



Europa



Indicadores de exclusión social de mujer y discapacidad



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES

IMSERSO



Universitat
Autònoma
de Barcelona

Índice

1	Historia del concepto de discapacidad	5
1.1	Modelos históricos en el tratamiento de las deficiencias	7
1.2	Clasificación de la OMS	8
1.3	Otros sistemas de clasificación	12
2	Aportaciones de género sobre el significado de la discapacidad ...	14
2.1	La doble moral, según Carme Riu:.....	14
2.2	El Discurso Los discursos desautorizadores	15
2.3	Definición de la dimensión de los medios informativos y mediáticos, según Pilar Rebollar:	17
2.4	El asombro	19
2.5	Aislamiento.....	21
2.6	La Vulnerabilidad.....	21
2.7	Dimensión Laboral	25
2.8	Matrimonio, familia y relaciones amorosas	28
2.9	Dimensión del ámbito doméstico, según Carmen Riu:.....	29
2.10	Dimensión el cuerpo y la sexualidad	29
2.11	La violencia en la Mujer con Discapacidad	36
2.12	Violencia y abuso sexual de las mujeres con discapacidad	38
3	Desarrollo de una perspectiva de género y discapacidad	41
3.1	El concepto de género	41
3.2	El concepto de patriarcado.....	43
3.3	La socialización diferencial.....	45
3.4	División sexual del trabajo.....	46
3.5	Lo privado y lo público.....	47
3.6	Inclusión / exclusión de la mujer en el mercado laboral	47
3.7	Perspectiva médica de la discapacidad: historia y actualidad .	48
3.8	Discapacidad y normalización	50

3.9	El modelo social de la discapacidad.....	51
3.10	De la discapacidad a la discapacitación.....	51
3.11	Participación de lo no estándar.....	53
3.12	Género y discapacidad.....	53
3.13	El modelo social de la discapacidad: introduciendo el concepto de género.	55
3.14	Discapacidad y Género: teoría de la doble discriminación.....	57
3.15	Discapacidad, género y feminismo.....	58
3.16	Breve historia de género y Discapacidad.....	61
	Proyecto “NEXO CON LA DIVERSIDAD”.....	66
4	Propuesta de indicadores psicosociales de mujer y discapacidad .	89
4.1	Un enfoque psicosocial del sujeto mujer con discapacidad	89
4.2	Definición de indicadores psicosociales.....	91
4.3	Fases en la construcción del sistema de indicadores.....	91
4.4	Procedimientos propuestos.....	92
4.5	Resúmenes de los encuentros entre la Comisión Técnica y las socias del proyecto.....	94
4.6	Dimensiones teóricas.....	115
5	Dimensión: Ámbitos laboral y formativo.....	117
5.1	Indicadores laborales de mujer con discapacidad.....	119
5.2	Indicadores educacionales de mujer con discapacidad.....	119
5.3	Procedimientos de recogida de datos.....	119
6	Dimensión: Ámbito doméstico.....	121
6.1	Indicadores del ámbito doméstico.....	122
6.2	Procedimientos de recogida de datos.....	125
7	Dimensión: Participación y acceso a la toma de decisión en el espacio público.....	127
7.1	Indicadores propuestos.....	127
7.2	Procedimientos de recogida de datos.....	128

8	Dimensión: Imágenes, prejuicios y representación mediática de las mujeres con discapacidades	129
8.1	Indicadores propuestos	130
8.2	Procedimientos de recogida de datos	132
9	Dimensión: Cuerpo y sexualidad.....	133
9.1	Indicadores propuestos	134
9.2	Procedimientos de recogida de datos	136
10	Dimensión: violencia	136
10.1	Indicadores propuestos	138
11	Cuadro resumen de los indicadores propuestos.....	139
12	Bibliografía.....	143

1 Historia del concepto de discapacidad

Existen variedad de adjetivos descalificativos que han tomado la categoría de sustantivos para categorizar la población de nuestro estudio, ellos provienen además de distinto campo semántico. Las definiciones y categorizaciones propuestas plantean dificultades que acaban atrapando a las personas en clasificaciones.

Hoy en día existe un debate en torno a la definición de discapacidad y definición, así como diversos enfoques de distintos organismos oficiales, como la ONU o la OMS, y de los gobiernos europeos. En este estudio rastreamos los orígenes de los conceptos de discapacidad y minusvalía desde la antigüedad hasta el presente, así como su tratamiento social.

Desde los orígenes, los historiadores han planteado un doble eje diferenciador: uno sincrónico, interior a cada contexto cultural; y otro diacrónico, que permite establecer grandes períodos históricos. El primero de estos ejes hace referencia a las actitudes, activas o pasivas, de apoyo o rechazo hacia los portadores de deficiencias, que no han sido sucesivas a lo largo de la historia, sino que han coexistido y se han entrelazado en cada contexto social, tomando formas diferenciadas. Con frecuencia, esta ambivalencia de actitudes estaba unida a la posición socioeconómica de las familias, reforzándose los cuadros de exclusión entre los más pobres. El segundo eje, el diacrónico, se inicia al producirse una transformación decisiva que tuvo lugar cuando se dio el paso de un enfoque animista-religioso (deficiencias ligadas a poderes sobrehumanos, pecados cometidos, etc.), a otro técnico-secularizado, que consideraba a las deficiencias como resultado de alguna enfermedad, congénita o sobrevenida a lo largo de la vida.

En las culturas antiguas, el tratamiento discurría entre el empirismo, que utilizaba remedios que habían demostrado eficacia en casos similares (normalmente mediante la magia y el recurso a brujos y chamanes pero también mediante masajes, baños, hierbas, etc.), y la postración pasiva y culpabilizada ante unos síntomas que se interpretaban como castigo de los dioses y eran objeto de rechazo y a veces de muerte.

El enfoque técnico-secularizado tuvo precedentes importantes en la antigüedad, sobre todo en la Grecia clásica, momento en que los trastornos mentales fueron considerados por primera vez como fenómenos naturales y se inició la vía de la medicina naturalista, con Hipócrates como figura clave. Pero las transformaciones que más han influido en las sociedades modernas occidentales se iniciaron en el siglo XVI, y fueron acelerándose en los siglos XIX y XX, paralelamente a importantes cambios políticos, económicos e ideológicos.

De acuerdo a Antonio León Aguado (1995), se han producido tres grandes revoluciones en el campo de la salud mental. <<La primera revolución tiene lugar en el mundo occidental a finales del siglo XVI y principios del XVII dentro de un proceso más amplio de laicización del individuo y protagonizada por la corriente humanista emergente en el renacimiento. Este período viene caracterizado por la creación en Europa, comenzando por España, de las instituciones manicomiales y por la continuación del concepto de locura y de neurosis. En lo que respecta la deficiencia y a los trastornos mentales, esta

primera revolución se traduce en un cambio importante: el paso de una concepción demonológica a otra de corte naturalista, de un modelo demonológico a un modelo organicista y biologicista, de la idea de pecado a la de enfermedad>>. No obstante, durante estos siglos, la ambivalencia hacia las diversas formas de discapacidad es también patente: por una parte, se abren nuevos caminos en el tratamiento de las deficiencias (rudimentos de psicoterapia y laborterapia, educación especial de sordomudos y ciegos, creación de instituciones manicomiales, inicialmente pequeñas y orientadas a la rehabilitación de los “pacientes”, et.); por otra, el internamiento da lugar al hacinamiento y se sustituyen las tareas terapéuticas por la custodia y la cronificación de los atendidos, se abandona la concepción demonológica pero se *fabrica* la locura. De acuerdo a Pelechano, cabe hablar de progresos y logros en esta primera revolución, pero también de fracaso como proyecto: <<las primitivas cadenas son sustituidas por correas. Desgraciadamente, esta primera revolución, que era original y programáticamente prometedora, no cumplió sus objetivos>>

La segunda revolución en el tratamiento de las deficiencias se produjo entre fines del siglo XIX y la II Guerra Mundial, y se caracteriza también por una notable ambivalencia. En la vertiente *activa*, se sustituye el modelo organicista por otro de corte intrapsíquico, se producen avances en la comprensión y etiología de las deficiencias psíquicas y físicas, y hay una progresiva implicación de los gobiernos a favor de la incorporación educativa, social y laboral de las personas afectas. En la vertiente *pasiva*, se refuerzan algunas actitudes negativas que van desde el paternalismo protector al recelo y la “alarma eugenésica”, que llevó en algunas circunstancias a múltiples formas de segregación, restricciones laborales y familiares (incluida la esterilización), y en los casos más extremos al exterminio (práctica de la eutanasia, o los campos de gas en la II Guerra Mundial).

El psicoanálisis y la psicología de la conducta son las dos principales disciplinas encargadas de explicar los efectos personales de las deficiencias en un contexto en que se desarrollaron también las ciencias sociales en general y la psiquiatría médica. En las primeras décadas del siglo XX el liderazgo en este campo pasó de Europa a Estados Unidos donde se produjeron importantes progresos en el estudio y tratamiento clínico de la deficiencia mental que luego se expandieron al resto de las deficiencias. Por ejemplo, se identificaron y describieron con precisión muchas afecciones, se aportaron explicaciones bioquímicas, traumáticas y perinatales, y se estudiaron los efectos de las formas de aprendizaje y la socialización familiar infantil. Sin embargo, se ignoraba la naturaleza genética de muchos trastornos y se recalcaba en exceso el papel de la herencia.

Por último, a partir de los años sesenta tiene lugar la tercera revolución en el tratamiento de las deficiencias que ahora pone el acento en los condicionamientos psicosociales y socioambientales y, como correlato, en la prevención, la rehabilitación y la inserción comunitaria. Frente a la intervención individualizada tradicional, se pone el énfasis en un enfoque comunitario que lleva a la desinstitucionalización, y a la autoorganización de las personas con discapacidad y de sus familias, que se constituyen en movimiento social o grupo de presión cada vez más activo para defender sus derechos civiles.

En cuanto a la definición clasificación de las deficiencias, se produce una crisis del modelo médico y psiquiátrico tradicional por su tendencia a etiquetar y

estigmatizar a los individuos, para dar paso a nuevas formas de diagnóstico más personalizadas y orientado al tratamiento en un contexto familiar y social normalizada. Estos nuevos elementos conviven con los heredados y también con diversas contratendencias, como la burocratización y mercantilización de los servicios, o los recortes presupuestarios que reducen los apoyos económicos y profesionales imprescindibles para facilitar la inserción social de las personas con limitaciones. Por otra parte, algunas de las principales transformaciones, como la proliferación de centros de salud y equipos multiprofesionales o las medidas de integración escolar y laboral, han experimentado un desarrollo cuantitativo importante pero no han dado los resultados esperados por sus promotores.

1.1 Modelos históricos en el tratamiento de las deficiencias

(Inspirado en Aguado, 1995)

Actitud pasiva	Actitud activa
MODELO PRETÉCNICO-RELIGIOSO (Culturas antiguas)	
<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias ligadas a poderes sobrenaturales, castigo de los dioses, etc. - Postración pasiva de los sujetos afectados. - Rechazo social, infanticidio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso a la magia (brujos y chamanes). - Uso de baños, hierbas, masajes. - Ayuda compasiva hacia los disminuidos en algunas culturas.
MODELO NATURALISTA (Grecia y Roma)	
<ul style="list-style-type: none"> - Filicidio de niños deficientes. Tratos vejatorios. - Compraventa de personas con deficiencias para espectáculos. - Rechazo y aversión social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de las deficiencias como fenómenos naturales (enfermedades). - Medicina empírica. Tratamientos de fracturas. - Primeras casas de salud y hospitales.
PRIMERA REVOLUCIÓN MODERNA (A partir del siglo XVI)	
<ul style="list-style-type: none"> - Hacinamiento de los manicomios. De la terapia se pasa al control represivo y la cronificación (época del “gran encierro”). - Consolidación del concepto de “locura” en su acepción peyorativa y segregadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción organicista-biologista de trastornos y deficiencias. - Tratamiento como pacientes. - Surgimiento de los primeros manicomios. - Rudimentos de psicoterapia y laborterapia.

SEGUNDA REVOLUCIÓN MODERNA (A partir de finales del siglo XIX)	
<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación rígida. Etiquetado - Se mantiene actitudes negativas, desde el paternalismo proteccionista a la “alarma eugenésica” (esterilización, eutanasia). - Exterminio durante el nazismo de niños y adultos con deficiencias psíquicas y físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución del modelo organicista por otro intrapsíquico (teoría de la conducta-psicoanálisis). - Avances en el estudio de las diversas formas de discapacidad. - Progresiva implicación de los gobiernos mediante políticas específicas.
TERCERA REVOLUCIÓN MODERNA	

(Después de la II Guerra Mundial)	
<ul style="list-style-type: none"> - Proliferación cuantitativa de servicios y programas, pero ineficaces y de poca calidad. Burocratización y mercantilización de los mediadores (profesionales, asociaciones, etc.). - Efecto perverso de las ayudas especiales, que refuerzan un nuevo modelo de segregación. - Creciente competitividad del mercado de trabajo que excluye a los menos dotados. La crisis del Estado del Bienestar limita las ayudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserción en el movimiento de los derechos civiles. Autoorganización de los afectados. - Desinstitucionalización e inserción en la comunidad (normalización, prevención y rehabilitación). Integración educativa y laboral. Ampliación de las medidas legales para favorecer la inserción. - Crisis del modelo médico-psiquiátrico y de los etiquetados generalistas en beneficio del tratamiento personalizado.

1.2 Clasificación de la OMS

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM). La CIDDDM pertenece a la familia de los sistemas clasificatorios preparados por la OMS para su aplicación en las áreas de la salud y tratamiento de las enfermedades¹. En particular, la CIDDDM perseguía establecer un sistema común para clasificar los efectos de las enfermedades, los traumatismos y otros tipos de trastorno, así como sus repercusiones en la inserción social de los individuos.

Las consecuencias duraderas de algunas enfermedades, concepto en el que se incluyen los traumatismos y otros trastornos, son las que clasifica la OMS en otra secuencia tripartita: deficiencias (efectos orgánicos), discapacidades (efectos funcionales), y minusvalías (efectos sociales).

El concepto discapacidad/*disability* se utiliza en castellano y en inglés tanto para referirse a la segunda consecuencia de los efectos de la enfermedad (*incapacité* en francés), como al conjunto de las tres secuencias (*handicap* en francés). Esto introducen en las lenguas inglesa y castellana, a diferencia del francés, una confusión en el uso del término que hay que resolver en cada caso teniendo en cuenta el contexto en que se emplea. Las otras dos secuencias de los efectos de la enfermedad tienen conceptos propios en los tres idiomas: deficiencia/*impairment/déficience* y minusvalía/*handicap/désavantage*².

Definiciones de la OMS:

¹ La versión castellana fue promovida por el INSERSO y se publicó un año después de la LISMI, en 1983. OMS, Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad, INSERSO, Madrid, 1994 (2ª edición). La LISMI utiliza dos conceptos genéricos para referirse al colectivo: "disminuidos" y "minusválidos"; sin embargo, no aparece en la ley el concepto de "discapacidad", que es central en la clasificación de la OMS. Por otra parte, el concepto de "minusvalía" queda asimilado al reconocimiento oficial de tal condición, lo que implica el diagnóstico o etiquetado previo de los "presuntos minusválidos" (art. 10, letra C de la LISMI).

² En cuanto a la traducción del inglés *handicap* por minusvalía, uno de los responsables de la versión oficial española de 1983 comentaba en 1992: "La traducción de *handicap* por minusvalía me va pareciendo discutible. Se trata de un término que, al menos en su acepción económica, tiene un significado negativo". CASADO, D., "En busca de una sistemática para la discapacidad", en ÁLVAREZ, A. y otros, *Discapacidad e información*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1992, pág. 48.

- a) **Deficiencia:** cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias son resultado del desarrollo de enfermedades, traumatismos o trastornos de cualquier tipo, incluso congénitos o perinatales, pero sólo una parte de las enfermedades se traducen en deficiencias persistentes. En principio, las deficiencias representan trastornos a niveles orgánicos.
- b) **Discapacidad:** Cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal a un ser humano. Las discapacidades son siempre consecuencia de alguna deficiencia, pero éstas a veces no producen discapacidad, por lo que podríamos decir que hay más deficiencias que discapacidades. Las discapacidades representan trastornos funcionales a nivel de la persona.
- c) **Minusvalía:** Desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales. Las minusvalías implican como condición necesaria pero no suficiente la existencia previa de discapacidades o deficiencias. Habitualmente las minusvalías presuponen alguna discapacidad pero, excepcionalmente, existen casos de minusvalías que son consecuencias de una deficiencia sin que medie un estado de discapacidad. Por ejemplo, una persona con el rostro desfigurado a raíz de un incendio puede mantener intactas todas sus capacidades pero su deficiencia (de apariencia en este caso) puede dar lugar a problemas reales de relación e inserción social. Además, es preciso que existan circunstancias y barreras específicas que coloquen a esos sujetos en una posición de desventaja con respecto a los grupos sociales de su entorno (dos personas con idéntica discapacidad pueden tener o no una minusvalía). Las minusvalías representan trastornos o problemas a nivel de la inserción en la sociedad.

Las deficiencias y las discapacidades permiten establecer una clasificación objetiva y jerarquizada, sin que influyan apenas en su definición factores sociales o culturales. Tal como ocurre con la terminología empleada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), “su estructura es taxonómica (...). Cuando se trata de una categoría concreta cualquiera que sea, lo único que se necesita es un juicio sobre si la deficiencia (o la discapacidad) está presente o no”³. Sin embargo, las minusvalías responden a otra lógica clasificatoria que depende, no de los factores o atributos del individuo, sino de las circunstancias que rodean a la persona o, mejor dicho, de la relación que se establece entre el individuo y el contexto que le condiciona (19). Una misma discapacidad puede dar lugar a cuadros de minusvalía en un contexto cultural y en otro no; incluso dentro de una misma sociedad, esa discapacidad puede provocar más minusvalías entre los hombres que entre las

³ OMS, Clasificación..., o.c., págs. 38-29. No obstante, para algunos especialistas encargados de revisar las categorías de la OMS, “la clasificación de las discapacidades plantea problemas de tipo estructural (carece de criterio clasificatorio), de dependencia cultural (es notoriamente occidentalista), y de negativismo”. GARCÍA VISO, M., “La clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)”, Ponencia impartida en el Máster en Valoración de Discapacidades, 1996-1997, Universidad Autónoma, INSERSO y Asociación Española de Rehabilitación y Medicina Física, Madrid, 1997 (inédito), pág. 8.

mujeres, o afectar en mayor medida a los pobres que a los ricos; pero no sólo eso, también ocurre que dos personas con similares características y del mismo contexto social pueden dar lugar o no a minusvalías en función de las estrategias que desplieguen para insertarse en la sociedad, es decir, dependiendo de las actitudes y aptitudes con las que hagan frente a su situación (20).

Por lo tanto, las dos primeras secuencias de los efectos de la enfermedad (las deficiencias y las discapacidades propiamente dichas) constituyen el componente orgánico-funcional, más próximo a las categorías médicas de tipo objetivo de la CIE, mientras la tercera secuencia (las minusvalías) constituye el componente social de los efectos de la enfermedad, que es maleable dependiendo de cómo cada sociedad sea capaz de gestionar las deficiencias-discapacidades de sus miembros (incluyendo aquí en primer lugar la estrategia adoptada por los propios afectados). Como señalaba la introducción originaria de la CIDDM, “la estructura (de clasificación) de la minusvalía es radicalmente distinta de todas las demás clasificaciones relacionadas con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los contenidos no están clasificados en función de los sujetos o los atributos, sino más bien teniendo en cuenta las circunstancias en que probablemente van a encontrarse las personas que tienen alguna discapacidad, circunstancias que colocarán a dichos individuos en una situación de desventaja en relación con sus semejantes” (21).

