

GÉNERO Y DISCAPACIDAD

**Material didáctico para cursos de
formación**

FORMACIÓN EN GÉNERO Y DISCAPACIDAD

0 INTRODUCCIÓN	3
1. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE LA DISCAPACIDAD	4
1.1. La Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad	6
2. DISCAPACIDAD	11
2.1. Conceptos básicos	11
2.2. La discapacidad en cifras.	14
2.3. Breve historia de la discapacidad y sus modelos teóricos.....	17
3. DE LAS DECLARACIONES DE DERECHOS AL COMPROMISO ACTIVISTA.	24
3.1. Reconocimiento legal de derechos.....	24
3.2. Derechos Humanos de las Mujeres con Discapacidad.....	29
4. GÉNERO	35
4.1. El sistema sexo-género	35
4.2. La teoría de la interseccionalidad como herramienta de análisis	42
4.2.1. Modelo o enfoque de género y discapacidad.....	44
4.2.2. La construcción de la identidad de género en las personas con discapacidad	46
5. RADIOGRAFÍA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA	54
5.1. Ejes de especial relevancia desde la perspectiva de género y discapacidad.....	54
5.1.1. Accesibilidad en clave de género	55
5.1.2. Sexualidad	59
5.1.3. Maternidad	63
5.1.4. Vida en pareja	65
5.2. Violencia contra las mujeres con discapacidad	67
5.2.1. Violencia. Concepto y formas.....	68
5.2.2. Violencia de género específica sobre mujeres con discapacidad.....	73
5.2.3. Ciclos y etapas en que se desarrolla la violencia.....	76
5.2.4. Recursos en materia de lucha contra la violencia de género	81
5.2.5. Procesos de victimización	84
5.2.6. Características (consecuencias) de las mujeres víctimas de maltrato.....	86
5.2.7. Nuevas formas de violencia de género	89
BIBLIOGRAFÍA.....	91

DESARROLLO DE CONTENIDOS

o. INTRODUCCIÓN.

La existencia de entidades que combinen la perspectiva de la discapacidad y el género es aún incipiente en nuestro país. No obstante, en los últimos años se ha producido un importante avance en esta materia que se ha visto traducido en la aparición de organizaciones sociales específicas de mujeres con discapacidad. La aparición en 1997 del Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa, en el seno del Foro Europeo de la Discapacidad, elaborado a instancias de un activo grupo de mujeres que venían reivindicando una mayor visibilidad y abordaje de las principales demandas de las mujeres de este colectivo, supuso un impulso decisivo para la puesta en marcha de propuestas que combinaban una doble perspectiva, la del género y la discapacidad. En esta última década se han creado organizaciones específicas de mujeres con discapacidad, se han consolidado plenamente las ya existentes e, incluso, el movimiento asociativo ha ido implantando paulatinamente, en sus estructuras organizativas, departamentos dedicados a la igualdad de género. En la actualidad puede afirmarse que España es uno de los países europeos donde las mujeres con discapacidad han alcanzado un mayor grado de estructuración.

La Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, COCEMFE, que aglutina a las organizaciones más representativas del ámbito de la discapacidad en nuestro país, es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro que se constituyó en el año 1980. Su objetivo es aglutinar, fortalecer, formar y coordinar los esfuerzos y actividades de las entidades que trabajan a favor de las personas con discapacidad física y orgánica para defender sus derechos y mejorar su calidad de vida. Asimismo COCEMFE trabaja en la promoción de los derechos de las mujeres y niñas del colectivo, sirviendo de interlocutor social ante los principales foros políticos y sociales.

En la actualidad COCEMFE está formada, entre otra, por las siguientes organizaciones:

- **Confederaciones Autonómicas** de Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña, Castilla-León, La Rioja, Aragón, Madrid, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Extremadura, Castilla-La Mancha, Murcia, Andalucía, Islas Canarias, Ceuta y Melilla.
- **Entidades Estatales:** Asociación de Amputados Ibérica Global (ADAMPI), Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa, Asociación de Lucha contra la Distrofia en

España (ALDE), Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM COCEMFE), Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ADELA), Asociación Nacional de Huesos de Cristal de España O.I. (AHUCE), ATAM, AUXILIA, CEAFA - Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias, Federación de Ataxias de España (FEDAES), Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia, Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (Federación ASEM), Federación Española de Hemofilia, Federación Española de la Fibrosis Quística, Federación Española de Lupus (FELUPUS), Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, Federación Española de Parkinson, Federación Nacional ALCER, Fibromialgia y Fatiga Crónica de España, Coordinadora nacional de Asociaciones de Fibromialgia y Fatiga Crónica, Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH), Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos (FRATER), Coordinadora Nacional de Artritis, Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad.

- **Federaciones provinciales** de todo el territorio del Estado.

Cada una de estas organizaciones en sus respectivos territorios ha desarrollado un importante y activo papel en la reivindicación de los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad, por lo que la puesta en común de toda esta experiencia supone un bagaje de inestimable valor para COCEMFE.

1. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE LA DISCAPACIDAD

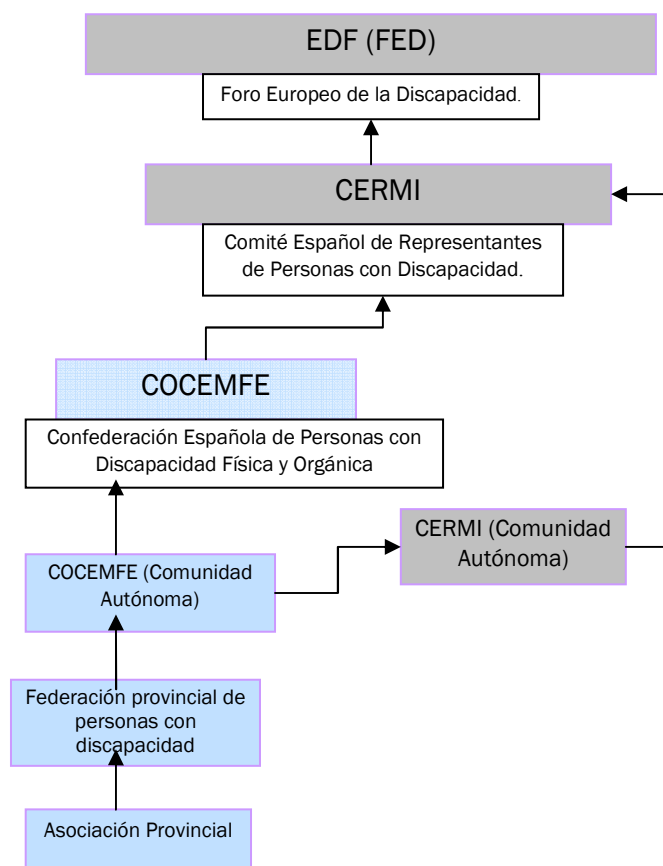
Las personas con discapacidad tienen ya un largo recorrido en el ámbito de los movimientos sociales y en el trabajo organizado a través de asociaciones, federaciones, etc. La consolidación de un tejido asociativo amplio y plural es una de las estrategias que ha mostrado mayor capacidad para la consecución de cambios sociales y la conquista de derechos. Igualmente este entramado ejerce la labor de exigir el cumplimiento y desarrollo de los derechos, en este caso de las personas con discapacidad, que son considerados derechos humanos.

En España comienzan a organizarse las primeras asociaciones de personas con discapacidad alrededor de los años 30, en un principio con un tinte caritativo y asistencialista aunque poco a poco incorporando nuevos enfoques y actitudes hacia la discapacidad. Entre estas primeras organizaciones se encuentra la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). En los

años 70 se constituye la Coordinadora Estatal de Minusválidos de España (CEMFE) que hoy es la Confederación Coordinadora Estatal de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).

La organización que cierra el tejido asociativo de todo el estado es el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) que aglutina a organizaciones de personas con todo tipo de discapacidades representando a más de 3,8 millones de personas con discapacidad.

A modo de muñecas rusas, las organizaciones de personas con discapacidad interrelacionan unas con otras, dando cobertura así a amplios territorios geográficos, dentro y fuera del estado español. La organización sin ánimo de lucro más importante, a nivel europeo, de representación y lucha por los derechos de las personas con discapacidad es el Foro Europeo de la Discapacidad, con sede en Bruselas. Creado en 1996 por organizaciones de personas con discapacidad constituye una voz independiente que representa a más de 40 millones de personas, defendiendo sus intereses.



1.1. La Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad

Las mujeres con discapacidad han participado activamente en el movimiento de personas con discapacidad desde sus inicios, aunque ciertamente su contribución y activismo no siempre ha sido visible, bien porque las mujeres han permanecido a la sombra alejadas de los cargos de toma de decisiones, bien porque se ha invisibilizado su papel. De cualquier forma las mujeres con discapacidad vieron la necesidad de, sin dejar de pertenecer al movimiento de personas con discapacidad, organizarse activamente en asociaciones para garantizarse un espacio propio de reflexión, concienciación y activismo, especialmente a partir de la eclosión de nuevos movimientos feministas y de la celebración de la Conferencia y Plataforma de Acción de Beijing, en 1995, que sirvieron de revulsivo para su desarrollo.

Así, es posible destacar, como hechos clave para la incorporación de la perspectiva de género y discapacidad en el Estado español, los siguientes:

1995.

- Participación de mujeres con discapacidad de España en la Conferencia de Beijing.
- Constitución de la **Associació Dones No Estàndards** de Cataluña.

1997.

- Aparición del **Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa**, recopilación de recomendaciones destinadas a mejorar la vida de las mujeres y niñas con discapacidad de la Unión Europea. Fue adoptado en Bruselas por el Grupo de Trabajo sobre la mujer frente a la discapacidad del Foro Europeo de la Discapacidad, con participación española.

1997-1999.

- IMSERSO¹ ya incorpora e impulsa el desarrollo de políticas transversales dirigidas a las mujeres con discapacidad (Institución pública pionera en Europa sobre mujer y discapacidad).
- En el marco del proyecto METIS, iniciativa DAPHNE de la Unión Europea, se desarrolla una Guía sobre violencia contra las mujeres con discapacidad.

2000.

¹ IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España.

- Creación de la Asociación para la Promoción de la Mujer con Discapacidad 'LUNA', primera asociación de este tipo en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que en el año 2007 se convierte en **Federación de Asociaciones LUNA Andalucía**.

2001.

- Constitución de **AMDAS LA FONTE**, Asociación autonómica asturiana de mujeres con discapacidad.

2002-2003.

- Se desarrolla la investigación sobre relaciones de violencia doméstica en el marco del Proyecto ALBA (Programa Comunitario DAPHNE), en el que COCEMFE² participa junto a entidades de Francia e Italia.
- COCEMFE publica el *Libro Verde. Mujer y Discapacidad. Propuestas para una Década* que contiene las reflexiones vertidas en las Jornadas 'Oportunidades en Femenino' celebradas meses antes

2007-2008.

- Las mujeres con discapacidad de Castilla-La Mancha y de la Comunidad Valenciana se organizan constituyendo la **Federación de Mujeres con Discapacidad LUNA Castilla-La Mancha** y la **Asociación Mujeres en Movimiento Valencia LUNA**.

2009

- Constitución de la **Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad**, que aglutina hoy a cinco organizaciones autonómicas de mujeres con discapacidad y a otras 5 delegaciones de otras autonomías y aspira a ejercer como entidad representante de todas las mujeres con discapacidades del estado en estrecha colaboración con CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)³, del que formará parte y que cuenta con una activa y comprometida Comisión de Género.

2010

- Surge la Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia, que pronto se incorpora a la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad.

² COCEMFE. Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

³ CERMI, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

El CERMI es la plataforma de encuentro y acción política de las personas con discapacidad, constituido por las principales organizaciones estatales de personas con discapacidad, varias entidades adheridas de acción sectorial y un nutrido grupo de plataformas autonómicas, todas las cuales agrupan a su vez a más de 3.500 asociaciones y entidades, que representan en su conjunto a los casi cuatro millones de personas con discapacidad que hay en España, un 8,5% de la población total, más del 60% son mujeres. Es miembro del Foro Europeo de la Discapacidad.

- La Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad entra a formar parte de COCEMFE.

La iniciativa de fundar esta nueva entidad partió de la Federación LUNA Andalucía, que tras la experiencia de años de trabajo tanto en el seno del movimiento asociativo dedicado a la discapacidad como desde sus propias asociaciones LUNA, venía percibiendo la necesidad de procurar un nuevo espacio que permitiera la reflexión, concienciación y reivindicación, de manera independiente, de las mujeres del colectivo de todo el Estado, cohesionando y fortaleciendo las demandas y actuaciones con el trabajo en red.

En este sentido, las principales reivindicaciones de las mujeres con discapacidad se podrían resumir en las siguientes:

- La articulación de medidas, a todos los niveles políticos, que den respuesta a las necesidades específicas de mujeres sujetas a discriminación interseccional (además del género, la discapacidad, la orientación del deseo, la etnia, la edad...).
- La **visibilidad** de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos ofreciendo y recogiendo la información especificando sexo y discapacidad.
- El desarrollo de actuaciones de sensibilización, formación y concienciación que garanticen la **igualdad de oportunidades y de trato** hacia las mujeres con discapacidad.
- El acceso a los recursos por parte de las mujeres con discapacidad, en igualdad de oportunidades, especialmente en lo que concierne a la **salud sexual y reproductiva**.
- El uso de un lenguaje y unas herramientas de comunicación no sexistas, no excluyentes, que garanticen una imagen social de las mujeres con discapacidad alejada de estereotipos y prejuicios.
- La **participación** de las organizaciones representantes de mujeres con discapacidad en todos aquellos foros donde se aborden cuestiones relacionadas con las mujeres.
- La toma en consideración de nuestro punto de vista en la aplicación y desarrollo de la ley para la promoción de la autonomía personal, por cuanto como mujeres cuidadoras y/o cuidadas tenemos mucho que aportar para hacer realidad la transversalidad de género y discapacidad en este ámbito.
- El **pleno reconocimiento de nuestros derechos** como ciudadanas, con nuestra participación directa en todo cuanto nos atañe, a través del establecimiento de cuotas de mujeres con discapacidad en la proporción que somos en términos de población en

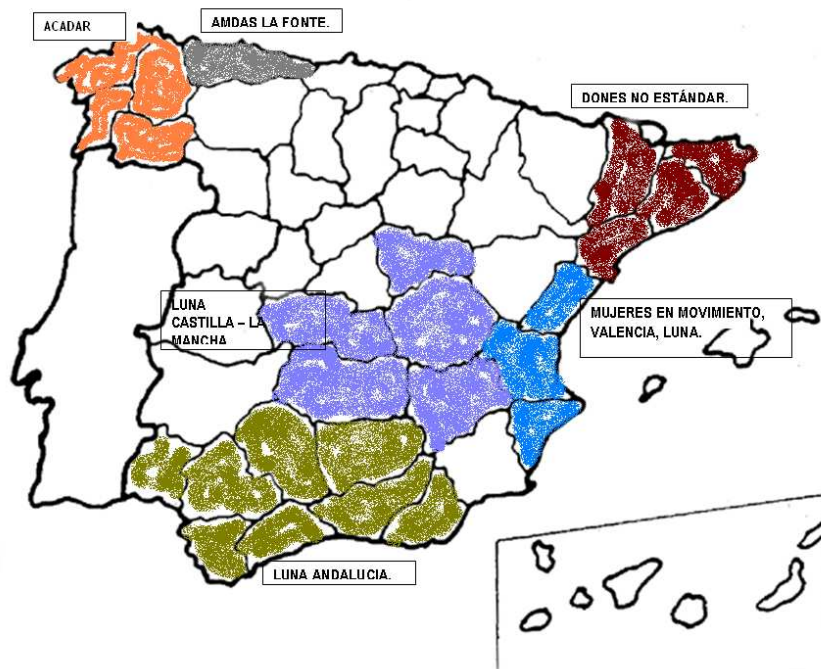
todos los ámbitos de la vida.

- Que se articulen las medidas necesarias para garantizar una adecuada **educación sexual** a las mujeres con discapacidad en todas las etapas de la vida, así como el acceso en igualdad a los recursos de salud sexual y reproductiva que permitan el control y toma de decisiones sobre la propia vida, la maternidad y el placer sexual.

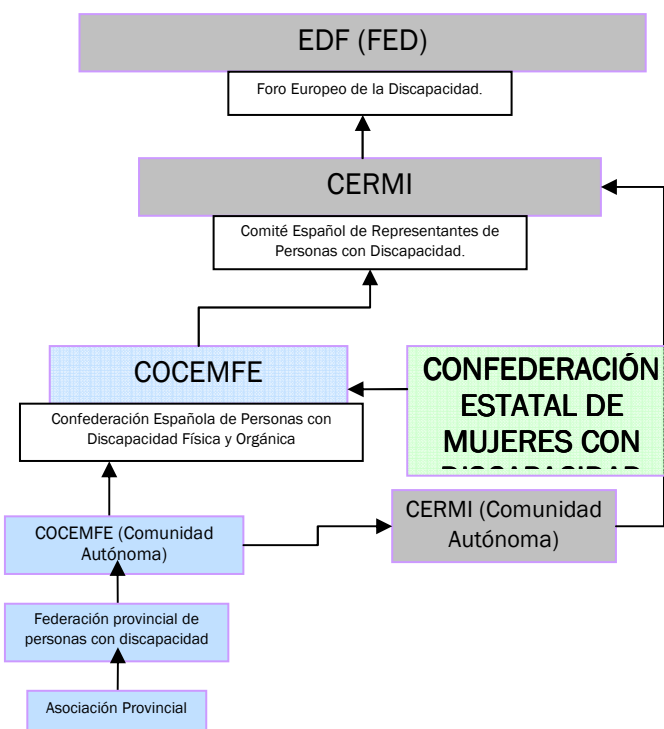
Precisamente entre los fines principales de la entidad se encuentran:

- Promover y defender las condiciones de vida y los derechos e intereses de las mujeres con discapacidad en todas las etapas de la vida, condiciones y circunstancias atendiendo a su diversidad.
- Fomentar el asociacionismo y la unidad del colectivo de mujeres con discapacidad coordinando las experiencias y creando canales directos de intercambio entre las entidades.
- Denunciar las discriminaciones directas e indirectas que se realicen en contra de las niñas y mujeres con discapacidad de todas las edades, por razón de su género y su discapacidad.
- Realizar acciones de prevención, detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género contra las niñas y mujeres con discapacidad de todas las edades.
- Fomentar valores de autonomía personal y emancipación que permitan el pleno desarrollo físico e intelectual de las niñas y mujeres con discapacidad.
- Reivindicar las medidas que garanticen la libertad sexual de las mujeres con discapacidad así como el derecho a decidir libremente sobre su maternidad.
- Desarrollar proyectos de cooperación internacional para promover los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad en otros países.

Las comunidades autónomas que, por el momento, forman parte de la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad se representan en la imagen a continuación:



Al formar parte de COCEMFE, la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad cuenta con representación y espacio en todo el entramado organizativo de las personas con discapacidad. Rescatando el cuadro anterior:



2. DISCAPACIDAD

2.1. Conceptos básicos.

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando y conteniendo diferentes connotaciones, pasando de una visión más negativa, que entiende la discapacidad como una carencia de la persona o consecuencias de la enfermedad, hacia una interpretación más global que se centra, sobre todo, en la relación de la persona con su entorno físico y social como desencadenante básico de la discapacidad.

En la descripción, valoración y clasificación de este grupo de personas durante muchos años se ha empleado la clasificación elaborada en su día por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que ha permanecido vigente desde la década de los 80 hasta 2001. Dicha clasificación, denominada *Clasificación Internacional de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (CIDDM)*, partía de premisas asentadas en el modelo médico, que ponía el acento en los aspectos negativos, estableciendo de manera lineal una relación causa-efecto entre:

- las deficiencias,
- las discapacidades,
- las minusvalías.

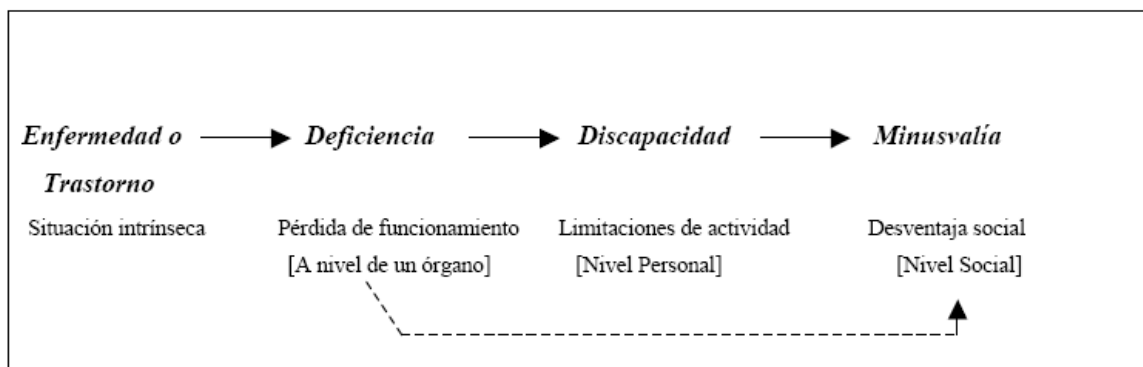
De esta manera la CIDDM servía de complemento a una clasificación preexistente sobre Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (Clasificación Internacional de Enfermedades) con el objetivo de establecer un catálogo de las consecuencias de la enfermedad.⁴ La impronta del modelo médico rehabilitador es, como puede apreciarse, más que evidente.

La supuesta relación causa efecto que liga la enfermedad, con la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía queda ejemplificada en la siguiente figura:

⁴ EGEA GARCÍA, Carlos y SARABIA SÁNCHEZ, Alicia. *Experiencias de la aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Documentos 58/2001. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Real patronato de la Discapacidad. Madrid, 2001. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/EstudioCIDDMversionFinal.pdf>

Figura 1. Modelo adoptado en la Clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM)⁵

Figura 1

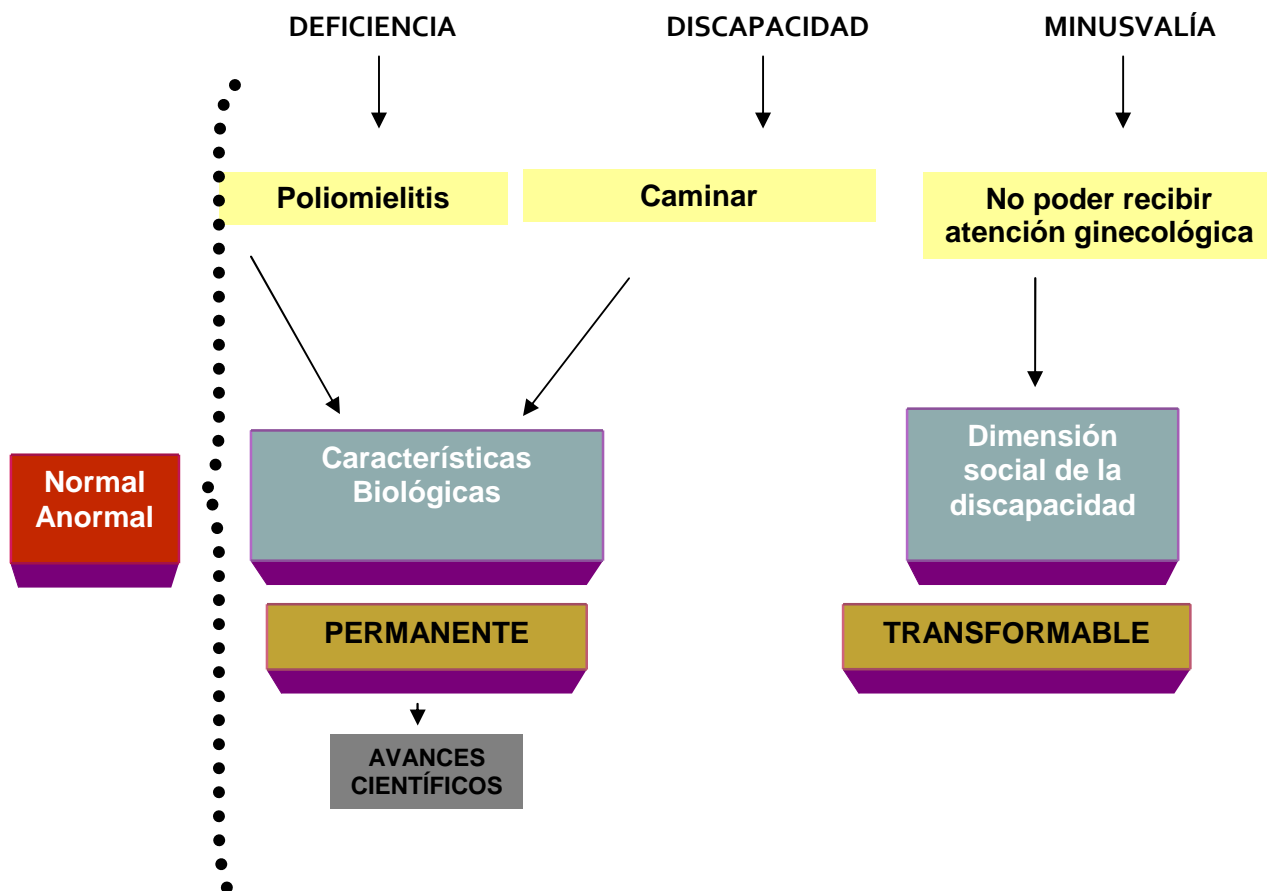


De esta manera y siguiendo la clasificación antigua, la **deficiencia** se define, dentro de la experiencia de la salud, como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio sólo afecta al órgano.

