

LA VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Mtra. Luisa Fernanda Mendizábal Montes

SOCIOLOGA Y PSICOANALISTA

U N A M. UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. SOCIEDAD PSICOANALITICA DE MEXICO

1.- Introducción

La violencia hacia las personas con discapacidad es una realidad, pero esta violencia tiende a disminuir gracias factores de:

- a) Prevención, b) Detección, c) Intervención y d) Seguimiento
- a) Prevención, mediante la educación personal, familiar y social; esto es, el reconocimiento de la problemática que sufren las personas con discapacidad y sus familias y el impacto social que ello conlleva; independientemente de que exista o no un caso en la familia, sensibilizando a la sociedad sobre esta problemática.
- b) Detección del problema, desde el embarazo o el nacimiento de una persona con discapacidad dando orientación médica, psicológica, pedagógica y legal a los familiares con discapacidad y a la persona discapacitada.
- c) Intervención: Se ha empleado para intervención el Modelo Teórico-Gráfico-Pedagógico: Ser-Humano-Social-Universal” psicoanalíticamente enfocado, que nos ha servido para elaborar los “Programas de Detección, Prevención, Intervención y Seguimiento en el Area de Salud Psico-Social” así como el Plan del Manejo de Crisis en Situaciones de Emergencia.
- d) Seguimiento del problema, desde la niñez, incorporándose a programas específicos en escuelas y otras instituciones que tengan grupos integrados y así seguirlos hasta la vida adulta, para lograr personas estructuradas e independientes en lo emocional y laboral, al lograr su integración, desde la estimulación temprana hasta la jubilación y la vejez e integrar a los familiares en grupos de apoyo

2.- Justificación.

Ya que el manejo e integración de las personas con discapacidad conllevan rechazo, discriminación, agresión y violencia, es indispensable establecer Programas Preventivos de Educación del Individuo y de su Comunidad.

3.- Definiciones

Una discapacidad se ha definido como un impedimento funcional medible y que es debido a una anomalía conductual o del neurodesarrollo que también pueden ser descritos como una desventaja. La Organización Mundial de la Salud ha definido las denominaciones: impairment, impedimento, disability, discapacidad, y handicap, desventaja.

Un Impedimento se define como una pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una Discapacidad es cualquier restricción o carencia de habilidad (resultante de un impedimento) para ejecutar una actividad de la manera o en el rango considerado normal para un ser humano y,

Una Desventaja resulta para un determinado individuo de un impedimento o de una discapacidad que le limita o previene el cumplimiento de un rol que es normal para el individuo, dependiendo de su edad, sexo o factores sociales y culturales.

EL IMPACTO FAMILIAR Y SOCIAL POR LA PRESENCIA DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES INEVITABLE PERO PUEDE SER CONTROLADO. Múltiples son las causas que producen discapacidad física y/o mental que han sido estudiadas en forma interdisciplinaria. El choque emocional que representa el nacimiento de un miembro de la familia con discapacidad debe manejarse desde el inicio con un acercamiento profesional de intervención en crisis, para la elaboración del suceso inesperado, por tratarse de una emergencia, ya que este evento rompe con las fantasías y expectativas elaboradas alrededor del nacimiento de un hijo. Este evento puede ser el factor precipitante que desorganiza y desequilibra a los individuos de la familia y los deja en una situación de vulnerabilidad, con una reducción de defensas que en muchos es temporal y en otros es irreversible. En muchas ocasiones el equilibrio se recuperará cuando ya ha dejado huellas en el niño discapacitado, en los hermanos y en la pareja, provocando infinidad de circunstancias dolorosas, las que a su vez generan otras