El concepto de minusvalía propuesto por la OMS tiene el mérito de superar el tradicional enfoque orgánico-medicalista, al incluir la influencia decisiva que tiene el contexto social en la inclusión o exclusión del sujeto afectado por discapacidades. Sin embargo, dicho concepto ha recibido dos críticas que nos parecen muy pertinentes: en primer lugar, las dos primeras secuencias de los efectos de las enfermedades, traumatismos y trastornos (las deficiencias y las discapacidades) se consideran atributos objetivos individuales al margen de su génesis social, es decir, eluden una consideración explícita de la etiología social de tales enfermedades, traumatismos y trastornos; en segundo lugar, los “factores sociales” explicativos de la minusvalía están planteados de manera imprecisa o demasiado genérica: “la noción de minusvalía (désavantage social) está falta de precisión en cuanto a la intervención de las variables “sociales” que, concebidas como relevantes en la tercera secuencia de la clasificación de la OMS, parecen constituir únicamente la modulación de una desigualdad en el destino biofísico. Esta concepción está cuestionada actualmente y algunos proponen un replanteamiento del sistema de clasificación que permita introducir la intervención de las variables “eco-sociales” en los tres niveles, lo que permitiría explicar mejor la producción social de desigualdades y los diferentes efectos de la acumulación de esas desigualdades”(22).

Clasificación de la OMS de las deficiencias, discapacidades y minusvalías:
(Versión simplificada del Instituto Nacional de Estadística)

DEFICIENCIAS	DISCAPACIDADES	MINUSVALÍAS
<p>1. PSÍQUICAS</p> <p>Retraso mental Profundo y severo Medio Ligero Enfermed. Mentales Otras</p> <p>2. SENSORIALES</p> <p>De la audición Sordera total Sordera de un oído Mala audición De la vista Ceguera total Ceguera de un ojo Mala visión Del lenguaje</p> <p>3. FÍSICAS</p> <p>Apara circulatorio Aparato respiratorio Aparato digestivo Aparato genito-urinario Sistema nervioso Endocrino-metabólicas Aparato locomotor Defic. Cab. y tronco Defic. en extremidades: En las superiores En las inferiores Carencia de extremid.</p> <p>4. MIXTAS</p> <p>Parálisis cerebral Otras</p> <p>5. NINGUNA EN ESPECIAL</p> <p>6. NO CONSTA</p>	<p>1 VER</p> <p>Ciego total Ciego de un ojo Mala visión</p> <p>2. OÍR</p> <p>Sordo total Sordo de un oído Mala audición</p> <p>3. HABLAR</p> <p>Mudo Tartamudez Lenguaje incomprensible</p> <p>4. OTRAS</p> <p>COMUNICACIÓN Para escribir o para leer Hacer/entender signos gráficos</p> <p>5. CUIDADO PERSONAL</p> <p>6. ANDAR</p> <p>Necesita silla de ruedas Necesita alguna ayuda</p> <p>7. SUBIR ESCALERAS</p> <p>8. CORRER</p> <p>9. SALIR DE CASA</p> <p>10. ACTIVIDAD VIDA COTIDIANA Para abrir y cerrar Para estirarse o agarrarse</p> <p>11. DEPENDENCIA RESISTENCIA De algún aparato De una dieta estricta</p> <p>12. AMBIENTAL</p> <p>13. CONDUCTA CON UNO MISMO Dif. Identificar/comprender Dif. Para evitar riesgo</p> <p>14. CONDUCTA CON LOS DEMÁS Drogadicción o alcoholismo Agresividad Automarginación</p> <p>15. POSIBLES DISC. FUTURAS</p>	<p>1. DE ORIENTACIÓN</p> <p>2. INDEPENDENCIA FÍSICA</p> <p>3. DE MOVILIDAD</p> <p>4. DE OCUPACIÓN</p> <p>5. DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> <p>6. DE INSUFICIENCIA ECONÓMICA</p> <p>7. NINGUNA</p> <p>8. NO CONSTA</p>

1.3 Otros sistemas de clasificación

Existen sistemas de clasificación que tratan de evitar el efecto estigmatizante del enfoque bio-médico de las minusvalías, a la vez que ponen más de relieve su carácter social. Entre ellos, presentan especial interés los que se han desarrollado en el ámbito de las deficiencias psíquicas, ya que se trata justamente del sector más necesitado de apoyo social y que se encuentra mayores problemas para una inserción normalizada. En las dos últimas décadas, tanto un sector de los profesionales como el movimiento internacional pro deficientes psíquicos (30) han venido planteando la necesidad de un cambio de paradigma en la forma de abordar el llamado "retraso mental" en base a dos principios: 1) el retraso mental necesita definirse en un contexto social (no sólo ni principalmente a partir de tests que miden el coeficiente intelectual); y 2) los servicios de diagnóstico y rehabilitación deben definir con precisión tanto las limitaciones como las capacidades de estas personas, de manera individualizada, con vistas a establecer los medios que deben aplicarse para su reinserción y evaluarlos periódicamente. Con estos criterios, la Asociación Americana sobre Retraso Mental (31) ha diseñado una nueva forma de clasificación y tratamiento (el llamado Sistema 1992) cuya idea central es que "el retraso mental no constituye un rasgo absoluto manifestado exclusivamente por la persona, sino una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con una limitación intelectual y las habilidades adaptativas y el entorno de la persona. (...). El objetivo fundamental del diagnóstico es ayudar a planificar la intervención" (32). El sistema 1992 implica un proceso de tres pasos que incluye el diagnóstico de retraso mental, la descripción de las capacidades y limitaciones de la persona y la identificación y planificación de los apoyos necesarios. En cuanto a la fase de diagnóstico, se trata de desplazar el etiquetado tradicional de estas personas (que se fijaba normalmente por su coeficiente intelectual) por una descripción de los elementos que concurren en cada caso y de los apoyos que necesita, incluyendo aquí una consideración expresa tanto del ambiente habitual en el que se desenvuelve el individuo como el entorno óptimo que habría que procurarle para facilitar su mejor inserción posible.

Aparte los sistemas clasificatorios a gran escala, como los expuestos hasta aquí, existen casos más concretos de intervención institucional que han tratado de favorecer la inserción social de las personas con discapacidad eliminando las etiquetas estigmatizantes iniciales. Por ejemplo, el plan de educación inclusiva de la Generalitat de Cataluña (España) donde el alumno no es clasificado, se parte del supuesto de que todo alumno a lo largo de su vida escolar puede tener algún problema psicosocial o pedagógico que le impida su maduración educacional normal, a todos estos alumnos el sistema les denomina alumnos con necesidades educativas específicas; y en esa clasificación están todos incluidos, para darles el tratamiento a cada uno adecuado a sus necesidades, incluso a veces no hay que tratar al alumno en sí, sino a sus compañeros o las familias de alumnos o a los profesores que no están dando las mismas oportunidades a este alumno porque sus expectativas hacia él, reproducen estereotipos sociales que limitan el buen desarrollo del educando. Otro ejemplo, el plan que regula la educación especial en el estado de California no requiere que el niño se clasificado en alguna de las categorías de retraso para poder recibir ayuda de la administración, ni asocia

necesariamente las necesidades educativas con la naturaleza del hándicap: “El objetivo de este plan es que cada niño reciba un programa educativo adecuado a sus necesidades individuales..mediante un continuum de ubicaciones alternativas que incluye la instrucción en las aulas ordinarias, aulas especiales, instrucción en el hogar e instrucción en hospitales y otras instituciones. En cualquiera de los casos, se da gran importancia al contacto entre personas con hándicap y personas sin hándicap” (33).

Las reflexiones que venimos haciendo en este apartado tenían como intención definir con alguna precisión nuestro objeto de estudio, es decir, establecer las principales definiciones y categorías en las que nos queríamos mover. Como punto de arranque partiremos del amplio grupo social formado por las personas afectadas por alguna “discapacidad”, en el sentido preciso que la OMS da a este término, si bien limitaremos nuestro análisis a las trayectorias de inserción social y exclusión social, en las mujeres con discapacidad en las que les produce alguna minusvalía. La minusvalía en la mayoría de ocasiones es producida por el olvido social de las personas con discapacidad, desde que las personas disminuidas están consiguiendo adaptar el medio a las necesidades de nuestra sociedad que avanza en edad y en consecuencia en minusvalía, hemos de concienciarnos que una vida longeva conlleva no solamente una minusvalía por hecho de ser viejo (en nuestra sociedad forma parte de la clase dependiente) sino también de discapacidad. Las personas con discapacidad llevan este atributo como una característica más de la vida, y los ancianos/as pueden salir a la calle sin que les de vergüenza ir en silla por ejemplo. Si la situación de la mujer conlleva una desventaja respecto a la otra mitad de la población el hecho de ser mujer con una discapacidad conlleva una situación añadida de riesgo de exclusión social.

Según Carmen Riu en la realidad social actual no solo la discapacidad y ser mujer representa una desventaja social o podemos también llamarle minusvalía, sino también, estar gordo, ser de raza negra, ser baja, ser vieja, etc..., es decir tener un cuerpo distinto al que se vende en los anuncios, esto es lo convencional y lo que no producirá una desventaja, la gran mayoría de humanos, estamos fuera de esta convención por uno o varios motivos y en consecuencia sufrimos estas desventajas. Estas en un mundo competitivo como el nuestro llevan la tendencia implícita a esconderlas y que mejor manera existe que evidenciar las desventajas de los demás para ganar relaciones de poder unidas en última estancia a la economía. Las personas que significan irremediablemente en su cuerpo diversas desventajas sociales, se las tiende a olvidar y retirar socialmente en diferentes grados el mayor es el del aislamiento.

2 Aportaciones de género sobre el significado de la discapacidad

2.1 *La doble moral, según Carme Riu:*

Éticamente esta bien visto tratar las personas con discapacidad en consideración para que recibamos el trato como personas, para tenerlas en esa consideración se cree que hay que ayudarles más que a otras personas, pues el mundo no está hecho para ellas, ni ellas para el mundo, la ayuda será tanto física, como económica como social, como moral, como afectiva, en definitiva en todos los ámbitos de la persona. Además como las personas con discapacidad tienen pocas posibilidades sociales, cuando a una persona le surge una disfunción o alteración genética, el resto de la población la trata como si estuviera enferma, y no es lo mismo ser persona con discapacidad que estar enfermo.

La persona con discapacidad puede gozar de buena salud, teniendo esa disfunción y vivir largos años en su mayoría. Sin embargo quién está dispuesto a ese trato tan especial, todas las personas de la sociedad cuando están delante de otras, esto es lo políticamente correcto, pero quién disfruta con ello o tiene tiempo para ello, los triunfadores sociales necesitan todo el tiempo para producir dinero y situarse en un lugar de poder y dominio, y tener que cuidar a alguien, es considerado una debilidad, pensamiento que lleva implícito que el cuidado de esa persona lo realicen las mujeres que tienen la debilidad de “ser dependientes” siempre es así con los ancianos niños; discapacitados, etc. El caso de un niño o una niña discapacitada se le atribuye a la madre, ya que el hecho de que sobreviva dependerá sólo de ella quién sino se esforzaría en darle vida a esta persona, no es porque sí que Lidia Zijdel diga que en algunas culturas en una época se mataba a la madre y al hijo o hija con discapacidad, así el cuidado de la discapacidad recae moralmente sobre la madre. Y esta ocupación se lleva a cabo en el ámbito doméstico. Ahí la madre hace lo que puede para que sobreviva y cuando la presión de esta dependencia interna en el ámbito doméstico, porque es una vergüenza que salga al ámbito público, le supera y se descontrola en la mayoría de ocasiones maltrata al hijo o hija, sintiéndose a la vez culpable de ello porque la sociedad también la maltrata a ella pues encima de tener un hijo defectuoso no se cuida de él.

Mientras todo transcurre en el ámbito doméstico, encerrado y olvidado socialmente el trato establecido es el políticamente correcto. En el momento que sea la familia, la madre o él o ella mismo, salgan al ámbito público para ocuparlo como cualquier ciudadana, se produce un distanciamiento social, se intenta no tener comunicación con la persona con discapacidad, no se le escucha, y se intenta siempre darle consejos, tenga la edad que tenga, se le aparta y margina individualmente incluso se le hace sentir que no debe relacionarse con gente como ella, con un desgraciado es suficiente y además si te juntas con discapacitados todavía cogerás más “manías” las cuales consisten en poder hablar de lo que te sucede con complicidad, pero para nada le interesa a la población normal nuestra complicidad. Tiene miedo a ser discapacitado y al vernos se le recuerda,

además con tantas barreras arquitectónicas, sociales, psicológicas, de comunicación y de movilidad es muy cansado tener una relación con nosotros, se ha de tener cuidado no somos una buena compañía, si desarrollan su empatía con nosotros, se les puede complicar la vida. A no ser que se tenga clara de que todos somos iguales ante los derechos humanos.

El papel otorgado al hombre es el de la independencia y el productor económico. Tampoco es muy importante que sea agraciado físicamente. Así que el hombre con discapacidad contará con la complicidad de su familia para buscarse un trabajo en que ganarse la vida y buscarse una mujer que le solucione sus tareas en las que tiene dificultad y contará también con la complicidad de esta y de prácticas médicas para que consiga ser padre, y a él no se le culpabiliza por no realizar determinadas tareas y en ningún caso se le encargará el cuidado de otra persona.

Pocos hombres se acercaran en el ámbito público a una mujer con discapacidad, en caso de que esta salga, no esta bien visto. Pero sin embargo le dirán: “Qué lástima con lo guapa que eres”. O tendrán una relación íntima oculta con ella, el 80 % de las mujeres con discapacidad en Europa, según Lidia Zinjel han sido acosadas o violadas, y estos serán o familiares o cuidadores o personal sanitario, pero siempre lo negaran y si queda embarazada la obligaran a abortar. Los cuerpos de las mujeres con discapacidad se muestran en clínicas y hospitales y se fotografían sin consentimiento, mientras se hacen todo tipo de comentarios sobre su físico sin que ella pueda hacer nada, por ejemplo le dicen ¡vaya pechos que tienes parece que estás amamantando a unos mellizos” y mientras el médico o personal sanitario se frota sus partes a través del pantalón, en el mejor de los casos.

Se le dice que no trabaje ni debe trabajar y que tiene una gran suerte de no tener de salir a la calle y solo tenerse de entretener estando con el abuelo y el sobrino pequeño y cosiendo y procurando que la comida este a la hora, la madre ya ira a comprar y hacer todo lo del ámbito público que es lo “más pesado”.

En el caso de la mujer con discapacidad la doble moral aparece en todos los momentos de la vida.

Por un lado es aquel ser que se debe respetar por lo que se intuye de vulnerable y por otro te debes de aprovechar y que trabaje en aquello que puede ayudar así se entretiene, además si tienes una relación sexual con ella todavía le haces un favor tal como dice Marita Iglesias.

2.2 El Discurso Los discursos desautorizadores

Núria Pérez de Lara en su ponencia: “La autoridad de discurso con discapacidad manifiesta” dice:

Un mundo que ha desarrollado la idea y la realidad de normalidad como ausencia de discapacidades, un mundo en el que la normalidad se instala a partir de una relación de exclusión de las diferencias, de toda diferencia, empezando por la fundamental, la diferencia sexual femenina. Pero a al vez, un mundo en el que esas diferencias excluidas deben ser toleradas; a nadie le extraña hoy en día, sobre todo si se mueve en ámbitos educativos, que se hable de la necesidad de inculcar el "valor de la tolerancia" hacia los y las diferentes....

Pero ¿quiénes son los y las diferentes? Todas aquellas personas que de uno u otro modo muestran algo de aquello que el valor de la normalidad ha excluido: muestran su feminidad, muestran su extranjería, muestran su pobreza, muestran su discapacidad. Y ¿qué quiere decir que hay que inculcar el valor de la tolerancia? Para mí, quiere decir, como muy bien dice Clara Jourdan, que si hay que inculcar el valor de la tolerancia eso significa "que hay alguna cosa de profundamente inaceptable en la diferencia, alguna cosa que impide una relación e impone en su lugar la distancia de "lo políticamente correcto" Antes se trataba de la distancia de la exclusión, ahora de la distancia de la corrección política tolerante.

El discurso de los sin voz habla Carmen Riu en la ponencia de la estandarización para hablar que a la mujer con discapacidad nunca se la escucho. Núria Perez de Lara continúa exponiendo:

Creo que necesitamos decirnos esto: las mujeres tenemos, porque la han tenido las que nos han dado la vida y la han hecho crecer, capacidad de crear orden, de crear relación y vínculo social, de un modo propio y específico que nace de nuestra experiencia de vivir en un cuerpo de mujer. Pero, decirnos estoy dar autoridad a otras mujeres, es una acción política que exige de nosotras un doble salto vital – que no mortal -, por una parte, asegurar nuestros propios deseos junto a las demás mujeres y, por otra no confinarnos ni dejarnos confinar, pues, como dicen hoy ya muchas mujeres, es éste un salto complicado pero estimulante y necesario, debemos establecer espacios de mediación femenina y a la vez no quedarnos recluidas en ellos porque "el mundo es uno y los sexos son dos" (Montserrat Otero, Lia Cigarini, Luce Irigaray.....)

En mi acercamiento principal, como decía, a las "mujeres no estándar" o "con discapacidad manifiesta" les reconozco, os reconozco, esa autoridad porque en mi relación con vosotras –la antigua y la nueva, como la de ayer por la tarde- habéis mediado entre mi y el mundo una distinta manera de vivirlo, mostrándome vuestra capacidad de dar vida, de hacerla crecer, de crear orden, relación y compromiso, mostrando acuerdo y desacuerdos, mostrando semejanzas y diferencias, pero siempre con esa capacidad que debemos llamar aquí, autoridad femenina.

Sin embargo, hay otro posible modo de acercarnos unas y otras mujeres, en este caso las mujeres que no mostramos la evidencia de la discapacidad a quienes sí la muestran: el modo de acercamiento por el cual, no viendo en ellas más que la deficiencia aparente, me ciego. Me ciego en mi idea

de normalidad capaz que me hace pensar que sé lo que ellas sufren, que sé lo que ellas sienten, que sé o que ellas deberían hacer y lo que los demás deberían ser y hacer con ellas. Este segundo acercamiento no es, en realidad, sino un alejamiento. El alejamiento que, más que ninguna otra cosa, la lógica del saber sobre el otro produce. Es el alejamiento propio del profesional, del académico, de todo aquel que muestra la evidencia de su saber científico, técnico, humanístico....como muy bien se analizo ayer por la tarde. Pero, ese alejamiento es también propio del saber popular que, convencido de la normalidad e sus vidas y de su modo de ser y estar en el mundo, no ve otra manera posible de hacerlo. Si tuviera aquí tiempo de contaros algo de mi propia historia os mostraría que para llegar al verdadero acercamiento a las mujeres, hombres, niños y niñas que muestran esa discapacidad, tuve que desprenderme de los dos tipos de saber: el del profesional, el del académico y el del común de las gentes cegadas por su segura normalidad.

El saber profesional como saber sobre otro, que hace –exige y necesita- que el otro delegue en él, es un saber que se impone y niega al otro su autoridad. Erigiéndose en poder sobre el otro. Ayer se habló en este sentido, de lo médico, yo podría hablaros hoy de lo pedagógico que sino ejerce una violencia real sobre nuestros cuerpos – que también – sí ejerce una violencia simbólica tan o más dura que aquella.

El saber común, por su parte, ese que siente que sólo si una es “normal” merece la vida ser vivida, niega ese merecimiento a quien muestra su falta de “normalidad” negándose así una misma la posibilidad de mostrar y reconocer la propia deficiencia y negándose también a sí misma y a los demás, la soberanía del vivir; esa soberanía que sabe reconocer con Pessoa, el poeta Caeiro, que “todo ser es completo por el solo hecho de existir”.

Y ese saber común, niega también autoridad al discurso de la mujer con discapacidad manifiesta, porque niega, en ese “la mujer” a las mujeres concretas y vivas a las que se refiere y niega con su saber sobre la discapacidad la capacidad que hay en cada una de ellas de producir autoridad, creando orden de convivencia y órdenes de una nueva libertad, aquella que se crea en el reconocimiento de que, al otro, a la otra, les necesitamos.

Por eso, por la existencia de esos discursos desautorizadores, se hace necesario que nos reconozcamos autoridad entre nosotras, pero ese reconocimiento pasa por el encuentro de unas y otras en esa búsqueda de libertad en relación. Para mi, reconocer autoridad en nuestro y vuestro discurso es escuchar vuestra palabra y responder a ella con una acción que cree nuevos modos de convivir a partir de nuestra propia y mutua aceptación.