Por su parte la **discapacidad** es considerada toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Finalmente se habla de **minusvalía** como toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales

Partiendo de estos tres conceptos se realizaba un diagnóstico a partir de la deficiencia, para delimitar el tipo de discapacidad así como el impacto social negativo que ésta producía, es decir, la minusvalía.

⁵ Barquero Vázquez, José Luis. *Programa docente y difusión de la CIF*. Unidad 3. UIPC-IMSERSO, 2003
Pág. 3



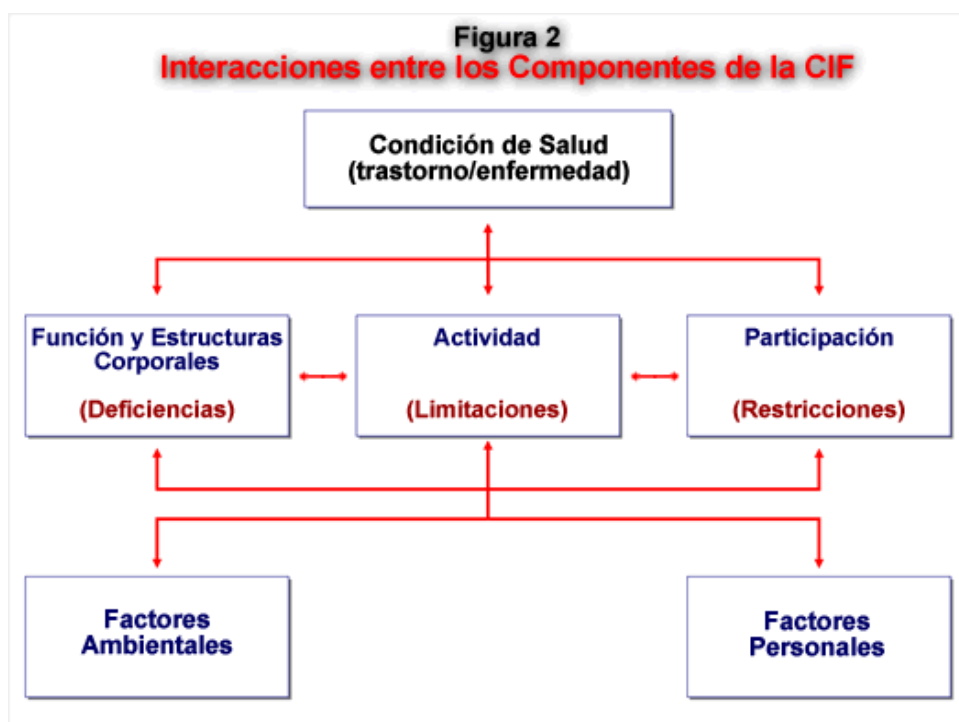
Este diagrama sirve para ejemplificar la artificial relación causa-efecto entre deficiencia discapacidad y minusvalía, a través de un proceso donde la propia sociedad es la que construye estereotipos en torno a lo que es considerado "normal" o "anormal".

Esta clasificación de 1980 ha sido sustituida por la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*,⁶ más conocida como **CIF**, que incluye profundos cambios estructurales y conceptuales. En este sentido la CIF habla de:

- deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias);
- limitaciones en las "actividades" (antes discapacidades);
- limitaciones en la participación (antes minusvalía).

⁶ La CIF fue aprobada en la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 22 de mayo de 2001.

Así la CIF entre otras cosas amplía el concepto de **salud** introduciendo factores ambientales (ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas) de tal manera, que ya no se hace hincapié en realizar una clasificación de consecuencias de la enfermedad sino una clasificación de los componentes de la salud.⁷



* Extraído de Clasificación de discapacidad. COCEMFE Castilla-La Mancha
http://www.cocemfecyl.es/htm_cocemfe/discapacidad/oms.html

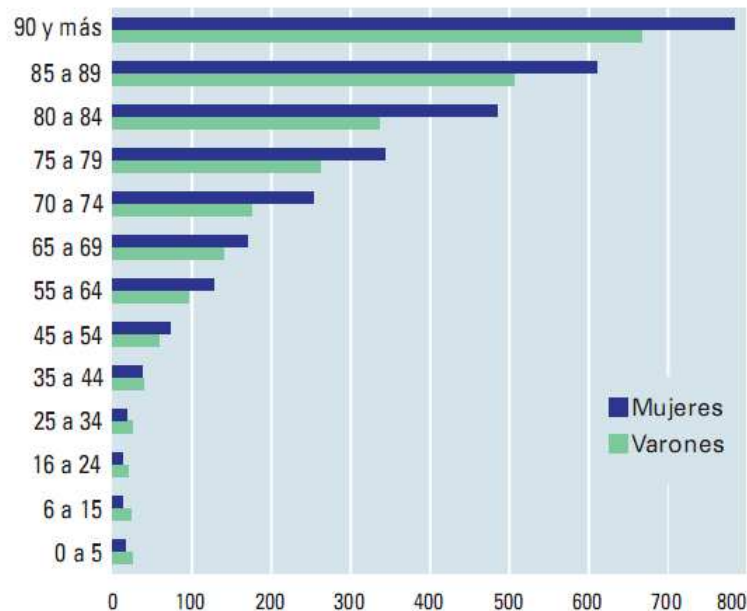
2.2. La discapacidad en cifras.

Según datos extraídos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), del año 2008, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de las organizaciones sociales representantes de las personas con discapacidad, en España residen 3,85 millones de personas con discapacidad. El 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad.

⁷ Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) EDAD-Hogares, EDAD-centros. Metodología. Instituto Nacional de Estadística (INE). Pág. 6
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>

Personas con discapacidad

(Tasas por mil habitantes)

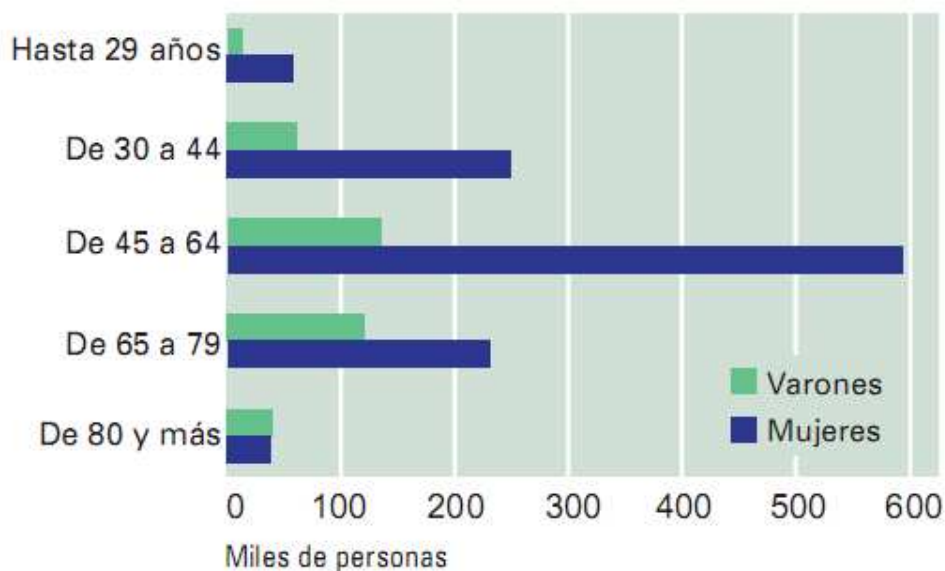


La deficiencia más frecuente es la osteoarticular: debido a un problema en huesos y articulaciones, el 42,0% de las personas tiene discapacidad. Pero la deficiencia que causa mayor número de discapacidades por persona es la mental: 11,6 frente a las 8,7 de media que tienen las personas con discapacidad.

Más de de dos millones de personas con discapacidad reciben cuidados personales. Estas tareas son prestadas por personas de su entorno o contratadas para tal fin. La encuesta de hogares ha investigado las características personales de la persona cuidadora principal y los problemas derivados de prestar esta atención. En este sentido, el perfil de la persona cuidadora principal es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. Según el lugar de residencia, el 78,9% vive en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados; y por nacionalidad, solo el 6,9% de las personas identificadas como cuidadoras principales es extranjera.

PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

Edad de la persona cuidadora



* Una persona cuidadora puede dar asistencia a más de una persona

Las personas que prestan cuidados sienten dificultades para desempeñar sus tareas. Además, se ven afectadas en su salud y vida personal. Dentro de las tareas de asistencia personal, la principal dificultad que encuentran es la falta de fuerza física para realizarlas. En cuanto a las consecuencias para su salud, la mayoría de ellas afirma sentirse cansada y una parte importante ve incluso deteriorada su salud.

En relación con la participación de las personas con discapacidad en el mercado laboral hay que señalar que en 2008, había un total de 1,48 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, es decir con edades comprendidas entre 16 y 64 años. De ellas, el 41,0% recibía algún tipo de pensión (contributiva o no), un 28,3% trabajaba y un 7,2% estaba desempleada. La situación por sexos es notablemente diferente. El porcentaje de mujeres que trabajaba era casi 10 puntos porcentuales inferior al de los hombres. En el lado opuesto, el porcentaje de hombres que se dedicaba principalmente a las tareas del hogar era casi inexistente, frente al 23,5% de mujeres. En 2008 había 419.300 personas trabajando. El mayor porcentaje de población ocupada se presentaba en las personas con discapacidades auditivas y visuales (42,8% y 32,8% respectivamente). El menor porcentaje de población ocupada estaba en los colectivos que tenían limitaciones de aprendizaje y aplicación de

conocimientos y desarrollo de tareas (con un 8,2%) y de interacciones y relaciones personales (11,0%).

Motivos de no encontrar trabajo. 2008 (% personas con discapacidad que buscaban empleo)



El número de personas con discapacidad entre 16 y 64 años que buscaban empleo ascendía a 136.100. De éstas, un 22,1 % tenía trabajo pero buscaba otro empleo mejor. Por otro lado, 851.200 personas en edad laboral no buscaban empleo en 2008. El 64,4 % no lo buscaba porque no podía trabajar y el 24,6% creía que era difícil encontrar lo por su discapacidad.

2.3. Breve historia de la discapacidad y sus modelos teóricos.

- La discapacidad en la historia.

Si comenzamos este recorrido ya en la Roma clásica, es posible recordar la Ley de las Doce Tablas (540 A. C.) reconocía al padre de familia todos los derechos sobre su prole, incluida la muerte. Aun cuando el asesinato en estos casos estaba permitido, lo más común era que las familias abandonasen a su propia suerte a las y los niños con algún tipo de discapacidad, lo que en última instancia en la mayoría de los casos suponía su muerte, o con suerte, pasar a la esclavitud de algún señor o mendigo profesional. Precisamente fue en Roma donde la mendicidad como trabajo se popularizó, generándose de esta forma un infame tráfico de infantes con discapacidad explotados para esta labor. Pero también fue en Roma donde se institucionalizaron las ayudas públicas a las personas con discapacidad, especialmente a los

guerreros mutilados en las guerras romanas, a quienes se les retribuía con la entrega de tierras de labranza, para garantizar así su subsistencia. Este sistema fue el antecedente más inmediato de las agrupaciones gremiales de la Edad Media. En el lado opuesto a esto encontramos la cruel tradición espartana, donde las Leyes de Licurgo, dirigidas a una supuesta mejora racial, obligaban a eliminar a cualquier persona con una deformidad física, despeñando a los bebés por el monte Taigeto.

Con la aparición del Cristianismo se produce un importante giro en el tratamiento de la discapacidad. La idea del valor de la vida humana y la integración fraternal de todas las personas, propició la aparición de centros de asistencia para las personas con discapacidad. Ejemplo de ello fueron los nosocomios del Emperador Constantino.

Ya en la Edad Media se produce una exacerbación de la idea de que la discapacidad es una maldición divina. Así es corriente ver en pinturas de la época al diablo saliendo, generalmente por la boca, de la persona "posesa". También se relaciona toda discapacidad con actos de hechicería y con pactos realizados con el maligno. En esta época, la mendicidad profesional de infantes y personas adultas con discapacidades alcanza su máxima expresión, llegándose incluso a la mutilación provocada de las extremidades con el fin de dedicarse a esta tarea. Gobernantes como Alfonso X El Sabio elaboraron leyes de protección, como aquella que prohibía el ejercicio de la mendicidad a personas fuertes y robustas, con el objetivo de garantizar al menos un medio de subsistencia a las personas con discapacidad.

Pero no hay que olvidar que fue precisamente en la época medieval cuando surgieron los gremios de artesanía, encargados de ofrecer ayuda por y a través del trabajo.

Estos gremios permanecieron activos hasta el S. XVIII, momento en el que surgen los Montepíos Laborales, antecedentes de las posteriores asociaciones sindicales.

En la época del Renacimiento, destacan las aportaciones realizadas por el español Luis Vives que propone revisar las estructuras sociales en los que se basa la sociedad de su tiempo y que marginaba a las personas con discapacidad. Luis Vives sostenía que la misericordia y la caridad no eran instrumentos idóneos de recuperación, sino que era necesario que, a través de la medicina social, se integrara a las personas con discapacidad a través del trabajo. También en

esta época aparecen las denominadas leyes de pobres en Francia y Gran Bretaña y se fomenta la medicina ortopédica impulsada por el francés Ambrosio Paré.

En el siglo XVIII se comienza a hablar de la necesidad de erradicar la caridad como forma de ayuda a las personas con discapacidad, sustituyéndola por la fórmula de trabajo. Las Mutualidades y los Montepíos se constituyen en entidades en defensa de los derechos de las personas trabajadoras. Durante el reinado de Carlos III se ordenó la creación de la Beneficencia Pública en España.

La Revolución Francesa, por su parte, supuso consagrar los principios de libertad, igualdad, fraternidad y el reconocimiento de que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros", lo que el última instancia trajo consigo un avance importante en el tratamiento de la discapacidad al reivindicar la dimensión de la dignidad de todos los seres humanos sin distinción alguna.

Ya a finales del s. XVIII y principios del XIX comienza el proceso de institucionalización de las personas que presentaban alguna discapacidad psíquica, lo que supone una apuesta por un modelo de segregación y estigmatización, magistralmente analizado por algunos teóricos sociales como FOUCAULT o GOFFMAN.

En España la Constitución de 1812 proclama la competencia de las administraciones públicas en la asistencia social a través de los ayuntamientos que son los que ofertan y supervisan el funcionamiento de los establecimientos destinados a la protección de las personas pobres, aunque con el reinado de Fernando VII se produce un paso atrás al dejar de tener efecto estas prescripciones constitucionales.

En el s. XX las dos guerras mundiales tuvieron un efecto profundo en la manera en que la sociedad en general consideraba y trataba a las personas con discapacidad. La vuelta de miles de soldados con discapacidad demandó la puesta en marcha de medidas de reinserción sociolaboral de estas personas y el reconocimiento de pensiones y servicios específicos destinados a cubrir las necesidades de los veteranos de guerra. Comienzan así a funcionar los primeros talleres de empleo protegidos en EEUU, se amplía la inversión en el desarrollo de

nuevas ortopedias más funcionales y se implanta un sistema de seguridad social universal, principalmente en Europa.

A partir de los años 60 hasta nuestros días y coincidiendo con la eclosión de movimientos sociales críticos y reivindicativos se inicia un periodo de organización en torno al tema de la discapacidad, cuyas exigencias se centran en el reconocimiento y garantías de derechos y realizando una fuerte crítica al modelo que consagra la supremacía de la profesión médica para tomar decisiones. La reivindicación del derecho a la autodeterminación y a vivir una vida independiente de las personas con discapacidad se convierte en un estandarte en el colectivo.

- Modelos teóricos de la discapacidad.

Este brevísimo repaso de los principales eventos en relación a la discapacidad nos va a permitir a continuación trazar una conexión con los paradigmas que han explicado el fenómeno de la discapacidad en cada momento histórico. Por supuesto no se pretende tomar a cada etapa histórica y a su respectiva aproximación teórica como compartimentos estancos o modelos inamovibles plenamente vigentes en su época, sino como tipos ideales, cuya influencia todavía en la actualidad se deja sentir en el día a día de muchas personas del colectivo.

- Modelo de prescindencia: Desde los pueblos primitivos hasta las primeras civilizaciones el paradigma de prescindencia estuvo plenamente vigente. Este paradigma hace alusión directa al hecho de que toda sociedad podía prescindir de las personas con discapacidad, a las que consideraba una carga, ya que no realizaban aportaciones útiles a la comunidad donde vivían. Según este modelo, las personas con discapacidad eran consideradas como seres que encarnaban mensajes diabólicos de los dioses. Muy conectada con esta idea, encontramos en la antigüedad clásica y dentro del modelo marco de la prescindencia un submodelo, que daremos en llamar eugenésico, donde el nacimiento de una niña o un niño con discapacidad era el resultado de una ofensa a los dioses, por lo que se legitimaba la práctica del infanticidio, como ocurría en la antigua Esparta. Pero no hay que olvidar que este modelo eugenésico no se circunscribe a épocas tan remotas de forma estricta, sino que se ha mantenido vigente hasta hace relativamente poco tiempo. En este sentido

JIMÉNEZ LARA señala cómo durante el régimen nazi en Alemania, se aprobó una ley en virtud de la cual cualquier persona que presentara una enfermedad hereditaria podría ser esterilizada. Así el denominado Programa T4, basado en estas teorías eugenésicas, supuso el exterminio de más de 100.000 personas con discapacidad, en su mayoría con enfermedades mentales. Este es un buen ejemplo de cómo los discursos y prácticas que informan el tratamiento de la discapacidad no tienen un periodo de aplicación claramente determinado en el tiempo, sino que por el contrario, se solapan con otras formas, a veces contrapuestas, de acercamiento a la cuestión.

- En la Edad Media se produjo un giro significativo en la forma en la que la discapacidad se insertaba en la sociedad, ya que dejó de ser necesaria la eliminación física de los sujetos que presentaban alguna deficiencia. En este submodelo de la marginación, las personas con discapacidad eran dignas de compasión y pasaban a formar parte del grupo de la gente pobre y marginada.
- Modelo médico-rehabilitador: El segundo modelo que proponemos es el modelo médico-rehabilitador, donde ya no se consideran que las causas que generan la discapacidad estén relacionadas con el pecado o el castigo divino, sino que es posible encontrar una explicación científica. Este paradigma situaba así, la centralidad de la discapacidad en la enfermedad, resaltando las deficiencias que cada individuo presentaba y su subsiguiente inadecuación al entorno normalizado. De esta manera la discapacidad era vista como una patología, donde la prevención y la rehabilitación eran instrumentos fundamentales que permitían que el cuerpo humano adquiriera mayor funcionalidad (en un medio diseñado sobre la base de la estandarización) y una imagen estéticamente más reconfortante para una sociedad no preparada para los cuerpos diversos.

Las consecuencias de la enfermedad definidas como discapacidad fueron interpretadas y clasificadas aplicando a ellas el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud. Así, se desarrollaron sistemas de clasificación y diferenciación de los déficits que, siguiendo los mismos principios que los utilizados en las clasificaciones de las enfermedades, perseguían establecer la taxonomía de las discapacidades. Se diseñaba una batería de medidas terapéuticas y compensatorias que tenían destinatarias/os individuales. Este enfoque perpetuaba la

estigmatización de las personas con discapacidad, al considerar que era responsabilidad de cada individuo conseguir su plena adaptación al medio.



El modelo médico-rehabilitador, debido a la unidimensionalidad de sus planteamientos, fue reconducido a través de una perspectiva social. En 1958, el sociólogo funcionalista norteamericano Talcott PARSONS sostenía al respecto que el estado normal del ser humano en las sociedades occidentales desarrolladas era la denominada 'buena salud', por lo que la enfermedad y, por lo tanto, las deficiencias debían ser tratadas como desviaciones de la normalidad.

Erving GOFFMAN cuestionó esta visión ortodoxa según la cual los problemas asociados con la discapacidad eran el resultado directo de las deficiencias individuales. Para este autor, las situaciones de dependencia se generaban a partir del proceso de estigmatización en el cual los profesionales de la rehabilitación jugaban un papel fundamental. El estigma aparece como una característica de los sujetos que inhabilita para la plena aceptación social. Es, por lo tanto, producto de una operación simbólica y material de exclusión de ciertas personas que llega a afectar a su estatus de humanidad. Hay que tener presente que uno de los mitos aún vigentes en torno a las personas con discapacidad hace alusión al proceso de deshumanización del que son víctimas. Recordemos que el mito de la deshumanización retrata a las personas con

discapacidad como seres en "estado vegetativo" y, por lo tanto, de una calidad inferior como miembros de la sociedad. Se trata, en última instancia, de un modelo que cosifica a las personas con discapacidad convirtiéndolas en 'patologías vivientes' negándoles, incluso, la dimensión de humanidad.

Modelo social de la discapacidad: Como reacción a este modelo medicalizado, en las últimas décadas del siglo XX, surge a partir de las teorizaciones de autores de la discapacidad como Mike OLIVER, un nuevo paradigma denominado modelo social de la discapacidad que sitúa en el medio externo las causas que generan discapacidad.

De esta forma, se propone una reestructuración de la sociedad con el objetivo último de erradicar prácticas que generan discriminación de las personas con discapacidad, colocándolas en el mismo plano que el sexismo, el racismo o el heterosexismo.

Este modelo se ha visto ampliado a partir de perspectivas materialistas desde los años 70 hasta nuestros días, especialmente en Gran Bretaña y EEUU. Desde esta perspectiva se pone en evidencia cómo el capitalismo ha destruido los espacios de la época feudal donde las personas con discapacidad realizaban contribuciones laborales valoradas por la comunidad. En el espacio urbano actual las personas con discapacidad supuestamente no son capaces de producir bienes ni placeres.

Este enfoque materialista unido a las aportaciones realizadas por feministas con discapacidad, que han incluido la doble transversalidad de la discapacidad y el género, nutren actualmente el debate teórico en torno a la discapacidad. Estas autoras aspiran a transformar la teoría feminista, dándole mayor amplitud a la máxima de 'lo personal es político' incluyendo la representación de su realidad subjetiva con el objetivo de reelaborar el análisis feminista desde la realidad concreta de las mujeres con discapacidad.

En nuestro país en los últimos años se ha producido un fructífero debate en torno a los paradigmas que informan el estudio de la discapacidad, sobre todo a partir del impacto producido por los Disability Studies (Estudios sobre la Discapacidad) que desde la década de los 60 se vienen realizando principalmente en el ámbito sajón, a partir de la lucha por los derechos civiles emprendida por los colectivos de personas con discapacidad, de la misma

forma en que lo hicieron los denominados nuevos movimientos sociales, como los grupos afroamericanos, pacifistas y feministas.

