen.

1978) pone en relieve el uso metafórico de la enfermedad en el ámbito cultural, social y político. Sontag argumenta que estas metáforas, lejos de ayudar a las personas enfermas, tienden a estigmatizar y deshumanizarlas. El texto es especialmente conocido por su análisis del cáncer y la tuberculosis, y fue escrito mientras Sontag misma enfrentaba un diagnóstico de cáncer de mama. Sontag escribió el libro con el objetivo de despojar a las enfermedades de estas metáforas dañinas, proponiendo que deben ser entendidas y tratadas como fenómenos médicos neutrales. Para ella, las metáforas pueden generar sufrimiento adicional al paciente al añadir vergüenza o alienación a su condición.

La obra ha sido muy influyente no solo en los estudios literarios y culturales, sino también en la medicina, la sociología y la antropología, inspirando debates sobre cómo el lenguaje afecta nuestra percepción de las enfermedades y sobre cómo evitar el estigma asociado con ellas. En 1988, Sontag publicó una continuación, *El sida y sus metáforas (AIDS and its Metaphors)* donde aplicó su análisis al VIH/SIDA, destacando las connotaciones morales y sociales que rodearon esta epidemia en los años 80.

La pensadora cuestiona la relación taxonómica y jerárquica entre el bienestar, la enfermedad y la diversidad (o alteridad) así como las analogías creadas, por su simplismo y por reforzar ideas perjudiciales. La innovación de su propuesta radica en que las metáforas médicas se han utilizado para describir problemas sociales o políticos, como cuando se habla de la sociedad como un “cuerpo enfermo”. Ya en *Hamlet* de William Shakespeare (1601), la enfermedad aparece como una metáfora para la corrupción moral y política. Cuando Hamlet escucha a Marcelo que “[a]lgo está podrido en el Estado de Dinamarca” (acto I, IV, p. 67), el dramaturgo expone una sociedad falta de buena salud, enferma en un sentido más amplio, y aplican un ideal de cuerpo perfecto, incorruptible. Puesto de otra manera, vivimos en la postura patriarcal de entender no sólo la enfermedad en sí, sino también la diversidad/alteridad como una enfermedad, como el entendimiento clásico en medicina de que se trata de una alteración psico-química del cuerpo. Es decir, conceptualizando, por ejemplo, la menstruación como una enfermedad en sí.

La pensadora examina cómo las metáforas utilizadas para describir enfermedades perjudican tanto a pacientes como a la sociedad y distorsionan nuestra comprensión de estas enfermedades y la sociedad misma. Así, aceptamos la invitación de Sontag a desarrollar un enfoque más objetivo y científico en la forma en que hablamos y pensamos sobre las enfermedades desasociando esta de la discapacidad o del género, pero también del pensamiento epistemológico y ontológico divergente, de la alteridad discursiva al fallogocentrismo blanco, eurocéntrico y cosmopolita que también sufre esta estigmatización. La carga metafórica de las enfermedades se percibe, por ejemplo, al contrastar cómo la tuberculosis fue asociada con la sensibilidad, la creatividad y el romanticismo en el siglo XIX mientras que el cáncer, en contraste, ha sido tratado como un mal invisible, insidioso y ligado a sentimientos de culpa o represión en el siglo XX, estigmatizando y complicando la experiencia del paciente.

Cuando la enfermedad toma relevancia en literatura es durante el siglo XIX con la institucionalización académica de la enfermedad, no solo mental sino también intelectual, y normalmente presente en el cuerpo de la mujer, creando una iconografía romántica en torno a la mística del pañuelo blanco manchado de sangre. Es por ello relevante que autoras como Charlotte Brontë, en *Jane Eyre* (1847) escoja que Rochester sufra de ceguera, pero haciéndose con esta condición para acercarlos más. Puede interpretarse esto como una metáfora de transformación y dependencia mutua en su relación con Jane, simbolizando la vulnerabilidad y la humanidad compartida. Pero es la tuberculosis (llamada *consumption* en ese tiempo), la gran pandemia de la época y el trasfondo de la muerte de Helen Burns, compañera de Jane en el internado. En la vida de la autora, dicha enfermedad afectaría primero a su hermano, Branwell Brontë, quien lo transmitió a sus hermanas Anne y Emily, falleciendo ambas en un año, así como la autora, que fue la última en verse afectada y fallecer. Como una premonición, su hermana Emily Brontë, en *Cumbres Borrascosas* (1847), representó la enfermedad física y mental afectando a muchos personajes, en especial Catherine Earnshaw, cuya salud refleja sus conflictos emocionales y las tensiones de su entorno. Por otro lado, una de las primeras novelas de misterio, *La dama de blanco* de Wilkie