circunstancias de desafío a nivel del mundo interno (crisis, vicisitudes, desafíos de desarrollo) y a nivel del mundo externo (crisis, vicisitudes, desafíos circunstanciales). Una intervención oportuna permite prevenir las reacciones negativas de los padres ante el nacimiento de un hijo con limitaciones, además de tener que resolver el duelo por dicha situación, como son la rabia, confusión o aturdimiento, rebeldía (porque a mí); la negación (mi hijo no tiene nada); la no aceptación del problema que provoca el rechazo hacia el niño y su evitación física y emocional (cuando en realidad lo que más necesita es el cariño y comprensión de los padres); sentimiento de culpa y actuación de los mismos, guerras interminables de los cónyuges y familiares que terminan en el rompimiento del lazo matrimonial debido a la ignorancia y vergüenza que ello parece representarles al culparse uno al otro por la fantasía de una "carga genética defectuosa", al esconder al niño y al privarlo de oportunidades de desarrollar lo mejor posible el potencial que posee. –Y, por último, el sentimiento que antes o después experimentan como una reacción natural: una profunda pena o tristeza crónica que invade a toda la persona e incide en la necesidad de quienes tratan de asistir a los padres para que reconozcan este factor emocional y elaboren el duelo que ello representa. Porque El Impacto de la Situación de Emergencia es Invisible y las respuestas son Impredecibles, que van desde la parálisis de acción hasta conductas heroicas insospechadas. Así mismo, la intervención oportuna o primera ayuda psicológica o prevención primaria en poblaciones de alto riesgo, será para reducir la incidencia de trastornos mentales al permitir la elaboración del suceso inesperado, en el momento preciso, al posibilitar su reflexión y elaboración. Ya que el impacto de esta intervención permite salir de la autocompasión y abre la posibilidad al cambio de actitud que transforma en energía positiva de aceptación, amor y comprensión (elaboración del duelo con reparación) y posibilita la formación de una familia o sistema integrado de confianza y respeto para todos sus integrantes. Se requiere la modificación de la crisis por actividades de acción inmediata al dar mensajes de seguridad: consistentes, claros y cortos. Esto es, la elaboración del suceso mediante terapias de apoyo en busca de un yo auxiliar, terapias breves con estrategias de tipo cognitivo-conductual y terapias de interpretación a largo plazo, porque toda crisis lleva al sujeto a descargar una serie de fantasías de su mundo interno: Crisis de fin de mundo independientemente de la situación real.

La discapacidad ha existido siempre y muchos padres y profesionales han recorrido el camino de esfuerzo y solución. Así es que observamos a dos tipos de padres de familia: los que superan la crisis y los que se hunden en ella por falta de

orientación y sentimientos de soledad, sin ver una salida clara al debilitar con ella al niño, a su pareja y a su familia.

La psicopatología nos enseña que la violencia es una expresión de la enfermedad mental y de la enfermedad social. Se definen y sintetizan conceptos y formas de manera somera:

No existe definición de la violencia que describa la gran variedad de abusos que existen en todas las culturas ni sus alcances en las personas. De acuerdo a esto, la violencia consiste en producir a otra persona la sensación deliberada de amenaza física y/o psicológica.

Agresividad se define como la tendencia expresada en conductas reales o fantasiosas, dirigidas para dañar a otro, para destruirlo, para contrariarlo, para humillarlo, etc. Puede adoptar distintas modalidades de acción destructivas. Puede no ser solo simbólico y/o actuante. Puede presentarse precozmente en el sujeto y tener liga con la sexualidad. En la agresividad se ha reconocido un substrato pulsional.

La agresión y la violencia son empleadas por todos nosotros a nivel inconsciente y/o consciente. Podemos situar a la agresión en tres niveles: 1.- Para sobrevivir, como una forma de autoconservación. 2.- Reactiva, ante la provocación y 3.- Destructiva, que viene de la pulsión de muerte. La agresión como tal no implica destrucción pues es necesaria para vivir. Como ejemplo está el anuncio del periódico: "Se solicita persona dinámica y agresiva para el departamento de ventas".

El comportamiento agresivo-violento, individual o de grupo, generalmente constituye una emergencia en la que el comportamiento es irracional y peligroso. Puede ser algo tan limitado como un altercado personal o alcanzar magnitudes de rompimiento en las relaciones donde la violencia y el enojo comunitario tenga alcances catastróficos. En este sentido la violencia difiere de la agresividad en que se trata de un acto motor en relación con un estado mental alterado, en el que debe considerarse a la violencia como un síntoma que tiene un tiempo de inicio y de fin, que puede ser de diferente magnitud y que puede clasificarse en relación con la severidad de las lesiones o del intento de lesiones producidas.