- Modelo de derechos humanos: Es así como ya en el s. XXI nadie niega que cuando hablamos de discapacidad apelamos de forma directa a los derechos humanos, entendidos no como meras declaraciones de derechos sino como luchas reales por esos derechos, donde su vigencia y eficacia se materializan. Por ello es necesario realizar un acercamiento no puramente legalista/garantista al fenómeno de la discapacidad en su dimensión de derechos humanos, sino claramente activista y comprometido con la realidad a la que se enfrentan millones de personas en el mundo caracterizada por el acceso restringido a los recursos y por la presencia de barreras simbólicas.

Por ello a continuación realizaremos un breve análisis de los cuerpos normativos en materia de discapacidad que en los diferentes sistemas de protección de derechos humanos (Naciones Unidas, Unión Europea y Estado español), han sido aprobados y veremos de qué forma las diversas plataformas sociales de defensa de los derechos de las personas con discapacidad han tratado de dotar de eficacia real a estas prescripciones legales, a través de procesos de reapropiación y resignificación de derechos en la lucha por la dignidad humana.

3. DE LAS DECLARACIONES DE DERECHOS AL COMPROMISO ACTIVISTA.

3.1. Reconocimiento legal de derechos.

Desde que en los años 80 Naciones Unidas introdujo el modelo social como parámetro de interpretación y aplicación de los instrumentos jurídicos de derechos humanos se han dado pasos de gigante en el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad en distintos ámbitos.

Sin embargo, y a pesar del indudable avance experimentado en las últimas décadas, muchas de estas disposiciones no han pasado de ser "papel mojado", meras declaraciones de buenas intenciones, que han necesitado de la presión ejercida por las organizaciones sociales de personas con discapacidad para gozar de plena eficacia.

- Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema de Naciones Unidas

Tras un periodo en el que el acercamiento al tema de la discapacidad se realizó bajo una perspectiva exclusivamente médica, a través de la prevención y la rehabilitación, es en la década de los 70 cuando Naciones Unidas cambia su estrategia y comienza a abordar la cuestión de la discapacidad en el marco de la asistencia social, el bienestar y los derechos humanos. De esta época datan la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental de 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975, instrumentos que utilizan una terminología ya en desuso.

En 1976, la Asamblea General declaró 1981 Año Internacional de la Personas con Discapacidad, que tuvo como fruto la adopción del Plan de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad de 1982, que ponía el acento en la igualdad y en la plena participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida. Al año siguiente se declara la Década de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad de 1983 a 1991, a partir de la cual se celebra el día 3 de diciembre como Día Internacional de las Personas con Discapacidad.

En el año 1993, Naciones Unidas aprueba las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, probablemente el instrumento jurídico de mayor envergadura hasta esa fecha.

Otro giro a tener en cuenta se produce en el año 2001 cuando, a través de la Resolución 56/115 de 19 de diciembre, la Asamblea General insta a los órganos y organizaciones relevantes del sistema de Naciones Unidas, incluyendo a los órganos de derechos humanos así como a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, a trabajar estrechamente con la División de Política y Desarrollo Social de la Secretaría General en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Desde este momento la dimensión de los derechos humanos se refuerza en el abordaje de la discapacidad, dejando así de estar este tema circunscrito al ámbito del desarrollo social. Asimismo se han producido decisiones y resoluciones sobre discapacidad y derechos humanos en el seno del Consejo Económico y Social, la Comisión de Derechos Humanos y la Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos.

El carácter transversal de la discapacidad, además, ha estado presente en las distintas Conferencias internacionales auspiciadas por Naciones Unidas, entre las que podemos destacar la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente de 1992, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de 1995, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, la Cumbre Hábitat II de 1996, la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y otras formas de intolerancia relacionadas de 2001 y la II Conferencia Mundial sobre Envejecimiento de 2002, donde se han tenido en cuenta la situación de las mujeres y hombres con discapacidad.

Finalmente en el año 2006, culmina un proceso de discusión iniciado en el 2001 acerca de la necesidad de contar con un instrumento jurídico de protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad con la aprobación, el 13 de diciembre, de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde hay que destacar el papel de las mujeres con discapacidad en la defensa de la introducción del enfoque integrado de género en el texto del articulado.

- Los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito europeo. Sistema de la Unión Europea.

Principalmente el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad se ha producido a través de tres normas fundamentales: la Carta Social Europea (1961), la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales (1989) y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000).

La Carta Social Europea, aprobada en Turín 1961, establecía que toda persona inválida tiene derecho a la formación profesional y a la readaptación profesional y social, sea cual fuere el origen o naturaleza de su invalidez, así como al apoyo para la elección de una profesión y el establecimiento de medidas adecuadas para la formación profesional y el establecimiento de servicios especiales para su contratación. Sin embargo el alcance de esta normativa resultó ser muy limitada al carecerse de mecanismos jurídicos enérgicos para garantizar su efectivo cumplimiento.

En el mismo sentido la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales. de 1989, inspirada en la Carta Social Europea y en los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), fijaba los grandes principios del modelo europeo de derecho laboral. En esta Carta se reconocía el derecho de las personas minusválidas a beneficiarse de medidas concretas encaminadas a favorecer su integración profesional y social, y referidas particularmente a la formación profesional, la ergonomía, la accesibilidad, la movilidad, los medios de transporte y la vivienda. Estos preceptos, aun permaneciendo vigentes, no han sido desarrollados suficientemente.

Por último, encontramos la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000, compendio que reúne derechos civiles, políticos, económicos y sociales. La Carta está formada por siete capítulos, de los que el tercero aborda el tema de la igualdad, estableciendo la prohibición de toda discriminación y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual. El artículo (en adelante, art.) 26 aborda específicamente el tema de la integración de las personas discapacitadas, reconociendo y respetando su derecho a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad.

Aparte de estas tres Cartas, el Tratado de Maastricht de 1992, y más concretamente el Protocolo sobre Política Social, incluía como objetivos fundamentales la lucha contra las exclusiones, la acción de los estados en la integración de las personas excluidas del mercado laboral y el diálogo social como fuente normativa.

Pero fue el Tratado de Ámsterdam el que incluyó entre su articulado de manera expresa un artículo, el 13, sobre no discriminación, lo que implica contar con una base jurídica para luchar contra las discriminaciones, no sólo en el ámbito laboral sino también en todo lo referido a la protección social. Tras el Tratado se adoptaron dos Directivas que prohíben toda forma de discriminación en materia de empleo y ocupación y que hacen referencia de manera directa a la discapacidad (estas prescripciones se traspusieron en nuestro ordenamiento jurídico a través de la Ley 62/2003 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden

social.)

Por supuesto existen también normas sectoriales que regulan de forma específica materias relacionadas con la discapacidad, entre las que destaca el Reglamento del Transporte Aéreo de 2006.

En cuanto a los Programas de Acción ejecutados cabe destacar el Programa HELIOS, vigente de 1988 a 1991, con el objetivo de promover una plataforma de cooperación entre los Estados miembros y estimular los intercambios en los ámbitos de la integración económica y social, la igualdad de oportunidades y la vida independiente de las personas con discapacidad. Este programa contó con una segunda parte, el HELIOS II, para el periodo 1991-1996.

Esta iniciativa fue sustituida por EQUAL, que abordó los problemas de acceso a la formación y el empleo de ciudadanos y ciudadanas con diferentes problemáticas (inmigrantes, personas con discapacidad, mujeres, jóvenes...). El último programa puesto en marcha por las instituciones europeas es el programa PROGRESS para el empleo y la solidaridad social que tendrá un periodo de vigencia de 2007 a 2013.

- Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema español.

En nuestro país la Constitución de 1978 consagró al Estado español como social y democrático de derecho, estableciendo que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, así como remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de toda la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social. Asimismo el art. 14 reconoce el principio de igualdad, sin que pueda existir discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Por su parte el art. 49 establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos fundamentales.

Con el fin de alcanzar los objetivos de nuestra Constitución, se promulgó la Ley 13/1982, de 7

de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) que significó un avance importante en la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad de nuestro país. No obstante, la coincidencia en su fecha de promulgación con la del inicio del desarrollo de los Estatutos de Autonomía supuso algunas dificultades en su cumplimiento por la nueva distribución de competencias administrativas en las materias que esta ley regulaba.

Durante la década de los 80, no obstante, se produjo un enorme desarrollo reglamentario en el campo de la educación especial, las prestaciones económicas universales, los servicios sociales y la integración laboral, completándose en los años 90 a través de las denominadas políticas activas de empleo y del mayor protagonismo de las organizaciones dedicadas a la discapacidad. Como ejemplo de ello encontramos el Acuerdo adoptado entre el Gobierno y el CERMI en 1997 en favor de la reactivación de la formación y el empleo, importante referente que traspasó incluso nuestras fronteras, al convertirse en un hito a seguir en Europa.

Asimismo, con motivo del Año Europeo de la Personas con Discapacidad en 2003, se aprobó la Ley 51/2003 de 2 de diciembre de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) y la Ley 41/2003 de patrimonio protegido de las personas con discapacidad.

En ese mismo año, y con el objetivo de favorecer el acceso al mercado laboral, se aprueban la Ley 53/2003 sobre Empleo Público de Discapacitados y la Ley 56/2003 de Empleo. Pero quizá la norma que más impacto ha producido de cuantas se han aprobado en los últimos años es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que establece un nuevo sistema de baremación de dichas situaciones y prestaciones de diversa índole.

3.2. Derechos Humanos de las Mujeres con Discapacidad.

Como ya ha sido analizado, el modelo teórico y práctico a partir del cual se analiza y aborda el tema de la discapacidad en nuestros días es el denominado **modelo de derechos humanos**, que supera otros paradigmas como por ejemplo el **modelo médico rehabilitador**. Recordemos que el modelo médico-rehabilitador no consideraba que las causas que generan la discapacidad fuesen religiosas, sino que era posible encontrar una explicación científica.

Este paradigma situaba, por lo tanto, la centralidad de la discapacidad en la **enfermedad** (todas las personas con discapacidad eran tratadas como enfermas, como pacientes) resaltando las deficiencias que cada individuo presentaba y su subsiguiente inadecuación al entorno normalizado.

El modelo de los derechos humanos da un giro de 180 grados y parte de la base de que las personas con discapacidad, mujeres y hombres, son titulares de derechos humanos, entendidos no como meras declaraciones de derechos sino como luchas reales por esos derechos, donde su vigencia y eficacia se materializan. Por ello es necesario realizar un acercamiento no puramente legalista/garantista al fenómeno de la discapacidad en su dimensión de derechos humanos, sino claramente **activista y comprometido** con la realidad a la que se enfrentan millones de personas en el mundo caracterizada por el acceso restringido a los recursos y por la presencia de barreras simbólicas.

El desafío que ha supuesto este cambio de paradigma se ha visto consolidado con la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Precisamente el pasado mes de diciembre de 2008 se celebró el 60 aniversario de la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada el día 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, tras el horror de la Segunda Guerra Mundial que puso de manifiesto la necesidad de contar con un instrumento jurídico que dotara de protección internacional a los derechos humanos. Ciertamente la Declaración de Derechos Humanos es producto de la historia, adoptada a partir de un modelo occidental de reconocimiento de derechos y nacida con clara vocación de universalidad. Y es precisamente por este contexto histórico y político por lo que la Declaración no hace alusión alguna a las personas con discapacidad. Así, ha sido necesario esperar varias décadas para ver reconocidos en el plano internacional los derechos humanos del colectivo, siendo precisamente en el año 2008, en el que se celebra el 60 aniversario de la Declaración, cuando ha entrado en vigor en nuestro país la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce los derechos de las personas con discapacidad como auténticos derechos humanos y no como acciones graciosas supeditadas a criterios más cercanos al paternalismo que a los derechos de ciudadanía.

Conseguir que se adoptara un instrumento jurídico internacional como éste ha sido quizá una

de las tareas más arduas a las que ha tenido que enfrentarse el movimiento asociativo de la discapacidad ya que, aun siendo comunes las reivindicaciones que se expresan en los distintos países, su traducción a derechos en un solo texto ha presentado serias dificultades. Y un buen ejemplo de ello ha sido **la batalla librada por incluir los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad**.

En el proceso de negociación de la Convención se hizo evidente la férrea oposición de varias delegaciones internacionales a la introducción de la transversalidad de género en el articulado del texto, lo que supuso un escollo que hubo que librar para garantizar que al menos sobre el papel las niñas y mujeres con discapacidad vieran reconocidos sus derechos. Este objetivo se consiguió solamente en parte ya que, aun cuando se trataba de una prioridad fijada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995), muchas delegaciones consideraban que hacer referencia a la situación de las mujeres y niñas era innecesario habida cuenta de la existencia de la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1981**.

La solución consensuada consistió en hacer alusión en el **Preámbulo** de la Convención al mayor riesgo al que niñas y mujeres se hallan expuestas en casos de lesiones o abuso, abandono o trato negligente y explotación. Además se incluyeron dos artículos específicos que hacen referencia directa al tema:

- el artículo 6 que obliga a los estados parte a adoptar medidas para asegurar que las niñas y mujeres puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales que esta Convención y
- el artículo 28.b que recoge la obligación de los estados a asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza.

No se trata, como vemos de una auténtica transversalidad, sino de aspectos puntuales

recogidos por la insistencia de grupos concretos interesados en que la realidad de las niñas y mujeres con discapacidad fuese tenida en cuenta en la concreción de un instrumento legal de tal envergadura. Esto no es nuevo. Sobre este particular la feminista y activista para los derechos de las mujeres Charlotte Bunch recuerda cómo en la **Conferencia Mundial Contra el Racismo** celebrada en Durban las mujeres trabajaron por un enfoque **interseccional** entre raza y género y otros factores para entender cómo éstos se afectan mutuamente cuando se trata de trabajar el tema de derechos humanos de mujeres.

Aquí resulta fundamental explicar qué entendemos por **transversalidad** y por **interseccionalidad**, ya que son dos pilares teóricos fundamentales sobre los que descansa la lucha de las mujeres con discapacidad organizadas, y en general, por otras muchas mujeres sobre las que inciden dos o más condiciones de exclusión y opresión, generando múltiples discriminaciones.

Veamos, entendemos por transversalidad **“una actuación necesaria a implementar por los Estados Miembros dirigida a integrar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas generales. Es decir, no limitar los esfuerzos de promoción de la igualdad a la ejecución de medidas específicas a favor de las mujeres (políticas de acción positiva) sino actuar de forma transversal en todas las acciones y políticas generales.”** La obligatoriedad de la transversalidad en este sentido fue adoptada en el marco de la **IV Conferencia Mundial de la Mujer Pekín 1995**, donde la comunidad internacional renovó su compromiso de lograr de forma efectiva la igualdad por razón de sexo.

Por otro lado la **interseccionalidad** puede definirse como **“una teoría que permite analizar la producción de poder centrándose fundamentalmente en las minorías teniendo siempre en cuenta los distintos ejes de discriminación, como pueden ser la discapacidad, la raza, la etnicidad, el género, la clase social”**. Por eso hablamos de múltiple discriminación y de mujeres en plural, ya que no todas viven realidades coincidentes. Por ejemplo las mujeres con discapacidad luchan por derechos que las mujeres en general no se plantean, pongamos por caso poder formar libremente una pareja o poder ejercer libre y de manera informada su derecho a ser madres. ¿Por qué esta demanda? Porque aún siguen perpetrándose esterilizaciones forzadas entre muchas mujeres del colectivo de la discapacidad. En los casos menos flagrantes siguen existiendo muchos obstáculos por parte de las familias, los/as

profesionales en medicina y por la sociedad en general que niegan a muchas mujeres estos derechos. Esta es una lucha particular de las mujeres con discapacidad, lo que no debe entenderse como una separación de la lucha feminista en general. Se sigue siendo partícipe del movimiento feminista en la lucha por la igualdad, pero sin olvidar las especificidades que caracterizan a las mujeres con discapacidad.

¿Qué se puede esperar de una Convención Internacional?

Un instrumento jurídico vinculante a nivel internacional como lo es esta Convención ha de servir para enterrar definitivamente los sesgos asistenciales y paternalistas del ámbito de la discapacidad, traduciendo las reivindicaciones en derechos humanos.

Sin embargo con la aprobación de la Convención la lucha no está cerrada. No hay que olvidar que el sistema jurídico es harto imperfecto y que, aunque la ley es un instrumento útil para alcanzar esa igualdad, sin embargo no es suficiente. Y de eso tiene experiencia el movimiento asociativo de la discapacidad y las mujeres que forman parte de él. Así en las últimas tres décadas se han sucedido legislaciones, a cual más progresista, que han generado muchas expectativas y que, sin embargo, a la vuelta de pocos años han devenido inútiles. ¿Por qué ocurre esto? ¿Acaso no son las leyes expresión de la soberanía popular, las herramientas que las ciudadanas y ciudadanos nos otorgamos para hacer realidad nuestras reivindicaciones? Que la ley se convierta en un papel mojado no se debe a que la letra de la ley sea imperfecta. Muy al contrario. Las leyes que se han aprobado en nuestro país en relación con la discapacidad son progresistas y con el tiempo han tendido a superar modelos asistencialistas vigentes hasta la fecha en torno a la discapacidad. Pero la letra no es suficiente. ¿Qué sería necesario entonces?

Los obstáculos encontrados para el pleno ejercicio de los derechos surgen, por un lado, por los **estereotipos** profundamente arraigados sobre cuestiones relacionadas con la discapacidad y por la multitud de enraizados preconceptos basados en la desigualdad sobre mujeres y hombres aún presentes en la sociedad española. Por ello resulta fundamental continuar con el proceso de **concienciación e información** que permita eliminar este ideario profundamente injusto.

Así, por ejemplo, transcurridos ya varios años desde la aprobación de la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, aún siguen cometiéndose crímenes contra las mujeres. Resulta obvio que una ley, *per se*, no puede transformar una realidad, pero es un elemento central, no cabe duda, en la erradicación de la violencia. En el mismo sentido y en el ámbito de la discapacidad, la **Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** ha supuesto un importante paso adelante en el reconocimiento de derechos universales y no graciables de las mujeres y hombres con discapacidad, pero es necesario ser vigilantes y seguir reivindicando su plena efectividad, porque precisamente una ley como ésta puede abrir la puerta a miles de mujeres con discapacidad que hasta la fecha se han visto obligadas a renunciar a desarrollar su propio proyecto de vida independiente.

También es muy importante que las leyes que abordan el tema de la discapacidad establezcan **sanciones** en caso de incumplimiento para evitar así que éstas se conviertan en meras declaraciones de buenas intenciones. En este sentido basta señalar lo que en las últimas décadas ha sucedido con el tema de la accesibilidad en nuestro país. La accesibilidad es sin duda parte del contenido esencial de los derechos humanos y, sin embargo, sigue sistemáticamente siendo violado en nuestros días.

Hay que tener presente que el derecho no es un instrumento neutro, en absoluto. Bajo su abstracción y generalización subyace un piélago de diferencias que se ignoran sistemáticamente. Y en ese mar de diferencias están, precisamente, las mujeres con discapacidad. **Que se consagre un derecho es fundamental, pero de poco sirve si no se puede ejercer.** Por eso la lucha no acaba en el acto de publicación de la norma, sino que ese no es más que el comienzo de otra lucha que se traslada a la calle y que se renueva día a día.

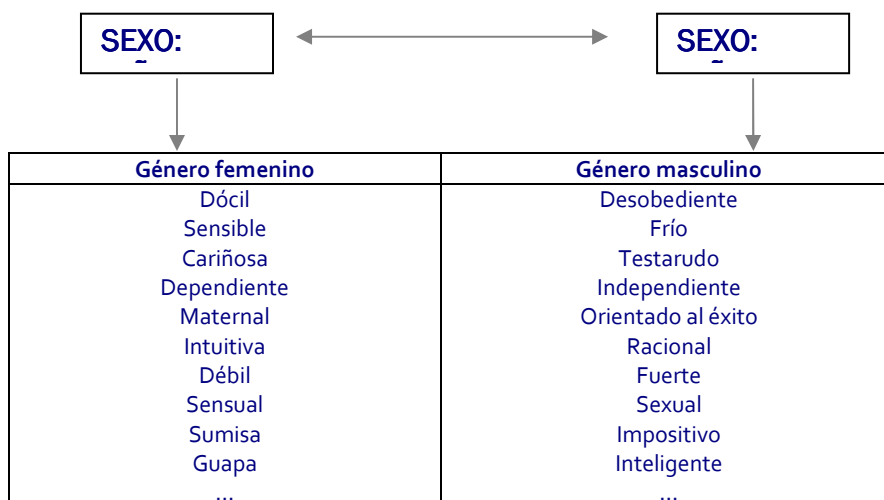
4. GÉNERO

4.1. El sistema sexo-género

En el lenguaje común se tiende a confundir sexo y género como si de sinónimos se tratase, en cambio ambos términos se refieren a cuestiones bien distintas. **SEXO** es el conjunto de **CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS**, físicas y corporales (anatomía y fisiología) que tenemos como seres humanos. Según estas características los seres humanos se diferencian en machos (anatomía y fisiología que se genera a partir de los genes XY) y hembras (anatomía y fisiología que se desarrolla a partir de los genes XX). Las diferencias sexuales son, a priori, **INMODIFICABLES, UNIVERSALES** e inmutables en el tiempo y cultura.

Por su parte el **GÉNERO** es el conjunto de **CARACTERÍSTICAS** psicológicas, sociales y culturales **ASIGNADAS A LAS PERSONAS**. Estas características son culturales, **MODIFICABLES**, por lo que se van transformando con y en el tiempo y son diferentes en función de la cultura. El género es la base de la discriminación entre mujeres y hombres. El género es, por lo tanto, una construcción social.

De este modo en el momento del nacimiento (o antes) se detecta el sexo del bebé y a esa detección le acompaña una atribución de género. Esta es la base desde la que se desarrolla la teoría o sistema sexo-género. Este sistema explica cómo las diferencias sexuales de partida (mujer-hombre) se han traducido, culturalmente, en desigualdades entre mujeres y hombres. Las características de género atribuidas al sexo se han considerado "naturales o biológicas" y por lo tanto, inmodificables, perpetuando las desigualdades que han desfavorecido especialmente a las mujeres. A las mujeres y a los hombres se les ha atribuido así características psicológicas, roles, espacios, diferentes en función del sexo.



El sistema **sexo-género** explica cómo se ha naturalizado o biologizado el género, sin ninguna base científica ni real. La forma en que esta naturalización de géneros se ha materializado en las relaciones entre las personas, en la vida de la sociedad, viene explicada por el sistema patriarcal, un sistema jerarquizado basado en la hegemonía del hombre como medida y referencia del resto. Es decir, no sólo se trata de las diferencias construidas socialmente entre mujeres y hombres, sino de la jerarquización de esas diferencias por las que se convierten en una cuestión de poder.

En el patriarcado, el hombre es la medida de todas las cosas, es el modelo establecido como válido y se perpetúa a través de la socialización diferencial. De este modo podemos definir patriarcado como *modelo de organización social androcéntrico y jerárquico, basado en el principio de dominación que se alimenta de las diferencias sexuales convirtiéndolas en discriminatorias*.⁸

El concepto género y el sistema sexo-género, suponen una herramienta de análisis de la realidad para dar a conocer, explicar y valorar las desigualdades creadas entre mujeres y hombres en el sistema social. En cambio tanto el sexo como el género son categorías mucho más complejas.