2.3 Definición de la dimensión de los medios informativos y mediáticos, según Pilar Rebollar:

“Hay que destacar por su importancia la Iconografía del cine: Observemos que antes los buenos de las películas, eran rubios y de ojos azules, iban vestidos de blanco o de colores claros, y los malos eran de

cabellos negros y ojos oscuros, vestidos de negro o de colores opacos. Los buenos acaban siempre bien, se salvaban al final de la película. Y los malos se morían o iban a la cárcel. Eso se nos quedo grabado, pero ahora el cine nos da la vuelta, todos son rubios y de ojos azules y a todos les pasa de todo. Nos dice: "Los ricos también lloran", ya que tenemos asociado a rubios y ojos azules con riqueza, surte y prosperidad y a castaños y de ojos oscuros con desgracia y pobreza.

Ya la imagen de la persona con silla de ruedas, en los films se asocia con la desgracia más terrible de la película: o se curan por obra de la ciencia, o por milagro religioso, o se queda sólo, abandonado y fastidiado.

En el caso de los enanos, el enano representa al mal, al defecto general. Al enano se le asocia con el diablo o con su sirviente, y principalmente con el origen del conflicto de la película a nivel simbólico. Simboliza al mal. Así pues en un film ambientado en la clase alta, el enano representa a los pobres o a los delincuentes. Y si el film es de tipo social, donde los protagonistas son gente de condición humilde, el enano representa al opresor, al capital, a la clase alta. Exceptuó las históricas donde debe interpretarse literalmente, ya que efectivamente en la corte de palacio, algunas veces el bufón era enano y las meninas enanas.

Como vemos topamos siempre con la mentalidad condenatoria, hoy no obstante se pueden ver películas como hijos de un dios menor; willow o los cuentos de nana bunilda, que nos ofrecen una imagen benéfica que nos permite olvidar la palabra minusválido en sí.

Con todos los esfuerzos de algunos productores que luchan por un cine social, mas humano, vemos que no son suficientes para igualar o nivelar el peso de la balanza que en la conciencia social viene ganado el cuerpo publicitario, y la estética. Así pues poco a poco vamos evolucionando hacia un fascismo de la imagen, que nos mueve a anular y suprimir de nuestro alrededor, todo lo que no sea agradable a la vista, y descubrimos que en esta inducción consciente o inconsciente, las personas de corriente ideológica de derechas, refuerzan su fascismo o lo excusan, y las personas de ideología de izquierdas, sobrevienen fascistas sin darse cuenta. Con ello tenemos una evolución hacia un futuro siglo XXI, tiránico con la imagen, y de mentalidad ultraderecha, con la que delante de un minusválido, se generan pensamientos, de que quizás lo mejor es aplicar la eutanasia, en vez de ayudarnos a crecer y desarrollarnos, aumentando el potencial humano de la sociedad: la fraternidad, la justicia, la solidaridad, y la madurez en el trabajo y en otros ambientes. Es por tanto que creo indispensable, la integración del minusválido en programas de televisión de emisión diaria, y no hablo de programas aislados, sino que al menos en todas las cadenas fuera obligatorio por ley, como es el caso de E.E.U.U., la inclusión de un minusválido en al menos un programa de emisión diaria. Lo mismo en prensa y radio.

Hay que permitir que el minusválido entre a través de la televisión en nuestra casa, para que le perdamos el miedo al minusválido que llevamos dentro, ya que todos en algún momento de nuestra vida, hemos sido

minusválido, y necesitado ayuda de algún familiar (cuando éramos bebés), de algún amigo o terapeuta, para superar situaciones que nos sobrepasaban a nivel emocional (de pareja), económica o generacional que en diferentes momentos de nuestra vida se nos presentaban.

De ahí la importancia de aceptarnos y amarnos como somos, para poder amar y aceptar a los demás,, tal como son. La felicidad pasa por ahí, sino nuestras debilidades llaman a la puerta de nuestra conciencia, a través de situaciones, que nos obligan a tomar conciencia igualmente”.

Pero desde el año 1966 muchas mujeres con discapacidad participamos como activistas en el movimiento de personas con discapacidad, como activistas y con compromiso de producir un cambio social y se ha conseguido aunque queda mucho por hacer, ser persona con discapacidad en nuestro país ya no es tan terrible porque la filosofía y las acciones de las personas con discapacidad han propiciado una calidad de vida para estas personas.

2.4 El asombro

El discurso de mujer con discapacidad ya lo encontramos en el año 1995 en el ideario de la asociación Dones No Estàndards para ver que existe de específico ser mujer con discapacidad me ceñiré a los textos de Dones de Barcelona, C. Riu cita:

“Estas mujeres que tienen muchas dificultades de poder desenvolverse en su vida, con toda la dignidad que toda persona merece, digan que son personas con mucha suerte (autoestima). Además para una persona que desconozca el que es una vida con una disminución, sorprende, porque la vida de estas mujeres esta llena de cosas de los hechos, de los actos de cualquier mujer, quizás la primera barrera psicológica que hemos de ir suprimiendo es el factor sorpresa.”(Publicado por IMSERSO titulado Mujer y discapacidad – Buenas Prácticas año 2000)

La sorpresa es una dimensión a considerar y continúa diciendo:

“Y no es, porque tengan más ayuda pues, los significados que se nos producen cuando vemos a una persona con una limitación física son:

“No puede hacer nada”

“No sirve casi para nada”

“Pobre”

Incluso, se da el caso que la mujer discapacitada se sorprende de sí misma. Y continúa el discurso:

“El hecho de que se nos produzcan estos significados hace que nos apartemos, ayudamos un poco, siempre que estemos delante de otros, y pensamos “pobre familia”, como si a nosotros sólo nos pudiera tocar el papel de ser un miembro de esta, como si nunca nos pudiera tocar ser una persona

con disminución. Todas las mujeres entrevistadas han sido físicamente normales antes de su limitación, pero, esto, nos culpabiliza menos a la hora de apartarnos y nos hace sufrir menos porque pensamos que nunca se nos puede producir a nosotros mismos. Normalmente, nos apartamos, esto quiere decir que en la mayoría de ocasiones estas personas no consiguen el trato social igual que otra persona, tanto cuantitativa como cualitativamente”.

Se pone distancia a una persona que se cree que no sirve para nada. Pero moralmente hemos de hacer ver que somos buenos, “le ayudamos un poco” aquí se plantea la dimensión de la doble moral. Surge aquí otro mito que la discapacidad se cree “que es de nacimiento” y así las personas que no la tienen piensan que no les va a tocar, también en la creencia se incluye que la madre que se cree que algo no ha hecho bien para que le haya salido uno hijo/a así, y en consecuencia es ella a quién le corresponde que siga viviendo ella tiene de continuar suministrándole lo necesario del mismo modo, que a través del cordón umbilical, por lo tanto todo el tiempo de la vida ha de ser coetáneo y se les culpabiliza diciéndoles además que no saben educarlos.

Más adelante continúa diciendo C. Riu:

“Esto supone que estemos más solas que el resto, es decir somos menos ayudadas que cualquier otra persona”.

Queda claro aquí que el efecto que produce el pensar “que debo ayudar” produce el efecto contrario. (La doble moral)

En el proyecto cuando se habla de los valores y costumbres en que han intervenido para iniciar un cambio, las doce mujeres que lo testimonian dicen.....

- *“La no consideración de ser mujeres con sexo por el hecho de ser disminuidas físicas*
- *La prohibición (o casi) de ser adultas e independientes por el hecho de ser mujeres diferentes.*
- *La marginación en la relación, el no acercarse por el hecho de ser mujeres disminuidas físicas*
- *La incapacidad de entender que aunque no se tenga un físico según los modelos de esta sociedad, se puede “seducir”, etc....*

Se habla de las dimensiones de no tener sexo. La negación de ser adulta. El no acercarse por ser mujer con disminución. El cuerpo despreciado por estar fuera de las normas estéticas.

C. Riu en la ponencia sobre el nombre de la asociación Dones No Estàndards realza el problema del sentimiento de querer ser completo o perfecto, ordenado, ella misma se muestra como que al constatar que no es así no podía hablar. Aquí sale otro de los deseos “estar dentro de la norma” y “ser normal”. Y dices que mientras pensamos en esto no hacemos nada en la vida, vivir es partir como somos y vivir con otros.

La normalidad es convencional y fuera de ella existen las diversidades, dice más adelante, la discapacidad es un límite y como todo límite también puede desarrollar capacidades, pero los límites no están valorados en nuestra sociedad.

En otro párrafo menciona:

La convención no tiene en cuenta el discurso de la mujer con discapacidad, añade: no hay lugar, ni espacio ni personas, ni discursos, ni identificación del propio cuerpo, solo hay lugar y tiempo para la alucinación. Ante ella solo cabe la palabra para entenderlo, para convertirnos en agentes de nuestra historia.

2.5 Aislamiento

El aislamiento y confinamiento por motivos culturales en muchos países, son elementos determinantes que crean situaciones negativas. Esta es otra forma trágica de discriminación que es experimentada y sufrida más por mujeres que por hombres. El aislamiento de las mujeres con discapacidad lleva, por ejemplo, a subestimar y hacer de la maternidad y de la sexualidad un sentimiento negativo. La carencia de servicios de apoyo apropiados y la ausencia de una educación adecuada tienen como resultado un bajo estatus económico el cual, a su vez, crea dependencia de las familias o de los servicios de atención.

2.6 La Vulnerabilidad

Margot Pujal decía en su ponencia “Estandarización de invisibles y cosificación: obstáculos para el cambio social” en las Jornadas de la UAB sobre “La Construcción Social de la Dis-capacidad Manifiesta en la Mujer”

La reflexión que intento introducir aquí porque me parece clave para empezar a cambiar las cosas se refiere a sí: ¿Nos hemos parado a pensar en la forma en que cada una de nosotras nos pensamos a nosotras mismas? ¿Nuestra forma de pensarnos no estará muy relacionada, con la forma en la que nos piensa la sociedad? ¿Y cómo nos piensa la sociedad? ¿Y cuáles son los efectos de este pensarnos de la sociedad y de pensarnos nosotros, con relación al control-determinación de nuestras vidas?

Pero (quizás os preguntareis) ¿para qué nos interesa pensar cómo nos pensamos a nosotros/as mismos/as y para qué nos sirve pensar cómo nos piensa la sociedad?

Pues nos interesa, según mi opinión, porque en ello está el quid de la cuestión del porqué a un grupo discriminado, a una minoría, a un grupo sin poder, llamémosle de la manera que sea (ya sean las mujeres en general, las mujeres alrededor de las que se ha construido una “dis-capacidad manifiesta”, los inmigrantes, las personas de la tercera edad) le es tan difícil articular pautas sociales transformadoras, que empiecen a cambiar su situación

social de vulnerabilidad (entendida como una propensión mayor a padecer conflictos de diversa índole).

Me lo pregunto porque parto de la idea que las personas más directamente afectadas por un problema deben ser las principales protagonistas de su transformación y cambio, de lo contrario caeríamos en una actitud paternalista que no sería más que un síntoma el problema que queremos tratar. La pasividad o la indefensión o el victimismo deben transformarse en agencia personal (acción con sentido y con opción).

Más adelante continua diciendo

*Más arriba avanzábamos que, en nuestras sociedades postindustriales y complejas existe una **forma característica de ejercicio del poder que actúa, pero que difícilmente se VISIBILIZA como tal**, y esta característica es la que le proporciona la gran fortaleza que tiene. Se trata del ejercicio de un poder que no está fuera de nosotros, no es exterior, no está ubicado en alguien que ocupa una jerarquía ni tampoco en una estructura social, tampoco funcional reprimiendo y diciendo NO sino de una forma de poder que es más bien interna al sujeto, a nosotras/os, que no va de arriba a bajo, sino que está por todas partes y que funciona mediante dispositivos de construcción de la realidad simbólica (es decir, forzando las realidades sociales mediante procesos de significación que le son ajenos).*

Este ejercicio del poder tiene mucho que ver con la forma subjetiva en que pensamos la realidad y sobretodo, con la forma subjetiva en que nos pensamos a nosotros/as mismos/as (por ejemplo el pensarnos como personas con unas capacidades o careciendo de ellas) puesto que es en base a esta forma de pensar que actuamos y nos comportamos en el mundo, y que posibilitamos o no el cambio de lo que tiene apariencia de realidad 'objetiva' o cosificada o incambiable (pero cuya objetividad no es más que un efecto retórico de su institucionalización).

*Con relación a esta forma de poder, sabemos hemos podido percibir que el trato diferenciado (la negación de posibilidades) hacia personas que son construidas como diferentes, la mayoría de las veces **no se interpreta como tal, como violencia**, sino que a través de la construcción de la diferencia como mecanismo ideológico, este trato desigual es percibido como si fuera razonable, 'normal', "es lo que cabe en esta situación dadas las características de las personas afectadas", estamos acostumbrados/as a oír.*

Más adelante dice:

*Parfraseando a Ana María Fernández, (1999) podemos decir que lo femenino ha sido pensado desde el '**a priori de lo mismo**'. Esto es la homologación de lo genérico humano a lo masculino y un consecuente ordenamiento donde lo diferente no se ve, es denegado, es visto como complemento de lo mismo, o equivalente menos, pero no en su especificidad. Un ordenamiento que pierde la positividad de la diferencia. La mujer por tanto queda como continente negro, desconocido, es aquella geografía que está más*

allá de la imagen especular con la que el hombre ha necesitado diseñar a la mujer para poder representarse su sexualidad y subjetividad. 'Negro, ininteligible, así quedarán todas aquellas regiones de la mujer que se ubiquen más allá del espejo' (Irigay, 1974). En definitiva, al poder la positividad de lo otro, lo mismo se ha transformado en lo único (Fernández, A.M. p.156-157) pensar la diferencia sexual desde 'el priori de lo mismo', implica a su vez organizar los instrumentos conceptuales para pensar el mundo desde las analogías, las comparaciones jerarquizadas y las oposiciones dicotómicas lo que genera una **'ilusión de simetría'** entre lo masculino y lo femenino (Fernández, A.M. p. 157) que supone en realidad una profunda desigualdad social, ya que siempre tomo como referente a lo masculino.

Lo femenino tiene poco que ver, pues, con las mujeres específicas y mucho con los deseos y necesidades de quienes han construido el modelo, y es a través de él que **se ejerce un control social de las mujeres y se deniega su posibilidad de diferencia en positivo.**

Por afectar a las mujeres en general, este modelo 'estándar' va a tener también importantes implicaciones para las mujeres alrededor de las cuales se ha construido 'una discapacidad manifiesta'. Si del modelo masculino o androcéntrico) se desprende que **la definición de lo femenino es de por sí de naturaleza carencial, 'discapacitadas', podríamos decir**, con relación a las características genéricas asociadas a lo masculino (que son racionalidad, instrumentalidad, autonomía, etc.) las mujeres construidas alrededor de una 'discapacidad manifiesta' **serán construidas como doblemente carenciales** (sin esas características masculinas, pero además en las características femeninas –que son objeto sexual, ternura asociada a maternidad, pasividad y dependencia).

¿Qué le queda pues a nuestra sociedad androcéntrica y sexista por atribuir a esa categoría social doblemente denegada, que se refiere al colectivo de mujeres alrededor de las cuáles se ha construido una discapacidad manifiesta?, pues seguramente aquellos atributos que más pavor generan a sus sentidos..., y lo importante no son los atributos en sí sino el pavor que generan, que cada uno/a piense cuáles pueden ser...

¿Por qué hablo de una categoría social, doblemente denegada? Porque la primera denegación de este colectivo es en relación al **modelo genérico humano** (lo que conlleva pensar la subjetividad de la mujer en términos comparativos, como menos racional e instrumental, y circunscribirla a ser un objeto del deseo, madre, esposa y ama de casa y no un sujeto). La segunda denegación es en relación **al modelo genérico femenino**, (ni objeto de deseo, ni madre ni esposa o pseudo-objeto de deseo, pseudo-madre, pseudo-esposa,...y quizás eso sí ama de casa ya que es algo muy inespecífico y que además representa el paradigma del 'cuidado de los otros al precio de dejar de cuida de una misma' cuando se convierte en el único espacio que se habita.

La doble denegación supone carencia como sujeto de deseo y también como objeto de deseo. Si lo primero ha supuesto, y todavía supone un

sin fin de violencias de todo tipo podemos imaginar las consecuencias del segundo....

En este sentido, es fácil que se agraven las formas de violencia si es que tiene sentido hablar de agravamiento en relación al sufrimiento y al daño. El dolor es dolor, no tiene mucho sentido hablar de grados objetivos puesto que es de naturaleza subjetiva, tenga la forma objetiva que tenga.

Más adelante específica:

Desde una perspectiva teórica que articulo lo intersubjetivo y lo subjetivo tenemos que admitir que 'uno no es siempre responsable de sus actos porque no siempre es libre'.

Después de hablar de perspectiva de genero del proceso de la pasivización de la erotización de la mujer de la vulnerabilidad, habla de que hay que crear condiciones que permitan transformar al subjetividad en las mujeres introduciendo en estas: el deseo hostil y el juicio crítico para el cambio de su condición social.

Hemos visto hasta aquí algunos dispositivos de cómo se pueden 'cosificar' a las personas, sustraerles su condición de sujeto con capacidad para pensar y para desear y convertirlas en una objeto-cosa manejable en función de las necesidades de otro. Por ejemplo, si reducimos a las personas a través del trato que les otorgamos a objetos sexuales, es fácil que lleguen a comportarse como tales objetos sexuales, puesto que nos constituimos a través de las condiciones sociales tanto simbólicas como relacionales que caracterizan nuestra cultura.

Pero ¿Se puede cambiar el mundo, cuando las personas han sido cosificadas? ¿Quién puede ser entonces el sujeto de la acción? ¿No es necesario previamente devolver esa condición de sujeto a las personas? ¿No es esta una condición necesaria aunque no suficiente en la transformación social, la transformación individual? ¿Son procesos paralelos? ¿Qué podemos hacer para convertir los objetos (O sujetos cosificados) en sujetos de cambio social, en sujetos que puedan pensar y desear a sus anchas?.

Puesto que, tal y como señala M.J. Izquierdo (1998), no los pensamientos ni los deseos son nuestros en calidad de sujetos productores de los mismos, sólo son nuestros en el sentido que los experimentamos; para ser sujeto y no cosa objeto se requiere trabajar sobre los pensamientos, y trabajar sobre los deseos y las necesidades propios, es necesario ver como los pensamientos y los deseos que tenemos pueden dificultar las cosas que queremos realizar. También se requiere identificar los contextos sociales en que eso se tolera y permanecer en ellos. Supone que hemos de ser capaces de renunciar a un deseo primero por otro de segundo orden.

Y, cuando ya se es sujeto con capacidad de agencia, la identidad subjetiva deja de ser fija se convierte en variable, uno/a puede elegir en cierto grado (deja de estar tan atado/a a los propios prejuicios, definiciones sociales)

se construye a si mismo/a como cambiante y de forma relativa al contexto, puesto que en cada uno de nosotros confluye una pluralidad de factores, cuya importancia puede variar en función de las circunstancias. Y como sujeto, con capacidad de agencia cada uno/a debe optar y hacerse cargo de sus opciones, el cambio social será posibilitado por la conjunción y priorización de opciones entre sujetos en diferentes momentos y contextos.

2.7 Dimensión Laboral

En España, tienen estudios básicos el 20% de las mujeres con discapacidad de las que aproximadamente solo el 8% recibieron una formación superior. En la Unión Europea solo tienen estudios universitarios el 15% de las mujeres con discapacidad severa frente al 23% de las mujeres en general.

M^a Rita Iglesias expone:

Es obvio, pues, que ante una carencia de formación cualificación de existen nulas o escasas posibilidades de percibir ingresos y mejorar su situación. Generalmente existe una baja expectativa de las posibilidades profesionales de una mujeres con discapacidad. Aquellas que trabajan, la mayoría lo hace en empleos mal remunerados y en situaciones de explotación.