Estos fenómenos ocurren en situaciones extraordinarias en la mayoría de las familias o sociedades, pero pueden ser frecuentes en algunas comunidades o grupos familiares. Existen muchos detonadores de la violencia de origen orgánico, los síndromes cerebrales agudos, la intoxicación alcohólica o drogas y, los episodios de delirium son los detonadores habituales. El clínico reconoce frecuentemente otros tipos de conducta impulsiva asociados a la violencia que pueden incluir historia de conducta suicida, de accidentes automovilísticos, de destrucción de la propiedad, conductas

temerarias y agresión sexual. Más frecuentemente, la conducta violenta ocurre en asociación con enfermedades cerebrales, entre las que se han descrito la violencia epiléptica y aquella que se presenta en circunstancias como infecciones cerebrales, encefalitis, Sida, tuberculosis, sífilis, herpes y otras enfermedades que van desde el trauma craneal hasta la demencia de tipo Alzheimer (Tardif, 1992) y, no orgánicos como trastornos de la personalidad y pasajes psicóticos, la insatisfacción de necesidades detonadores como el stress, etc.

En forma endémica existe una violencia no abierta, no manifestada, en gran cantidad de individuos que por la condición de su estatus social, vulnerabilidad e indefensión, son objeto de la violencia interpersonal, intrafamiliar o socialmente "aceptable". Esta forma no tiene nada que ver con el asalto violento de pandillas o la agresión nacional que constituyen la plaga del mundo, sino que representan una forma de manejar los problemas interpersonales, que se expresan contra los sujetos con una estructura yoica lábil y que son los más débiles de la sociedad: los niños, las mujeres, los discapacitados, los ancianos, los diferentes, las minorías y los inmigrantes (E. Walt en Freedman, 1967).

Existen muchos desórdenes no psicóticos que se manifiestan por violencia episódica: El desorden explosivo intermitente con ataques de agresión y violencia, la personalidad borderline y la personalidad antisocial (Tardiff, 1992).

El mejor predictor de una conducta violenta futura puede ser encontrado en una historia de violencia pasada o experimentada. En la ausencia de tal antecedente o historial, no lleva una relación directa con la violencia; más aún, los factores de familia y personalidad pueden contribuir en la disposición a la criminalidad independientemente del desorden mental.

En contraste a algunos reportes que indican que los homicidas no tenían historia previa, de actos similares o de antecedentes criminales, los resultados de algunos estudios modernos tienden a demostrar estos antecedentes. Aparentemente en la agresividad y en la conducta homicida, la imitación y la identificación con el más violento de los padres opera con mecanismos encontrados en la mayoría de las conductas violentas.

El educar a un niño con severidad y brutalidad puede llevar al desarrollo de un Superyo severo y punitivo de acuerdo al concepto psicodinámico desarrollado por Tanay, (1969 y 1979). El concluyó que el 68 % de los casos que observó tenía un Superyo severo con una necesidad para el castigo determinante para sus relaciones sadomasoquistas. Su incapacidad para expresar la agresión les produce una sobrecarga de impulsos agresivos que finalmente les llevan a descargas explosivas e

incontroladas. La historia de violencia externa y privación emocional juega un papel medular en la conducta posterior de un individuo; la debilidad del Yo permite que la expresión abierta de una violencia primitiva, la alteración en el control de los impulsos, la alteración de la conciencia y finalmente favorece la ausencia de culpa y remordimiento.

Tanto en el homicidio como en la violencia no homicida Tanay, (1969,1979), postuló 3 categorías principales: 1.- La Disociativa, 2.- La Psicótica y 3.- La Egosintónica. En un trabajo posterior, elaboró el concepto de "capacidad destructiva", como la habilidad de una persona para infringir daño a otro ser humano.