Collins (1859) aborda también cuestiones sobre enfermedades mentales, la institucionalización forzada y el maltrato médico. Figura y un tópico que se retoma en Miss Havisham de Charles Dickens para *Great Expectations* (1861), la mujer abandonada en día de su boda y que vive vestida aún para la ocasión.

Durante la primera mitad del siglo XX, cuando las dos guerras mundiales disipan esta preocupación y se centran en los efectos perniciosos de los conflictos bélicos, Virginia Woolf publica en 1925 *Mrs. Dalloway*, donde explora la enfermedad mental a través del personaje de Septimus Warren Smith, un veterano de guerra de treinta años que sufre estrés postraumático, y cómo su experiencia contrasta con la vida social de Clarissa Dalloway. Jack London con la breve historia de *La peste escarlata* (*The Scarlet Plague*, 1912) muestra la influencia apocalíptica de pandemias globales y cómo la enfermedad puede ser un catalizador para explorar el colapso social y la supervivencia humana.

Del británico nacido en Francia W. Somerset Maugham podemos leer tanto *The Painted Veil* (1925), obra ambientada en China y en la se presenta una epidemia de cólera como contexto para un drama íntimo de traición, redención y autodescubrimiento que desenmascara la realidad o *Sanatorium* (1938) en la que de nuevo la tuberculosis centra la vida del doctor protagonista, Mr. Chester, quien había alienado a su esposa por el resentimiento de que ella viviría mientras él debía morir.

Damos un salto hasta finales del siglo XX, cuando se publica una de las primeras obras emblemáticas que aborda el SIDA en el contexto de la política, la religión y la sociedad estadounidense de los años 80: *Angels in America* (1992) de Tony Kushner. Es un retrato épico de la vida queer durante la crisis, lleno de simbolismo y humanidad. O también la obra autobiográfica *The Normal Heart* (1985) de Larry Kramer, que narra los primeros años de la crisis del SIDA en Nueva York exponiendo la inacción gubernamental y la lucha por la visibilidad y los derechos de las personas afectadas.

La literatura que aborda la diversidad funcional a menudo recurre a metáforas para reflexionar sobre la discapacidad, la diferencia y la humanidad. Estas metáforas pueden ser herramientas para empatizar con experiencias diversas o, a veces,