Empleo de mujeres con discapacidad por categorías profesionales en España (1994)

(El tanto por ciento aprox. Es sobre el total de personas empleadas en el sector)

<i>Discapacidad severa:</i> Profesionales, técnicos, o,....%	<i>Cierto grado de discapacidad:</i> Profesionales, técnicos, 5,....%
Venta, servicios 1%	Ventas, servicios 5%
Otros (baja cualificación) 2%	Otros (baja cualificación) 16%

En datos referidos a al Unión Europea, el 76% de los hombres sin discapacidad están empleados, frente a solo el 36% de hombres con discapacidad. En el caso de las mujeres, el 55% están empleadas frente al 25% de mujeres con discapacidad.

Empleo de mujeres con discapacidad en España por sectores (1994)

(El tanto por ciento aprox. es sobre el total de personas empleadas en el sector)

<i>Discapacidad severa:</i> Agricultura 8%	<i>Cierto grado de discapacidad:</i> Agricultura 36%
Industria 1%	Industria 8%
Servicios a la comunidad 1%	Servicios a la comunidad 5%
Otros servicios 1%	Otros servicios 8%

La discriminación ejercida sobre la mujer con discapacidad es invisible, para mostrar la realidad, es por tanto esencial contar con los datos básicos sobre la situación. Contamos con los datos básicos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (Realizada por IMSERSO-INE-ONCE), próximamente realizaremos junto al Instituto de la Mujer la explotación específica de los datos desde la perspectiva de género.

De momento podemos constatar los siguientes datos:

Del total de personas con discapacidad (3.528.220), 2.055.251, son mujeres. Por lo que la tasa de mujeres con discapacidad por 1.000 habitantes es de 102,67 frente a 76,60 hombres. Hay que considerar que es a partir de los 45 años en donde la tasa de mujeres es superior a la de hombres, (mayores de 65 años hay 1.338.843 mujeres con discapacidad, y 733.809 hombres).

Los datos de la relación hombres y mujeres de 16 a 64 años según la relación con la actividad son muy significativos:

	Total	Varones	Mujeres
Total.....	1.337.708.-	678.378.-	659.330.-
Activos	429.357.-	273.866.-	155.509.-
Trabajando	318.439.-	213.849.-	104.590.-
Parados	110.935.-	60.000.-	50.919.-
Inactivos	906.933	403.795.-	503.138.-

El perfil de la mujer con discapacidad como mayoritariamente inactiva en su edad laboral, condiciona su situación y da especial relevancia al índice de protección social en función del sexo del beneficiario (datos de prestaciones de naturaleza no contributiva (Diciembre 99 IMSERSO). Casi el 77 % de beneficiarios de PNNC son mujeres (483.679), porcentaje que se eleva al 87 % en el caso de las pensiones de jubilación.

Esta situación de discriminación también se puede ver desde el punto de vista contributivo (relación inversa) en los datos del INSS (Informe estadístico 1998). Del total de preceptores de incapacidad permanente 327.592 son hombres y solo 96.720 son mujeres (el 22,8 %) y además con una diferencia en la cuantía media mensual significativa: 103.755 (hombres) y 83.162 (mujeres).

Estos datos iniciales nos muestran que una gran mayoría de mujeres con discapacidad se encuentra en situación de pobreza o en el umbral de la misma. (Estos datos han sido aportados por Virginia Cristóbal).

El discurso de Raquel Soto, nos habla del ámbito laboral, en la tertulia del Distrito de Sarriá de Barcelona:

“Creo que si soy experta en algo es en vivir la vida cotidiana con normalidad” y habla de su condición privilegiada de su condición de mujer disminuida.

Esencialmente lo que motiva a cualquier persona hacia el trabajo es una necesidad de socialización, socialización que se alcanza por la doble vía del desempeño y el logro del propio trabajo de una parte, y por la autonomía que garantiza la disponibilidad de rentas que permite el trabajo. Pero si la motivación al trabajo es la misma en todas las personas, las oportunidades de acceso al mismo, evidentemente, no lo son.

En el caso de personas con alguna discapacidad, el acceso al trabajo está restringido por un conjunto de barreras que son características de su condición y que se han de añadir al conjunto de barreras que cualquier persona debe superar para acceder al trabajo. Este conjunto de barreras específicas pueden agruparse en torno a:

- *Barreras de actitud de las propias personas discapacitadas que prefieren, en muchos casos, limitarse a “ejercer de disminuidos” y cobrar en el mejor de los casos una pensión mísera pero “segura”. Condicionados por una autoestima muy deficiente y por importantes carencias de formación.*
- *Barreras de aceptación SOCIAL, debido a una gran falta de información, puesto que se ignoran o no se analizan los puestos de trabajo que pueden desempeñar las personas con discapacidad y, de otra parte, la imagen que del conjunto de personas discapacitadas se percibe todavía hoy, en el sentido de que, aún se mantiene la idea de que cualquier persona disminuida es menos productiva, absentista o ineficiente.*
- *Y por último, aunque no menos importante, el conjunto de barreras arquitectónicas y del transporte.*

Sabemos que la contratación de personas con discapacidad se reparte de forma muy desigual entre las distintas modalidades de contratos específicos para disminuidos y los Centros Especiales de Empleo. Más de la mitad de los disminuidos que trabajan, lo hacen en CEE, con lo que se puede concluir que la mayor parte de trabajadores y trabajadoras disminuidos, lo hace en trabajos que requieren escasa cualificación y garantizan una casi nula promoción interna.

La Sra. Àngels Garcia técnica del Institut Municipal de Persones amb Disminució de Barcelona, dice en su ponencia en la tertulia del Distrito de Sarriá en Barcelona:

En el año 1985, cuando comenzó el EAL (Equipo de Asesoramiento Laboral) existía una conciencia clara de que los hombres habían de prepararse laboralmente, en cambio, tal conciencia no era tan clara en cuanto a las

mujeres. En general, el trabajo de las mujeres se concebía como una cosa temporal y secundaria, mientras estas no se casaran.

En el entorno privado, en el año 1985, no estaba nada claro que una persona con disminución, aunque fuera un hombre, pudiera integrarse laboralmente, y tratándose de una mujer, era prácticamente inconcebible.

En relación a la propia persona, las familias ejercían una sobreprotección que dificultaba que la persona se viera capaz de integrarse laboralmente, participar en la economía y emanciparse.

A más a más en el caso de la mujer, el entorno general era más exigente en cuando al estándar físico, lo que comportaban en muchos casos, a nivel personal, una frustración mucho más grande de las expectativas, ya que no se sienten al nivel que creen que se les reclama por parte de la sociedad.

A lo largo de estos 15 años de actuación del EAL alguna cosa ha cambiado o al menos se ha suavizado, pero sin duda la mujer no estándar ha de llevar a término una lucha mucho más grande que los hombres, incluso en momentos previos a su posible incorporación laboral, ha de luchar más, por ejemplo, en un aspecto tan básico como es la formación, porque muchas veces no encuentra en su entorno más próximo el soporte necesario.

2.8 Matrimonio, familia y relaciones amorosas

En muchas partes del mundo la imagen física de la mujer determina su valor y en última instancia sus oportunidades de matrimonio. La capacidad de atender a los hijos y ser un padre capaz determina su habilidad como mujer.

Nosotras no cumplimos estos requerimientos en algunos casos porque nuestra sexualidad es juzgada por la sociedad a través de nuestra imagen física. Por lo tanto, la sociedad desacredita así nuestra feminidad y maternidad.

Dentro del matrimonio, se experimenta una mayor discriminación que una mujer sin discapacidad. Si una mujer se convierte en discapacitada después del matrimonio, es probable que su marido la abandone por otra mujer, o si tiene hijos, será juzgada como incapaz de cuidarlos. Más raramente ocurre a la inversa.

Así como al reto de las mujeres se las incita a tener hijos a nosotras se nos cuestiona, prohíbe y esteriliza (sin consentimiento).

Contrario a estas creencias, aun las mujeres con discapacidad podemos afrontar retos ante un embarazo, cuidado de los hijos y labores de casa, después de que otras mujeres con discapacidad han demostrado que pueden llevar todo eso a cabo.

2.9 Dimensión del ámbito doméstico, según Carmen Riu:

En el ámbito doméstico se atiende la diferencia, escondida y olvidada, con rechazo por la construcción que existe en ella socialmente, así mujeres “discapacitadas” entre comillas están aisladas o prisioneras en sus casas, sin formación, explotadas en trabajos rutinarios, esclavas sin sueldo, cargando con la culpa de todos los problemas familiares y cuidando de todos los viejos de la familia hasta que mueren y sin recursos económicos, ni sociales, sin reproducción maternal, pero sosteniendo a la familia, diríamos que carga lo más negativo del reproducir cada día lo mismo necesario para la subsistencia de las mujeres y hombres que su poca relación le permiten

De nuevo aparecen aquí los dualismos entre lo público y lo privado, entre la producción y la reproducción, entre trabajo intelectual y manual. Por la economía que supone el no pagar el trabajo privado, reproductivo y manual, a cargo siempre de una mujer y si esta es no estándar, a cargo sin reconocimiento social cuida de sus abuelos/as y padres y madres hasta el final, diciéndole la sociedad qué suerte tiene de que la cuiden a ella y al final queda sola con una pensión no contributiva de 43.000.- ptas. actualmente cuidándose de sí misma sin nadie conocido.

2.10 Dimensión el cuerpo y la sexualidad

En la ponencia sobre el nombre de Dones No Estándards, C. Riu, hablando del cuerpo escribe:

Nuestro cuerpo natural – técnico o tecno-natural como agente social por excelencia, con la significación de “emergente social satisfactorio” como le empezamos a llamar nosotras en el proyecto Dones de Barcelona.

El cuerpo se entiende como un sistema de signos que refuerzan, significan y expresan relaciones de poder. Esto ha sido importante en la investigación feminista, médica y histórica.

El construccionismo social expresa “el cuerpo” tiene una historia.

Las feministas han recibido la influencia del socioconstruccionismo como destino, en el rechazo de la anatomía como destino.

Recientes sociologías de la masculinidad han cuestionado también mucho de lo que hay de relación entre el poder, la destreza en el deporte y la masculinidad que ha determinado la mitología del poder del macho en las sociedades occidentales.

Las técnicas deconstructivas, la epistemología antifundacionista y la teoría feminista han proveído con herramientas poderosas el tratamiento del cuerpo, como un texto problemático, como un discurso de la carne en las relaciones de poder de la sociedad pueden ser tan interpretadas como sustentadas o reproducidas. La crítica al texto del cuerpo por tanto nos lleva a una crítica de las relaciones de poder en la sociedad.

Para conseguir que nuestro cuerpo sea un texto, con agencia, nuestra parte natural ha transformado el deterioro de un accidente, o de una enfermedad, constituyendo esta “dis-capacidad manifiesta” en una característica de nuestra personalidad.

Nos hemos apropiado de la dis-capacidad debido a nuestra condición de agentes sociales propietarios de nuestro cuerpo.

Nosotras las Dones No Estándards tenemos todas el mismo atributo como quedo patente en enero del año pasado en el I Congreso de Dones de Barcelona, la última conclusión del evento fue la proclamación de que todas las mujeres de Barcelona eran dones no estándares así que no existimos como grupo versus exo grupo, pertenecemos al mismo colectivo todas y todos, al grupo de los seres humanos, así queremos romper con la clasificación, el prejuicio, el conflicto entre grupos y pretendemos modificar la creencia sobre nosotras/os horadando la correlación ilusoria de la homogeneidad.

Devenimos todos/as actores globales de nuestro tiempo y espacio. La colectividad no conoce más que ella, la convención, sus relaciones, su poder todo lo es. El cuerpo tiene un poder muy fuerte, en función que te parezcas lo más posible al cuerpo convencional femenino, que es aquel cuerpo de los spots publicitarios y que al sistema andrócentrico lo quiere para perpetrar sus intereses. En un sistema así existen cantidad de personas con problemas graves de alimentación, para conseguir asemejarse al máximo al modelo aceptado socialmente, las incapacitadas o dis/capacitados que son cuerpos peculiares lejos de lo convencional por no se ejemplo, se construyen con la negación, la exclusión y el olvido. En consecuencia todas las singularidades de nuestro cuerpo que podemos esconder no las manifestamos por lo que implica el estar fuera de lo convencional, sin ella no existe el tiempo ni el espacio, ni personas, ni discursos, ni identificación del propio cuerpo, solo hay lugar y tiempo para la alucinación.

Cualquier diferencia nos convierte en discapacitados, por encima de nuestros/as capacidades, ser más gorda/o que lo convencional acaba incluso con la muerte producida por una/o mismo/a, y así además tienes un trastorno funcional orgánico se permita la tortura y en casos la anulación; por ejemplificar:

- Los torniquetes que se le hacen a los enanos para que crezcan nos centímetros.

- Si en todo el proceso encuentra la muerte, esto no es un hecho que sirva como experiencia sino que se sigue practicando como el culto que hay que pagar al dios convencional, hemos cambiado a Dios por la Convención.

En nosotras las mujeres con “discapacidad manifiesta, como dijo Carmen Riu en su ponencia sobre la estandarización, que tan patente esta la relación que existe entre lo social y lo natural, queremos enfatizar nuestra visión, convencidas que nuestras inspiraciones, formas imaginativas, imágenes

mentales ideas utópicas producirán nuevas relaciones entre la sociedad y la naturaleza.

La imaginación y la crítica generan un pensamiento transformativo, en dónde la clave del trabajo esta en el auto-conocimiento que es una forma de conocimiento que integra la intuición y la racionalidad y nos ayuda a expresar la simultaneidad, incorporando así nuestro ser natural a nuestro ser cultural poniendo así énfasis en la corporeidad y sensualidad, sensualizando la razón y el conocimiento.

Como dice Barba Halland-Cuz “La mente no es una parte separada del cuerpo. Es una tautología que se olvida en las sociedades patriarcales. Así, considera deliberadamente a las mujeres como autonocimiento de la naturaleza”.

Carmen Riu continúa diciendo:

Las mujeres no estándar estamos convencidas que las experiencias sociales de las mujeres, en el nivel material y el simbólico, constantemente nos recuerdan que los humanos somos seres culturales y naturales y creemos que las mujeres con discapacidad estamos separadas del resto por lo natural convertido socialmente en objeto reproductor de la normalidad, la madre naturaleza es creadora de la diversidad, pero a esta no la tiene en cuenta la convención, la normalidad separa la riqueza de la naturaleza y martiriza todo lo que esta fuera de ese concepto, por eso las mujeres no estándar queremos acariciar y gozar de su relación, diálogo, convivencia, creación, perspectiva, estrategias y proyectos futuros y todo esto simultáneamente. Nuestro cuerpo natural – tecno o tecno – natural queremos convertirlo en un rasgo característico de nuestra personalidad, al apropiarnos de él como agentes sociales por excelencia, su significación se convierte en “emergente social satisfactorio” como le empezamos a llamar nosotras en el proyecto “Dones de Barcelona”.

Si en la mujer normal se ha creído que la sexualidad no era importante, la creencia en este tema sobre la mujer con discapacidad, es que ya ni tenía sexo y ni tenía que practicarlo.

Merche Cruz nos dice en Dones de Barcelona.....

C: ¿Con respecto a las relaciones sexuales y a la planificación de estas relaciones, cómo piensas que se lleva en las mujeres disminuidas?

M: Pienso que esta mal, sólo unas cuantas hemos llevado una vida “normal”, que hemos salido con chicos, hemos tenido unas relaciones “normales” como otras mujeres: que tenemos pareja, que tenemos hijos/as....Y incluso algunas de estas mujeres que tienen hijos y hijas ha sido como si su meta fuera casarse y tener hijos y hijas y no han hecho nada más que eso. Tampoco esta muy claro que sean unas relaciones que funcionen, para ellas conseguir un hombre y que fuera a la “cama” con ellas era lo sumo.

Esto, para mí, no es así, tú eres una mujer como otras y puedes tener tu atractivo sino de una manera pues de otras y conquistar igualmente a cualquier hombre sea disminuido o no.

.....y continúa diciendo...

M: Hay gente que les atrae, hay hombres que les atrae de nosotras y hay hombres que les asusta; esta claro porque piensan “ ¿a ver, que podré hacer yo, que pasara?. Está bastante mal.

C: ¿De todas maneras hasta que lo prueban, no? En general los que lo han probado no suelen hablar mal.

M: No, no suelen hablar mal los hombres, y las propias mujeres disminuidas pienso que hay muchas que aunque tengan pareja o estén casadas se han limitado mucho ellas mismas porque han pensado....”bien esto es así y ya esta bien” o bien piensan que no pueden hacer muchas cosas más.

Yo siempre he propuesto de hacer charlas de sexualidad con personas de cualquier grado de disminución, porque cuando se hacen se habla mucho de los tetraplégicos y/o parapléjicos, pero este no es el problema de todo el mundo, estas personas tienen unos problemas determinados.

C: Si, incluso hay disminuciones como es la poliomielitis...

M: Si, es mi caso.

C: ... que se ha llegado, precisamente, a que haya todo lo contrario, hay un aumento de sensibilidad. Entonces se nos “cuelga” el hecho de tener una disminución como una persona que tendrá dificultades en este sentido. Cuando en realidad eso sólo pasa en determinadas personas con una determinada disminución y no sé si es más grande el tanto por ciento que la población en general que también tiene problemas en este sentido.

M: Si, la población en general ; muchos problemas tienen !....

Con respecto al cuerpo dice.....

Aquí en la asociación tengo compañeras, no diré nombres, que son muy cerradas, les es igual como ir, como si ir con silla ya fuera igual como vayas. Tu tienes una imagen, la silla forma parte de tu imagen, tanto tu como la silla tenéis que estar con la imagen que a ti te gusta y que te encuentres bien. Y con respecto a su vida no tienen una autoestima suficiente, no se valoran como mujeres ni como personas, como si por el hecho de ir en silla y ser disminuida física fueses menos que el resto.

Carmen Riu en la ponencia sobre sexualidad en Asturias 2002 escribe:

Necesariamente para tratar el tema hemos de diferenciar dos aspectos de la sexualidad, la necesidad de ser objeto de deseo y la necesidad fisiológica, ambas conciernen a la persona adulta.

Pero ambas están muy separadas en el pensamiento androcéntrico, llegando en nuestro mundo postmoderno a ser casi un valor al que se ha de tender, digo casi, porque todavía continua existiendo el sentimiento que engloba esta bipolaridad. Es más fácil, no obstante desarrollar un mercado del sexo separando lo fisiológico y también es un modo de concebir la descarga fisiológica como una pulsión incontrolada no tan solo en su necesidad de satisfacción, sino incluso aceptando ciertas transgresiones morales entorno a las mujeres. Esta situación nos lleva a las mujeres en general a tener de soportar acosos, y a veces violaciones, incluso por parte de la pareja, y en torno a esta separación de cuerpo y persona humana sufrimos nuestro cuerpo más que gozarlo, porque este ha de ser según nos manda la moda, lo que vende, la convención.

Sabemos que muchas mujeres con discapacidad han sido acosadas, algo de ello debe haber. Según un estudio de Lidia Zijdel, el 80 % de las mujeres europeas discapacitadas han sido acosadas o violadas.

¿Existe acaso un espacio y tiempo para la seducción para nosotras?.

Y que es sino la seducción que aquella atracción que se siente al conocer una persona que parece tener algo nuevo desconocido y atractivo, que no sabemos lo que es, pero que nos arrastra hacia ella por el interés que nos despierta conocerla, quizás ahí exista algo de libertad, contrariamente a lo que se cree, una persona que sea en algo distinta es lo que nos atrae, lo conocido, lo convencional ya tiene su significado y aunque es conocido y valorado, puede ser aburrido y monótono.

¿Existe este espacio y tiempo para ligar?.

Las mujeres no estándares pensamos que aunque lo tenemos complicado, si existe, es ese pequeño espacio de libertad que tenemos los humanos para contactar con cuerpos y personas distintas a los convencionales porque casi nadie tiene el cuerpo de una mujer o hombre como el de los anuncios. Pero que sucede cuando una es tan distinta a lo convencional, por ejemplo:

Mujer baja borda negra, vieja y disminuida.