La capacidad destructiva fluctúa y depende del desarrollo psíquico y físico. Por ejemplo, la mayoría de los homicidios resultan de relaciones conflictivas, cuya disolución aborta el riesgo homicida, por lo tanto la violencia y el homicidio resultante son principalmente contingentes en tres factores: 1.- la duración de la conducta violenta, 2.- la discriminación del objeto de la violencia y del homicidio y, 3.-el grado de organización de la conducta violenta u homicida. El interjuego de estos tres factores influye el pronóstico. La especificidad de la conducta violenta y la elección del objeto reduce la probabilidad del persistente riesgo homicida.

En forma interesante aparece el hecho de que la violencia y el asesinato frecuentemente ocurren dentro del hogar, lo que es consistente con el hecho de que el asesino usualmente es conocido de la víctima.

Ocurre una complicidad intrínseca de los padres hacia el niño agredido. El abuso sexual es una forma de agresión pero no la única y el agresor es, en todos los casos, una persona mentalmente alterada. En la mayoría de los casos la madre y/o el padre son cómplices pasivos de la agresión ejercida hacia el hijo por alguno de ellos.

4.-Discapacidad

Para nacer, crecer y desarrollarse de la mejor manera posible, las personas con discapacidad y sin ella, requieren de lugares bien estructurados y estos son los hospitales, la casa y las escuelas dentro de una comunidad determinada.

Por ello se requiere de programas de concientización y sensibilización a todas las personas involucradas, desde los consultorios, las aulas y hogar como factores fundamentales para la integración a la comunidad de los niños y adultos con discapacidad.

- a) En los Consultorios y Hospitales se necesita de la orientación y seguimiento durante el embarazo, señalando claramente los riesgos y posibilidades del nacimiento de un niño con discapacidad. Después del nacimiento del niño se debe continuar con la información y orientación

adecuadas para cada etapa del desarrollo y sus posibles desviaciones para llevar a cabo la solución oportuna.

- b) En Casa, a través de los padres, como parejas organizadas, comprometidas bajo un techo seguro de amor, respeto y confianza, se establecerá la aceptación del niño discapacitado. Ya que si esto no sucede se disparará la cascada de violencia en el seno familiar que necesariamente impactará de manera negativa en la aceptación de la persona con discapacidad en el exterior. Aquí es muy importante que los padres mantengan expectativas reales sobre los alcances de su(s) hijo(s) con discapacidad, con lo que se reduce la posibilidad de violencia al aceptar y desarrollar lo que ese ser sí puede hacer, sin la exigencia más allá de sus posibilidades.
- c) En la Escuela, se requerirá de una actitud humana y responsable que facilite el crecimiento de sus usuarios (alumnos, maestros, directivos, personal administrativo y de limpieza) por medio de los grupos integrados o de identidad, que dan seguridad y fuerza funcionando entre los grupos habituales, con lo que se sensibilizará a los futuros empleadores de esta potencial fuerza de trabajo que representan los sujetos discapacitados y que les permiten su integración a la sociedad, apoyados y comprendidos. En donde ambas partes reciben una retroalimentación positiva y por medio de la orientación y apoyo psicológico que los Programas de estas escuelas brindan

5.- Conclusión

El impacto que genera una noticia determinada provoca necesariamente una desorganización. Por ello se requiere contar con un Instrumento Psicológico Pedagógico que de apoyo, que lleve de la mano a los profesionales en la orientación de los padres, hermanos e hijo, con discapacidad y sin ella para que les permita la reorganización personal, de pareja, de los hermanos y de toda la familia que repercutirá necesariamente en el todo social.

Bajo esta perspectiva el seguimiento del proceso de crecimiento y desarrollo de las personas con y sin discapacidad, la familia y la sociedad en conjunto, tendrán una resultante natural, es decir, la integración a la comunidad productiva del sujeto discapacitado.

Específicamente se propone establecer a nivel Nacional el Programa Educativo en el Area de Salud Psico-Social que es no solo de prevención, sino de detección, intervención y seguimiento de todos aquellos niños con discapacidad y apoyar a sus familias de manera continua y sostenida que promueva la integración de grupos de muchachos discapacitados en escuelas regulares y la integración de la familia en los grupos de apoyo. Al trabajar también en consultorios y hospitales, por ser ahí en donde se dá la primera noticia que ha de modificar la vida de esas personas de manera sustancial, por eso se debe sensibilizar al personal y por eso se debe crear una creencia psicológica-social que facilite el entendimiento de la problemática como prevención y detección del primer eslabón de la cadena de la violencia y agresión intrapersonal, que abarca a la persona discapacitada; su relación intrafamiliar, padres, hermanos y, familiares cercanos al no saber que hacer en estas circunstancias y, su relación social, entre toda su comunidad, vecinos, escuela, trabajo.