- La socialización diferencial

La eficacia del sistema de relaciones desiguales establecido viene dada, no sólo por una implacable **división sexual de los géneros**, sino también de los espacios, sustentada a su vez en la división de roles. De esta forma a las mujeres, se les han asignado determinados roles (cuidado, maternaje, reproducción de la vida y de las tradiciones) y a los hombres se les han asignado otros roles complementarios (abastecimiento del hogar, producción y acumulación de bienes). La forma más operativa para desarrollar estos roles diferenciados es la segregación (o separación) en dos espacios. A las mujeres se les ha asignado el espacio privado y a los hombres, el espacio público. La segregación o división sexual del espacio y el trabajo es un pilar fundamental del patriarcado porque ha limitado las oportunidades de las

⁸ Introducción al enfoque integrado o mainstreaming de género. Guía básica. Unidad de Igualdad y Género. Junta de Andalucía. P. 17.

mujeres al mantenerlas aisladas socialmente, fuera de los ámbitos de toma de decisiones, al margen de los espacios de educación y formación, alejada de la culturización, en definitiva.

DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO	
LO FEMENINO	LO MASCULINO
Trabajo reproductivo	Trabajo productivo
Espacio privado	Espacio público
Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado
Trabajo no regulado (en derechos, deberes, horarios, descansos, bajas, etc.).	Trabajo regulado (en derechos, deberes, horarios, descansos, enfermedad, etc.).
No valorado socialmente	Valorado socialmente

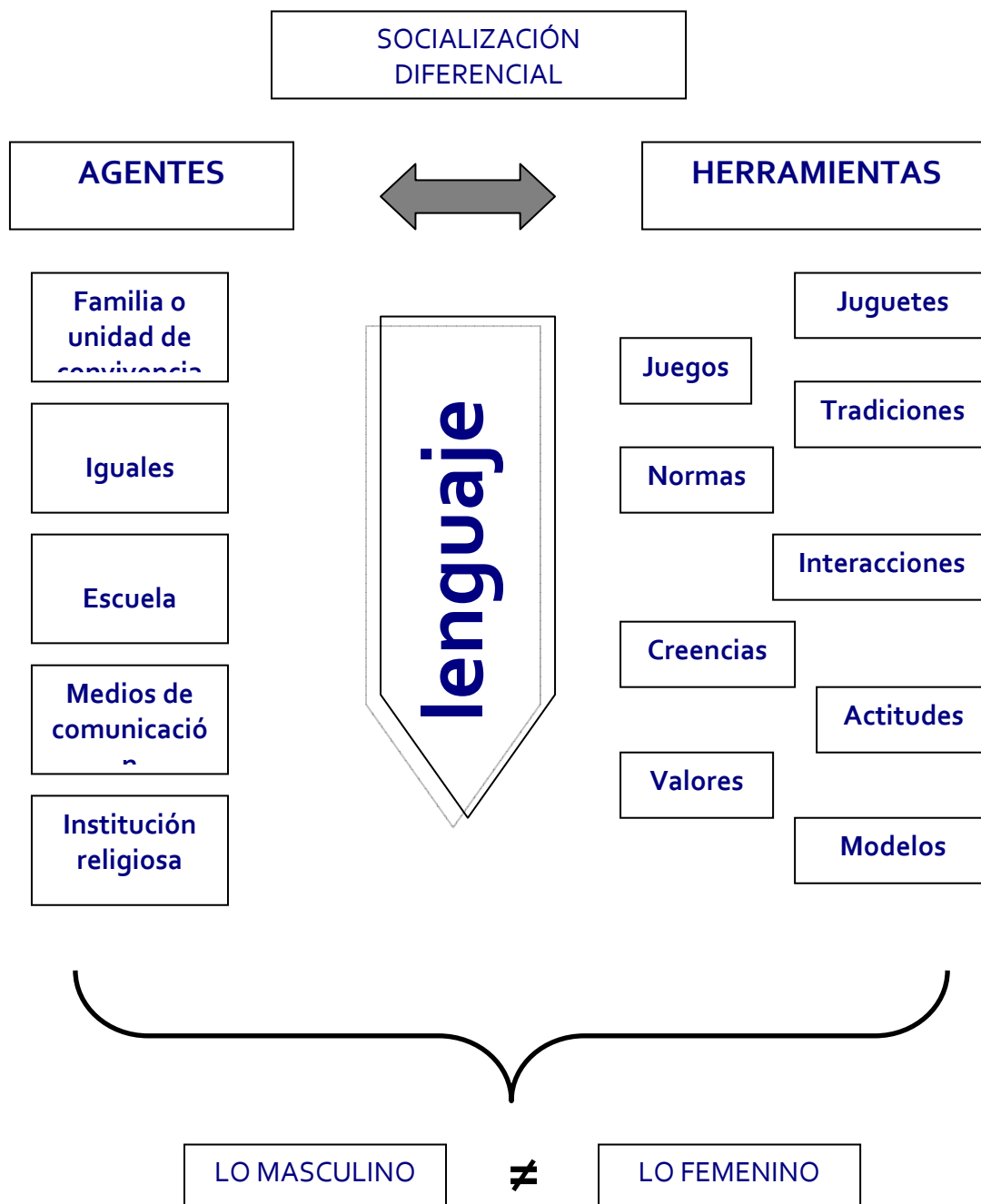
Las herramientas que sirven a una socialización diferenciada sexualmente se encuentran en el entorno cotidiano y ejercen su influencia, en mayor o menor medida, estableciendo mandatos sobre qué es ser mujer y qué es ser hombre.

Las personas, como seres sociales por naturaleza, están en continuo contacto con otras personas y las construcciones sociales que de ellas se derivan. Sin las y los iguales no se podría sobrevivir. Todo acto de intercambio, incluso la ausencia de él, es una influencia social o lo que se puede llamar educación. Incluso la no educación es ya una forma de educación. Desde el nacimiento se ponen en marcha todo un conjunto de mecanismos para enseñar a la persona a vivir en sociedad, lo que implica potenciar lo que se considera deseable y reprobar lo que se considera indeseable. En el sistema patriarcal los mecanismos de socialización están claramente diferenciados para niñas y para niños. Desde el momento del nacimiento la niña y el niño reciben infinitos mensajes que rápidamente les van diciendo qué es ser niña y qué es ser niño. Se les viste de forma diferente, se les dedican diferentes interacciones, se les regalan juguetes diferentes, los cuentos los describen distintos y los sitúan en papeles y protagonismos bien diferentes. El mismo efecto socializador ejercen los medios de comunicación o la escuela.

Así a temprana edad diversos agentes de socialización (padres y madres, abuelas y abuelos, hermanas y hermanos, familia cercana, amistades de la familia, iguales, la escuela, la iglesia,

la televisión, la publicidad, los cuentos, los libros de texto, la películas infantiles) han ejercido su impronta haciendo sentir y experimentar lo “natural” de ser mujer y ser hombre; es decir, han transmitido con la mayor eficacia lo femenino y lo masculino.

Figura X⁹



⁹ Adaptada de Plan de Formación de la Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2010. Sin publicar.

Alrededor de los 2 años, niñas y niños han adquirido, sin dificultades, su identidad de género, es decir, el conocimiento y seguridad de pertenecer al grupo de mujeres o al grupo de hombres. Sin embargo aún no han descubierto diferencias sexuales.

Los siguientes agentes de socialización, tanto por edad como por poder de influencia, son la escuela y los iguales y, cómo no, recientemente, la televisión. En la escuela pronto aprenden que la maestra es mujer y el director, hombre y que los niños ocupan todo el patio del colegio mientras que ellas se quedan en los rincones. A ellos se les permite más cualquier manifestación de agresividad mientras que a ellas se las sanciona por poco femeninas.

En las ilustraciones de cuentos y libros del colegio aprenden que las niñas juegan a las casitas y los niños al fútbol, que a las niñas les gustan los niños y viceversa. Estudian que los hombres jóvenes, blancos, heterosexuales y sin discapacidad han conquistado, inventado, descubierto, investigado, escrito, creado, gobernado, hecho la guerra... y que las mujeres como ente indiferenciado, pero distinto al hombre, han debido estar en casa cuidando de esos hombres¹⁰.

La televisión, como cualquier otro medio de comunicación (radio, prensa, revistas, publicidad, etc.) y cada vez con mayor peso, Internet y sus redes, se muestran como una ventana abierta al mundo con un poder que quizá no se alcanza a conocer aún. Quién hace qué en cada uno de estos espacios. El tratamiento que se hace de las mujeres como mitad de la humanidad puede ser considerado de carácter marcadamente violento y además, gratuito (es decir, sin sanciones). La mujer es despojada de toda cualidad diferente a su capacidad e instinto maternal y, contradictoriamente, convertida en objeto de deseo instrumentalmente usado para la venta de un producto, o simplemente de sexo heterosexual. Es un objeto sexual deseante y pasivo, dispuesto para su uso por parte de los hombres.

A pesar de que a los 2 años de edad niñas y niños conocen y se sienten formando parte del grupo "mujer" o el grupo "hombre", es decir, se ha adquirido la identidad de género, no es hasta los 6 años cuando se adquiere definitivamente la identidad sexual, es decir, el conocimiento de que se es biológicamente niña o niño debido a características anatómicas

10 Investigación "Análisis del Sexismo en los libros de texto de Educación Secundaria" Secretaría General de la Mujer y de la Juventud. Murcia 2003. En DE LA PEÑA, E. *Maletín para la Coeducación, Ni más ni menos, Igual a 2*. Cuadernillo nº 5. Violencia de Género. Fundación Mujeres. Proyecto NEMESIS; iniciativa comunitaria EQUAL. 2007.

que nos diferencian. Esto muestra la enorme eficacia de los mecanismos de socialización diferencial que Nuria Varela ejemplifica de la forma más sencilla como sigue¹¹:

Cuando alguien se comporta así:	Si es niña se dice que es:	Si es niño se dice que es:
Activa	Nerviosa	Inquieto
Insistente	Terca	Tenaz
Sensible	Delicada	Afeminado
Desenvuelta	Grosera	Seguro de sí mismo
Desinhibida	Pícaro	Simpático
Obediente	Dócil	Débil
Temperamental	Histérica	Apasionado
Audaz	Impulsiva	Valiente
Introversa	Tímida	Piensa bien las cosas
Curiosa	Preguntona, cotilla	Inteligente
Prudente	Juiciosa	Cobarde
Si no comparte	Egoísta	Defiende lo suyo
Si no se somete	Agresiva	Fuerte
Si cambia de opinión	Caprichosa, voluble	Capaz de reconocer sus errores

En definitiva se ponen en marcha todos los mecanismos sancionadores y reforzantes para mantener el orden social establecido a través de¹²:

- Relegar la identidad de las mujeres a lo biológico: la reproducción y mantenimiento de la especie.
- Perpetuar un modelo de feminidad basado en ser mujer para otros, relegándose a sí mismas por poco importantes.
- Inculcar sentimientos de miedo y culpa como coacción ante cualquier posible transgresión de su papel.
- Limitar el espacio de las mujeres al ámbito doméstico.

¹¹ Tabla extraída de VARELA, N., *Feminismo para principiantes*. Ediciones B, Barcelona, 2008. P. 325

¹² Tomado de Plan de Formación de la Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2008-2010. P. 18. Sin publicar.

- Invisibilizar y menospreciar la participación, aportación y logros de las mujeres en la historia.
- Impedir el control de su propio cuerpo a través del control de su sexualidad femenina.
- Asignar roles y estereotipos que toleren la violencia (supuestamente natural de los hombres) hacia las mujeres.

· La construcción del género desde una perspectiva espacio-temporal

Como se ha dicho, el género es una construcción social, como también lo es la discapacidad. Por tal razón no se trata de una categoría universal y podemos encontrar culturas en las que llegan a coexistir 3 géneros (no dos) que se adscriben a uno u otro sexo no en función del mismo, sino de otros elementos, como la casta de origen, por ejemplo. Muchos trabajos antropológicos, entre los que pueden citarse los de Margaret Mead tienen como valor principal el haber demostrado que la conformación de los roles de género es puramente cultural, aprendida y ajena a lo biológico. Tienen, por supuesto carencias, como el excesivo etnocentrismo desde el que se han interpretado los hallazgos en torno a los géneros, filtrados a través de las gafas patriarcales occidentales.

Ahora bien, no cabe duda de que, independientemente del contenido de cada uno de los géneros, es un hecho universal la menor valoración de las mujeres con respecto a los hombres, lo que ha tratado de ser explicado por multitud de teorías y estudios, muchos de ellos a partir de la obra de Simone de Beauvoir, *El segundo sexo*.

De otra parte no podemos dejar de hacer mención a las nuevas corrientes del feminismo que abogan por la deconstrucción no sólo de los géneros, sino también del sexo. Entienden que, a pesar de unas aparentes diferencias biológicas entre macho y hembra, los límites entre los sexos no están definidos y se trata, otra vez, de una construcción cultural que ha dividido a los seres humanos en dos grandes grupos, sólo en función de aspectos estéticos.

Desde este punto de vista, se reabre el debate sobre la transexualidad, el transgénero, el hermafroditismo, dando una nueva vuelta de tuerca al tradicional conocimiento científico. Así, este mismo conocimiento es puesto en cuestionamiento, no por su presunta falsedad, sino por su visión parcial de la realidad humana, sólo centrada en lo observable y lo medible.

4.2. La teoría de la interseccionalidad como herramienta de análisis¹³.

A pesar de todo lo dicho anteriormente y aún cuando el género es una categoría transversal, es decir, que afecta a todas las personas independientemente de cualquier circunstancia, otras categorías de relación se encuentran interactuando con el género. El desarrollo de la teoría sexo-género ha servido para llamar la atención sobre las graves desigualdades creadas entre mujeres y hombres, en cambio es hora de dar cabida a análisis más pormenorizados, que tengan en cuenta las características sociopolíticas y económicas que en una sociedad global son cada día más complejas.

En este sentido la teoría de la interseccionalidad trata de profundizar en el análisis de las exclusiones que pueden generarse de la confluencia e intersección de diferentes factores de desigualdad, como la etnia, la cultura de origen, la discapacidad o la orientación sexual, que se entrecruzan con el género. No tener en cuenta esta realidad implica dar por sentado que las políticas destinadas a fomentar la igualdad de género también contribuyen a reducir otro tipo de desigualdades que recaen sobre las mujeres o, al menos, no las aumentan. La perspectiva que aquí se propone es la de tener en cuenta varios factores de exclusión, no porque la pertenencia a un colectivo específico conlleve una mayor vulnerabilidad intrínseca, sino porque socialmente se sitúa a las mujeres de estos colectivos en posición de mayor riesgo de quedar al margen.

En esta línea se pronuncia el Informe de la presidencia sueca del Consejo de la Unión Europea sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing al cumplimiento de 15 años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, cuando plantea que “las políticas de igualdad entre los sexos tienen que prestar atención a las necesidades que tienen las mujeres pertenecientes a minorías. Es necesario estudiar más a fondo la discriminación múltiple de mujeres y niñas por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y tenerla en cuenta en las políticas y programas”. Ciertamente para estudiar en mayor profundidad estas realidades se hace necesaria no sólo el diseño y desarrollo de actuaciones específicas para estas minorías, sino su incorporación de forma transversal, especialmente en todo cuanto se relaciona con la recogida de información

¹³ Tomado de Plan de Formación de la Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2008-2010. P. 19-34. Sin publicar.

y la investigación, a todas las políticas para que pueda llevarse a cabo un profundo análisis de la realidad social de la mujeres en nuestro entorno.



Para ello hay que tener en cuenta, además del androcentrismo, otros factores generadores de desigualdad producto de un sistema de pensamiento estructural que dificulta observar la realidad sin establecer dicotomías excluyentes y contrarias.

Las principales aportaciones a la teoría de la interseccionalidad vienen de la mano de feministas negras que, conscientes de su rol de género, participaban activamente en las luchas feministas pero no se veían reconocidas ni reflejadas en un movimiento caracterizado por una hegemonía blanca y burguesa, que había tomado como objeto de análisis un modelo único de hombre: blanco, burgués, heterosexual y joven y como sujeto de reflexión y acción una mujer blanca, burguesa, joven y heterosexual. De hecho todo el análisis más arriba expuesto, de los agentes de socialización, procede de este modo de entender la realidad, desde una mirada unidimensional. Así se ha ignorado el peso específico que otros ejes incorporan a la experiencia y desarrollo del individuo y que han de ser analizados en mayor profundidad. De este modo, este enfoque, se asienta sobre las bases de la representación mental y simbólica y, sobre los **estereotipos y roles** predominantemente hegemónicos que en una sociedad y tiempo determinados articulan el ser mujer u hombre, es decir, sobre las

expectativas que de las mujeres y los hombres tiene una la sociedad en función de su sexo y edad, principalmente, además de otras características o factores que intervendrán, como el lugar geográfico de nacimiento o residencia, la orientación sexual, la etnia, el tipo de religión, el estado civil, o nivel de estudios; a todo ello se le suma, además, la presencia de una o más discapacidades, y el grado y tipo de éstas.

Desde el punto de vista de las mujeres con discapacidad en el contexto occidental, el 'ableism', o teoría del cuerpo capaz es el eje fundamental que se entrecruza con el género, dando lugar al modelo o enfoque de género y discapacidad.

4.2.1. Modelo o enfoque de género y discapacidad

El peso y la centralidad otorgadas tradicionalmente a la discapacidad en sí misma como factor generador de desigualdades ha invisibilizado cualquier otro factor o causa que confluye en la vida de las personas con discapacidad y que da como resultado una agravación de las situaciones de inequidad que vive este colectivo, como es el peso del género sobre la vida de las mujeres con discapacidad.

La categoría de análisis que se emplea para analizar las situaciones de discriminación hacia las personas con discapacidad se denomina **normalismo** y puede ser definido como el conjunto de discursos y prácticas que sitúan al denominado "cuerpo capaz" en todas sus dimensiones físicas, sensoriales, psíquicas y cognitivas como única medida estándar a partir de la cual se construyen los mitos y estereotipos en torno a la discapacidad. De esta manera al igual que se habla de sexismo, racismo u homofobia el eje de opresión en el ámbito de la discapacidad es el normalismo.

El enfoque de género se centra en las bases de la teoría feminista aportando al análisis, interpretación y explicación de las discapacidades, la variable sexo, y transversalizando como categoría de análisis el concepto de género, lo que permite visibilizar cómo afectan de un modo específico las discriminaciones a las mujeres con discapacidad, por un lado, por el hecho de ser mujeres y, por otro, por tener algún tipo de discapacidad.

Interpreta que la discapacidad, entendida como social, se construye y afecta de un modo diferencial a mujeres u hombres con discapacidad. En función de todos estos factores, o bien, se dificulta a la persona un desarrollo equitativo e igualitario con respecto al resto (en el

caso de las mujeres con discapacidad será con respecto a todos los hombres, con discapacidad o sin ella, y al resto de mujeres), o se le permite un desarrollo tan sólo parcial, o directamente al margen de la sociedad, segregadamente, **actuando de este modo el género como un elemento fijador o limitador de unas determinadas oportunidades para mujeres u hombres con discapacidad.**

Desenmascarar estos hechos, no es fácil y hacerlo es el resultado del análisis de la realidad desde otra perspectiva, que busca explicaciones desde una óptica de género, que sitúa en primer término el tipo de relaciones sociales que se establecen entre mujeres y hombres. Pues se ha constatado que efectivamente, la igualdad entre mujeres y hombres, entre personas con discapacidad o sin ella, presenta dos caras:

Una **formal**, la escrita y recogida en las leyes y resto de normativa, y otra **real**, con la que se encuentran esas mujeres con discapacidad en su día a día, en su casa, con las amistades, con la familia, en la calle, en la escuela, en el bar, en el trabajo, en los medios de comunicación, etc.

Desde el feminismo, el colectivo de especialistas en género e igualdad de oportunidades (compuesto mayoritariamente por mujeres) y, cómo no, desde movimientos feministas de la discapacidad, se crean así los puentes necesarios para trabajar en torno a la especificidad de las personas con discapacidad y vencer los obstáculos, discriminaciones y desigualdades que pesan sobre las mujeres con discapacidad pero sin encasillarlas como víctimas pasivas de una **sociedad androcéntrica**, en la que el modelo médico está también claramente concebido y articulado para responder en mayor medida a las necesidades y comportamientos de los hombres.

Este enfoque muestra que la discapacidad es el resultado de la estructuración de nuestra sociedad, que elabora un patrón único de lo que considera física, sensorial, cognitiva o mentalmente como hábil, válido, normal y estándar (normalismo).

A continuación se presenta un resumen esquemático de la evolución de la perspectiva e interpretación de la discapacidad, pasando desde la primera versión interpretativa, la médica, hasta la última que propone este manual, que aborda la discapacidad desde lo social pero teniendo en cuenta el género como categoría de análisis.

4.2.2. La construcción de la identidad de género en las personas con discapacidad¹⁴

Aunque cada mujer con discapacidad es diferente y cada una tiene su propia experiencia vital, hay muchos aspectos comunes, principalmente, los derivados de la imagen social que de ellas se tiene, de los estereotipos de mujer y de persona con discapacidad que entran en juego de una manera interseccional, afectando a estas mujeres doblemente (doble discriminación), o quizá de una manera múltiple, cuando ejes de desigualdad como la raza o la clase social entran en juego, contribuyendo a incrementar la discriminación que experimentan. También hay que destacar que el solapamiento interseccional de estereotipos de distinta índole generan a su vez situaciones nuevas de discriminación, que no son resultado de una simple suma de discriminaciones, sino situaciones específicas que deben ser contrarrestadas con estrategias concretas.

Cabe recordar que esta imagen social y estos estereotipos se adquieren en la familia, la escuela, a través de relaciones con los distintos grupos sociales, a través de los medios de comunicación, están en el imaginario simbólico: los cuentos, leyendas y otros productos de la cultura... En todo caso, no se debe olvidar el relevante papel que cumplen los medios de comunicación social en la transmisión de imágenes, estereotipos y prejuicios sobre las mujeres con discapacidad.

El estereotipo de una mujer con discapacidad es el de una adulta en silla de ruedas que no puede hacer nada por sí misma, y no se piensa en una mujer ciega o con una deficiencia grave auditiva y una alta cualificación profesional. Esta imagen no incluye a muchas otras mujeres con diversas discapacidades. En este amplio abanico se encuentran también aquellas mujeres cuya discapacidad no es manifiesta, esto es, mujeres con discapacidades difícilmente perceptibles de manera superficial, pero no por ello menos relevantes, y que se enfrentan a numerosos problemas a la hora de ver reconocida oficialmente su discapacidad o su incapacidad laboral, cualquiera que ésta sea (mujeres con fibromialgia, por ejemplo).

En este caso, la construcción de la identidad viene marcada por la unión indisoluble del género y la discapacidad, algo que puede observarse, y se verá más adelante, en las reflexiones que realizan las propias mujeres con discapacidad. Para llegar a identificarse como sujetos con una identidad específica, han pasado, y pasan, por un proceso de socialización con la consiguiente transmisión de estereotipos y roles determinados.

¹⁴ Extraído del *Manual para trabajar la discapacidad desde un enfoque de género*. Material elaborado por LIKaDI para el proyecto Equal Co-Labora.com "Concilia-Trabaja. Consigue".

De manera interseccional, funciona un conjunto de mitos y estereotipos contruidos en torno a las personas con discapacidad, que parte de un modelo pretendidamente neutro de cuerpo capaz. Toda aquella persona, mujer u hombre, que se aleje de este modelo tendrá que enfrentar más obstáculos a la hora de desarrollarse como individuo en una sociedad normalista. Las ciudades, los servicios, la educación, el empleo, la sexualidad, todo está diseñado desde una perspectiva que no atiende a las características de quienes se apartan del arquetipo falsamente universal. En este contexto es, por ello, necesario hacer un doble esfuerzo para visibilizar la discriminación por razón de género y discapacidad, planteando una crítica a los modelos sexista y del cuerpo capaz, imperantes, haciendo patente que estas opresiones solapadas reclaman formas de superación específicas.

En esta realidad, como mecanismo de perpetuación y transmisión se desarrollan los **estereotipos**, que son el conjunto de ideas preconcebidas, creencias profundamente arraigadas en el subconsciente colectivo e individual y aceptadas socialmente sobre las conductas y comportamientos de un determinado colectivo, mujeres u hombres, mujeres u hombres con discapacidad y/o discapacidades, que sin basarse en criterios objetivos, atribuye a todas las personas que lo componen determinadas capacidades y actitudes, estigmatizando cualquier actitud que se salga de la "norma" de las pautas que indican.