perpetuar estereotipos problemáticos. Lo abyecto, encarnado por lo monstruoso, es quizá una de las ideas contemporáneas más interesantes desde que J.R.R. Tolkien construyera el argumento de que los monstruos del poema épico *Beowulf* han de tomarse en serio (Mittman y Hensel, 2020, p. 4). Pero es desde que Julia Kristeva publicase su libro *Powers of Horror: An Essay on Abjection* (1980) y desarrollase la idea beauvoiriana de la otredad o “un être altere”. Kristeva plantea que lo abyecto –lo que repugna o no encaja en categorías sociales claras– puede incluir lo físicamente diferente, como se refleja en personajes monstruosos o deformes. Así se dispone la reinterpretación de vampiros, como en la obra gótica *Drácula* de Bram Stoker, o vampiras como en *Carmilla* de Sheridan Le Fanu (1872), como seres que representan un peligro moral o espiritual. Bajo el paraguas aristotélico y platónico que asociaba la belleza externa con la virtud interna, sugiriendo que lo hermoso es reflejo de lo bueno, queda perfectamente reflejado en *El retrato de Dorian Gray* de Oscar Wilde (1890), la corrupción moral de Dorian se refleja físicamente en su retrato absorbente de vida. Estas ideas se popularizaron durante el Renacimiento y la Ilustración, influyendo en los valores estéticos y morales de la época, en especial promovida por Johann Kaspar Lavater, quien buscaba correlacionar los rasgos faciales con rasgos de carácter o inteligencia. No hace falta enfatizar que esta disciplina carecía de base científica, pero la frenología, desarrollada por Franz Joseph Gall, intentó relacionar las formas del cráneo con las capacidades mentales y el comportamiento, reforzando estereotipos y prácticas discriminatorias. De hecho, aunque Charles Darwin en *El origen del hombre* (1871) no planteó estas ideas directamente, sus teorías sobre la evolución fueron malinterpretadas por defensores del darwinismo social, quienes argumentaron que ciertos grupos “inferiores” podían identificarse físicamente. Por su impacto internacional, cabe mencionar *El jorobado de Notre Dame* del francés Victor Hugo (1831), donde Quasimodo, físicamente “monstruoso”, es en realidad un personaje bondadoso, mientras que Frollo, el antagonista, es moralmente corrupto. Ya en el siglo XX, y basada en la historia real de Joseph Merrick, en *El hombre elefante* de Bernard Pomerance (1977) se utiliza la diversidad funcional (una enfermedad severa que

deformó su cuerpo) como metáfora de la dignidad humana y la capacidad de la sociedad para juzgar la apariencia. Daniel Keyes, en *Flowers for Algernon* (1959), utiliza la metáfora del ratón de laboratorio (Algernon) para proponer un debate sobre temas de empatía, ambición y los límites de la humanidad. Es la historia de Charlie Gordon, un hombre con discapacidad intelectual que se somete a un procedimiento para aumentar su inteligencia.

Sin embargo, si hay una figura fundamental como una metáfora de la exclusión y la estigmatización es en la obra *Frankenstein* de Mary Shelley (1818). La anormalidad física y emocional del monstruo refleja la manera en que las sociedades marginalizan lo que no entienden. La criatura encarna la abyección al ser una figura que desdibuja los límites entre lo vivo y lo muerto, compuesto de partes de cadáveres ensamblados, su existencia transgrede las normas biológicas y divinas, situándose en un espacio liminal entre lo humano y lo inhumano. Este acto de animación, realizado a través de medios científicos no especificados, genera una figura que no puede ser categorizada dentro de los parámetros tradicionales de lo natural. Según Kristeva, lo abyecto se manifiesta precisamente en esta ambigüedad, donde lo familiar se torna extraño y provoca rechazo. Su creador, Victor Frankenstein, horrorizado, señala la desproporción de sus rasgos y su aspecto grotesco:

His yellow skin scarcely covered the work of muscles and arteries beneath; his hair was of a lustrous black, and flowing; his teeth of a pearly whiteness; but these luxuriances only formed a more horrid contrast with his watery eyes, that seemed almost of the same colour as the dun white sockets in which they were set, his shrivelled complexion, and straight black lips. [...] A

Su piel amarillenta apenas cubría el trabajo de músculos y arterias; su cabello era de un negro brillante y fluido; sus dientes, de una blancura nacarada; pero esas exuberancias solo formaban un contraste más horrendo con sus ojos acuosos, que parecían casi del mismo color que las blancas y apagadas cuencas en las que estaban encajados, su piel arrugada y sus labios rectos y negros. [...] Una momia reanimada no podría ser tan espantosa

mummy again endued como ese desdichado.
with animation could not (Shelley, 1818, Vol. I, cap.
be so hideous as that IV)²
wretch

Esta contradicción refuerza la repulsión hacia lo que intenta ser humano, pero fracasa en su totalidad. En términos de Kristeva, la criatura representa la materialización de lo abyecto: lo que debería ser excluido (la muerte, el cadáver) pero que regresa de forma perturbadora. La repulsión que la criatura provoca en los demás personajes confirma su condición abyecta. A pesar de su capacidad para hablar, razonar y sentir, su apariencia física lo condena al ostracismo. Este rechazo constante refleja cómo la sociedad responde a lo abyecto excluyéndolo para preservar los límites de la normalidad.