¿Seduces?, ¿puedes?.

Quizás, pero es complicado por muchos factores de los cuales podemos enumerar algunos:

La vergüenza social que supone el tener una pareja así, para una mayoría de la población, al menos para las personas convencionales y las barreras arquitectónicas, de transporte y comunicación que se dan en los

lugares dónde se producen estas relaciones: colegios, universidad, trabajo, bailes, calle, bares, agencias matrimoniales, clubs nocturnos, prostíbulos, etc...

La poca autoestima de la mujer con discapacidad, el pensar que ella no puede producir placer a otros / as, dificulta aún más esta relación.

La falta casi total de información sexual y de métodos anticonceptivos, tanto por parte de la mujer discapacitada, como de los médicos, personal prácticas, (sujetas al ideal de normalidad por lo que supone de comodidad) sin atisbo de reflexión, es una barrera importante. Si existe esta relación se tiende a mantenerla oculta.

El espacio y el tiempo para alternar con personas a las cuales seducir, ¿son accesibles a las personas discapacitadas? los lugares han de ser sin barreras arquitectónicas, se ha de tener la posibilidad de salir de casa y tener amigos, frecuentar lugares habituales dónde empiezan. Para explicitarlo voy a contar algunos ejemplos; - son datos recogidos subjetivamente pero a muchas mujeres con discapacidad nos han ocurrido cosas parecidas, en el momento de ir al ginecólogo, por ejemplo: las camillas son altísimas y es complicadísimo subirse a ellas, además el reposapiernas tampoco esta pensado para piernas como las nuestras, para que puedan ser sujetadas, todo ello complica mucho la acción, no sucede lo mismo con las camillas de los dentistas, que como al facultativo le interesa poder subir y bajar la altura de la camilla es muy accesible, esta adaptación seria muy fácil de arreglar, también las máquinas de efectuar mamografías no bajan lo suficiente para ser utilizadas por una mujer con discapacidad, lo que supone que se ingenien procedimientos inmediatos a veces incluso algo agresivos para la usuaria, a algunas incluso nos han colgado de la cabeza con una polea para conseguir ponernos de pie, ya que sino la máquina no funcionaba.

Con todos estos procedimientos tan atípicos, nos suelen recomendar de formas sutiles, que no es tan necesario que vayamos una vez al año de revisión y nos incitan a prolongar el periodo de tiempo hasta la otra visita. Sin embargo estos inconvenientes son fáciles de arreglar invirtiendo un presupuesto, pero existen también en el personal sanitario tabúes sobre el desarrollo de nuestra sexualidad, a algunas de nosotras nos ha sucedido que cuando hemos ido al médico a que nos recetaran anticonceptivos nos han preguntado que para que los queríamos como si se extrañaran de nuestra pretensión, incluso alguno ha añadido, pero quién querrá esta relación, y solo lo podrá efectuar sin movimiento, incluso ellos desconocen que al tener nosotras movimientos atípicos podemos quizás en momentos producir más placer que otras personas que tienen movimientos rutinarios, yo quiero los anticonceptivos porque quiero tener relaciones sexuales sin riesgo de quedar embarazada, de momento no quiero tener hijos más adelante ya me lo plantearé, y usted no se angustie por como lo vaya a realizar, recéteme los anticonceptivos que yo ya practicaré. Es decir que si una no tiene claro que disfruta con la sexualidad, hasta la convencen de lo contrario.

Un periodo largo de la vida de las mujeres con discapacidad transcurre en casa y en los hospitales y es donde mayor contacto sexual se

produce generalmente en forma de violación o por parte de algún familiar o algún cuidador y además si esta queda embarazada se intentará que aborte en la mayoría de los casos y se le inducirá o obligará a esterilizarse para que no le suceda más.

Sin embargo, contrariamente a lo que muchos de los que no han tenido relaciones con nosotras opinan, si sentimos el orgasmo y nos lo pasamos muy bien teniéndolo, además en general somos mujeres muy complacientes, cuando conseguimos un compañero intentamos que se lo pase bien para que continúe con nosotras.

Creo que sería una buena práctica que las personas que hablen de nuestra sexualidad, les exigiéramos por lo menos una práctica con nosotras ¡ para qué tanto hablar! si lo divertido es actuar y entonces quizás podrían hablar con conocimiento.

Nosotras que estamos tanto tiempo solas, en general conseguimos el orgasmo masturbándonos, y conocemos nuestro cuerpo y también como mostrarlo para que el otro/a disfrute con nosotras, por ejemplo:

El tener una parálisis flácida de las piernas posibilita poder abrirte de piernas mucho mejor que una mujer normal físicamente y tenemos la posibilidad de realizar posturas que las mujeres y hombres normales no consiguen y son altamente placenteras, así que desde aquí animaría a las mujeres con discapacidad a mostrar sus cuerpos de forma atractiva, como ellas conocen su cuerpo y sus zonas erógenas, sabrán muy bien como mostrarse a los demás para conseguir una relación.

De necesidad fisiológica tenemos la misma que cualquier persona. Cuando se habla de sexo y discapacidad se piensa en dificultades, yo creo que esto es erróneo, pero siempre que se habla de sexo se habla de los casos de hombres parapléjicos traumáticos que tienen problemas en la erección del pené y sus problemas para ser padres, pero estos son un porcentaje bajo de las personas discapacitadas, más bajo que el porcentaje de hombres normales que sufren de impotencia, el resto de causas que producen una disminución, poliomielitis, parálisis cerebral, distrofias, ataxias, esclerosis múltiple, ceguera, sordera, retraso mental, trastornos de la personalidad, etc..., no tienen porque tener problemas fisiológicos y al menos los que yo conozco no parecen tenerlos.

En el caso de las mujeres disminuidas no existen estudios ni tampoco se las prepara para su vida sexual adulta. Casi todas hemos tenido dificultades para que los ginecólogos nos recetaran anticonceptivos y se intenta que conozcamos poco, es decir que la educación sexual en nuestro caso nos es negada, existen muchos tabúes en torno a ella. Tienen miedo al contagio a que transmitamos nuestro defecto, genéticamente. Esto es totalmente falso, la gran mayoría de defectos genéticos lo transmiten las personas normales, y la forma de evidenciar el miedo que sienten es negándonos la sexualidad, e incluso esterilizando sin consentimiento.

El practicar la sexualidad es una necesidad de cualquier persona madura sexualmente y por ende deberíamos dar el máximo de facilidades para que cualquier persona pueda acceder a ella.

Pienso que las mujeres discapacitadas podemos con nuestra sexualidad ayudar mucho al resto de las personas de nuestra sociedad, pues practicando nuestra sexualidad rompemos costumbres que impiden que la gente viva su sexualidad. Costumbres tales como:

No se puede ser atractivo sexualmente sino se tiene un cuerpo “danone”.

El orgasmo solo se consigue con el penetración de un pené erectus.

Una mujer puede conseguir el orgasmo vaginal, clitoriano o también con la estimulación de los pezones o de otras zonas erógenas, si los hombres impotentes aprendieron más a gozar de su cuerpo no dando tanta importancia a su “falo erectus”, descubrirían que es vivir la sexualidad, qué no es lo mismo que descargarse fisiológicamente.

Los problemas fisiológicos sexuales solo las mujeres que los tengan se las deberá ayudar, no creo que seamos una población caracterizada por problemas de este tipo, claro que lo primero que hay que hacer es tener la posibilidad de practicarlo con otros o con otras para saberlo, pero las que yo conozco que tienen una práctica sexual adulta no parecen tener problema.

La intervención y las estrategias para mejorar las relaciones sexuales deberían ir encaminadas a la población en general, donde pueda ser disfrutada la sexualidad con las personas que deseemos sean como sean y esto sea considerado lo lógico y natural.

Después de la lo dicho me ronda una pregunta en mi mente:

¿No estaremos en una sociedad con una obsesión compulsiva con el cuerpo que no nos deja disfrutar de él?.

Maltratándolo para conseguir que sea como el cuerpo de los anuncios, delgado, joven, etc.

Si disfrutamos con la relación de otra persona agradable (pero sea como sea esta persona) y llegamos al mágico momento del orgasmo, descubriremos lo bello y fabuloso que es nuestro cuerpo y la vida.

Y esto es de lo que se trata que todas y todos podamos disfrutar y desarrollar nuestra vida.

2.11 La violencia en la Mujer con Discapacidad

Pocas autoras saben tanto de violencia en la mujer con discapacidad como Marita Iglesias es por ese motivo que utilizamos gran parte de su

discurso. En su ponencia “Mujer y Discapacidad” del 17 y 18 de febrero del 2000 en el campus Rabanales de Córdoba, dice:

“Las mujeres que reúnen las dos características de ser mujer y tener una discapacidad, se enfrentan a una doble discriminación y a múltiples barreras que dificultan la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales. Cotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a programas y servicios dirigidos a mujeres y un mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico. Estos son algunos de los rasgos distintivos que afectan a la mujer con algún tipo de deficiencia sensorial, física o de desarrollo intelectual.

Somos más de 250 millones en el mundo y el 58 % de la población con discapacidad, sin embargo, somos desconocidas para el colectivo de mujeres, el de personas con discapacidad y para nosotras mismas”.

Sobre actitudes y prejuicios dice:

“Los prejuicios y actitudes negativas hacia nosotras han llevado, desde hace mucho tiempo, al aislamiento y la exclusión social.

.....continúa más adelante diciendo “Parece que tenemos que demostrar constantemente nuestra condición de mujer.”

Cuando habla de autopercepción e imagen social escribe:

“Los prototipos y normas estéticas definidas por la cultura dominante, mostradas a través de la publicidad e interiorizadas como socialmente deseables provocan la necesidad de cambiar o alterar el cuerpo imperfecto. El mensaje es claro: “El modo en que nuestros cuerpos están ahora no es aceptable ni deseable”. Ser no-discapacitadas es lo ideal, y unido a ello, está la expectativa adicional de conseguir el ‘cuerpo perfecto’ “.

“Por lo tanto, una mujer con discapacidad acaba viviendo esa discapacidad como algo negativo, entre otras cosas, porque cercena sus posibilidades de relación y de consideración social en la medida en la que no es capaz de responder a patrones y roles determinados. Su existencia gana en invisibilidad al no desempeñar ni encajar en esos moldes tradicionales (se deja de participar en actividades de acuerdo a la edad y sexo, no se las considera en el papel de novias, madres o esposas, se les niegan puestos de trabajo en los que existe un componente alto de “exhibición” de la imagen, etc.) y, sin embargo, se realzan elementos de su vida que en personas sin discapacidad serían vistos como normales (estudiar, cocinar, asearse, etc.) o se distorsiona su existencia para hacer retratos de vidas extraordinarias, hechos de “superación personal” heroicos o románticos”.

“Esta ausencia de expectativas sobre la proyección personal de una mujer con discapacidad y el hecho de no responder a las características que definen un rol social incrementa el desconcierto de los otros a la hora de relacionarse. Este hecho hace que, o bien renuncien a mantener esa relación,

o lo hagan siempre bajo el condicionamiento de “no saber qué hacer” ante lo que creen es una persona diferente. Del mismo modo, esta actitud general desconcierta en la mujer con discapacidad y lo que es peor acrecienta la inseguridad, el miedo y la valoración negativa de sí misma.

De alguna manera, la percepción de nuestro cuerpo nos da indicios (consciente o inconscientemente), de nuestras posibilidades futuras de desarrollo personal, situación social y económica, etc. Existe una relación entre el cuerpo y las expectativas de evolución personal. Esto ha sido uno de los aspectos estudiados por el movimiento feminista identificando el cuerpo de la mujer como objeto de dominación y placer del hombre, lo que la marcará en sus relaciones y expectativas en el mundo.

De esta manera, la imagen que una mujer puede llegar a tener de su cuerpo se distorsiona. Se nos enseña a apreciar/despreciar nuestra propia experiencia en función de los conceptos de deseo y aceptación que recibimos de los demás. En este contexto, el cuerpo se convierte en un elemento de intercambio con el que se pueden obtener mejores condiciones, oportunidades, seguridad,...o todo lo contrario cuando no se encaja en ese modelo ideal y aceptado. Así, el análisis feminista acaba identificando la alineación de la mujer con la “objetificación” de su propio cuerpo.

Sin embargo, esta lectura feminista puede no ser del todo correcta cuando se aplica en mujeres con discapacidad ya que difícilmente son vista como “mujeres”.

Su cuerpo es objetivado, también, con propósito de dominación pero en un contexto diferente: actos cotidianos que resultan sensuales y eróticos como el desvestirse, se convierten en actos curiosos, llamativos o indeseables en una mujer con discapacidad. Muchas mujeres con discapacidad han pasado gran parte de su vida expuestas, desnudas, a los ojos de los profesionales que las han atendido sin sentirse obligados por ello a pedir permiso. Muchos de sus cuerpos han sido exhibidos, también sin permiso, en vídeos o revistas médicas. Esta forma de control, vivida desde la infancia, ha marcado la psicología de muchas mujeres que se han visto desprovistas de la sensación de sentir que su cuerpo reúne el encanto y el deseo de ser visto más allá de la camilla de un hospital. Surge entonces, en muchos casos, la necesidad de intervención sobre él y acaba adoptando diferentes formas, como ocultamientos, transformaciones estéticas, mutilaciones,...el objetivo parece claro, el cuerpo con discapacidad no es el modelo de belleza establecido, no es deseado ni aceptado, por lo tanto se busca una salida, normalmente, traumática para la mujer.

De esta manera, se establece también una relación estrecha entre la imagen que tienen de ellas mismas, de su cuerpo y la auto-estima”.

2.12 Violencia y abuso sexual de las mujeres con discapacidad

Las mujeres con discapacidad tienen más probabilidades sufrir acoso sexual que las mujeres sin discapacidad (3 veces mas). Algunas veces el

agresor intenta convencer a la mujer con discapacidad de que le esta haciendo un favor puesto que ningún hombre mantendrá relaciones sexuales con ella.

En algunas partes del mundo, algunos hombres mantendrán relaciones sexuales con mujeres con discapacidad e incluso tendrán niños, en tanto en cuanto la sociedad no conozca esta relación. Como dije antes, la autoimagen negativa que tenemos incrementa el riesgo de abuso sexual y violencia.

Hay que tener además en cuenta que las mujeres con discapacidad mental o de comunicación son particularmente vulnerables así como las mujeres que requieren cuidados personales. Así, mientras que en el caso de mujeres sin discapacidad, el agresor suele ser mayoritariamente algún miembro de la familia, en nuestro caso, y teniendo en cuenta que la gran mayoría vive en instituciones (el 85% en EE.UU.), los agresores suelen ser personas encargadas de algún servicio de apoyo, doctores, fisioterapeutas, asistentes personales, etc”.

Marita Iglesias en la revista “Minusval” nº 114 expone:

Al relacionar mujer, discapacidad y violencia entramos en un mundo increíblemente intrincado, lleno de tabúes y prejuicios, pero <<real como la vida misma>>, de muchas mujeres con discapacidad que padecen abuso y malos tratos. Un reciente estudio llevado a cabo en Estados Unidos, extraído de informes de la policía, encontró que el 67 % de mujeres agredidas eran mujeres con discapacidad, de las que se había abusado físicamente. Este porcentaje resultó aún más significativo al compararse con el 34% de las mujeres agredidas, que no tenía discapacidad. En un estudio realizado por DAWN (Disabled Women Network), en Canadá, sobre el suicidio y abuso sexual, se entrevistaron a 381 mujeres con discapacidad, obteniendo estos resultados:

- *58’7 % habían pensado en quitarse la vida.*
- *51’1 % habían experimentado abuso sexual.*
- *66’3 % habían experimentado abuso emocional.*
- *43’1 % habían experimentado situaciones de desaliño.*
- *34’8 % habían experimentado abandono.*
- *28’7 % habían sido extorsionadas económicamente.*

Seguramente, y aun sin hacer referencia a estudios similares en países más cercanos, e incluso en el nuestro mismo, muchas de las mujeres con discapacidad que lean esto se sentirán aludidas por vivencia propia o cercana....

Además de los actos claramente tipificados como violentos, hay que añadir otros más sutiles derivados de actitudes discriminatorias. La discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física o intelectual de las personas es un acto violento en sí mismo y genera, a su vez, frustración y violencia en la persona que lo padece; si a eso añadimos la discriminación por razón de género, estamos contribuyendo a incrementar un nivel de agresión y

violencia hacia las mujeres con discapacidad completamente intolerable en igual gado y manera que lo es la ocultación o la ignorancia de esta situación.

En el caso de las mujeres con discapacidad, la vulnerabilidad es un elemento clave que favorece la agresión sobre sujetos que por sus características físicas, sensoriales o mentales, son objetos fáciles que opondrán escasa o nula respuesta de defensa.

Existen otros factores más que contribuyen a hacer de las mujeres con discapacidad un objeto de abuso y violencia, entre ellos, el aislamiento social y la incomunicación que llevan al desconocimiento de la realidad. Sabemos que socialmente y por razones culturales las mujeres han sido menos promocionadas en unos aspectos que en otros quedando relegadas a unas actividades y circuitos relacionales tremendamente limitados y limitantes. Al añadirle el componente <<discapacidad>> , ese aislamiento por la falta de contacto exterior, amigos, familiares, etc., se incrementa con dificultades de movilidad, con un mayor desinterés porque esa mujer se forme y sea independiente, convirtiéndose en el caldo de cultivo que alimenta la baja autoestima, una percepción de sí mismas errónea y deformada, que la aboca un sinfín de dificultades de interrelación y una visión limitada de su calidad de miembro de una sociedad. En esa pérdida de identidad contribuye la idea de que las mujeres con discapacidad somos seres asexuados, carentes de atractivo físico y que cualquier <<favor>> entendido y tipificado como abuso sexual desde el Código penal hasta por el más simple raciocinio, debería ser agradecido.

Por otra parte, y como situación opuesta a la anterior soledad, la convivencia en grupos numerosos en el caso de vivir en centros residenciales, hace difícilmente evitable el que se produzcan diferencias y roces, contribuyendo a ello la falta de intimidad, la participación de hombres en tareas íntimas (aseo personal, et.), la dependencia la necesitar la intervención de otras personas para las necesidades cotidianas y básicas. Esta supeditación a terceros fomenta pautas de sometimiento a la voluntad del otro e incrementa el riesgo de ser objeto de vejación.

Dentro de la iniciativa DAPHNE de la Comisión Europea se ha desarrollado el Proyecto METIS sobre violencia y mujer con discapacidad, promovido por la Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (IES).

Es un informe de este proyecto que se refiere a los factores que contribuyen a que la mujer con discapacidad esté más expuesta a padecer situaciones de violencia, se dice:

<<.....(la violencia) se origina en actitudes y consideraciones sociales hacia la mujer unida a ciertas condiciones propiciadas por la discapacidad, tales como:

- *El hecho de ser menos capaces de defenderse físicamente.*

- *Tener mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación. La dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento.*
- *Una más baja autoestima y el menosprecio de la propia imagen como mujer.*
- *El enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a la condición de mujer y la negación de las mismas en la mujer con discapacidad.*
- *Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otros.*
- *Miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.*
- *Menor credibilidad a la hora de denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales>>.*

Pero, quizá, sobre todas estas circunstancias que tienen como consecuencia una ausencia de datos y estudios sobre casos de abuso y violencia hacia la mujer con discapacidad y que pudieran favorecer cualquier intervención, está el hecho de la existencia de la discriminación y un acentuado prejuicio social hacia las mujeres con discapacidad, que hace menos creíble su opinión y menos restados sus deseos.

El reconocimiento de la violencia contra la mujer tendría que empezar a ser contemplado socialmente como una violación de los derechos humanos, para impedir que todavía hoy se siga considerando como un asunto <<privado>>, descargándolo, de ese modo, de la carga irracional de lo que aún es vivido como <inevitable>>, <<lo que siempre fue así>>. La tolerancia y adscripción al ámbito de lo privado del acto violento cuando se ejerce contra la mujer, lo convierte también en invisible o difícilmente detectable por los demás a menos que nos introduzcamos en la esfera privada de las personas. Y es así porque la violencia no es sólo la agresión física, evidente, sangrante, de una cuchillada o un puñetazo, la violencia también se reconoce en cualquier acto que vulnere los derechos humanos que afectan a la libertad, el desarrollo personal, el bienestar, a la privacidad....a todo aquello que permite que cualquier persona sea y se sienta respetada al amparo de los derechos civiles más básicos. Las mujeres con discapacidad estamos entre estas dos aguas....