Así se considera normal que una mujer con discapacidad esté en su casa y no se emplee o participe políticamente mientras que sí lo haga un hombre con discapacidad. Por lo tanto, mientras que al hombre con discapacidad se le considera apto para trabajar, y se le anima a hacerlo y ser independiente económicamente, tener y disfrutar de una pareja, y tener hijos e hijas, a ellas se les niega tales posibilidades, relegándolas a la realización de tareas domésticas y de cuidado, por lo general, en el seno de la familia de origen, y obstaculizando al mismo tiempo el desempeño de tales actividades cuando el objetivo es llevar una vida independiente.

Sobre la base de estos roles y estereotipos de género y en relación a la discapacidad, se van elaborando **las expectativas**, que es lo que la sociedad en su conjunto y cada una de las personas que la componen desde el papel que desempeña (madre, padre, docente, personal médico, amistades, etc.), espera de esas mujeres con discapacidad y hombres con discapacidad.

La imagen social de la mujer con discapacidad¹⁵ comparte ciertos atributos con la imagen de la mujer sin discapacidad, surgidos del sistema patriarcal, en el cual ocupan como mujer una posición de inferioridad y subordinación respecto a los hombres, situándolas en el ámbito privado y de lo reproductivo. Pero además, su posición en la matriz sexo-género es de absoluta negación. Las mujeres con discapacidades se enfrentan a una doble invisibilidad, ya que ni encajan con el rígido estereotipo del “cuerpo perfecto” ni se las percibe “capacitadas” para ejercer de forma autónoma el rol femenino tradicional del cuidado.

Estos estereotipos sirven para que las personas sin discapacidad refuercen su imaginario de invulnerabilidad y capacidad, así como las exageraciones comparativas entre mujer y hombre sirven para reforzar el imaginario de dominio masculino. Esto produce una diferencia considerable entre ser hombre o mujer con discapacidad.

Como consecuencia de todo lo expuesto, podemos afirmar que las mujeres con discapacidad se enfrentan a una realidad con muchas más barreras que los hombres con discapacidad, a diversas situaciones de discriminación y dificultades específicas:¹⁶

- La **sobreprotección familiar** que conlleva la aparición de **dificultades** que impiden el ejercicio de una **vida independiente**, así como el establecimiento de relaciones sociales; en consecuencia, muchas las mujeres con discapacidad se ven abocadas a una situación de aislamiento social. En directa relación con la asunción de la función principal del rol de género por parte de la propia mujer con discapacidad y en relación también con la asignación de éste por parte de las personas con las que interactúa, se observa una **sobreprotección** hacia las mujeres con discapacidad y/o discapacidades, quedando en muchos casos su vida reducida al ámbito de la unidad de convivencia o familia. La sobreprotección mayor a la que se les someten lleva a que se identifican más con el discurso materno/paterno y desarrollen un menor grado de autonomía y toma de decisiones.
- En relación a las diversas barreras, se observan diferencias obvias entre algunas discapacidades, por ejemplo, las personas con discapacidad sensorial (como ciegas o sordas) se ven más afectadas por las barreras que dificultan el acceso a la información, es decir, barreras de comunicación; mientras que aquellas que poseen una discapacidad física se hallan más afectadas por las barreras arquitectónicas.

¹⁵ Extraído de la Guía **Unidades de empleo para mujeres. Guía metodológica y de trabajo**. Elaborado por ERGA, S.L. para el Instituto Andaluz de la Mujer. 2008

¹⁶ Adaptación de las conclusiones obtenidas en el Seminario “*Mujer con Discapacidad: múltiples dimensiones*” organizado por CERMI en Noviembre de 2002.

- Se produce con demasiada frecuencia una **desadaptación del entorno** (recursos sanitarios, grandes superficies comerciales, medios de transporte, etc.) e **inaccessibilidad a servicios específicos de atención a mujeres** (por ejemplo, la existencia de importantes barreras arquitectónicas en las casas de acogida a mujeres, consultas ginecológicas, etc.).
- Existen diferencias notables entre mujeres y hombres con discapacidad, en cuanto al **acceso al empleo** y al nivel de **participación social** en general.
- La influencia de la valoración social que se otorga a la imagen corporal, unida a factores antes citados y a un proceso de negación de la sexualidad de las mujeres con discapacidad, hace que en muchas ocasiones su autoestima pueda verse mermada, ya que no se ajustan a los cánones de belleza imperantes y la educación sexual recibida es deficitaria y parcial. Ahora bien es preciso aclarar que tanto éste como otros factores no pueden generalizarse a todas las mujeres con discapacidad. La cuestión de la imagen corporal, por ejemplo, se da especialmente entre las mujeres cuyas discapacidades son manifiestas.
- La discapacidad influye negativamente en el **desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales**, sobre todo, en relación con la pareja. En el caso concreto de las mujeres con discapacidad es preciso recordar su caracterización como seres asexuados. Este proceso, que comienza ya en su niñez, consolida una imagen social de mujer que no experimenta deseo y con pocas posibilidades de que alguien pueda llegar a sentirlo por ella. Esta creencia generalizada termina influyendo en la **auto percepción de las mujeres con discapacidad**, en su **motivación** y, por tanto, en sus **posibilidades de acceso a distintos ámbitos sociales y laborales**. Esto, unido a una visión conservadora de la sexualidad ligada de manera exclusiva a la reproducción, y al estereotipo sobre la pasividad sexual atribuida a las mujeres, **restringe** aún más sus **posibilidades de reconocimiento** –y autoreconocimiento- ya que precisamente para la sociedad, las mujeres con discapacidad representan aquello que no debe ser “reproducido”.¹⁷
- Tienen grandes **dificultades de acceso a la formación** en comparación con los hombres con discapacidad, existiendo un alto porcentaje de analfabetismo funcional o total entre ellas. La percepción social como incapaces hace que no se las estimule para participar en la formación y la capacitación.

¹⁷ Informe cualitativo sobre la situación de las mujeres con discapacidad. Departamento de la Mujer. Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía). Pág. 11

- Tienen grandes **dificultades de acceso al empleo** en comparación con el resto de mujeres y con los hombres con discapacidad, por las barreras sociales existentes en la línea de prejuicios y estereotipos asumidos por la familia, las empresas y el conjunto del entorno laboral. Además, los centros de trabajo no suelen ser accesibles.
- Su **tasa de actividad** es sensiblemente inferior a las tasas de los hombres con discapacidad y con una importante diferencia en la percepción de beneficios de las medidas de fomento de empleo.
- La **mayoría están desempleadas**, y entre las que trabajan, existe un importante grupo que lo hace en el marco de la **economía sumergida**. Los principales sectores de actividad en las que realizan tareas profesionales son limpieza/trabajo doméstico, comercio, administración/oficina y hostelería.
- En relación con los propios ingresos, resulta interesante resaltar cómo a pesar de que una mayoría cuenta con ingresos económicos propios, sin embargo, más del 60% lo son en concepto de pensiones. En la mayoría de los casos, las **mujeres con discapacidad se encuentran dentro de las personas inactivas y receptoras de pensiones en su modalidad no contributiva**, sin superar el Salario Mínimo Interprofesional, producto de la falta de cotizaciones al no haber accedido al empleo. Esto mantiene su situación de invisibilidad, de dependencia y de no necesidad de acceder al mercado laboral. A ello es necesario añadir que, en numerosas ocasiones, las mujeres con discapacidad no disponen libremente de sus propios ingresos, sino que son gestionados por la familia.

En definitiva, la percepción que tiene la sociedad de la mujer con discapacidad acentúa su posición de subordinación e inferioridad. Como hemos visto, se la considera asexuada, limitada intelectualmente, etc., idea que persiste como consecuencia del desconocimiento que en general posee la sociedad hacia la discapacidad, y por los sesgos de género con los que habitualmente se interpreta la realidad.

En el trabajo con colectivos de personas con algún tipo de discapacidad, la perspectiva de género suele estar ausente de los programas, aun cuando en los últimos años, y muy especialmente tras la aparición del *Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa*, los movimientos sociales de mujeres con discapacidad han impulsado numerosas iniciativas dirigidas a denunciar su situación. Este olvido es debido a que se suele anteponer la discriminación por discapacidad a la discriminación por género, ocultándose así, la doble

discriminación de las mujeres con discapacidad y el cómo parte de su discriminación tiene el origen en el hecho de ser mujer y no en el de ser una persona con discapacidad. El género y la discapacidad se unen en una interacción que sitúa de un modo desigual a las mujeres que viven con algún tipo de discapacidad respecto a las otras mujeres y respecto a los hombres, todos los hombres sin discapacidad o con ella.

- Mecanismos de reproducción de los estereotipos y roles de género y discapacidad¹⁸

La socialización diferencial tiene consecuencias tanto para los hombres como para las mujeres con discapacidad, en cambio a causa del factor transversal de género, es posible afirmar que las mujeres con discapacidad parten de una posición de mayor desventaja. El los agentes de socialización, antes revisados, también ejercen su función de transmitir un mensaje claro y único sobre las mujeres con discapacidad:

- La *familia*. Es importante analizar y reflexionar acerca de las expectativas familiares que se depositan sobre las mujeres con discapacidades ya que éstas suelen derivar en diferentes oportunidades para mujeres u hombres. Del mismo modo, es necesario reflexionar sobre las contradicciones que se dan en la asignación del rol tradicional a las mujeres con discapacidad: *Por una parte, los roles tradicionalmente atribuidos a las mujeres, están vedados para estas mujeres, porque no son bellas, no son deseables, la vida en pareja es difícil y tampoco están preparadas para ser buenas madres*¹⁹ (percepción desde un modelo social excluyente por razón de la discapacidad y sexista), pero por otra parte, ellas se ocuparán de cuidar y atender a familiares, pequeñas/os y personas mayores, además de “ayudar” en los trabajos de la casa. Es necesario que las mujeres, con o sin discapacidad, empiecen a deconstruir el mandato de género que les atribuye unos comportamientos y cualidades ideales en función de su sexo y de una imagen deseable de belleza, para avanzar hacia una sociedad que no ponga trabas al desarrollo de las personas en todos los ámbitos, en función de su pertenencia a un sexo o por tener alguna discapacidad.
- La *escuela*, como espacio de convivencia y de socialización reproduce y perpetúa también estereotipos y aún no ha otorgado un espacio propio a las niñas y niños con

¹⁸ Extraído de *Mainstreaming o enfoque integrado de género. Manual de aplicación en proyectos de empleo*. Material elaborado por LIKaDI. 2002

¹⁹ *Op. cit.* pág. 22 *Informe cualitativo sobre la situación de las mujeres con discapacidad*. Departamento de la Mujer. Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía). Pág. 11

discapacidad que, en no pocas ocasiones, se convierten en una pesada y molesta carga, más cuando se espera, sobre todo de ellas, que no finalicen su formación y desarrollen una profesión.

- La *religión*, estructura un mundo de valores y normas morales que sostiene y refuerza simbólicamente la hegemonía masculina, y que históricamente ha sido abanderada de un modelo de discapacidad relacionado con la lástima y la pobreza, la culpa y el castigo. De este modo la institución religiosa fomenta actitudes condescendientes en lugar de igualitarias, con las personas con discapacidad, especialmente con las mujeres.
- Los *medios de comunicación*, transmiten un modelo hegemónico de mujer, ajeno a la diversidad femenina, que establece en primer término una forma concreta de belleza y contribuye a concebir la discapacidad como un déficit insalvable. En este contexto las mujeres con discapacidad encuentran obstáculos para configurar una identidad femenina basada en la autoestima y en el reconocimiento sobre el propio cuerpo. La sociedad asume modelos concretos con vocación de universalidad que ocultan a un gran número de mujeres que no se corresponden, aparentemente, con los patrones prefijados. Los estereotipos fabricados por los medios de comunicación proyectan una imagen negativa sobre la discapacidad que es la que maneja la sociedad poco informada.

En este sentido hay que remarcar que la imagen típica de una persona con discapacidad que los medios de comunicación representan comúnmente, es la de un hombre joven en silla de ruedas, a pesar de que más de la mitad de las personas con discapacidad son mujeres, y más aún, de edad avanzada. Ellas raramente aparecen representadas en el imaginario colectivo y cuando lo hacen, es desde un papel lastimero, dependiente e infantilizado. En una sociedad que exalta unos determinados valores estéticos como premisa para el éxito, no es extraño que miles de personas, especialmente jóvenes, cuenten con referentes irreales, que fuerzan un proceso de identificación basado en la frustración por no poder alcanzar el modelo. En este punto las chicas con discapacidad no son diferentes.²⁰

²⁰ Informe cualitativo sobre la situación de las mujeres con discapacidad. Departamento de la Mujer. Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía). Pág. 23 citado en *Guía de preformación laboral. Género y Discapacidad*. Material elaborado por LIKaDI para el proyecto Equal Co-Labora.com "Concilia-Trabaja. Consigue".

- *El grupo de iguales se convierte, especialmente durante la adolescencia, en el grupo o modelo de referencia, de identificación. En el proceso de diferenciación individual resulta importante contar con este grupo de iguales que, en el caso de las adolescentes y jóvenes con discapacidad es a veces carencial. Por otra parte, el grupo de iguales, en una etapa en que las y los adolescentes son fácilmente influenciables y especialmente vulnerables, tiene el poder de potenciar valores más equitativos y justos o, por el contrario, convertirse en una fuente de discriminación para las chicas con discapacidad. En la edad adolescente, finalmente, termina de consolidarse la identidad sexual (en el caso concreto de las mujeres con discapacidad es preciso recordar su caracterización como seres asexuados), lo que puede limitar o distorsionar los aprendizajes sociales relacionados con al cortejo, los primeros contactos eróticos, etc. propias de estas edades.*
- *Mención especial conviene hacer sobre el tema del *lenguaje*, en la medida que contribuye a fijar de forma permanente el papel secundario y subordinado de las mujeres mediante su invisibilización utilizando para ello el masculino como genérico y dando un valor inferior o peyorativo a determinados vocablos cuando se refieren a mujeres. Por ello, se deben evitar expresiones que indiquen atribuciones estereotipadas de objetos y profesiones; conviene nombrar a mujeres y hombres en los grupos mixtos, así como utilizar nombres abstractos: la dirección, la ciudadanía, la humanidad...*

Siguiendo el mismo mecanismo que explica la existencia de uso sexista en el lenguaje, se produce la ocultación e invisibilidad de las mujeres con discapacidades tanto en los textos que hablan de mujeres como en los textos que se refieren a las personas con discapacidad. Por otra parte, es destacable el carácter peyorativo, despreciativo y minusvalorativo que tiene una gran parte de las expresiones utilizadas para referirse a las personas con discapacidades: gafitas 4 ojos capitán de los piojos; pareces tonta / subnormal, etc. Y todo ello, sin pasar por alto la actitud lastimera y compasiva que suele acompañar al uso de diminutivos utilizados frecuentemente para referirse a las personas con discapacidades: cojita o cojito, mudito o mudita, etc.²¹

La imagen social de las personas con discapacidad ha oscilado entre varias visiones: la improductividad, la anormalidad, la monstruosidad, la sacralización, la naturaleza

²¹ *Idem.*

indomable... Vemos pues que la discapacidad, tomada como constructo social, tiene mucho que ver con lo que hasta aquí hemos tratado. Al igual que la discriminación de género, **la discriminación por razón de la discapacidad, surge a partir de una asignación de “características esenciales” sobre las que se fabrican los papeles sociales que van a corresponder a las personas que forman este colectivo.** El rol que va a desempeñar una persona con discapacidad en la sociedad viene determinado por la propia imagen que ésta tiene de las personas con discapacidad, quienes a su vez han aprendido a socializarse según las expectativas que esta sociedad establece. La modificación de esas imágenes y expectativas constituye el elemento fundamental en el camino hacia la igualdad. Pero se trata de un proceso lento en el que va a jugar un papel fundamental no sólo la crítica al modelo patriarcal, sino también la crítica al modelo económico, que establece qué es productivo, qué conviene económicamente, quién está en disposición de consumir y quién está totalmente al margen.

Los obstáculos físicos y simbólicos que se unen para producir estas situaciones de discriminación pueden ser más o menos perceptibles (quizá sea más fácil ver los peldaños a la puerta de un cine que impiden a una persona en silla de ruedas poder entrar a ver una película, que las barreras que una profesora titular de universidad encuentra para acceder a una cátedra), pero no nos engañemos, en el ámbito de la discapacidad las barreras no son sólo físicas, sino también simbólicas. Y lamentablemente la mayor o menor perceptibilidad de esas barreras tampoco significa una lucha más fácil para eliminarlas. Cuando confluye el género y la discapacidad los obstáculos se multiplican, aunque en la mayoría de los casos muchas de estas situaciones de doble –cuando no múltiple- discriminación permanecen invisibles.²²

5. RADIOGRAFÍA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

5.1. Ejes de especial relevancia desde la perspectiva de género y discapacidad

Tal y como se ha podido comprobar, la perspectiva de género y discapacidad es pertinente en todo cuanto tenga relación con la vida de las personas. Desde este punto de vista, el movimiento asociativo de personas con discapacidad viene trabajando arduamente en la recogida de información precisa y fiable sobre la situación de las mujeres y hombres con

²² *Módulo introductorio sobre género y discapacidad.* Confederación andaluza de personas con discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía) Sevilla. 2003

distintas discapacidades. Entre otros, en Andalucía se ha llevado a cabo un estudio de más de 3 años de duración con entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión e informes de vida de mujeres con todo tipo de discapacidades, edades, lugares de residencia, etc.

Al mismo tiempo, Asturias y comunidad valenciana, por ejemplo, llevan tiempo trabajando el área de la sexualidad de las personas con discapacidad comprobando las desigualdades que se producen por género y discapacidad.

En Cataluña, por su parte, llevan mucho tiempo ahondando en el desarrollo de programas para el fomento del empleo y la independencia económica de las mujeres con discapacidad una vez que han comprobado una vez más, las desigualdades existentes en este ámbito.

Castilla-La Mancha es otro ejemplo, trabajando por la promoción y atención de las mujeres con discapacidad con especial atención a aquellas que viven en entornos rurales.

Siendo, como hemos dicho, relevantes todas las áreas de desarrollo de las personas, los ejes que probablemente puedan resultar más novedosos (o generadores de mayores desigualdades) son la accesibilidad, la sexualidad, la maternidad y la vida en pareja. De forma específica, la violencia de género también afecta a las mujeres con discapacidad. Abordaremos cada uno de estos ejes con mayor detenimiento en las próximas páginas.

5.1.1. Accesibilidad en clave de género²³

Cuando hablamos de accesibilidad hacemos alusión al derecho que todos los seres humanos tienen a acceder a los entornos en las mismas condiciones de igualdad, autonomía y seguridad. La imposibilidad de desenvolverse libremente por las calles, edificios o transportes, incluso en el propio domicilio... se ha venido concibiendo como la situación que afecta a una parte de una población, las personas que tienen limitaciones funcionales, dejando al resto de la población al margen de esta realidad. De este modo, accesibilidad y discapacidad aparecen íntimamente relacionadas en el imaginario social y, tradicionalmente, ha recaído en las propias personas con discapacidad la responsabilidad de instar un entorno que mejore la calidad de vida, no sólo del sector, sino de toda la ciudadanía en general.

²³ Resumen adaptado de Federación LUNA Andalucía. *Accesibilidad en clave de género*. 2008. Sin publicar.

Sin embargo, hoy día es un hecho notorio que las barreras de acceso al entorno afectan no sólo a las personas con discapacidad sino a toda la población en su conjunto. Desde una concepción más acorde a los tiempos de la discapacidad, todas las personas podemos tener, potencialmente, discapacidad. A lo largo de cualquier vida es común que se manifiesten circunstancias transitorias de movilidad reducida derivadas de accidentes, embarazos, etc. Pero también es posible pensar en la reducción de la movilidad, por poner un ejemplo, que puede causar el diseñar desde un paradigma distinto al *cuerpo capaz*.

En un entorno inaccesible, las personas con discapacidad tienen que desenvolverse diariamente enfrentándose a las conocidas como barreras, que usualmente se clasifican teniendo en cuenta el ámbito o espacio en el que se presentan.

Tipología de barreras²⁴

- Barreras **arquitectónicas**: Son los impedimentos que se presentan en el interior de los edificios.
- Barreras **urbanísticas**: Son los impedimentos que presentan la estructura y mobiliario urbanos, sitios históricos y espacios no edificados de dominio público y privado.
- Barreras **en el transporte**: Son los impedimentos que presentan las unidades de transporte particulares o colectivas (de corta, media y larga distancia), terrestres, marítimas, fluviales o aéreas.
- Barreras **en las telecomunicaciones**: Son los impedimentos o dificultades que se presentan en la comprensión y captación de los mensajes, vocales y no vocales, y en el uso de los medios técnicos disponibles para las personas con distinta clase y grado de discapacidad.

Como se advierte, se trata de obstáculos que afectan fundamentalmente al ámbito de la movilidad y la comunicación. Teniendo presente que son las mujeres precisamente quienes hacen mayor uso y más diversificado de la ciudad que los hombres el impacto de género es claro y negativo para las mujeres, cuando se tiene en cuenta la discapacidad.

Junto a esta tipología de barreras, la *Ley 51/2003, de 2 diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* (LIONDAU) añade un nuevo campo pendiente de desarrollo en aras de ampliar el propio concepto de

²⁴ AMENGUAL, Clotilde. *La accesibilidad al medio físico. Barreras arquitectónicas*
<http://www.valcap.es/html/arquitectura/Caj%F3n%2ode%2oarte/la%2oaccesibilidad.htm>

accesibilidad: las barreras en el diseño de bienes, productos y, también, servicios. Haremos algunas apreciaciones al respecto en los ejes siguientes.

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de accesibilidad en clave de género?

Se está aquí hablando de dos aspectos fundamentales: uno de análisis crítico, que tiene que ver con la constatación de que una misma barrera afecta de forma diferente a mujeres y a hombres con discapacidad, - esto es impacto de género negativo para las mujeres-. Otro de activismo y reivindicación de la reducción de este impacto, mediante la plena participación y toma en consideración del punto de vista de las mujeres en el diseño arquitectónico, urbanístico, de transportes, de telecomunicación, pero también de los productos, bienes y servicios. Puede ser, y en algunos casos así es, que la demanda expresada por las mujeres con discapacidad en temas de accesibilidad sea idéntica a las que expresan los hombres, pero debido a los diferentes usos que damos a los espacios en función de nuestro género esas demandas cobran un cariz distinto.

Veamos algunos ejemplos:

- Los inmuebles antiguos (muy numerosos aún) que, a pesar de los planes de eliminación de barreras arquitectónicas desarrollados en las ciudades, no cuentan con un ascensor. De poder elegir, las mujeres en general se decantarían por un diseño de ascensor más seguro, bien iluminado y con mamparas transparentes que dejaran el interior a la vista de todos. La exigencia de diseños donde prime la seguridad es una demanda mucho más presente, por razones evidentes, en las mujeres que en los hombres, y en esto las mujeres con discapacidad no son una excepción. La demanda siendo común, sería diferente en su diseño y concepto. Lo mismo puede decirse en el diseño de cualquier ascensor de nueva obra.
- El transporte público. La flota mayoritaria de autobuses no es accesible, no sólo por la ausencia de rampa, sino por la falta de señalización auditiva y/o en braille de las paradas e itinerarios. Las paradas son también inaccesibles y no están adecuadamente señalizadas, muchas ni siquiera cuentan con asientos que permitan el descanso de personas con movilidad reducida, tampoco se conocen ni dar a conocer los horarios en que los transportes adaptados pasan por la parada, dejando a las y los usuarios en una interminable espera que reduce la participación social y las posibilidades de cumplir con horarios establecidos, como puede ser la jornada laboral.

En nuestro colectivo, como sucede en el conjunto de la población, son las mujeres las que más utilizan los transportes públicos. Los hombres suelen trasladarse en mayor número en su propio vehículo. Nuevamente el género aparece de manera transversal en esta materia.