Lo abyecto opera como un mecanismo para explorar los límites de la humanidad y las consecuencias de transgredirlos. Estas representaciones literarias siguen siendo relevantes en la crítica contemporánea, al cuestionar los límites entre lo humano y lo inhumano, la responsabilidad creadora y el impacto de nuestras decisiones en el ámbito social.

Sontag discute cómo las enfermedades, al ser representadas culturalmente como transgresoras o contaminantes, pueden ser consideradas como lo abyecto. El sufrimiento físico asociado a estas enfermedades altera el cuerpo de maneras que la cultura no puede fácilmente reconciliar con la idea del cuerpo humano ideal o limpio. El sufrimiento, especialmente cuando es visible y debilitante, expone la vulnerabilidad del cuerpo y su incapacidad para mantenerse intacto y saludable. Esta fragilidad hace que los enfermos sean percibidos como fuera de lugar, como cuerpos "anormales" que desafían las categorías de lo humano. La pensadora también señala cómo el lenguaje y las metáforas contribuyen a la marginalización de los enfermos. El uso de metáforas bélicas (como "luchar contra el cáncer" o "vencer al SIDA") asocia la enfermedad con la derrota y la impureza, sugiriendo que los enfermos son de alguna manera responsables de su sufrimiento o que, al ser diferentes, deben ser excluidos. De esta manera, lo abyecto es creado

² La traducción al español ha sido realizada por el autor del artículo.

por la sociedad al construir una dicotomía entre lo “sano” y lo “enfermo”, lo “normal” y lo “anómalo”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLLINS, W. (2014). *La Dama de Blanco*. E-artnow Editions.
- COULES, B., CHAMBERS, R., y KEYES, D. (1993). *The Play of Daniel Keyes' Flowers for Algernon*. Heinemann Educational.
- CURRAN, John, et al. (Eds.) y Somerset Maugham, W (2012). *El Velo Pintado*. Aurum Producciones.
- DARWIN, C., CORDÓN, F. y AGUIRRE, J. (2009). *El Origen del Hombre y la Selección en Relación al Sexo*. EDAF.
- HUGO, V. (2013). *The Hunchback of Notre Dame*. Nick Hern Books.
- KRISTEVA, J. (1980). *Powers of Horror: An Essay on Abjection*. Columbia University Press.
- KUSHNER, T. (2017). *Angels in America. Millennium Approaches*. Royal National Theatre.
- LE FANU, J. S. (2023). *Carmilla*. Arcturus.
- LONDON, J. (2013). *Los Mejores Cuentos de Jack London*. De Vecchi Ediciones.
- MITTMAN, A. S. y Hensel, M. (Eds.) (2020). *Classic Readings on Monster Theory: Demonstrare. Volume 1*. Arc Humanities Press.
<https://doi.org/10.1515/9781942401209>
- POMERANCE, B. (1981). *The Elephant Man: A Play by Bernard Pomerance*. *Literature Online - Twentieth Century Drama*. GrovePress. Recuperado de: https://search.proquest.com/pq1lit/publication/publications_2067343 [Fecha de consulta: 20/03/2023]
- SHELLEY, M. (2018). *Frankenstein: The 1818 Text*. Penguin Press.
- SONTAG, S. (1978). *Illness as a metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.
- STOKER, Bram (2018). *Bram Stoker Horror Stories: An Anthology of Classic Tales*. Flame Tree Publishing.
- WILDE, O. (2022). *The Critical Writings of Oscar Wilde: An Annotated Selection*. Edición a cargo de Nicholas Frankel. Harvard University Press.

- WOOLF, V. (2021). *The Annotated Mrs. Dalloway*. Edición a cargo de Merve Emre. Liveright Publishing Corporation.
- ZURBANO-BERENGUER, B., SOLÁ-MORALES, S. y MARÍN-CONEJO, S. (2021). Mujeres ante las violencias: Valoración de la información periodística sobre la violencia de género por parte de mujeres supervivientes. *Cadernos Pagu*, (63), 1-15. <https://doi.org/10.1590/18094449202100630018>

Imagen: Aurora Ruiz