3 Desarrollo de una perspectiva de género y discapacidad

3.1 El concepto de género

Los movimientos sociales de los años 60 pusieron de relieve las desigualdades de género en las relaciones sociales. A partir de los 70, se desarrolló una nueva sociología que intentó dar cuenta de esta desigualdad, la sociología de género. Desde esta perspectiva, el género se situó al lado de categorías como raza o clase. Trabajos como el de Ann Oakley (*Housewife*, 1974), sacaron a la luz aspectos de la vida social antes ocultos para las ciencias sociales. La categoría de género se aplicaba por primera vez a distintos aspectos de la vida social. La consideración de la necesidad de una nueva mirada que tuviera en

cuenta las desigualdades de género surgió como reveladora y fundamental para las posteriores vertientes del pensamiento feminista.

Desde esta perspectiva, el estudio de Walby (*Theorizing patriarchy*, 1990) sobre el patriarcado, hace un análisis de la relación entre patriarcado y capitalismo, situando históricamente a ambos procesos. Walby separa dos ámbitos donde actúa la relación patriarcal: el público y el privado. El primero ubica a las mujeres en una posición de desigualdad e inferioridad; el segundo excluye a las mujeres de la arena pública, relegándola al espacio doméstico.

La sociología de género propone agregar la categoría de género como otra dimensión del análisis, paralela a la de raza y clase, y no como una epistemología explícitamente feminista, en el sentido del género como transversal a todas las dimensiones.

Otro punto de vista, que podríamos considerar dentro del feminismo separatista, critica a la sociología de género como insuficiente por permanecer como una corriente más dentro del tronco fundamental de la sociología. Una epistemología feminista se propone como alternativa que critica los métodos y los fundamentos de la sociología –tales como la objetividad y el pensamiento dicotomizador- por considerarlos entroncados en el pensamiento patriarcal.

Recientemente, las posturas feministas han reconocido la importancia del cuerpo no como un simple mediador pasivo de las relaciones de poder, o del sexo como un hecho biológico dado. Sexo y cuerpo son reconocidos como construcciones producto de prácticas y discursos culturales que dicotomizan el sexo y el género -hombre-mujer-, y separan cuerpo y mente, cultura y naturaleza. Es importante resaltar que la comparación del cuerpo de las mujeres con el del hombre como tipo ideal se inició en un momento de interés por el crecimiento de la población, y por lo tanto, por representar a la maternidad como algo natural y propio del destino de ser mujer (Schiebinger, 1987:53). Mientras que en la época victoriana se denigraba a las mujeres por su debilidad e inferioridad en comparación al hombre, durante el siglo XIX se revaloró al cuerpo de las mujeres como aparato reproductor. Podemos así situar esta dicotomía en un contexto histórico, quitándole validez como categoría universalizante y totalizadora. Como alternativa al dualismo cartesiano–mente-cuerpo, naturaleza-cultura, hombre-máquina-, Rose defiende un tipo de conocimiento unificado similar al trabajo artesano o manual. Para Rose, el organismo <<no se conceptúa en términos de la metáfora darwiniana, como el objeto pasivo de la selección por un ambiente indiferente, sino como (un) participante activo, un sujeto en la determinación de su propio futuro>> (Harding, 1996: 51)

La crítica feminista a las dicotomías, que explícitamente no reconocen la diferencia de géneros, pero implícitamente utilizan los “significados masculinos de búsqueda del saber” (Harding, 1996: 123), permite situar los cuerpos también como construcciones dentro de un contexto cultural. Gatens (1988: 22) plantea sustituir la pregunta de cómo resituar al cuerpo dentro de la cultura, por la de cómo la cultura construye a los cuerpos de manera que sean vistos como biológicamente dados. En este sentido, los trabajos de Donna Haraway constituyen un referente fundamental. Propone la metáfora del *cyborg* como unificadora y rompedora de las dicotomías: <<Los cuerpos se han convertido en *cyborgs* - organismos cibernéticos -, híbridos compuestos de encarnación técnico orgánica y de textualidad. El *cyborg* es texto, máquina, cuerpo y

metáfora, todos teorizados e inmersos en la práctica en términos de comunicaciones>> (Haraway, 1995: 364)

Posteriormente, el postestructuralismo definió al sexo como una formación histórica discursiva situada en el centro de la operación de poder en las sociedades modernas. El problema sería que, al acentuar la importancia del género como construcción histórica, el sexo se separa del género. El hablar de cuerpos sexuados nos remite al reconocimiento de la corporalidad del ser humano. Negar la importancia de las características biológicas implica, para muchas teóricas feministas (Gras, 1990; Rothfield, 1992) ignorar la importancia de experiencias vitales exclusivas de las mujeres. Para estas autoras, el cuerpo físico y social es una entidad única e inseparable. Desde esta perspectiva, es fundamental explorar <<las relaciones entre los procesos corporales y las relaciones sociales>> (Lupton, 1996)

3.2 El concepto de patriarcado

Originalmente, el concepto de patriarcado era utilizado para denominar una sociedad regida por hombre mayores o, en términos más simples, la regla feudal del padre como cabeza del hogar sobre su mujer, hijos, trabajadores o sirvientes.

Consciente del poco potencial explicativo de las definiciones iniciales de patriarcado, el feminismo ha ido trabajando nuevas definiciones y conceptos. Estos conceptos intentan explicar la causa de la posición subordinada de las mujeres como el segundo sexo, dándole énfasis a la dominación masculina como producto histórico-social. Hay que destacar la prevalencia actual e histórica de este sistema.

Rosaldo y Lampère (1974: 3) concluyen que <<en todas partes encontramos que a las mujeres se las excluye de ciertas actividades económicas o políticas, que sus papeles como esposas y madres están asociados con menos poderes y prerrogativas que los papeles de los hombres. Entonces parece justo decir que, todas las sociedades contemporáneas están dominadas hasta cierto punto, y aunque el nivel de la subordinación de las mujeres puede variar bastante, la asimetría sexual es en la actualidad un hecho universal de la vida humana social>>.

Presentamos, a continuación, algunas definiciones de patriarcado. Goldberg (1979: 5) lo define como <<cualquier sistema de organización (política, económica, industrial, financiera, religiosa o social) donde la mayoría de puestos altos en la jerarquía están ocupados por hombres>>.

Otros estudios incluyen la relación entre los hombres en la definición. Heidi Hartmann define el patriarcado como un <<juego de relaciones sociales entre los hombres, relaciones que tienen una base material, y de las cuales, aunque sean jerárquicas, establecen o crean interdependencia y solidaridad entre los hombres lo que les permite dominar a las mujeres>> (Hartmann, 1981:14)

Contrario a la definición de Goldberg, la cual es puramente nominal, la de Hartmann incluye la cuestión del origen del patriarcado. ¿Cuál es la función del patriarcado? ¿Es el patriarcado un concepto universal?

Esta pregunta se genera en el corazón del movimiento feminista al intentar construir una *definición real* del concepto de patriarcado. La primera pregunta es si se trata de construir un concepto universal de patriarcado, es decir, un concepto que cubra todo tipo de opresión de las mujeres en todo tipo de sociedad. El hecho de que la dominación masculina parece ser en cierto modo

universal habla a favor de construir un concepto universal. Esto supone que la dominación masculina no constituye únicamente una consecuencia de una sociedad capitalista o feudal sino que es por sí misma una estructura independiente. Es necesario enfatizar que un concepto universal del patriarcado no supone que todas las sociedades sean y siempre hayan sido patriarcales. Al contrario, es un concepto universal que cubre todas las sociedades donde existe la dominación masculina. El problema con un concepto universal es que puede oscurecer las tremendas variaciones en las posiciones de las mujeres y en las formas de dominación masculina. Es necesario contextualizar el patriarcado histórica y socialmente.

La cuestión más importante es entender cómo las estructuras patriarcales obran recíprocamente con las condiciones socio-económicas cambiantes: para entender porqué, cómo y en qué forma la dominación masculina es reestructurada y reestablecida durante cambios económicos, sociales y políticos. <<Aunque nuestra clasificación del patriarcado puede basarse en los diferentes modos de producción también deben incorporarse una variedad de factores que dan forma a las vidas de las mujeres. Uno de los más importantes es si las mujeres pueden o no controlar sus fuerzas reproductivas a través de la anticoncepción, aborto u otras medidas>> (ShowStack, 1996: 117)

Para ubicar al patriarcado históricamente, es necesario identificar sus bases. Vicky Randall identifica diferentes aspectos del estatus de las mujeres, <<como el control sobre el producto económico de su trabajo, su opinión en las decisiones del hogar, hasta qué punto alcanzan sus derechos de propiedad, su autonomía sexual, su consideración y su autoridad pública>> (Randall, 1982: 15) De este modo se ve el patriarcado como un sistema integrado de dominación masculina. Esta definición del estatus de la mujer tiene que ver directamente con el poder, la autoridad y el control.

Este análisis no se plantea el origen de la posición subordinada de la mujer. Tal explicación tendría que analizar factores como las funciones de la producción y de la crianza de niños, las diferencias en la fuerza física, tipos de roles socializados, la organización del trabajo y la aparición de la propiedad privada. Pero nuestra pregunta es ¿qué es lo que mantiene la posición de las mujeres como segundo sexo?. Lerner (1990) argumenta que un elemento básico del patriarcado es el control de los hombres sobre el trabajo de las mujeres. MacKinnon (1982) argumenta que la base es el control de los hombres sobre la sexualidad de las mujeres. El control físico de los hombres sobre las mujeres, incluyendo la violencia física, puede ser por lo menos de igual importancia.

Sin embargo, la opresión de las mujeres no es tan sólo una consecuencia del control de los hombres sobre las mujeres. Las mujeres también han sido privadas de control y poder, no ya por ningún hombre en particular o por un grupo de hombres, sino por toda la estructura de la sociedad. Puede ser que las mujeres no tengan ningún control sobre sus condiciones de trabajo, pero en una sociedad en la que todo el mundo gane salarios, no puede deducirse inevitablemente que los hombres sean los que tengan el control. Aquí la base de la posición dependiente de las mujeres es la segregación del trabajo entre los sexos.

En consecuencia, es necesario distinguir entre el control personal de los hombres sobre las mujeres y la subordinación estructural de las mujeres. El análisis estructural de la posición subordinada de la mujer analizará aspectos como el mercado laboral segregado en función del sexo; el doble peso de

trabajo de las mujeres, el cual no es asalariado; las mujeres como fuerza laboral de reserva; la diferencia salarial entre los hombres y las mujeres; o la falta de poder de las mujeres en la política.

Se ha discutido que históricamente hemos sido testigos de un cambio desde el patriarcado personal al patriarcado estructural. Dentro de la literatura se le suele llamar patriarcado reorganizado y se habla de cambios en las formas de dominación directas y personales hacia formas indirectas o reglas que establecen la estructura de vida de los grupos y clases más débiles, entre ellas las mujeres. A parte de este cambio en las formas de dominación, se han producido otros cambio como el de la opresión visible a la invisible. Actualmente el proceso de dominación es invisible y puede no ser intencionado.

Estos cambios hacen que puede afirmarse que la especificidad de la dominación del patriarcado actual se apoya en las relaciones de reproducción. De esta forma obtenemos una dicotomía: la explotación de clase en la producción, la opresión patriarcal en la reproducción. Para poner un ejemplo concreto: como asalariadas, las mujeres están oprimidas, no tan sólo como trabajadoras, sino también como mujeres (sueldos bajos, promoción limitada, acoso sexual en el lugar de trabajo, etc.). La posición relativamente débil en el mercado de trabajo está relacionada con las obligaciones familiares de la mujer.

En conclusión, uno de los argumentos más interesantes que nos pueden ofrecer los estudios feministas actualmente es su teorización sobre la construcción de lo privado y lo público. Su argumento principal es que la separación entre la esfera pública y la esfera privada es una de los fundamentos del patriarcado o de dominación masculina sobre las mujeres. La separación entre lo público y lo privado constituye una separación entre el estado (producción) y la familia (reproducción), y en el fondo una separación entre el dominio de los hombres y el dominio de las mujeres.

3.3 La socialización diferencial

Se entiende por socialización diferencial los valores y costumbres que una cultura transmite de forma diferencial entre mujeres y hombres. Un elemento clave dentro de esta socialización es la construcción de los roles de géneros definidos estos como el conjunto de expectativas compartidas referentes a la conducta de los que ocupan tanto las posiciones de hombre o mujer en una estructura social determinada. A continuación, resumimos las principales características de estos roles:

A. Construcción de la masculinidad

En comparación con las mujeres, a los hombres	Por lo tanto...	Posibles consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les considera el sexo fuerte e importante ➤ Se supone que carecen de necesidades afectivas ➤ Se les atorga decisión 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ se potencian poco sus capacidades sentimentales y sensibilidad ➤ se les coloca en una posición de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inhibición afectiva, distancia ➤ Independencia, iniciativa hacia la acción ➤ Sentimientos de suficiencia, dificultades en

y capacidades ➤ Se les presupone una capacidad personal de resolución de problemas	exigencia y se confía en ellos ➤ se les estimula hacia el éxito y la competitividad ➤ se les reprime la expresión de sentimientos de miedo e inseguridad.	reconocer errores y en pedir ayuda.
---	---	-------------------------------------

B. Construcción de la feminidad

En comparación con los hombres, a las mujeres	Por lo tanto...	Posibles consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se las considera el sexo débil y secundario ➤ Se les presupone más emotividad e importantes necesidades afectivas. ➤ No se espera que afronten muchos retos públicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les da mucho apoyo afectivo ➤ Se potencia su sensibilidad y expresión de afecto ➤ No reciben muchas demandas de éxito y competitividad ➤ Se promueve su prudencia y delicadeza 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grandes capacidades de atención, especialmente en comprender y consolar. ➤ Tendencia a la dependencia ➤ Poca tendencia a la acción y a tomar iniciativas.

3.4 División sexual del trabajo

La división sexual del trabajo tiene el efecto de adjudicar unas tareas exclusivamente a la mujer, como las del cuidado del hogar, de procreación y de educación de los hijos. Mientras que el hombre es considerado como productor de bienes de consumo, la mujer lo es de bienes de uso. El trabajo doméstico no es productor de riqueza, entendida esta en términos de cantidad monetaria. Esta asociación entre dinero y trabajo supone que es el hombre quien debe mantener la familia mediante su trabajo. Cualquier aportación monetaria que la mujer puede hacer se considera como un complemento. <<Game y Pringle definen el género como el significado social de ser mujer u hombre. Éste interviene en la definición de los puestos de trabajo femeninos y masculinos y también está ligado a cuestiones de identidad y sexualidad. Para ellas el sexo se refiere fundamentalmente a la diferencia. (...) Game y Pringle afirman que el género también está relacionado con el poder: la dominación de los hombres y la subordinación de las mujeres, que se reproducen en el proceso de trabajo y también en otros ámbitos en las sociedades capitalistas>> (Borderías, 1994)

Se concibe así que la función económica de las mujeres en la sociedad es de tipo asistencial y el trabajo remunerado no es su principal función, y que el trabajo remunerado de las mujeres se considera una ayuda porque su principal actividad es el trabajo doméstico. La permanencia de las mujeres en el mercado laboral se considera como provisional, así como la intervención del hombre en el trabajo reproductivo se concibe como discontinua (como cuando la mujer está embarazada, por ejemplo).

3.5 Lo privado y lo público

Debido a la socialización diferencial, la construcción de lo privado y lo público se hace a partir de su relación estrecha con el género: al hombre se lo socializa para el ámbito público / productivo y a la mujer se la socializa para el ámbito privado / reproductivo.

El ámbito privado para las mujeres es aquel familiar y doméstico, donde se espera que la mujer permanezca y asuma la carga de las tareas domésticas y cuidado de los hijos. El ámbito público para los hombres es aquel productivo y político. El valor del trabajo es una de las características que definen al hombre como ser y la manutención económica de la familia se transmite como una de las principales obligaciones del varón.

El rol masculino (público)	El rol femenino (privado)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un rol con prestigio, que convierte el ámbito público en un ámbito socialmente bien considerado y remunerado económicamente. ➤ Se asocia inherentemente el concepto de cambio o transición, mediante acciones de decisión, elección... ➤ Es un rol que induce incorporarse a un ámbito abierto, que permite una diversidad amplia de opciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un rol poco prestigiado, que convierte el espacio privado un ámbito poco valorado socialmente y con nula remuneración económica ➤ Se asocia inherentemente al concepto de permanencia, estabilidad... incentivando su gran relación con el ámbito familiar ➤ Es un rol que induce a quedarse en un espacio reducido y restringido en cuanto a posibilidades sociales.
Partiendo de lo anterior...	Partiendo de lo anterior...
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se reprime su esfera afectiva y sentimental ➤ Se potencian talentos y habilidades que faciliten la autopromoción ➤ Su condición de persona radica en su responsabilidad de sustento económico y en el éxito profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se promueve su vertiente más afectiva y familiar. ➤ No se contempla la diversificación de sus ambiciones sociales y se restringen al espacio familiar ➤ Se las orienta hacia la intimidad, la dependencia económica ➤ Su condición de persona se refleja en su dedicación exclusiva al ámbito doméstico y el apoyo afectivo del resto de los miembros de la familia

3.6 Inclusión / exclusión de la mujer en el mercado laboral

La aparente elevada participación de la mujer en el mercado laboral no deviene necesariamente un índice de igualdad entre sexos. Más apropiado sería analizar cuales son las dificultades de acceso y permanencia en el mercado laboral:

- ❑ Segregación horizontal: concentración de las mujeres en determinados sectores y sitios laborales. (Mujeres y sector servicios –enfermeras, profesoras...- habilidades relevantes para tales trabajos son la paciencia, la precisión o la atención...)
- ❑ Segregación vertical: posiciones de las mujeres en la jerarquía laboral. (mujer y posiciones políticas, mujer y lugares de dirección en empresas, mujer y ingenierías...)

- Remuneración y condiciones diferenciales de ocupación (diferencias de salario; asignación de categorías profesionales diferentes a tareas similares; fijación, mediante convenio, retribuciones diferentes para categorías profesionales y sectores de actividad feminizados)

3.7 **Perspectiva médica de la discapacidad: historia y actualidad**

<<Disability is a natural part of life. Everyone will be disabled>>
Pfeiffer (1988)

Reemplazaremos el adjetivo *discapacitada* por el de *no estándar*, en tanto que refleja el proceso que sufre cualquier persona que cae fuera de los estándares sociales, sea discapacitada, gorda, fea o pobre. Para entender este proceso es necesario mirar con más atención a la consolidación del modelo médico como forma de gestionar la diversidad.

Una mirada histórica refleja que el modelo médico de discapacidad cambia a lo largo del tiempo. A pesar de su transformación, sin embargo, considera a la discapacidad como un problema en términos de patología individual. El modelo, además, se centra en las debilidades y deficiencias de la persona a la vez que permite a doctores, doctoras y profesionales el poder de tomar decisiones sobre las opciones de vida de otra gente. La explicación de los problemas sociales se basa en las características del cuerpo o mente del individuo que es definido como vulnerable y dependiente, a la vez que las políticas de intervención tienden a incidir en este aparente estado natural de vulnerabilidad y dependencia. Un modelo individualista que permea gran parte de las intervenciones y políticas sobre discapacidad, creando servicios para necesidades individuales de algunas personas y promoviendo la rehabilitación funcional en lugar de considerar las necesidades y derechos civiles colectivos.

Como resultado de la hegemonía de este modelo vivimos en un mundo en donde la gente discapacitada ha sido construida material y simbólicamente como problema, a la vez que el conocimiento científico ha servido de herramienta ideológica para reforzar y justificar esta exclusión.