Por otra parte, en las últimas décadas en nuestro país se ha experimentado un proceso de reterritorialización de las ciudades. El espacio urbano ha ido perdiendo su continuidad, fragmentándose en multitud de espacios cerrados, pequeñas fortalezas a veces de difícil acceso. La triangulación "lugar de trabajo – centro comercial - lugar de residencia" marca el itinerario de los ciudadanos y ciudadanas de muchas urbes modernas, especializando las tareas a realizar en función de cada uno de los espacios en los que se encuentran en cada momento, sin posibilidad de intercambio.

- Las nuevas formas y espacios donde se disfruta del ocio y tiempo libre en las ciudades afectan de manera muy negativa a muchas personas con discapacidad y especialmente a las mujeres. Los centros comerciales se han convertido en parques temáticos donde el consumo y la gestión del ocio programado se aúnan. El requisito para garantizar la plena participación en estos no-lugares, siguiendo la terminología de antropólogo Marc Augé, es ser consumidor. Pero en el caso de las personas con discapacidad, ni siquiera el tener capacidad de consumo, como requisito de "nueva ciudadanía capitalista" garantiza la plena participación en igualdad, debido a la inaccesibilidad de muchos de estos espacios. El impacto de género aparece aquí cuando recordamos que son las mujeres las que principalmente se responsabilizan de este tipo de tareas relacionadas con la compra de la vestimenta, la alimentación, etc. de toda la familia.
- Cuando se está en "el espacio dedicado al empleo", por ejemplo resulta imposible realizar una compra, volver a casa para comer, o simplemente pasar por el colegio de los niños. Las distancias se dilatan, las circunvalaciones y autovías separan lugares, hasta hace poco tiempo muy cercanos, aproximando lo remoto a costa de interrumpir la continuidad. Las relaciones de vecindad de esta manera se van difuminando. A la vez que se promueve, una forma que no se alcanza a percibir, la división sexual de los trabajos.

Este modelo de ciudad que prescinde de lo compacto, afecta de manera muy directa a las

mujeres y hombres con movilidad reducida. Con un sistema muy deficiente de transporte adaptado, tal y como ya ha sido señalado, recorrer largas distancias exige tener acceso a un vehículo propio, o lo que es lo mismo, contar con medios económicos suficientes que permitan sufragar los gastos de la compra de un automóvil, gasolina, reparaciones, seguros...

- El derecho a la cultura también se ve vulnerado en los casos en los que las barreras arquitectónicas niegan la posibilidad a las personas con movilidad reducida a acceder los centros culturales, cines, teatros, etc.

Si una persona no puede hacerse dueña del espacio, entendiendo como apropiación la posibilidad de tomarlo, utilizarlo y disfrutarlo compartiéndolo con los demás, es fácil entender que se sienta como una persona extraña, ajena, que se encuentra en una situación de prestado. Esta sensación de que el entorno está por encima del ser humano cobra una trascendencia especial cuando hablamos de inseguridad en la ciudad.

Precisamente entre los objetivos establecidos en la *Carta Europea de Mujeres en la Ciudad* se recoge “el desarrollo de una sociedad más emancipada, libre de los estereotipos que impiden una evolución favorable a la participación de la mujer en el ordenamiento y los servicios urbanos, de entorno de vida, de seguridad y de movilidad.” Para el tema que nos ocupa, planificar una ciudad segura es, por lo tanto, una demanda de las mujeres con discapacidad.

5.1.2. Sexualidad²⁵

La sexualidad es una dimensión inherente al ser humano, es por tanto inalienable e indivisible *per se*. Siguiendo esta lógica cuando se habla de sexualidad se hace alusión a tres elementos indisolubles:

- A nivel biológico: sexuación
- A nivel psicológico: sexualidad
- A nivel social: erótica

²⁵ Resumen adaptado de Federación LUNA Andalucía. *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*. 2009. Ponencia no publicada.

La sexualidad humana permite el desarrollo de tres funciones o dimensiones principales, siendo la reproducción sólo una de ellas. Las otras serían función lúdica o recreativa y función relacional.

- Relacional: Establecimiento de vínculos afectivos libres; intercambio y comunicación de afectos, deseos, fantasías.
- Recreativa: Derecho al uso lúdico y recreativo de la sexualidad en libertad y respeto, derecho a la autoestimulación y el propio placer.

Con frecuencia cuando se habla de sexualidad surge, además de multitud de equívocos y mitos, cierto nivel de pudor, especialmente en lo que toca a la mitad femenina de la población. Probablemente el de las mujeres con discapacidad es el sector donde aún hay más dificultades para poder acceder a fuentes de información fiables que permitan no sólo la ruptura de estos mitos y encontrar respuestas, sino una educación sexual democrática y completa.

El actual enfoque de la sexualidad, como una cuestión inherente al ser humano susceptible de abordarse en términos de salud, es resultado de muchas luchas, principalmente feministas. Los movimientos de mujeres han reivindicado (y reivindican en muchos puntos de nuestro planeta) el derecho a disponer de métodos anticonceptivos con dos objetivos inseparables: controlar la propia natalidad - y ejercer su derecho a la maternidad cuando y cuanto se desea- y disfrutar del placer sexual como una cuestión al margen de la capacidad de procreación.

Al mismo nivel, han luchado y luchan por la protección y promoción de su salud, concienciando sobre la importancia de los métodos de barrera en las relaciones sexuales y reclamando la investigación y tratamiento precoz de determinados cánceres –útero, de mama- o enfermedades específicas de las mujeres (endometriosis, por ejemplo). Los movimientos feministas, además, han auspiciado, ya en nuestro entorno cercano, la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En el desarrollo y elaboración del anteproyecto de esta ley no sólo han participado movimientos feministas, también lo han hecho otros agentes y, específicamente, CERMI, como representante de las personas con discapacidad en España.

Desde la perspectiva de las mujeres con discapacidad, si bien se celebran estos logros no sólo hacia una mayor igualdad entre mujeres y hombres, sino también hacia un desarrollo más

pleno y libre de las mujeres, hay enfoques y asuntos que abordar, reflexiones que realizar y caminos por recorrer. Aún son muchos los debates y reclamaciones abiertos para lograr la plena integridad y control de la propia sexualidad por parte de las mujeres. Probablemente uno de los caminos que tiene todavía que recorrerse es el de la progresiva integración de cuerpo y mente y la eliminación de las actitudes, comportamientos y pensamientos que cosifican el cuerpo de las mujeres, convirtiéndolas en objetos, con todo lo que ello supone de violencia contra las mujeres.

Ofreciendo un enorme abanico de posibilidades, la capacidad central que presenta la sexualidad es el placer. Y se puede entender éste desde mil puntos de vista, lo que vuelve a abrir de nuevo un sinfín de potencialidades. En cambio es bastante frecuente encontrar que en cuanto a sexualidad se refiere, se suele entender sexo y cuando de sexo se habla se está pensando en coito heterosexual.

Cuando esto ocurre se están produciendo, al menos, 4 procesos de reducción de la sexualidad:

1º sexualidad = coito heterosexual, joven y sin discapacidad

2º relaciones sexuales = hombre con rol de sujeto activo + mujer con rol de objeto pasivo.

3º placer = orgasmo / coito = procreación

4º seres sexuales = jóvenes que responden a un determinado canon estético y en edad de procrear.

La vivencia y expresión de la sexualidad de las mujeres se ha sometido históricamente a muchas formas de control por parte de la mitad masculina que, en las últimas décadas está cambiando hacia formas quizá menos visibles y más sutiles, respaldadas en la idea de una liberación sexual femenina pero que las sigue situando un lugar de sumisión.

La reducción de la sexualidad al coito heterosexual otorga el protagonismo de las relaciones sexuales a los genitales, dejando al margen otras experiencias placenteras, que son tomadas como secundarias, extras, preliminares o incluso minoritarias, a saber, caricias, besos, conversaciones y fantasías eróticas, juegos, relaciones homosexuales, ternura, masturbación...

Estos procesos resultan en múltiples formas de exclusión y limitaciones en torno a la sexualidad y generan un férreo control patriarcal de la sexualidad de las mujeres, por lo que

muchas mujeres con discapacidad encuentran dificultades para un desarrollo pleno, integral y positivo de su propia sexualidad. En multitud de experiencias ven limitados, coartados o vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos como consecuencia y a causa de estos procesos reductivos que entroncan con una serie de mitos girando en torno a ellas.

Son consideradas o tratadas como asexuales, de tal razón que incluso ellas mismas llegan a ignorar, cuando no reprimir, los propios deseos sexuales y a creer que no pueden ser deseadas. Transitan en una especie de eterna infancia que dificulta su acceso a una educación sexual democrática y con perspectiva de género y el desarrollo de las habilidades, autonomía y autoestima necesarias para saberse, vivirse y autoafirmarse como sexuales, cuidarse y protegerse como tales.

Son desprovistas igualmente de derechos sexuales y reproductivos básicos y de prevención, mediante infinitas maniobras tanto explícitas como ocultas. Un ejemplo aberrante es la falta de accesibilidad y adaptación de los instrumentos o espacios donde se desarrollan estos dos aspectos (camillas exploratorias, accesos a guarderías, a parques infantiles o la escuela), pero hay otros quizá no tan visibles o reconocidos, como los procesos de incapacitación y esterilizaciones forzadas de niñas y mujeres con discapacidades intelectuales o incluso las coacciones e imposiciones de interrupciones de embarazos de mujeres con diferentes tipos de discapacidades. La falta de acceso a la educación

En cambio la consideración de asexuales no implica que sean consideradas como asexuadas. Esta negación del ser sexual se ve acompañada de una clara asunción de estas niñas y mujeres como cuerpos que sí tienen sexo y consecuencia de este proceso, y otros más, es la mayor cosificación que puede hacerse de una persona, el abuso sexual en todas sus formas.

Otra forma de control sobre sus cuerpos y de negación o represión de su sexualidad es la que se perpetra en muchas unidades convivenciales. Tanto en el seno de la familia como en instituciones residenciales ocurren mecanismos que coacción y represión de la sexualidad.

El todo es más que la suma de sus partes y el desarrollo de la sexualidad responde a las necesidades humanas básicas de contacto, intimidad, afecto, aceptación incondicional, ternura, respeto. Requiere de las condiciones necesarias para el desarrollo de una identidad

sexual y de género y también de la provisión de los espacios y tiempos oportunos para establecer una profunda comunicación con las propias sensaciones, sentimientos, deseos y fantasías. Exige el establecimiento de vínculos afectivos y relaciones igualitarias y, finalmente, la ruptura de la dominación de las mujeres a través del control sobre sus cuerpos.

Condiciones que en el ámbito que nos ocupa aún distan mucho de garantizarse y ejercerse por las mujeres con discapacidad.

5.1.3. Maternidad

Cuando de maternidad se habla se está haciendo alusión, cómo no, a una función de la sexualidad, la relacionada con la reproducción (capacidad de procrear y conjunto de cambios y procesos biopsicológicos que se producen en la mujer), pero también a una planificación y compromiso de por vida que implica una constante toma de decisiones, una implicación incondicional con la criatura, y un conjunto de modificaciones y adaptaciones en la vida diaria, entre otras cosas.

Teniendo todo ello en cuenta resulta obvio que la decisión de ser madre no supone un capricho, sino una decisión meditada y planificada. Ahora bien, en el imaginario colectivo a las mujeres con discapacidad no se las concibe como personas preparadas para la maternidad, crianza y educación de hijas e hijos, muy al contrario, son etiquetadas de dependientes u objeto de cuidado. Junto a esta errónea idea sobre el colectivo de mujeres con discapacidad se encuentra el temor a que la discapacidad sea reproducida (es decir, transmitida a la prole) siendo esto una posibilidad muy reducida ya que la mayoría de discapacidades no tienen causa genética. Si así fuera, el temor a la reproducción de la "anormalidad" no es más que la constatación de la idea de que la vida con discapacidad es menos digna, que no merece la pena ser vivida o, cuando menos, es una desgracia. Nada más lejos de la realidad.

Por otra parte hay argumentos que se posicionan en contra de la maternidad de las mujeres con discapacidad alegando que el derecho del o la menor ha tener una madre "sana" ha de estar por encima del de la madre, perpetuando así varios prejuicios erróneos. En primer lugar que la crianza y la educación es responsabilidad exclusiva de la madre (puesto que no se encuentran estos argumentos cuando se trata de un hombre con discapacidad que decide ser padre); en segundo lugar, que la madre en sus responsabilidades de crianza y educación ha de

ser completamente autosuficiente (un tópico irrelevante cuando caemos en la cuenta de que como seres humanos somos interdependientes y, por lo tanto, necesitamos de los apoyos y redes que nos permitan un desarrollo pleno). Finalmente, y en tercer lugar, se está negando un derecho reconocido que ha de ser garantizado mediante los apoyos públicos necesarios que faciliten el ejercicio de la maternidad.

Algunos estudios y muchas publicaciones han perpetuado una idea de las y los hijos de mujeres con discapacidad como damnificados por la discapacidad de la madre, incluso se ha llegado a afirmar que estas niñas y niños se convierten en “adultos en pequeño” asumiendo responsabilidades y tareas inadecuadas para su edad. Creencias infundadas o, al menos, nada relacionadas con el hecho de la discapacidad. Algo similar ocurrió con la *homoparentalidad* y *homomarentalidad* cuando se argüía que las niñas y niños crecidos en estos contextos iban a sufrir una carencia de modelos femenino o masculino de identificación. Las implicaciones de esta argumentación, por otra parte demostrada su falsedad, tienen profundas implicaciones desde una perspectiva feminista. Sea como fuere, recientes estudios cargados de una mayor objetividad informan de un desarrollo positivo, normalizado de las hijas e hijos de madres con discapacidad²⁶.

A pesar de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de las políticas y normativas directamente relacionadas con ella, los mitos relacionados con la maternidad de las mujeres con discapacidad se reflejan nuevamente en los procesos de adopción, donde los certificados de idoneidad se tornan negativos cuando la mujer tiene discapacidad. Ello implica una negación del derecho a maternidad de mujeres que, por diversas razones, quizá alguna la discapacidad pero no sólo, no pueden acceder a la maternidad biológica. Estos mecanismos de negación se producen también en los casos de divorcio, con la custodia de las y los menores, especialmente en el caso de mujeres gravemente afectadas.

Pero probablemente una de las consecuencias más violentas de estos mitos es la esterilización forzada y el aborto coercitivo. Realidades que siguen vigentes en la sociedad actual muy especialmente en mujeres con discapacidades intelectuales graves. En este sentido baste decir que cuando se argumenta que la esterilización es un modo de prevenir y garantizar

²⁶ LÓPEZ-GONZÁLEZ, M. *Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad*. Narcea, Madrid, 2008.

embarazos no deseados se está infligiendo los derechos más básicos de las personas, el control sobre el propio cuerpo. Así como eludiendo muchas otras formas de prevención menos agresivas e intrusivas a nivel biopsicológico que, además, podrían prevenir (algunas de ellas) infecciones de transmisión genital que, con la esterilización, no se evitan. Estamos hablando de la evasión de responsabilidad en lo que a educación sexual se refiere.

No es posible finalizar este apartado sin hacer alusión a la falta de accesibilidad en los espacios relacionados con la maternidad como una nueva forma de conculcación de derechos. Sigue siendo una carrera de obstáculos el acceso y la comunicación (la información no se facilita en formatos accesibles) en centros de planificación familiar, consultas ginecológicas, paritorios... también en los centros pediátricos o de salud primaria para mujeres con distintas discapacidades. Finalmente el acceso y participación de las madres con discapacidad en espacios de recreo como parques o plazas muchas veces se ve imposibilitado por la existencia de barreras o diseños inaccesibles. Lo mismo puede decirse de los lugares requeridos para el abastecimiento de productos básicos como alimentos, ropa, libros, etc.

5.1.4. Vida en pareja

El establecimiento de vínculos afectivos y relaciones de pareja se ve fuertemente mediatizado tanto por la sociedad en general - a través de la influencia que ejerce el imaginario en torno a las mujeres con discapacidad y, sobre todo, por el poder de los medios de comunicación en la generación y perpetuación de estereotipos- ; como por la propia familia y el entorno cercano.

Los mecanismos de persuasión que se despliegan con las mujeres con discapacidad por parte de familiares comienzan ya en la niñez. Son la infantilización en el trato y educación, la planificación de su futuro sin contar con sus propios deseos o aspiraciones, la limitación de la libertad de movimiento o de acceso a espacios acordes a su edad. Imaginemos por ejemplo a una chica joven estudiante a la que no permiten realizar las actividades de ocio y tiempo libre con las personas y en los espacios adecuados a su edad. Imaginemos igualmente a su familia, pensando en un futuro de vejez con su hija en casa, sin ningún tipo de independencia y, probablemente, cuidando de sus padres mayores.

La percepción que de ellas se tiene como mujeres sin deseos sexuales sumada a la sobreprotección llega a generar en las propias mujeres una idea equivocada de sí mismas y de

sus posibilidades, llegando a considerar que nadie puede sentir deseo, atracción o interés sincero por ellas. La sociedad contribuye a dificultar el establecimiento de estas relaciones de pareja a través de la perpetuación de la idea de que estas mujeres no son deseantes, no son deseables y suponen una carga que la familia asume abnegadamente. Ideas que distorsionan la realidad y hacen menos probable que, de hecho, un hombre o una mujer sin discapacidad se fijen en ellas como posible pareja. No ocurre así en el caso de los hombres con discapacidad, en los que se promueve la búsqueda de pareja (del otro sexo, por supuesto) e, incluso, la expresión exagerada de sus deseos sexuales, siempre bajo el mito de que las mujeres son las responsables únicas del hogar familiar y serán excelentes esposas de un hombre con discapacidad. Mientras, las mujeres con discapacidad, que encuentran negado este espacio como propio, terminan por ejercer este rol en el seno de su familia de origen y sin ningún tipo de reconocimiento.

Retomando la cuestión de la sexualidad de las mujeres con discapacidad es posible concluir que sus derechos sexuales y reproductivos están siendo cercenados de manera sistemática ya que, por un lado, se niega el acceso a una ecuación sexual integral, se limitan las potencialidades de la sexualidad como fenómeno humano tanto en lo que toca a la reproducción y maternidad como a lo relacional y recreativo. Se dificulta, por tanto, el goce de salud sexual entendiendo ésta como un acercamiento y vivencia positivos de la propia sexualidad y el cuidado y promoción de la salud en lo que se refiere a la sexualidad a nivel biopsicosocial.

5.2. Violencia contra las mujeres con discapacidad

Las mujeres con discapacidad se encuentran inmersas en los mismos mecanismos de desigualdad que el resto de la población, ya que forman parte de la misma sociedad patriarcal. Por ello cuando se habla de violencia de género hay que tener siempre presente que ésta puede darse sobre todo tipo de mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad.

Con frecuencia se ha ignorado a esta población como potenciales víctimas de violencia debido a los estereotipos, ya comentados anteriormente, que giran en torno a ellas. La falsa idea de que son como niñas, por ejemplo, invita a pensar que no van a ser maltratadas, puesto que a la ciudadanía le cuesta reconocer que también las niñas pueden ser maltratadas. Imaginarlas como incapaces para establecer relaciones de pareja también parece influir en el hecho de que se piense que, como mujeres sin relaciones afectivas, no entran dentro del grupo “de riesgo”. Nada más lejos de la realidad pues diversos estudios²⁷ encuentran que las niñas y mujeres con discapacidad están de dos a cinco veces más expuestas a sufrir distintos tipos de violencia de género que las niñas y mujeres sin discapacidad. Este nivel de riesgo es mayor cuanto mayor es el grado de discapacidad de estas mujeres o en el caso de mujeres con discapacidad intelectual.

Y es que la mayoría de la población aún se resiste a aceptar que no existe un perfil único de mujer maltratada, como tampoco existe un patrón único de violencia. La confluencia del género y la discapacidad hace que elementos como el nivel formativo, el estatus socioeconómico o el lugar de residencia, teniendo cierto peso, no se erijan como los principales factores a tener en cuenta cuando de violencia se trata. Una sociedad tan anclada en los estereotipos en torno a las mujeres encuentra dificultades para contemplar la discapacidad como factor de riesgo, en lugar de sólo como posible consecuencia del maltrato.

Ciertamente existe un amplio número de mujeres que han adquirido discapacidades como consecuencia de una historia de maltrato²⁸ (en este punto no sólo nos referimos a las discapacidades reconocidas oficialmente, también lo hacemos a la fibromialgia, una discapacidad aún por reconocer que se encuentra muy relacionada con historias previas de violencia), pero no es menos cierto que las niñas y mujeres con discapacidades preexistentes

²⁷ Uno de ellos y muy interesante es el que dio lugar a la Guía sobre violencia y mujer con discapacidad. Proyecto METIS, iniciativa DAPHNE, 1998.

²⁸ Se calcula que cerca de 100 millones de niñas, jóvenes y mujeres en África han adquirido una discapacidad como resultado de la mutilación genital femenina (pasando por las consecuencias psicológicas, físicas, sexuales o las dificultades de movilidad o la incontinencia urinaria, etc.). Overcoming Obstacles to the Integration of Disabled People, UNESCO, DAA, 1.995.

deben ser protagonistas de todas cuantas acciones y políticas de prevención de violencia se desarrollen, si de verdad se quiere eliminar radicalmente la violencia contra las mujeres.

5.2.1. Violencia. Concepto y formas

A qué nos referimos con los términos violencia, violencia de género, maltrato, etc. Habiéndose convertido en palabras ya familiares al oído de una mayoría de la población, especialmente por la acción de los medios de comunicación, el concepto a que hacen referencia no siempre es adecuadamente conocido, o lo es parcialmente. Quizás habría que comenzar por explicar el concepto de violencia que, por sí mismo, ya es un concepto sobre el que se dan múltiples interpretaciones y definiciones.

Hablar de violencia remite al concepto de "fuerza ", es decir, la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. En un sentido amplio, puede hablarse de violencia familiar, de violencia política, de violencia económica, de violencia social y, en todos los casos, el uso de la fuerza nos remite al concepto de "poder".

En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica, etc., e implica la existencia de un "arriba" y un "abajo", reales o simbólicos...²⁹

Hay otras autoras y autores que, sin negar esta forma de entender la violencia, la conciben de un modo aún más amplio, así para Susan George la violencia es *todo aquello que impide que la gente satisfaga sus necesidades fundamentales: alimentación, vivienda, vestido, sí, pero también dignidad*³⁰. Por su parte Johan Galtung entiende violencia cuando se da la imposibilidad de cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas que, para él, son: subsistencia, bienestar, identidad y libertad³¹.

Estas últimas formas de concebir la violencia invitan a reflexionar sobre los múltiples mecanismos por los cuales se está cometiendo algún tipo de maltrato a todos los niveles. Sin ir más lejos, permitir que haya personas pasando hambre cuando el hambre es objetivamente evitable, sería una forma de violencia. Comprar productos elaborados por personas que

²⁹ Corsi, J. *La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico*. Fundación Mujeres. http://www.egeneros.org.mx/admin/archivos/violencia_contexto_domestico.pdf

³⁰ Citado en J. M. Tortosa (1994) "Violencia y pobreza: una relación estrecha, en Papeles, nº 50. Tomado de Eva Espinar Ruiz. Tesis doctoral: Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Universidad de Alicante. http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02588405333504473232268/011683_4.pdf

³¹ Ídem

trabajan sin ningún tipo de garantías ni derechos laborales, en países donde no se respetan los derechos humanos sería otro ejemplo de violencia.

Siguiendo estas ideas, Galtung establece tres grandes formas de violencia³²:



Y explica con sencillez y transparencia los mecanismos de retroalimentación que se producen, entre ellas:

La violencia directa, física y/o verbal, se hace visible a través del comportamiento. Pero la acción humana no surge de la nada: tiene sus raíces. Dos de ellas son indicativas: la cultura de la violencia (heroica, patriótica, patriarcal, etc.), y la estructura violenta en sí misma por ser demasiado represiva, explotadora o alienante; demasiado estricta o permisiva para la comodidad del pueblo. Es necesario rechazar el malentendido popular que asegura que «la violencia es propia de la naturaleza humana». El potencial para la violencia, así como para el amor, son propios de la naturaleza humana; pero las circunstancias condicionan la realización de dicho potencial. La violencia no es como la alimentación o el sexo, comunes en todo el mundo con pequeñas variaciones. Las grandes variantes de la violencia pueden explicarse fácilmente en función de la cultura y estructura: violencia cultural y estructural causan violencia directa, y emplean como instrumentos actores violentos que se rebelan contra las estructuras y esgrimen la cultura para legitimar su uso de la violencia. Obviamente, la paz también debe construirse desde la cultura y la estructura, y no sólo en la «mente humana».