Por último se debe recordar que gracias a las personas con discapacidad la ciencia avanza con más velocidad.

BIBLIOGRAFÍA :

-Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral: Material Didáctico del Curso Educando para ser Adulto. Octubre de 1989. México, D:F

-Berkiow , Robert, M:D: El Manual Merck. Novena Edición Española. Oceanum/Centrum, 1994.

-Bradford, John, McD, MB,ChB,Dabpn,FRCPC.The Psychiatric Clinics of North America. Clinical Forensic Psychiatry.Vol.15:3 September, 1992. ISSN 0913-953X.Printed. Martello, W:B: Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania.

-Drillien Cecil and Drummond Margaret. Development Screening and The Child with Special Needs. A population Study of 5,000 Children. Spastics International Medical Publications. London. G.B. 1983.

-Fenichel. O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós. México, 1981.6ta.Reimpresión.

-Freedman, Alfred M. ,M.D. And Kaplan, Harold I., M.D .Psychiatry. Comprehensive Textbook.Waverly Press, Inc. . U.S.A.. Reprinted April, 1968.

-Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral: Material Didáctico del Curso Educando para ser Adulto. Octubre de 1989. México, D.F.

-Gómez del Campo, José F. Intervención en las Crisis (Manual de Entrenamiento). Plaza y Valdez Editores, D.F. .UIA. Primera Edición, abril de 1994. México

-Guía para Padres: Confederación Mexicana de Asociaciones en favor de la Persona con Deficiencia Mental, A.C.. México, D.F., abril de 1990.

-Hunderet and Hopkins. Training Sypervision in a C olaborativa Team. Approach to Promote Peer Interaction of Children With Disabilities in Integrate Preschools. Journal of Applied Behavior Analysis. Summer, 1992.

-Kluft, Richard P. M.D., The Psychiatric Clinics of North America. Treatment of Victims of Sexual abuse.Vol 12/Num. 2. June, 1989. ISSN 0193-953X.Printed by the Maple-Vail Book M. G. York.Pennsylvania.

-Kurian Fastlich, Stephanie y colaboradores. Testimonios del terremoto en México (Sep. 19, 1985) Editorial Diana Sep. de 1988. México D.F..

-Laplanche Jean-Pontalis,Jean-Bertereand. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor, S.A.

-Mendizábal, Luisa Fernanda. Modelo "Ser-Humano-Social"UNAM-UIA, Diciembre de 1991. México, D.F.

-Mendizábal, Luisa Fernanda: Carta publicada en *Duc in Altum*, Boletín de Difusión del Colegio Vista Hermosa. Grupo Técnico. Julio de 1992. México, D.F.

-Mendizábal, Luisa Fernanda. El Modelo Teórico-Gráfico-Pedagógico Para la Prevención. Y Síndrome de Atención Deficitaria, Factor de -- Maltrato Infantil. Memorias del Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor. DIF. UNICEF. PGR. Septiembre de 1995. México, D.F.

-Mendizábal, Luisa Fernanda: Hospitales, Casa y Escuelas Estructuradas: Factores Fundamentales para la Integración a la Comunidad de Niños con Discapacidad. Boletín, Universidad Iberoamericana. Septiembre de 1992.

-Slaikeu, Karl A. Intervención en Crisis Manual para práctica e investigación. Editorial Moderno S.A de C.V. 1984, México, D.F.

-Woodcock Alexander y Monte Davis. Teoría de las catástrofes. Editorial Catedra. Colección Teorema 1989. Madrid España.

-Zacarías, Julieta, et al.: Opciones para la Intervención del Psicólogo Clínico y Educativo. En Prácticas Profesionales. Publicado por la Universidad Iberoamericana, sin fecha. México, D.F.