La psicología ha sido así capaz de entrar en la discapacidad cuando ésta se convierte en sinónimo de *anormalidad*, estados mentales enfermos que requieren de verdaderos *expertos de la mente* para ser tratados. Las rigideces psicológicas en la definición de la *mente sana* reafirman el modelo médico de la normalidad / anormalidad en cuanto se establece un criterio claro de discriminación entre salud y enfermedad.

La noción de discapacidad en el modelo médico se basa en la individualización de la patología, siendo la enfermedad aquello que debe ser tratado. Desde esta perspectiva, la explicación de los problemas sociales que la discapacidad genera para el individuo se basan primordialmente en un defecto físico-psicológico. Estas deficiencias provocan que la persona discapacitada sea una persona dependiente y vulnerable. En resumen, podemos afirmar que el modelo médico tiene como consecuencias para la discapacidad:

- Que se iguale el término discapacidad a la noción de dependiente, en lugar de interdependiente.
- Que se iguale el término discapacidad a marginación, en lugar de permitir que se pueda vivir en la diferencia.

La sociología de la salud ha desarrollado una crítica al discurso médico como fundamento del poder médico (Turner, 1993) Desde esta perspectiva, conceptos como muerte, salud o enfermedad tienen una explicación cultural y no biológica. Los cuerpos son parte de la naturaleza, pero no podemos explicar el comportamiento humano en términos biológicos, ni considerar el cuerpo como una entidad individual aislada. Tanto la enfermedad como la muerte son categorías culturales cambiantes que están determinadas por intervenciones tecnológicas y tomas de decisiones y clasificaciones médicas. Establecer una definición de salud o enfermedad vaciada del contexto personal, cultural y social que la constituye, significa ver a la enfermedad como una entidad natural y neutral. En palabras de Foucault, <<la enfermedad no es una entidad patológica en la naturaleza, sino el resultado de procesos socio-históricos>> (Foucault 1994, *The Order of Things*)

Por otro lado, Turner critica al discurso médico por su minimización de la capacidad de agencia de las personas. Para él, la enfermedad <<no es una simple invasión a un entorno por parte de una entidad extraña: en un sentido, las personas se apropian de la enfermedad como parte de su individualidad>>. (Turner, 1990) Por lo tanto, es fundamental integrar en la perspectiva una noción de agencia que atente contra un reduccionismo biologista.

La importancia de la corporeidad en nuestras formas de estar y de actuar ante el mundo ha sido rescatada en los últimos años por diversas perspectivas teóricas dentro de las ciencias sociales. No sólo nuestra comprensión de la corporeidad define quiénes somos y qué podemos hacer, la forma particular que toma nuestro cuerpo juega un papel clave en el tipo de comprensiones que podemos aceptar y las que queremos cambiar. Negar el cuerpo hace que sólo podamos comprender la discapacidad como una etiqueta, un prejuicio o una discriminación. Debemos, por tanto, reintroducir una perspectiva corporeizada. Bajo esta perspectiva se debería:

- Reconocer el carácter social, material y reproductivo de los agentes sociales (no necesariamente individuos) en interacción.
- Cuestionar las fronteras entre “lo social” y “lo natural”, considerando a los colectivos sociales como ensamblajes de elementos simbólicos y materiales.
- Entender a las divisiones entre individuo y sociedad, cuerpo y mente, capaz o incapaz como resultado de purificaciones simbólicas y materiales legitimadas por ciertas prácticas sociales. La posibilidad de nuevos lenguajes y ensamblajes cuestionando estas divisiones permiten la construcción de formas alternativas de ser en el mundo.
- Reconocer la presencia de realidades preconstruidas a la interacción que juegan un rol sustancial en la secuencia interactiva. La interacción lingüística es una de entre las muchas formas de interacción en el desarrollo de la socialidad. Los actores son más que agentes interpretativos, usando diferentes estrategias conscientes e inconscientes en la interacción.

- Crear formas de irrupción de prácticas y discursos que debiliten prácticas dominantes a través, por ejemplo, de articulaciones entre movimientos sociales definidos como no estándar.

En este sentido la perspectiva crítica cuestionaría:

- La forma en que se naturalizan las diferencias sociales
- La forma en que se desarrollan prácticas simbólicas y materiales para categorizar a gente, construirla como no estándar, y legitimar su opresión.
- Las consecuencias de estas construcciones en la forma en cómo la gente se ve a sí misma y es vista por otras, y la legitimación a través de prácticas materiales de exclusión.

A partir de preguntarse:

- Los intereses, razones, asunciones, justificaciones e implicaciones de ciertas formas de comprensión.
- Los ensamblajes materiales y discursivos que se realizan para implantar y legitimar estas formas de comprensión.

3.8 Discapacidad y normalización

La perspectiva médica de la discapacidad se basa en la noción occidental de la individualidad y la salud: la responsabilidad de la recuperación se ubica en el individuo enfermo. Se establece entonces una dependencia de la población discapacitada a un programa de rehabilitación en dos funciones importantes: primera, programas de recuperación corporal para recuperar la 'normalidad' perdida; y segundo, asistencia en la adaptabilidad psicológica de la identidad de discapacitado.

La traducción política de esta práctica médica ha sido una fundamentación teórica de la discapacidad en torno la teoría de la normalización. Tal teoría (Wolfensberger, 1980) se basa, en primer lugar, en adoptar mecanismos culturales para hacer que la población discapacitada pueda vivir en sociedad. En segundo lugar, en garantizar a la población con discapacidades unas condiciones de vida similares a aquellas de los ciudadanos no discapacitados. Y en tercer lugar, en reevaluar la imagen social de la persona discapacitada.

La crítica que se le hace a esta teoría (Oliver, 1990), es que no tenga por objeto la problemática social de la discapacidad, sino que se trata de una teoría en torno a servicios: gestiona, planifica y da soporte a prácticas terapéuticas controladas por profesionales, provocando que estos tengan el peso central en las políticas sociales de discapacidad.

Un segundo problema es que esta teoría trata a la población discapacitada como grupo uniforme, sin contemplar la heterogeneidad de las diferentes trayectorias vitales de la población con discapacidades. La población con discapacidades se caracteriza por situaciones diferenciales más que por la homogeneidad impuesta por las políticas sociales de normalización (Oliver, 1990).

3.9 El modelo social de la discapacidad

La aparición de asociaciones de personas con discapacidades en la arena pública ha provocado la revisión del modelo médico. Varias críticas (Morris, 1991 y Oliver, 1990) han puesto en crisis la noción médica de discapacidad y se han acuñado nuevos términos (como discapacitación o no estándar, por ejemplo) en concordancia con lo que se ha pasado a llamar el modelo social de la discapacidad.

El modelo social de la discapacidad nos ofrece un nuevo paradigma o marco conceptual para entender el fenómeno social de la discapacidad. Ya no se habla de discapacidad física, discapacidad sensorial o discapacidad mental, sino que se habla de contextos de discapacitación resultado de la constante comparación con la norma social (el cuerpo médico ideal, sano y capaz).

El modelo médico ha tenido un papel muy activo en el proceso de naturalización del cuerpo sano y de la patología individual como norma. De acuerdo con el modelo social, la noción médica de normalidad no sería una meta a la cual llegar. Tomando un ejemplo, <<no es la incapacidad de andar lo que discapacita a alguien, sino los escalones que nos encontramos al entrar en cualquier edificio>> (Morris, 1991: 10)

El modelo social critica la noción de discapacidad entendida como dependencia, el hecho de necesitar de alguien porque no se llega a la normalidad médica. Otros autores (Oliver, 1990 y Campbell, 1996) han propuesto la noción de independencia mutua intentando evitar la oposición entre dependencia e independencia (la no asistencia por parte de nadie). La independencia mutua no estaría relacionada con la capacidad intelectual y física de cuidarse a sí mismo, sino más bien con la capacidad de poder decidir cuándo y cómo la asistencia tiene lugar en nuestras vidas.

Otro de los aspectos importantes que han surgido dentro del paradigma social de la discapacidad ha sido la crítica a la noción de diferencia. En el modelo médico, se define la diferencia en términos de no normalidad y, por tanto, como patología. Esto implica que la diferencia que se experimenta en la discapacidad se define en términos de marginalización y opresión. La revisión de esta falsa oposición dentro de la teoría social ha llevado a plantear la diferencia como una forma de estar, una forma más de existir socialmente y con capacidad endógena de definición sin ser necesaria la comparación con la normalidad para ser ella misma definida (Barnes y Oliver, 1998).

Las diferencias han sido vistas tradicionalmente como dicotomías: por ejemplo, la discapacidad se entiende a partir de la capacidad. Todas estas diferencias se jerarquizan con relación a una norma, y lo diferente sólo puede ser definido en relación con ella. Discapacidad no tendría sentido si no contemplamos la noción de “cuerpo capaz”, así como homosexualidad se define en estricta comparación a la heterosexualidad.

La discapacidad es vista entonces como <<una característica de una minoría, un grupo subordinado, y su significado social se limita sólo a la diferencia con respecto a la supuesta norma del cuerpo sano. En cada caso, es el grupo discapacitado que es visto como homogéneo y deviene el objeto de estudio>> (Saraga, 1998: 197)

3.10 De la discapacidad a la discapacitación

Una alternativa teórica que integra lo no estándar supone entender la discapacidad no en términos de debilidad física, sensorial, cognitiva o mental

de la persona. Al contrario, sería el resultado de los efectos estructurales de discapacitación de una sociedad que considera estándar a los corporalmente normales. La crítica a los efectos de la medicalización e individualización de los problemas sociales, producto en gran medida de la naturalización de lo saludable por la medicina, ha sido, de hecho, un punto de partida para un modelo social y estructural de la discapacitación como opresión social. Veamos ejemplos de preguntas que discapacitan a la persona y posibles alternativas (Oliver, 1990: 7):

Habituales	Alternativas
¿Puede decirme cuál es su problema?	¿Puede decirme cuál es el problema con la sociedad?
¿Qué le hace difícil sostener, coger o voltear cosas?	¿Qué defectos en utensilios como jarras, botellas y latas le hacen difícil sostenerlos, cogerlos o voltearlos?
Sus dificultades en comprender a la gente, ¿son debidas principalmente a un problema de oído?	Sus dificultades en comprender a la gente, ¿son debidas a la incapacidad de la gente de comunicarse con usted?
¿Tiene una cicatriz o malformación que limita sus actividades diarias?	Las reacciones de la gente a su apariencia, ¿limitan sus actividades diarias?
¿Ha asistido a una escuela especial debido a un problema de salud o discapacidad?	¿Quién le ha mandado a una escuela especial?
Su problema de salud / discapacidad, ¿significa que necesita vivir con parientes u otra persona que pueda ayudarla?	Los servicios en su comunidad, ¿le permiten un nivel adecuado de asistencia?
¿Cuán difícil es para usted moverse por su barrio con autonomía?	El diseño urbano de su barrio, ¿le permite moverse con autonomía?
Su problema de salud / discapacidad, ¿le previene de salir tan frecuentemente o tan lejos como desearía?	¿Hay algún problema económico o de transporte que le previene de salir tan frecuentemente como quisiera?
Su problema de salud / discapacidad, ¿afecta a su trabajo?	¿Tiene problemas en el trabajo debido al entorno físico o a las actitudes de los demás?

Considerar a las personas discapacitadas como sobrevivientes a una sociedad simbólica y materialmente prejuiciosa y discriminadora en lugar de víctimas individuales de las circunstancias, conduce a políticas dirigidas a aliviar la opresión en lugar de a la compensación individual, como la redistribución de recursos, el cambio del entorno físico y políticas de igualdad de derechos (Oliver, 1990: 2-3). En este sentido es que podemos hablar de prácticas discapacitadoras. Podemos elaborar entonces un modelo alternativo a la perspectiva médica dominante:

Modelo Médico	Perspectiva Alternativa
Discapacidad como resultado de una enfermedad (mental, artritis, SIDA, parálisis cerebral) que necesita de tratamiento (escuelas especiales, organizaciones no gubernamentales, médicos, hospitales, trabajadores sociales, servicios especiales de transporte).	Discapacidad como resultado de prácticas discriminatorias (mitos sociales, falta de acceso, falta de trabajo, falta de legislación anti-discriminatoria, falta de independencia económica).
Énfasis en el diagnóstico de la discapacidad que determina el tratamiento y la forma de vida del paciente.	Identificación de las prácticas que discapacitan a las personas.

Objetivo: volver a la persona a la 'normalidad' ⁴ .	Objetivo: cambiar las prácticas que hacen a una persona discapacitada.
--	--

En resumen, la capacidad puede ser vista como una tragedia o una condición natural, trasladándose su tratamiento a políticas médicas de rehabilitación que buscan compensar y curar la tragedia tomando como punto de referencia a las personas estándares. O bien podemos enfatizar que a través de prácticas materiales y simbólicas de discriminación se discapacita a ciertos colectivos.

3.11 Participación de lo no estándar

Desde una perspectiva feminista (Young, 1990), se critica la definición de salud del discurso médico por tener como parámetro de <<normalidad>> al hombre joven y sano. La salud es considerada un estado estático y óptimo, que deja fuera cualquier condición corporal cambiante o considerada problemática. El cuerpo de la mujer es entonces medicalizado y regularizado según unas expectativas o normativas que se espera cumplir. Implícito en la idea de salud está el concepto de normalidad, como un juicio de valor y una meta a conseguir. Nikolas Rose (1989) define a la normalidad como observación y evaluación a la vez. Sostiene que la noción de “normal”, al definir lo deseable y lo posible a obtener, <<otorga poder a la verdad científica y a la autoridad experta>>.

Creemos necesario rescatar la especificidad de la discapacidad, poniendo el eje en las relaciones y articulaciones con otros conjuntos de especificidades heterogéneas y no estándares. En este sentido, adoptamos la perspectiva desarrollada por Moser y Law (1999), que sostiene que la discapacidad existe o no, no como una condición biológica personal, sino en función del carácter de los materiales que permiten los movimientos entre especificidades. Estos autores ponen el eje en lo que llaman “pasajes”, es decir, el movimiento entre especificidades, y la comunicación entre ellas. En este sentido, la ausencia de ascensor discapacita a la persona al imposibilitar el tránsito entre un pasaje y otro. Así, la discapacidad depende del funcionamiento o no de unas materialidades específicas, como la existencia de escaleras o rampas. Las dificultades o facilidades en el tránsito y la comunicación entre pasajes son las que dificultan o ayudan a la persona a constituir su subjetividad. Hay pasajes que se presuponen o son prescritos de forma normativa. Depende de su carácter, devienen ausencia o placer para el sujeto.

En nuestra perspectiva, el enfoque no está en la “enfermedad”, sino en la performatividad de una especificidad en articulación con unos buenos y malos pasajes.

3.12 Género y discapacidad

Uno de los primeros intentos de poner en relación el género con la discapacidad son los trabajos de Jo Campling (1979, 1981). Su enfoque supone un giro al enfoque médico ya que entre sus aportaciones destacan el intento de ubicar la discapacidad en un contexto social, dejando que las propias mujeres discapacitadas hablen de su discapacitación.

⁴ La filosofía de la rehabilitación enfatiza la normalidad física, interviniendo todo lo posible para que la persona se comporte como si fuera 'normal', y sólo se recurre a la silla de ruedas como último recurso, en lugar de considerarla una ayuda a la movilidad, como lo pueden ser unos simples zapatos.

Para Michelle Finn y Adrienne Asch (1988), la causa de la situación de exclusión social de la mujer discapacitada se debe buscar en ciertos valores masculinos dominantes en las sociedades capitalistas. Consideran que es un sistema de valores andróginos que promueven que los hombres discapacitados intenten aspirar a los roles tradicionales de masculinidad. La mujer discapacitada, por lo contrario, no tiene tal opción y se la considera económicamente improductiva en sus roles tradicionales de domesticidad (reproducción y tareas del hogar). La mujer discapacitada, frente a esta negación de rol, experimenta su discapacitación con relación a sus grupos minoritarios de referencia: los hombres discapacitados y las mujeres no discapacitadas. Esta situación es definida como de doble discriminación, que se ve reflejada en la exclusión social, política y económica de las mujeres con discapacidades.

Otro trabajo a resaltar es el llevado a cabo por Jenny Morris (1991), que ofrece una perspectiva feminista de la experiencia de la discapacidad. Morris hace una crítica al modelo masculino dominante y rescata las aportaciones del movimiento de los discapacitados a la sociedad en general.

Para Morris (1991), el prejuicio puede materializarse en multiplicidad de formas sociales. Por lo tanto, argumenta que la situación de exclusión social de las mujeres con discapacidades no se debe explicar solamente en términos de barreras arquitectónicas, sino que es necesario tener en cuenta que el hecho de entrar en la vida pública conlleva actitudes de pena y hostilidad. Estas barreras psicosociales ejercen una presión enorme sobre las mujeres con discapacidades cuando intentan autorrealizarse como mujeres, más allá de las discapacidades. Para Morris éste sería el primer y principal obstáculo a superar para mejorar la situación de exclusión social las mujeres con discapacidades.

En este sentido, en el estudio <<Dones de Barcelona>> (C. Riu, 1996) habla de barreras psicosociales de las mujeres con discapacidades y se identifican veinte de ellas, a la vez que se rechaza el victimismo, mostrando a las mujeres no estándares como <<emergente(s) social(es) satisfactorio(s)>>. Este estudio fue realizado desde la Asociación Dones No Estàndards, entidad que acuñó la significación del concepto mujeres no estándares. En él se enfatiza que cuando el vínculo social se materializa se produce un cambio en la creencia general de la población favorable a la convivencia pacífica con el propio cuerpo y los cuerpos de las otras personas. El ser no estándar conlleva vivir procesos de discapacitación social. Nuestra cultura no es accesible ni a las mujeres ni a la discapacidad.

Los procesos de discapacitación son una forma de discriminación que en las mujeres actúa de forma simultánea al sexismo del patriarcado, sometiéndolas a una forma doble de exclusión. Las mujeres con discapacidad están sujetas a los roles de la esposa y madre pero, a la vez, se las considera no aptas para cumplir estos roles llegando al extremo de considerarse negativo que los asuman.

Lloyd (1992) propone integrar los procesos de discapacitación dentro del movimiento feminista, viendo ambos procesos como de exclusión simultánea. El problema sería el de constitución de la identidad, en el sentido de qué situar primero, la exclusión por ser mujeres o por considerársela discapacitada y no capaz de cumplir con los roles que se le atribuyen. La respuesta podría ser la aplicación de una <<jerarquía de desigualdades>> en la que la discapacidad se situaría antes que la del hecho de ser mujeres. Entre las mujeres, las

consideradas como discapacitadas son vistas como inferiores, y entre las personas con discapacidad tampoco son vistas como sus iguales. Por otro lado, la crítica del modelo social a la medicalización de la discapacidad tampoco ha llegado a identificar la problemática de las mujeres en su especificidad, entre otros motivos porque no ha considerado la integración de una perspectiva de género.

Este proceso simultáneo de exclusión integraría los procesos de discapacitación a los de discriminación sexista. Para ello es necesario contextualizar la posición económica, política y social de las mujeres con discapacidad dentro de la cultura de la discapacidad en un intento de romper su imposición de categorías monolíticas. Al mismo tiempo, tratar los procesos de discapacitación y de discriminación sexista de las mujeres con discapacidad desde y para las mismas mujeres permite una unificación del sujeto y objeto de la investigación, parte del espíritu de este trabajo de creación de indicadores sociales de exclusión de las mujeres con discapacidades.

3.13 El modelo social de la discapacidad: introduciendo el concepto de género.

<<The status of women with disabilities underscores their dual silence and oppression. The dual silence of women with disabilities is evidenced by a lack of a disability perspective in feminist theory and practice, and a failure of the disability rights movement to analyze how genders impacts on disability. The dual oppression of women with disabilities can be traced to early school experiences, vocational, rehabilitation and employment statistics>> (Ferri, 1998: p. 429).

Durante estos últimos años han aparecido numerosos estudios que intentan hacer emerger la problemática de exclusión social de la discapacidad. Tanto a nivel político como a nivel académico han surgido propuestas de análisis que han querido diversificar la forma de ver e interpretar la vivencia de la discapacidad. Dentro de esta producción ha sido relevante también el uso de metodología cualitativa, ofreciendo una visión de la experiencia cotidiana de la discapacidad. Estos estudios, dentro del llamado modelo social de la discapacidad, intentan hacer una crítica a las construcciones de patología individual del modelo médico imperante en el tratamiento de la discapacidad.