Pero el triángulo de la violencia tiene sus propios ciclos viciosos. Los efectos visibles de la violencia directa son conocidos: (las) los muertos, (las) los heridos, (las) los desplazados, los daños materiales; todo ello afectando cada vez más a (las) los civiles. Pero es posible que los efectos invisibles sean aún más viciosos: la violencia directa refuerza la violencia estructural y cultural.³³

³² Galtung, J. *Violencia, guerra y su impacto*. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia.

<http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>

³³ Tomado de Johan Galtung. *Violencia, guerra y su impacto*. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia.

<http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>

Es así, como podemos tratar de abordar ahora el concepto de violencia de género. La Organización de Naciones Unidas (ONU) en su Declaración para la eliminación de la violencia contra la mujer indica: ***Violencia contra las mujeres es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada.***

En esta Declaración, violencia de género y violencia contra las mujeres son usadas como sinónimos por lo que de algún modo género y mujeres se están asimilando a un mismo concepto.

Podría realizarse una importante puntualización a este hecho y es que, mientras que las mujeres son un grupo humano, la mitad de la población aproximadamente, el género es una construcción cultural que no sólo se refiere a las mujeres sino a mujeres y hombres. Más concretamente, el género hace referencia a las construcciones culturales creadas sobre las diferencias biológicas determinadas por el sexo y explica todo un sistema de relaciones, espacios, oportunidades y poderes distribuidos desigualmente en función del mismo.

Por esta razón, podría darse violencia contra las mujeres sin ningún componente de género, mientras que la violencia de género requiere:

- Un objeto de la violencia: la mujer
- Un objetivo de la violencia: el uso del poder
- Una desigualdad de poder basada o sustentada en el género

Así, cuando hablamos de violencia de género nos referimos a la violencia basada (causada, mantenida, alimentada) en las diferencias de roles, comportamientos, funciones, actitudes, identidades, espacios, que las sociedades adjudican a cada sexo (constituyendo un género femenino y un género masculino) y que aprendemos e interiorizamos.

Si tenemos en cuenta esta forma de entender la violencia de género y volvemos sobre la idea de que la violencia se manifiesta de tres formas (directa, cultural y estructural) estamos en condiciones de afirmar que la violencia de género es un fenómeno que experimentan las mujeres (individualmente y/o en grupos) de forma directa o indirecta, que viene perpetuado

por la cultura (los estereotipos, ideas preconcebidas, prejuicios, mitos, creencias –ideología machista) y por el sistema (división de espacios, políticas, legislación - estructura patriarcal) o estructura. Las tres se interrelacionan y retroalimentan.

Inés Alberdi y Natalia Matas identifican 8 características de la violencia de género³⁴

- **Es un rasgo social** (estructural) a la vez que un fenómeno individual. Característico de las sociedades patriarcales. Mecanismo de control social de las mujeres
- **Se deriva de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres**
- **Tiene carácter instrumental.**
- Es **estructural e institucional**. Está en todas partes (bromas, chistes, publicidad, canciones).
- **Es ideológica**
- **Es aprendida**, no natural.
- **Afecta a todas las mujeres** (aunque no al mismo nivel).
- **Es tolerada socialmente (incluso promovida).**

Algunos ejemplos de las formas en que esta violencia de género se manifiesta a lo largo del ciclo vital, desde un punto de vista más global serían³⁵:

PRENATAL

Aborto selectivo por sexo

Golpes durante el embarazo (efectos físicos y emocionales en la mujer, bajo peso al nacer de los bebés)

Embarazo forzado (violación en masa

ADOLESCENCIA

Violencia de parientes

Bodas de conveniencia forzadas

Violencia de compañeros del sexo opuesto y novios.

Relación sexual por motivos económicos

³⁴ Equipo Idre. *Manual de intervención terapéutica con mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas*. Programa de Intervención con Desfavorecidos en Riesgo de Exclusión. Ayuntamiento de Cáceres. P. 6. Para profundizar, Inés Alberdi y Natalia Matas han escrito *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales, Núm. 10. Fundación "la Caixa".

³⁵ Tomado de Juan Ignacio Paz. Instituto Andaluz de la Mujer. Material didáctico.

durante la guerra).

El abuso sexual en el trabajo

La violación

Hostigamiento sexual

Prostitución forzada

Tráfico de mujeres.

PRIMERA INFANCIA

EDAD REPRODUCTIVA

Infanticidio femenino

Abuso físico y emocional

Acceso diferente a la alimentación

Acceso diferente tratamiento médico para las niñas menores de un año.

Abuso de la mujer de parte de su pareja íntima

Violación de pareja

Abusos y homicidios relacionados con la dote

Homicidio

Abuso psicológico

Abuso sexual en el trabajo

Violación

Embarazo forzado

NIÑEZ

VEJEZ

Casamiento de las niñas

Mutilación genital

Abuso sexual por miembros de la familia y extraños

Acceso diferente a la alimentación, a la educación y al tratamiento médico.

Prostitución infantil

Abuso, abuso económico

Abandono

Como se puede deducir de las múltiples formas de violencia anteriormente expuestas, muchas de estas conductas están sostenidas y promovidas por la cultura y, cómo no, por la estructura. Así, por ejemplo, en algunos países la mujer vale la mitad que el hombre. Ello quiere decir, entre otras cosas, que en caso de litigio la palabra de ella tiene la mitad de valor que la de él. Sin ir más lejos, en nuestro país no hace mucho que las mujeres consiguieron ser consideradas

legalmente adultas³⁶. Por otra parte, algunas de estas formas de violencia son denominadas específicamente como *feminicidio*, queriendo alejarse de la simplificación que a veces se hace de la violencia de género, asociándola, en exclusiva, con el maltrato físico a la mujer por parte de su pareja o expareja.

En relación con todo ello, es conveniente reflexionar sobre la inadecuación de utilizar otros términos, como *violencia doméstica* o *violencia intrafamiliar*, como sinónimos de violencia de género. En el primer caso, *violencia doméstica*, sólo se hace alusión al espacio en que se desarrolla la violencia, el ámbito del hogar, pero no informa ni identifica el objeto de la agresión, ni el sujeto, mucho menos el objetivo. Por otra parte, invisibiliza los componentes cultural y estructural de la violencia. En el segundo caso, *violencia intrafamiliar*, cometiendo los errores anteriores, no informa sobre el lugar, sino sobre el hecho de que la violencia se da entre miembros de una misma familia, reduciendo profundamente, en ambos casos, la complejidad y amplitud de la violencia de género.

5.2.2. Violencia de género específica sobre mujeres con discapacidad

Teniendo en cuenta la situación desigual de partida de las mujeres y, específicamente de las mujeres con discapacidad (como ya hemos revisado en apartados anteriores), es como puede entonces concebirse muchas manifestaciones de violencia contra mujeres con discapacidad, para lo que tomamos aquí, una clasificación y explicación incluida en la *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*³⁷. En ella se considera la distinción entre violencia activa y violencia pasiva. La primera hace referencia a aquellas violencias que suponen acciones activas, mientras que la segunda se refiere a la acción violenta por omisión, es decir, en la primera se trata de un “hacer”, en la segunda, de un “no hacer”.

ACTIVA

Abuso físico: Cualquier acción directa o indirecta que pone en riesgo la vida, salud o bienestar de las mujeres con discapacidad provocando dolor, sufrimiento innecesario o una deficiencia de la salud

³⁶ En anexo a este documento puedes leer un texto sobre este asunto, tomado de http://e-archivo.uc3m.es:8080/bitstream/10016/4608/1/eternas_valiente_AIF_2008.pdf

³⁷ Guía sobre violencia y mujer con discapacidad. Proyecto Metis, iniciativa comunitaria Daphne, 1998. http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/IMG/pdf/guia_metis.pdf

Agresión corporal
Administración de fármacos injustificada
Restricción de la movilidad

Son señales de posible abuso físico: estado de sedación o nerviosismo; disfunción motora ajena a la deficiencia, señales como marcas en muñecas y tobillos, fracturas, mordiscos, lesiones internas, quemaduras, etc.; deterioro de la capacidad física residual.

Abuso económico: Acciones que suponen la privación y el control sobre las propiedades y el dinero propio o de toda la familia. Se entiende también como tal el forzar a las mujeres con discapacidad a realizar actividades lucrativas para terceros mediante la utilización de su imagen o su cuerpo.

Uso de niñas y mujeres para la mendicidad
Tareas mal remuneradas y empleo clandestino
Negación del acceso a recursos económicos externos (empleo, becas, etc.)
Limitar información y control de economía personal
Usar el dinero como penalización
Explotación sexual
Señales serían: excesiva dependencia de terceros, no contar nunca con dinero de bolsillo, escasas expectativas sobre sí misma a nivel de proyección personal o profesional, etc.

Abuso emocional: Pauta de comportamiento que resulta en un daño en el bienestar y en el equilibrio emocional de las mujeres con discapacidad.

Aislamiento (físico, de comunicación o de información)
Aislamiento de relaciones familiares y de amistad
Maltrato verbal: Insultos, ridiculización del cuerpo, críticas constantes, castigo o escarnio público
Intimidación o chantaje emocional
Opinar, hablar o tomar decisiones por ella, en presencia de ella o sin la misma
Sobrepotección
Entre las señales de alarma: depresión o síntomas depresivos, dificultades de comunicación e interrelación, inseguridad, baja autoestima, etc.

Abuso sexual: Acciones que suponen una agresión sexual hacia las mujeres con discapacidad y que, por lo tanto, resultan o pueden resultar en un daño físico y/o emocional.

Violación
Vejaciones
Explotación sexual
Algunas señales: lesiones genitales, miedo a relacionarse con ciertas personas, embarazo no deseado, infecciones de transmisión genital.

PASIVA

Abandono Físico: negación o privación de los aspectos básicos necesarios para el mantenimiento correcto del organismo en lo relativo a la salud, la higiene y la apariencia.

Negligencia en alimentación

Falta de higiene

Falta de atención personal

Falta de supervisión

Señales: desnutrición, enfermedades frecuentes ajenas a la discapacidad, vestimenta inadecuada en relación al clima, la discapacidad, los gustos de la mujer; ropa sucia o muy estropeada, largos periodos sola, agravamiento de problemas físicos por falta de tratamiento, etc.

Abandono Emocional: Aquellos actos que niegan o privan de atención, consideración, afecto y respeto a la mujer.

Ignorar su existencia

Avergonzarse de su existencia

No valorar su opinión

Puede ser señal de este tipo de abandono: la no interacción de la mujer, ausencia de motivación por su propio desarrollo personal, escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.

Ahora bien, las consecuencias de la violencia, independientemente de discapacidad, edad, etnia, religión... se relacionan directamente con la salud de las mujeres, entendida ésta como bienestar biopsicosocial. Así es posible identificar:

- Distorsión de la autoimagen
- Baja autoestima
- Aislamiento
- Dependencia (física, psicológica y social)
- Falta de autonomía e independencia
- Inseguridad
- Infantilización
- Indefensión
- Sufrimiento, físico y psicológico
- Dificultad para distinguir lo bueno de lo malo, el buen trato del abuso.
- Vergüenza
- Estados de pánico y/o de ansiedad

- Depresión
- Otros trastornos mentales
- Enfermedades o mala salud, tanto objetiva como subjetiva (ITG entre ellas)
- Dificultades y distorsiones cognitivas, con posibles pérdidas de memoria.

Consecuencias todas ellas que habrá que evaluar y que se darán, en distinta medida, en cada una de las mujeres que se han encontrado, o se encuentran, en una situación de violencia.

5.2.3. Ciclos y etapas en que se desarrolla la violencia

La violencia de género se manifiesta de múltiples maneras, como hemos podido comprobar, con formas específicas sobre las mujeres con discapacidad. Tratando de acercarnos a las mujeres, como individuos que sufren directamente la violencia sobre su persona, es posible encontrar ciertos procesos o fases que, de forma general, se dan en muchos casos de violencia en nuestro contexto. Nos estamos refiriendo a la violencia de género ejercida en el seno de la pareja o expareja y en nuestra cultura y sistema sociopolítico³⁸. En este sentido se ha hablado de 4 etapas bien diferenciadas³⁹:

- Inicio: caracterizada por el comienzo de amenazas, rotura de objetos, silencios, burlas, que van progresando y aumentando poco a poco. La violencia dentro de la pareja no comienza con una agresión física por muy leve que esta sea.
- Moderada: empiezan a aparecer las agresiones físicas. En más ocasiones de las esperadas las víctimas no reconocen en los empujones o agarrones una señal de violencia, puesto que tienen normalizadas esas conductas.
- Grave: abofetear, pinchar, dar patadas, arrancar el pelo. Morder, aislar, controlar, escupir, fracturar...
- Muy grave: ahogar, agredir con objetos contundentes, violaciones, uso de armas, quemar, flagelar...
- Fatal: puede producirse la muerte.

Al fin y al cabo estas etapas se refieren al nivel de gravedad o peligrosidad de las conductas violentas si bien, no en todas las situaciones de violencia se cumplen estas etapas ya que el objetivo de la misma consiste en controlar y someter a la víctima. Si este control y sometimiento se logra mediante violencia psicológica, el maltratador es probable que no

³⁸ Queda aún mucho por investigar sobre los componentes de género y discapacidad (y su interrelación) que se dan en otras formas de violencia donde la persona agresora, siendo del círculo cercano y afectivo de la víctima, no es la pareja o expareja.

³⁹ Tomado de Álvarez, Ángeles. *Guía para mujeres maltratadas*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2002.

utilice más formas de maltrato. La gravedad y contundencia aumenta conforme formas de control previas van perdiendo eficacia o, lo que es lo mismo, cuando el maltratador considera que la mujer se resiste a ser sometida y controlada. Así, mientras que, especialmente por los medios de comunicación, llegamos a conocer muchos casos que siguen este patrón de etapas sucesivas, existen muchas otras historias de violencia que, al mantenerse en niveles de gravedad media, no llegan a conocerse públicamente y, mucho menos, denunciarse. Ello no debiera ser justificación para no prestarles la atención necesaria para su prevención y protección.

De uno u otro modo, las etapas se refieren a la evolución, a lo largo del tiempo, de las conductas violentas que se ejercen contra la mujer. En otro orden se encuentra el denominado “ciclo de la violencia” consistente en fases consecutivas que se repiten, cíclica o circularmente, manteniendo a la mujer en una situación de sumisión y maltrato. Este ciclo se compone de tres fases principales bien diferenciadas⁴⁰:

1ª Escalada. Gestación de la dependencia y el aislamiento: El agresor va acumulando tensión por todo aquello que en la relación no es como él considera que tiene que ser. Se trata en realidad de una serie de tácticas coercitivas con el objeto de aislar a la mujer de las posibles redes de apoyo y hacerla dependiente del propio agresor, tanto en lo económico como en lo afectivo. Se trata, por tanto, de conductas más o menos coercitivas consistentes en procurar el aislamiento o dependencia. Hay múltiples formas de llevar a cabo este tipo de coerción, incluso invocando al sentimiento de culpa de la mujer, por ser egoísta y abandonar al hombre, por ejemplo. En esta fase, la tensión va poco a poco en aumento pero puede tener una duración larga en el tiempo, si la misma es suficiente para mantener el control.

2ª Cima: Afirmación contundente de dominio. Es una reacción intensa de fuerza destinada a asustar y establecer definitivamente el control. Suele ser una agresión física o también el uso de amenazas graves, o la destrucción de objetos comunes o propios de la mujer. Esta explosión no tiene una causa real, aunque el agresor siempre

⁴⁰ Los nombres de las fases son tomados de Ángeles Álvarez. *Guía para mujeres maltratadas*, 2002. Las definiciones son tanto de esta publicación como de *Maletín para la Coeducación, Ni más ni menos, Igual a 2*. Cuadernillo nº 5. Violencia de Género. Fundación Mujeres. Proyecto NEMESIS, iniciativa EQUAL <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5horiz.pdf>

la encuentra en algún acto de la mujer (por ejemplo, no tener la cena preparada o una camisa planchada).

3ª Descenso: El "arrepentimiento". Es una fase de manipulación afectiva, un proceso que utiliza el agresor para mitigar el sentimiento de culpa y evitar que la relación termine. Esta fase también es conocida como "luna de miel" porque el agresor comienza a hacer regalos y promete que todo va a cambiar, que está muy arrepentido de lo que ha pasado y que nunca volverá a repetirse. Una vez que se ha mitigado el sentimiento de culpa y el riesgo de ruptura, la tensión comienza de nuevo.

El tiempo de duración de las distintas fases es variable. Como se ha indicado, la fase de escalada puede durar mucho tiempo, comenzando por formas muy sutiles de control y lentamente aumentando el grado de violencia. Cuando los niveles de violencia de esta fase dejan de ser suficientes para mantener el control y la sumisión de la mujer, llega la afirmación contundente de dominio, es decir, la cima.

Conforme el tiempo avanza, la relación entre estas fases se va modificando. La fase de tensión tiene cada vez menor duración, es decir, la afirmación contundente de dominio aparece antes y puede llegar un momento en la relación en que el sometimiento de la mujer es tal, que la fase de luna de miel se reduce enormemente e, incluso, desaparece.

· ¿Cuáles son los factores que inciden en el hecho de que las mujeres víctimas de violencia no "reaccionen" y traten de escapar y salir del ciclo?

Son varios los factores que podemos nombrar. Algunos de ellos están directamente relacionados con la violencia estructural y la violencia cultural. Otros tienen que ver con la historia individual de cada mujer y, cómo no, con procesos psicológicos que se desarrollan durante el tiempo que se está siendo maltratada. Para explicarlos podemos utilizar un descriptivo ejemplo: Si metes una rana en un cazo de agua hirviendo, la rana reacciona automáticamente y se salva, porque salta y se escapa del cazo. En cambio, si metes una rana en el mismo cazo, con agua fresquita y lo pones a fuego muy lento, la rana se muere cocida, porque al calentarse tan poco a poco, no se ha dado cuenta de que la temperatura del agua la estaba matando.

Algo parecido podemos decir que ocurre con la violencia de género. El cazo es la relación de pareja, el agua es la violencia que se va cociendo. La rana no aparece en ese cazo llegando

de la nada, sino de un charco de agua tibia. Esta agua tibia es la violencia cultural y estructural:

- La socialización diferencial en función del género y la discapacidad: atribución de un papel secundario, inferior, a las mujeres con discapacidad, reducción o negación de la sexualidad, etc. La diferenciación de roles: hombre fuerte, mujer débil, hombre proveedor, mujer dependiente. Creencia en la superioridad de los hombres
- La promoción y/o aceptación de la violencia por parte de los hombres como medio de resolución de conflictos frente a la promoción de la pasividad y renuncia en las mujeres.
- Acceso menor de las mujeres a los recursos económicos (salarios más bajos, precariedad laboral, etc.).
- Atribución a las mujeres y asunción por su parte y en solitario, de las responsabilidades del cuidado del hogar y la familia. Estas responsabilidades, además, no son valoradas socialmente, siendo incluso denigradas o ridiculizadas.
- Consideración legal de las mujeres como de menor valor que los hombres, legislación discriminatoria para las mujeres en términos de herencias, pensiones, fiscalidad, etc.
- Infra-representación o menor estatus de las mujeres en espacios de poder y toma de decisiones (a nivel político, religioso, empresarial, etc.).
- Legislación y regulación de la vida pública y abandono, olvido o desprecio de la vida privada.
- El ideal de amor romántico que muchas veces tanto mujeres como hombres asumen como la única forma de amor verdadero y que entre otros elementos, se caracteriza por conductas de posesión, celos, exclusividad, falta de comunicación y negociación sobre aspectos importantes ya que se presupone que estos aspectos no deben hablarse por no romper el encanto, etc.

Con todos estos ingredientes, que han caldeado levemente el agua del charco, nuestra ranita es introducida en el cazo. La temperatura del agua va en aumento, pero nuestra rana cree que deben ser cosas suyas, ya que cuando llegó al cazo, el agua era agradable y reconfortante. El

aumento gradual de la temperatura del agua no ha logrado despertar las señales de alarma de la rana a tiempo porque ésta se ha habituado, de modo que cuando quiere reaccionar, ya su cuerpo no responde.

La habituación a la violencia hace que la mujer no perciba estas conductas como agresiones, sino como parte natural de la relación de pareja. En este periodo de habituación, las mujeres se van adaptando (habituando) a una violencia un poco más intensa cada vez, van perdiendo (si alguna vez tuvieron) redes de apoyo familiares, de amistad, acceso a los recursos económicos y a la documentación necesaria para su independencia y autoprotección. Cuando la mujer llega a darse cuenta de su situación ya está experimentando las secuelas de la violencia (falta de autoestima, sentimiento de impotencia, dificultad para planificar adecuadamente, desesperanza, miedo, ansiedad...) lo que puede suponer un bloqueo o incapacidad para romper con este ciclo.

Junto a este fenómeno de la habituación se da otro no menos complejo, como es el de la indefensión aprendida⁴¹. Como indica la expresión, la mujer aprende, en la experiencia, a no defenderse de la violencia, ya que cree que, lo intente o no, no consigue evitarla. Esta idea surgió experimentando con perros. Seligman sometía a dos perros a descargas eléctricas, sin que ellos pudiesen hacer nada por evitarlas. En cambio, uno de ellos podía accionar una palanca que las detenía, mientras que el otro no. Así, comprobó que el primero de los perros aprendió a defenderse pero el segundo no sólo no conseguía escapar, sino que dejó de intentar hacerlo, incluso cuando tuvo la posibilidad de hacerlo, ya que no había aprendido cómo detener las descargas.

Cuando una mujer está siendo maltratada, al nivel de gravedad que sea, entra en un proceso parecido. La violencia se produce sin que exista una causa clara aparente y se detiene sólo cuando el maltratador así lo decide. La mujer, por lo tanto, incapaz de prever cuándo va a ser maltratada y cómo parar el acto violento, termina por no defenderse, es decir, termina por creer que, haga lo que haga, no puede salir de esta situación, aún cuando en realidad cuenta con los recursos que se lo permitirían (como una denuncia, llamar al teléfono contra el maltrato, acudir a organizaciones especializadas, etc.)⁴². En este sentido, se estima que las

⁴¹ Concepto acuñado por Martin Seligman.

⁴² En Montero Gómez, Andrés. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Revista Clínica y Salud*, 2001, vol. 12, nº 1, pág. 371

mujeres permanecen una media de 5 años (Instituto de la Mujer, 2000) en el contexto de violencia, aunque desde la clínica se calcula que son 10 años.⁴³

En el caso de algunas mujeres con discapacidad con movilidad reducida, ciegas o sordas, la dificultad para “darse cuenta” (aprender a defenderse) de la existencia de estas vías de escape es aún mayor, ya que en muchas ocasiones el maltratador es su propio cuidador o las barreras y falta de accesibilidad impiden que, por sí mismas, puedan llevar a cabo estas conductas de autoprotección. A ello se añade que muchas de estas mujeres (o niñas) están acostumbradas a ser asistidas en actividades básicas de la vida diaria, como puede ser la higiene o la vestimenta. Lo que en principio debieran ser cuidados, pueden convertirse en formas leves de maltrato que favorecen la habituación y, por tanto, la dificultad para que la mujer lo perciba como tal. Es por ello que la prevención con esta población se hace especialmente necesaria, así como la disposición de todos los recursos de protección ha de ser adaptada y accesible, tratando así de reducir la victimización añadida producida por la inadecuación de estos recursos.

Sea como fuere, el objetivo a perseguir cuando tenemos conocimiento de una situación de violencia de género es que la mujer salga cuanto antes, de la mejor manera posible y en condiciones de seguridad de esta situación. Para ello, en primer lugar, hay que tener un amplio y actualizado conocimiento de los recursos y servicios existentes en materia de lucha contra la violencia de género. En segundo lugar, es conveniente conocer algunos procesos de victimización que se dan para entenderlos y, en la medida de nuestras actuaciones, reducirlos. En tercer y último lugar, es importante saber qué elementos o características pueden darse en las mujeres cuando están siendo víctimas de maltrato, con el fin de detectar adecuadamente posibles casos que habrá que abordar.

5.2.4. Recursos en materia de lucha contra la violencia de género

Entre los recursos existentes en materia de violencia de género parece conveniente comenzar por un repaso a la normativa estatal, que puede consultarse en

⁴³ Para profundizar en estos procesos, es interesante: AMOR, ECHEBURÚA, CORRAL, SARASÚA y ZUBIZARRETA. “Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo”. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2001.
<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-1AE8F504-FC17-A968-D84A-1BC8F41846E5&dsID=PDF>

http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049239218&language=cas_ES&pageid=1193047407277&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria donde aparece un listado como el que sigue:

Normas con rango de Ley

- [LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. \(BOE de 29/12/2004\)](#)
- [LEY 27/2003, de 31 julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. \(BOE de 01/08/2003\)](#)
- [LEY 35/1995, de 11 diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. \(BOE de 12/12/1995\)](#)

Reales Decretos

- [REAL DECRETO 95/2009, de 6 de febrero, por el que se regula el Sistema de registros administrativos de apoyo a la Administración de Justicia. \(BOE de 07/02/2009\)](#)
- [REAL DECRETO 1917/2008, de 21 de noviembre, por el que se regula el programa de inserción socio laboral para mujeres víctimas de violencia de género. \(BOE de 10/12/2008\)](#)
- [REAL DECRETO 1618/2007, de 7 de diciembre, sobre organización y funcionamiento del fondo de garantía del pago de alimentos. \(BOE de 14/12/2007\)](#)
- [REAL DECRETO 1369/2006, de 24 de noviembre, por el que se regula el programa de renta activa de inserción para desempleados con especiales necesidades económicas y dificultad para encontrar empleo. \(BOE de 05/12/2006\)](#)
- [REAL DECRETO 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. \(BOE de 14/03/2006\)](#)
- [REAL DECRETO 1452/2005, de 2 de diciembre, por el que se regula la ayuda económica establecida en el artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. \(BOE de 17/12/2005\)](#)
- [REAL DECRETO 515/2005, de 6 de Mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad. \(BOE de 07/05/2005\)](#)
- [REAL DECRETO 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. \(BOE de 07/01/2005\)](#)
- [REAL DECRETO 996/2003, de 25 de julio, Reglamento de Asistencia Jurídica Gratuita. \(BOE de 07/08/2003\)](#)
- [REAL DECRETO 738/1997, de 23 mayo, por el que se aprueba el reglamento de ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. \(BOE de 27/05/1997\)](#)

Por otra parte, cada comunidad autónoma establece normativas o planes al respecto en su territorio. Aquí incorporamos las más relevantes en esta materia.

Andalucía:

- Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
- Decreto 298/2010, de 25 de mayo, por el que se crea el Observatorio Andaluz de la Violencia de Género y se regula su composición y funcionamiento.
- Decreto 72/2009, de 31 de marzo, por el que se regula la Comisión institucional de Andalucía de coordinación y seguimiento de acciones para la erradicación de la violencia de género.
- Más normativa puede consultarse en <http://www.juntadeandalucia.es/iam/-LEGISLACION,143-.html>

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad mantiene en funcionamiento una web con información sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género en toda España. En esta página es posible realizar búsquedas por comunidad autónoma y provincia (también se puede realizar por tipo de recurso aunque da muchos fallos). También es posible navegar dentro del mapa disponible pinchando en los puntos numerados que aparecen en el mismo. Muestra información sobre el tipo de servicio ofrecido así como su localización. Se encuentra en el siguiente enlace: <http://www.migualdad.es/recursos/search/SearchForm.action>, además de en las páginas web del Instituto de la Mujer (u órgano que ejerce estas funciones) en cada comunidad autónoma.

De forma general, y a nivel estatal, la ley de medidas de protección integral contra la violencia de género establece los siguientes derechos:

- Derecho a la información (sobre la ley y los recursos establecidos por ella), a la asistencia social (atención, emergencia, apoyo y acogida y recuperación integral) y a la asistencia jurídica, gratuitas.
- Derechos laborales y de seguridad social (para trabajadoras por cuenta ajena y por cuenta propia y otros específicos para funcionarias públicas).
- Derechos económicos (ayuda para desempleadas, Renta Activa de Inserción, ayudas para el cambio de residencia, prioridad en el acceso a viviendas de protección oficial).
- Derecho a formular denuncia.
- Derecho a solicitar una Orden de Protección que puede conllevar: guarda y custodia de hijas/os, uso y disfrute de la vivienda familiar, etc.

5.2.5. Procesos de victimización

En victimología se hace alusión a distintos tipos o procesos de victimización que tratan de arrojar luz sobre las consecuencias del acontecimiento (o acontecimientos) traumático en la víctima. Así se ha llegado a distinguir tres niveles o procesos que Juan Ignacio Paz⁴⁴ presenta como:

Victimización traumática: *Consecuencias derivadas de los episodios de violencia (...) en los que la mujer ha sentido amenazada su integridad física y psíquica o han atentado directamente provocando secuelas físicas.* En mujeres con discapacidad, pueden no ser perceptibles de forma inmediata.

Victimización primaria: *Consecuencias derivadas directamente de la relación de dominio, control y violencia a la que ha estado sometida la mujer a lo largo del tiempo y efectos sobre los hijos e hijas que son testigos de la misma.* Tiene que ver con la dificultad para desplegar estrategias de auto-protección, distorsiones de la función cognitiva, falta de control sobre el propio cuerpo.

Victimización secundaria: *derivada de las vivencias de la mujer tras pasar por los diferentes itinerarios de la violencia (policía, centros de salud, juzgados, juicios, centros de la mujer, asesoría legal, etc.)* La falta de credibilidad que ostentan muchas mujeres por tener discapacidad puede agravar aún más estas consecuencias.

Victimización terciaria: *consecuencias y efectos provocados por el contexto social que la rodea y derivadas del trato dado por el barrio, comunidad de vecinos, familia de origen, hijos/as, centro de trabajo.* Estos efectos pueden perpetuar la situación de violencia, por ejemplo, minimizándola o ignorándola.

Victimización invisible: Provocada principalmente por actitudes y valores sociales discriminatorios y estereotipados (medios de comunicación, principalmente). En las mujeres con discapacidad fomentar y perpetuar su imagen de dependientes, carga

⁴⁴ Tomado de Juan Ignacio Paz. Instituto Andaluz de la Mujer. Material didáctico sin publicar.

familiar, desgracia, etc. y cómo no, su invisibilidad como posibles y reales víctimas de violencia.

Como se puede deducir, hay procesos de victimización evitables o, al menos, susceptibles de ser reducidos mediante el desarrollo de los medios y protocolos oportunos así como por el cambio de actitudes. La victimización secundaria se reduce cuando: los servicios y recursos de atención a las víctimas están coordinados mediante protocolos de actuación que reduzcan al máximo el número de personas que intervienen directamente con la mujer, maximicen el intercambio de información y establezcan un sistema de información riguroso y centralizado; se reduce también cuando las y los profesionales que atienden a las víctimas en los distintos recursos y servicios (salud, justicia, servicios sociales, etc.) están especializados en esta materia y, sobre todo, sensibilizados con este asunto y concienciados con su importante papel en el proceso; puede reducirse también garantizando un acompañamiento profesional competente a lo largo de todo el proceso y el acceso a atención psicológica especializada y gratuita en todo momento.

Tanto a nivel nacional como autonómico se están llevando a cabo muchos esfuerzos por reducir esta victimización secundaria, prueba de ello son las normativas, planes, programas y protocolos que se están poniendo en marcha. Es quizá en el ámbito de las y los profesionales, donde las necesidades formativas y de sensibilización para el cambio de actitudes siguen siendo acuciantes ya que, en gran parte, depende de actitudes y motivaciones individuales previas.

Por su parte la victimización terciaria es probable que sólo pueda prevenirse a largo plazo, con políticas educativas atrevidas y decididas a erradicar la violencia de género y a garantizar la igualdad de oportunidades entre todas las personas. Mientras ello ocurre, habrá que contentarse con reducirla mediante estrategias de sensibilización y concienciación en amplios sectores sociales, así como con servicios y recursos específicamente destinados a familiares de víctimas de violencia.

Finalmente la victimización invisible trata de ser reducida en disposiciones de la ley orgánica estatal contra la violencia, antes mencionada, si bien queda mucho esfuerzo por hacer. Entre otras cuestiones es posible que sea necesario el establecimiento de medidas sancionadoras

por la promoción de falsos estereotipos de género, de actitudes discriminatorias y de la violencia.

5.2.6. Características (consecuencias) de las mujeres víctimas de maltrato.

Hasta el momento son muchos los artículos y publicaciones en relación con las consecuencias de la violencia sobre las mujeres. En cambio, en la mayor parte de esta literatura no se hace alusión (ni se ha tenido en cuenta) a la discapacidad como variable independiente de estudio. Así, sólo es nombrada como una consecuencia más de la violencia sin contemplar como un factor previo y, por tanto, específico. Por tal razón, aquí se exponen algunas de las características que suelen presentar las mujeres víctimas de violencia para luego detenernos en posibles especificidades que podrían encontrarse en mujeres con discapacidad.

Miguel Lorente utiliza el término *Síndrome de la Mujer Maltratada* para referirse a las alteraciones físicas y psíquicas consecuencia de un proceso de maltrato a largo plazo. Entre los síntomas que suelen encontrarse están: síntomas de trastorno por estrés postraumático, estado de ánimo depresivo, culpa, baja autoestima, distorsiones cognitivas y de memoria, dificultades sexuales, síntomas psicósomáticos, etc. Algunos estudios que comparan la violencia psicológica con la violencia física en las mujeres encuentran que las consecuencias son similares, en síntomas y gravedad de los mismos, independientemente del tipo de violencia⁴⁵. Ahora bien, se informa de las consecuencias de la violencia en mujeres que ya han salido de la situación violenta. Con respecto a las características o consecuencias que están experimentando las mujeres que están aún viviendo una situación de maltrato el conocimiento es más precario, dado que no han entrado a los servicios y recursos de protección y atención. En este sentido sí es sabido que las mujeres permanecen en esta situación por largo tiempo (alrededor de 10 años o incluso más) y se considera, de forma general, que éste es un efecto de la indefensión aprendida y de la habituación más arriba mencionadas.

⁴⁵ Por ejemplo, AMOR, ECHEBURÚA, CORRAL, SARASÚA y ZUBIZARRETA. "Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo". *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2000. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-1AE8F504-FC17-A968-D84A-1BC8F41846E5&dsID=PDF>

· ¿Qué ocurre entre las mujeres con discapacidad?

Probablemente estemos hablando de un grupo poblacional que también permanece durante muchos años en el seno de una relación violenta, incluso es posible que toda la vida. Debido a los factores que aumentan la vulnerabilidad de esta población podemos presumir que pueden tener menor conciencia de estar siendo víctimas de maltrato así como desplegar menos estrategias de autoprotección y/o escape por añadirse, al miedo a la violencia, la creencia de ser incapaces de desenvolverse de forma autónoma y de buscar sus propios recursos (algo que, en algunos casos, llega a ser cierto cuando el grado de discapacidad implica una movilidad muy reducida o un funcionamiento cognitivo bajo).

Además de todo lo mencionado, para todo tipo de mujeres, algunos factores específicos, de género y discapacidad, aumentan la vulnerabilidad de este grupo:

- Por parte del agresor:
 - La excusa de que ejercer el cuidado de la niña o mujer con discapacidad o apoyarla en algunas tareas y responsabilidades supone una sobrecarga de trabajo. No hay ninguna razón que justifique la violencia en ningún momento.
 - Falsas creencias, mitos y desinformación
 - El contacto sexual es querido, buscado y provocado por la víctima. Ciertamente las mujeres, con y sin discapacidad, como los hombres, pueden desear, buscar y provocar contacto sexual. En cambio este contacto ha de ser siempre bajo condiciones de respeto e igualdad, sin que ninguna de las partes tenga que hacer o sentir nada que no desee.
 - El abusador no tenía conocimiento de la discapacidad de su víctima. Al abuso es igual de grave, independientemente de que su víctima tenga o no discapacidad. Esta afirmación lleva implícita la idea de que las niñas y mujeres con discapacidad, por su condición de "discapacitadas" no van a ser objeto de ningún tipo de maltrato o abuso.
 - La "insensibilidad al dolor". La violencia sobre ellas es menos dolorosa. Son mercancía dañada. Además de tratarse de un mito falso, ya que el dolor es independiente de la discapacidad, esta creencia lleva aparejada la idea de que es menos grave dañar a una

mujer con discapacidad, como si fuese menos digna o su persona tuviese menos valor.

· Creencias de inmunidad. Piensan que es más difícil que puedan ser descubiertos ya que viniendo de una mujer con discapacidad, cualquier acusación no va a ser creída.

- Por parte de las niñas y mujeres con discapacidad
 - La mayor o menor visibilidad y afectación de la discapacidad.
 - Dependencia económica, laboral, para el autocuidado, falta de recursos o de redes
 - Indefensión aprendida en situaciones que, aunque no hayan sido de violencia de género, sí lo han sido de violencia, aumentando así el riesgo.
 - Desconocimiento o falta de autopercepción como víctimas de las propias mujeres, provocado en muchos casos por el trato infantilizado que han recibido siempre (“son como niñas”), tanto en las normas como en los comportamientos y actitudes hacia ellas. Hay ocasiones en que muchas personas tienen acceso al cuerpo de las mujeres y niñas con discapacidad (para ejercer el cuidado, movilizaciones, etc.). Ello dificulta la discriminación entre un contacto adecuado y un contacto inadecuado o violento.

Independientemente de las características de cada mujer que es víctima de violencia, se ha podido identificar una serie de pautas comunes de comportamiento⁴⁶ que es importante conocer, en primer lugar, para evitar errores de apreciación con respecto a la violencia y el riesgo en que se encuentra la mujer, en segundo lugar, para reducir, en la medida de lo posible, la victimización secundaria.

Ante la situación de violencia, la mujer:

- a) Percibe la situación como duelo o como amenaza.
- b) Exhibe un comportamiento sumiso en la relación de pareja y con el resto de familia y amistades.

⁴⁶ Adaptado de Equipo Idre. *Manual de intervención terapéutica con mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas*. P. 22-24, 37-38

- c) Despliega estrategias de afrontamiento inadecuadas: conductas de evitación y negación de la violencia, desestructuración cognitiva de los propios pensamientos, indefensión frente a los sentimientos y emociones y no recurrencia a apoyo social.
- d) Tendencia a buscar refuerzo afectivo y solución de problemas en el entorno o comportamientos de dependencia afectiva extrema.

Otras características son, además de ansiedad, descuido de la apariencia física, dificultades para mantener o conciliar el sueño o para tener un sueño reparador, a pesar de dormir muchas horas, alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de la capacidad de aprendizaje y concentración, predominio del pensamiento concreto frente al abstracto. Alteraciones del sistema inmune y desorganización o desestructuración de la organización del día.

En los relatos sobre el maltrato es significativo que el hilo argumental no siempre sigue un orden cronológico coherente, la mujer recuerda detalles nimios con gran nitidez mientras que aspectos más graves están en blanco (“no sé si era por la mañana o por la noche, estaba en la cocina y el café se fue, luego tuve que limpiar toda la cocina”). Ello genera, en ocasiones, cierta incredulidad o rechazo en las personas que escuchan el relato. De ahí la relevancia de conocer detalladamente los procesos cognitivos que tienen lugar en mujeres que están siendo sometidas a niveles de estrés y pánico tan elevados como los provocados por la violencia, ya que no se debe caer en el error de considerar que están mintiendo. Todo ello nos lleva a concluir que la mejor actuación frente a un posible caso de violencia es la escucha atenta, la aceptación incondicional (no poner en entredicho o en duda, no enjuiciar) y la derivación inmediata (con acompañamiento a ser posible, especialmente si se trata de mujeres con discapacidades que pueden tener dificultades de comunicación debido a la falta de accesibilidad del entorno) a profesionales especializadas/os y con experiencia.

5.2.7. Nuevas formas de violencia de género

Parece interesante, para finalizar este bloque dedicado a la violencia de género, hablar de las nuevas formas en que el machismo se viene manifestando, adaptándose a los nuevos discursos de igualdad y manteniéndose en los márgenes difusos de lo políticamente correcto. Es lo que Luis Bonino viene a llamar micromachismos⁴⁷ para referirse a los *comportamientos*

⁴⁷ Bonino, Luis. *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*. 2004.

<http://concc.ccoo.cat/pandora/incl/Micromachismo.%20La%20violencia%20invisible%20en%20la%20pareja.pdf>

"invisibles" de violencia y dominación, que casi todos los varones realizan cotidianamente en el ámbito de las relaciones de pareja.

Estas formas de dominio generan malestar en las mujeres que, muchas veces, no saben identificar a qué se debe. Las actitudes y comportamientos de su pareja son no sólo sutiles, sino a veces inconscientes, ya que se han aprendido a lo largo de la vida. La asunción de relaciones 'microviolentas' por parte de ambos miembros es consecuencia de un sistema social establecido bajo un prisma de desigualdad de género en cuanto al poder, los espacios y roles que, aparentemente, no es tal, de modo que no sólo este dominio-sumisión no es percibido sino que con frecuencia es considerado completamente invertido. A saber, los falsos mitos que aseguran que las mujeres tienen mucho poder porque en realidad son "las que llevan los pantalones en casa" o que "hacen con ellos (los hombres) lo que quieren", cuando en realidad ni el espacio doméstico está investido de poder (ni relevancia social), ni pueden abandonar los esfuerzos por ser valoradas en el terreno que les ha tocado (el hogar)⁴⁸.

Si tratamos de traer aquí las reflexiones en cuanto a las desigualdades y discriminaciones por razón de discapacidad es posible llegar a concluir que estas formas sutiles de violencia van a darse de una forma específica sobre las mujeres con discapacidad, ya que responden a un rol estereotipado que se caracteriza por: ausencia o negación de espacios de desarrollo, ya sea privados (lo doméstico) o públicos (lo laboral, la participación social y comunitaria), bajo nivel de expectativas, reclusión en el ámbito del hogar, redes sociales empobrecidas... Como grupo oprimido, la violencia que se ejerce sobre ellas se resiste a ser nombrada y visibilizada, más bien al contrario, se perpetúa oculta, apercibida, invisible.

⁴⁸ Para profundizar en este aspecto nos remitimos al documento de Bonino aquí referenciado.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, A. *Guía para mujeres maltratadas*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2002. <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/varios/guiamalostratos.pdf>

AMOR, ECHEBURÚA, CORRAL, SARASÚA y ZUBIZARRETA. "Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo". *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2001.

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-1AE8F504-FC17-A968-D84A-1BC8F41846E5&dslD=PDF>

BONINO, L. "Los micromachismos y sus efectos. Claves para su detección". En Ruiz Jarabo, C. y Blanco, P. (comp.). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid, 2004.

<http://estatico.lavanguardia.es/lavanguardia/docs/20081210/bonico101208.pdf>

BONINO, L. *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*. 2004.

<http://conc.ccoo.cat/pandora/incl/Micromachismo.%20La%20violencia%20invisible%20en%20la%20pareja.pdf>

Informe cualitativo sobre la situación de las mujeres con discapacidad. Departamento de la Mujer. Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía). Pág. 11. Sin publicar.

Módulo introductorio sobre género y discapacidad. Confederación andaluza de personas con discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía) Sevilla. 2003

CAMPOAMOR, C. *Mi pecado mortal. El voto femenino y yo*. Horas y horas, Madrid, 2006.

CORSI, J. *La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico*. Fundación Mujeres.

http://www.egeneros.org.mx/admin/archivos/violencia_contexto_domestico.pdf

DE MIGUEL, Ana. *Los feminismos a través de la historia*.

<http://www.mujeresenred.net/anademiguel.html>

DE LA PEÑA, E. *Maletín para la Coeducación, Ni más ni menos, Igual a 2*. Cuadernillo nº 5. Violencia de Género. Fundación Mujeres.

<http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5horiz.pdf>

Declaración de Sentimientos de Seneca Falls. 1848

<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/docs/e-hist-senecafalls-1848.html>

Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana. Olympe de Gouges. 1789.

<http://clio.rediris.es/n31/derechosmujer.pdf>

ERGA, S.L. *Unidades de empleo para mujeres. Guía metodológica y de trabajo*. Instituto Andaluz de la Mujer. 2008

ESPINAR, E. *Violencia de género y procesos de empobrecimiento*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02588405333504473232268/011683_4.pdf

GALTUNG, J. *Violencia, guerra y su impacto. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia*.

<http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>

Guía sobre violencia y mujer con discapacidad. Proyecto Metis, iniciativa comunitaria Daphne, 1998. http://www.ciudademujeres.com/articulos/IMG/pdf/guia_metis.pdf

HUÉ, C. *Inteligencia emocional y prevención del maltrato de género*. 2ª Jornadas sobre violencia familiar. Universidad de Zaragoza. 18 de noviembre de 2004.

<http://tiva.es/articulos/inteligenciaemocional.pdf>

IESA, CSIC, Junta de Andalucía. *Situación social y laboral de las personas con discapacidad*. Mancomunidades: Islantilla, Bajo Guadalquivir y Sociedad para el Desarrollo de la Vega, S.A. 2002. Pág. 18

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España.

http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

Junta de Andalucía. *Introducción al enfoque integrado o mainstreaming de género. Guía básica*. Unidad de Igualdad y Género. P. 17.

LlKaDI. *Mainstreaming o enfoque integrado de género. Manual de aplicación en proyectos de empleo*. Instituto Andaluz de la Mujer. 2002

LlKaDI. *Manual para trabajar la discapacidad desde un enfoque de género*. Proyecto Equal Co-Labora.com "Concilia-Trabaja. Consigue". Instituto Andaluz de la Mujer.

MONTERO, A. "Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica". *Clínica y Salud*, 2001, Vol. 12, nº 1, pp. 371-379.

<http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d618706/S%C3%8DNDROME%20DE%20ADAPTACI%C3%93N%20PARAD%C3%93JICA%20A%20LA%20VIOLENCIA%20DOM%C3%89STICA:%20Una%20propuesta%20te%C3%B3rica.pdf>

Overcoming Obstacles to the Integration of Disabled People, UNESCO, DAA, 1.995

<http://www.daa.org.uk/uploads/pdf/Overcoming%20Obstacles.pdf>

PAZ, J. I. Material didáctico sin publicar. Instituto Andaluz de la Mujer.

RUIZ, R. Presentación del libro. ¿Eternas menores? Las mujeres en el franquismo. Biblioteca Nueva, Madrid, 2007.

http://e-archivo.uc3m.es:8080/bitstream/10016/4608/1/eternas_valiente_AIF_2008.pdf

SARASUA, B., ZUBIZARRETA, I., ECHEBURÚA, E. y DE CORRAL, P. "Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad". *Psicothema* 2007. Vol. 19, nº 3. pp 459-466. <http://www.psicothema.com/pdf/3386.pdf>

SAU, V. *Diccionario Ideológico Feminista I*. Icaria editorial, Barcelona, 2000.

Seminario "Mujer con Discapacidad: múltiples dimensiones" organizado por CERMI en Noviembre de 2002.

VALCÁRCEL, A. *La memoria colectiva y los retos del feminismo*. 2000.
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/7220/lcl1507e.pdf>

VARELA, N. *Feminismo para principiantes*. Ediciones B S.A., Barcelona, 2008.

LEGISLACIÓN

En el portal:

http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049239218&language=cas_ES&pageid=1193047407277&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria

<http://www.migualdad.es/recursos/search/SearchForm.action>