En este proceso de hacer emerger la problemática de la discapacidad nació lo que se denomina el modelo social de la discapacidad, modelo tratado ya en el apartado específico de discapacidad. En síntesis, los promotores de este modelo argumentarían que no sería una diferencia física o mental que discapacitaría a una persona, sino los efectos sociales de discapacitación cuando nos comparamos con la norma del cuerpo capaz y perfecto. Los creadores de este modelo han llegado a tal conclusión tras una crítica argumentada a la construcción médica de la discapacidad como tragedia personal, la cual debe ser aceptada por el individuo.

Al mismo tiempo, mujeres con discapacidades han apuntado que no sólo la discapacidad es causa de su exclusión social, sino que el género es también importante para comprender su situación de excluidas. <<Moving along the avenues of thought defined by disabled men in exploring the social and economic discrimination experienced by disabled people the literature of and about disabled women pauses to identify to what extent and in what ways disabled women may in fact be further disadvantaged>> (Lloyd, 1992). Otra de

las críticas que se realiza desde la posición de mujeres con discapacidad ha sido el olvido dentro del feminismo de considerar la problemática de la discapacidad y mujer y como estos dos conceptos se relacionan.

El modelo social de la discapacidad identifica dos grandes áreas de discriminación (Oliver, 1990): (1) la discriminación socio-económica y (2) la medicalización de la discapacidad y su relación con la salud. Lloyd (1992) argumenta que tales áreas son propias de la discapacidad pero no contemplan en ningún momento la realidad específica del género y discapacidad. En consecuencia, se deben retomar los dos ámbitos de discriminación e intentar darles significación en clave de género y discapacidad: la discriminación experimentada por la población discapacitada masculina se multiplica en el caso de las mujeres con discapacidad.

Discriminación socio-económica	Discapacidad y Salud
<ul style="list-style-type: none"> □ □ Proporciones mayores de mujeres con discapacidad ocupan trabajos remunerados de baja calificación que proporciones de hombres discapacitados y mujeres estándar (Lonsdale, 1992). □ Mayor numero de mujeres con discapacidades trabajan de forma exclusiva en el hogar debido a su exclusión del mercado laboral. Esto produce situaciones de aislamiento y baja autoestima. (Lonsdale, 1990) □ En muchas sociedades se entiende que la mujer no necesita formación, si a eso le añadimos el que tenga una discapacidad, el estímulo que reciben por parte de su familia para que accedan al sistema educativo es prácticamente inexistente, de esta manera, el índice de analfabetismo es superior al de los hombres con discapacidad” (Iglesias, 1997-1998: 6) 	<ul style="list-style-type: none"> □ □ La definición de la discapacidad como condición clínica significa que el médico puede tomar decisiones importantes en la vida de cualquier discapacitado. En el caso de las mujeres este poder que el médico tiene se ve exagerado ya que (Lloyd, 1992): □ Las jerarquías que operan en medicina son dominadas por hombres no discapacitados. □ La posición de la mujer en el sistema sanitario es secundaria, mayoritariamente la de enfermera. Así mismo, el numero de mujeres que son doctoras es muy inferior al de los hombres. □ El rol de la mujer con discapacidad es el de paciente sumisa y vulnerable. □ <<En los centros hospitalarios son mostradas a grupos médicos, para el aprendizaje de nuevos profesionales... sin el consentimiento previo. Así también son tomados videos y diapositivas como herramientas formativas sin importar las necesidades de control de las mismas por parte de los usuarios>> (Iglesias, 1997-1998: 7) □ Mientras está bien reconocido el derecho a la maternidad y métodos de contracepción para la mujer en general, a las mujeres con discapacidades se las somete a controles ginecológicos forzosos para controlar su maternidad (Fine; Asch, 1988; Wendel, 1993)

En conclusión, el modelo social de la discapacidad resulta útil para comprender la situación de exclusión social que la discapacitación conlleva. Sin embargo, la exclusión social de las mujeres con discapacidad es consecuencia también de la forma como la mujer con discapacitada es vista como mujer.

3.14 Discapacidad y Género: teoría de la doble discriminación.

El género y la discapacidad interactúan de tal forma que ubican a las mujeres con discapacidad en situaciones de doble discriminación. Dentro del feminismo se denuncia la existencia de un “techo de cristal” que excluye sistemáticamente a la mujer de posiciones políticas relevantes en cualquier institución como podrían ser las de directivas o líderes políticas. Esta denuncia resulta un problema poco relevante para la mujer discapacitada, ya que la mayoría de las mujeres no-estándar se encuentran en posiciones de “suelo pegajoso”, es decir, en situaciones de bajos salarios, reducidas al ámbito doméstico y desempleadas.

Género y discapacidad parecerían dar cuenta de la olvidada posición social de las mujeres con discapacidad. Las mujeres con discapacidades padecen de forma dimensionada la discriminación que puedan experimentar mujeres no discapacitadas o hombres discapacitados. Ejes de desigualdad como la raza o la clase social contribuyen a incrementar la discriminación que estas mujeres experimentan (Kraus y Stoddard, 1991).

Harris y Wideman (1988) sugieren que las mujeres con discapacidad, aunque están sometidas a las leyes del patriarcado, son excluidas de sus representaciones y orden simbólico. Su explicación sugiere que la posición de las mujeres con discapacidades en la matriz sexo-género es de absoluta negación. Las mujeres con discapacidades, según su análisis, se enfrentan a una doble invisibilidad, ya que ni encajan con el rígido estereotipo del “cuerpo perfecto” ni se las deja ejercer el rol femenino tradicional de la maternidad.

La construcción social de la mujer con discapacidad como sujeto asexuado está estrechamente relacionado con la construcción de género. Blackwell y Stratton (1988) afirman que la construcción de un sujeto sexual se relaciona con el mito de un cuerpo perfecto, mientras que sujetos no sexuados serían aquellos cuerpos que son imperfectos como podrían ser los de los niños, los ancianos, enfermos y, por ende, los discapacitados. Esto quiere decir que todo aquel cuerpo femenino que no sea perfecto se construye como sujeto que no tiene sexualidad. Este tabú sexual para las mujeres con discapacidades se relaciona con el miedo irracional que cualquier mujer con discapacidad pueda dar a luz y transmita “genéticamente” su discapacidad.

Un ejemplo de este proceso lo encontramos, según esta autora, en el control exhaustivo de la reproducción de las mujeres discapacitadas. Entre otras políticas, estas incluyen esterilizaciones obligatorias, desinformación acerca de anticonceptivos, abortos e incapacitación legal para adoptar un niño / a.

Un segundo paso que Blackwell y Stratton (1988) intenta mostrar es como se asocian el concepto de dependencia con el de aquellas cuerpos que no son perfectos: niños, ancianos y mujeres discapacitadas se convierten en sujetos vulnerables, que requieren de ayuda. Esta asociación se materializa en considerar una perpetua adolescente a las mujeres con discapacidades.

En esta misma dirección, Fine y Asch (1988) afirman que nuestra cultura relaciona el ser mujer y discapacitada como fenómeno redundante, mientras que el hecho de ser hombre y discapacitado se relaciona en términos de

contradicción. Redundante en el sentido de que, tanto el género como la discapacidad, se convierten en sinónimo de dependencia. Afirman también que es el género el que contribuye en mayor grado a silenciar la posición de las mujeres con discapacidad. Estas autoras defienden la necesidad de que dentro del movimiento feminista se reconozca la realidad diferencial de las mujeres no estándar y, que en la construcción de la identidad de género, la discapacidad puede complicar este proceso. Además, proponen crear un espacio político de diálogo entre mujer estándar y no estándar para el análisis de la construcción del género dentro de las sociedades patriarcales.

3.15 Discapacidad, género y feminismo.

La particularidad que las autoras feministas y con discapacidades defienden sería la de tomar el género y la discapacidad como puntos de partida no sólo en los modos de discriminación social y económica identificados por el movimiento de discapacitados masculinos. Conjuntamente con la raza, la clase y la orientación sexual, el feminismo debería examinar las formas en que la discapacidad interactúa con el género y las formas heterogéneas de opresión que pueden emerger. Esta tarea no va a ser nada sencilla, sólo somos capaces de encontrar algunos puntos de conexión que pueden ser utilizados como elementos críticos en el análisis particular de situaciones de exclusión social de mujeres con discapacidad:⁰

3.15.1 El objeto sexual y sexualidad propia

Luce Irigaray (1985) habla de la necesidad de crear un lenguaje específico que no esté determinado por el régimen de patriarcado como forma de reivindicar el deseo femenino. La imagen del mito del cuerpo perfecto ubica la mujer como objeto de deseo, el “otro” que el sujeto masculino define. En esta dirección, se puede afirmar que las mujeres no estándar se encuentran bajo un doble silencio, tratadas como objetos asexuados y negadas de cualquier imagen sexual.

Asch y Fine (1992) reivindican la necesidad de construir un lenguaje propio de la mujer con discapacidad y que la mujer con discapacidad, rompiendo este silencio, tiene la posibilidad de proporcionar una imagen de una sexualidad que supere la monolítica imagen de la sexualidad masculina y monolítica y expanda las formas de relacionar el deseo de la feminidad con el propio cuerpo femenino.

La asociación Dones No Estándards enuncia, el cuerpo no estándar puede seducir, para que ésta se produzca, es necesario que en el otro exista algo que le lleve a sentir intuitivamente que esta delante de una persona desconocida y admirada, y la característica de no estándar lo proporciona. C. Riu “con el cuerpo textualizado de las mujeres no estandares producimos una revolución, somos las mujeres que intervenimos con más contundencia para producir un cambio de la imagen estereotipada femenina.

3.15.2 El control del cuerpo femenino

Uno de los aspectos importantes dentro del feminismo ha sido el estudio del cuerpo y las imágenes de su sexualidad (control, abuso y explotación del cuerpo de la mujer). Wendel (1993) anota que algunas feministas han tendido a revalorizar la corporalidad intenta romper con el pensamiento racional y abstracto de la ilustración masculina.

No obstante, las mujeres con discapacidad también han sido sujetas a opresión como cualquier otra mujer, aunque con una corporalidad particular diferente a la del cuerpo estándar. A partir de aquí se entiende la necesidad de incorporar los lenguajes corporales de la discapacidad en el corazón del debate feminista. Aunque a la mujer con discapacidad se le ha negado su sexualidad, ellas han sido víctimas también de violaciones y abusos sexuales. Algunos estudios, como el de Marita Iglesias (1997-1998), afirman que la mujer con discapacidad se encuentra en riesgo mayor que una mujer estándar a padecer un abuso sexual o violencia doméstica. Fine y Asch (1988) afirman que una mujer con discapacidad es una “víctima fácil” de abuso por parte de personal de atención sanitaria, compañeros de hogar o de aquellos hombres de los cuales pueden ser dependientes económicamente.

Como ya hemos comentado, una de las formas de control del cuerpo de la mujer no estándar es la negación de la maternidad o la incapacidad legal para adoptar un niño. Fine y Asch (1988) sugieren que una buena forma de unificar intereses entre feministas y mujeres con discapacidades sería luchar por el derecho a la reproducción de *todas* las mujeres. Asimismo, consideran igualmente positivo asentar unas bases para una defensa conjunta del derecho a elegir el cuando del aborto tanto para las mujeres estándar como para las no estándar.

3.15.3 La metáfora del espejo de las dos caras.

Otro paralelismo relacionado con el cuerpo de las mujeres comporta la exageración de la diferencia entre normalidad y anormalidad. Irigaray (1985) sugiere que dentro del patriarcado es necesario exagerar las diferencias entre género masculino y femenino para reforzar los estereotipos que afectan tanto a hombre como mujeres.

Siguiendo esta lógica, Beth (1998) propone la metáfora del espejo con dos caras que tanto puede exagerar o disminuir lo que refleja. Por un lado, se exagerarían las diferencias físicas mediante el vestido, el maquillaje, el baile o el deporte. Por otro lado, se disminuyen las capacidades como personas se acuerdo a las diferencias físicas que antes se han exagerado. Esto querría decir que mantienen y se refuerzan estereotipos que definen a las mujeres con discapacidades como dependientes, víctimas y vulnerables al no considerar que tengan las suficientes capacidades físicas para vestirse, maquillarse o bailar.

Estos estereotipos sirven para que los cuerpos no discapacitados 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 discapacitada, C. Riu propone el siguiente cuadro que muestra esta diferencia.

Hombre	Mujer
Hombre	Mujer
<ul style="list-style-type: none"> Se le educa para que pueda trabajar adaptado a sus posibilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> No se le da formación, pocas mayores de cuarenta años saben leer y escribir.

<ul style="list-style-type: none"> • Se intenta que tenga independencia económica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se les enseña aquellas tareas domésticas, se dicen las más apropiadas a ella y a la vez son aquellas que no gustan a nadie. Y no son cotizadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Se le ayuda a buscar pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de la vida la pasamos con ancianos, con los abuelos de pequeñas y con los padres de mayores.
<ul style="list-style-type: none"> • Se intenta por todos los medios que sea padre. (Ver ponencia de sexualidad de C.Riu). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se nos encierra para que no tengamos ninguna relación masculina.
<ul style="list-style-type: none"> • Se busca a una mujer poco lista y que le haga las cosas que él no puede, para casarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se nos informa sobre nuestra sexualidad, ni la contracepción. Se nos encierra para que no tengamos relaciones sexuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Se les reconocen sus necesidades sexuales acompañándolo a veces a un prostíbulo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Somos acosadas violadas en una porcentaje alto por familiares, personal sanitario o cuidadores . En caso de quedar embarazadas el aborto se le exige..
<ul style="list-style-type: none"> • Se intenta que sea padre por todos los medios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se esteriliza a mujeres con discapacidad sin consentimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • La familia es cómplice a la hora de buscarle pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se intenta que no tenga pareja.
<ul style="list-style-type: none"> • Que su cuerpo no sea estético convencionalmente, no tiene excesiva importancia.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se exhiben los cuerpos de las mujeres con discapacidad en clínicas y hospitales y se experimenta con ellos sin consentimiento de las afectadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Las operaciones estéticas casi no se practican. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se practican intervenciones quirúrgicas desmesuradas para conseguir parecerse más al patrón normal (Ver Manifiesto de mujeres Europeas y ponencia sexualidad de C.Riu).
<ul style="list-style-type: none"> • Se hace lo posible para que sea independiente a nivel económico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se la hace económicamente dependiente de la familia.
<ul style="list-style-type: none"> • Su hermana cuida de él. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus hermanos no se relacionan en general bien con ella.
<ul style="list-style-type: none"> • Se le trata como hombre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se la trata infantilmente.
<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento social y familiar es despectivo pero está en el ámbito público. 	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de la sociedad y la familia es de sobreprotección y maltrato a la vez.
<ul style="list-style-type: none"> • Todo el tiempo lo pasa en el bar o en casa siendo servido. 	<ul style="list-style-type: none"> • todo el tiempo de su vida lo pasa en casa.

<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre le cuidan, nunca cuida a sus padres, sí se da el caso es generalmente una hermana quién cuida de los padres y de él. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida de sus padres, como puede, cuando son mayores hasta que mueren, aunque no la hayan tratado bien a ella.
<ul style="list-style-type: none"> • Puede tener pareja e hijos y sino una hermana cuidará de él. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al final queda sola con la paga de la no contributiva, se cubre sus propias necesidades como puede hasta que muere.

3.16 Breve historia de género y Discapacidad

Un movimiento grande y fuerte desde la década de los 70 ha producido que la sociedad española y sus Instituciones y el mismo gobierno ha sido sensible a nuestra participación, lo que ha producido que las diferentes Coordinadoras y Federaciones de discapacitados del Estado Español y su participación institucional hayan generado una forma de participación de las personas con discapacidad en la sociedad que nos ha llevado a que emerja el enfoque de mujer con discapacidad.

Los hechos destacados de la perspectiva de género y Discapacidad en España podríamos remarcar los siguientes:

- **1995 A nivel mundial se conoce que ya en la conferencia de Beijing** ya participaron mujeres con discapacidad.

- **1995 Constitución de la Asociación Dones No Estàndards:**

En el año 1993 coincidimos unas veinte mujeres activistas del movimiento de personas con discapacidad en un congreso en Barcelona, y hablando entre nosotras constatamos que los ponentes habían sido hombres con discapacidad cuando en el movimiento podíamos contar con muchas más mujeres famosas que hombres y además todas nos habíamos contado en alguna ocasión, los aprovechamientos a nivel sexual de las mujeres disminuidas por los hombres discapacitados, lo que nos llevo a plantearnos que debíamos hacer algo al respecto, a partir de aquel día nos fuimos reuniendo semanalmente hasta que en el año 1995 constituimos la asociación Dones No Estàndards cuyo ideario dice:

Nuestra asociación nace a causa de la necesidad de evidenciar la violencia que se ejerce a todas las mujeres consideradas no estàndards, en especial la no estandarización repercute con mayor violencia en las mujeres con discapacidad. Es por ese motivo que esta asociación será dirigida por estas mujeres, y a partir de evidenciar su posición en la vida, caminaremos conjuntamente con toda la población para ir eliminando las convenciones, que perjudican a todas las personas para vivir respetando los Derechos humanos. Somos un grupo de mujeres con unos rasgos característicos debido a nuestras diferencias físicas. Queremos comunicarnos entre nosotras y el resto de la gente a fin de poder disfrutar de la vida con satisfacción y plena integración social, respetándonos a nosotras mismas y a los demás.

Con esto queremos decir que el énfasis de nuestro trabajo dentro de este grupo se encuentra en la buena convivencia, a pesar de las “diferencias” con las otras personas. A menudo eso no es fácil, requiere un esfuerzo porque la sociedad tiende a explicar las cosas de forma genérica y olvida las particularidades, especialmente si son costosas.

Creemos en una sociedad abierta, que potencie nuestras valías. No se trata de “vivir” sino de vivir desarrollando nuestra persona.

Estamos hechas de muchas cosas, no solamente de un cuerpo más o menos perfecto.

En una sociedad como la de hoy en día en la que las relaciones sociales son muy superficiales y el culto al cuerpo es muy importante, esto es bastante complicado.

Todo esto que parece mucho o poco, pasa por reflexionar, hablar, conocer, informar, formar y crear una forma de vida de calidad: solamente esto es lo que pretendemos.

En esta forma de vida no hay ganadores ni perdedores, hay creación a partir del contraste de la diferencia, se produce la sublimación en forma de liberación hacia una lucha que nos lleva al camino de una mayor humanización.

Dentro de este camino existe el peligro de una integración que quiere normalizar aunque no sea posible, haciendo aún más evidente las limitaciones de las personas que quiere “integrar”.

“Integrar” no quiere decir aceptar a una persona discapacitada y hacer parecer que sus limitaciones físicas no tienen importancia, ya que para ella son un compañero de vida un tanto farragoso. Para nosotras “integrar” quiere decir dar a la persona discapacitada físicamente, el lugar y la función que le corresponde de verdad, de manera que no sea un “más a más”, sino que sea uno “más”.

Por tanto creemos que hay que ir en cuenta con la discriminación positiva que tiene muchos aspectos positivos y otros de negativos. Esta es, pues, nuestra tarea que empezamos y por la que necesitamos de todas/os vosotras/os para llevarla a termino.

Nuestra asociación representa al sector de las mujeres con discapacidad y esta población padece un grado muy alto de desocupación, de violencia, marginación y aislamiento, por razón de género y de discapacidad, en los ámbitos laboral, familiar, educativo en la planificación del hábitat, de transporte y servicios y en el trato psicosocial convencional. Motivo por el que nuestra asociación se ha constituido, para desde ella intervenir en los ámbitos que pudiéramos, con el propósito de ir consiguiendo que las mujeres con discapacidad consigamos la igualdad de oportunidades y se respeten en esta población los Derechos Humanos. Los fines de esta asociación además son conseguir que el discurso de la mujer discapacitada sea escuchado, este es el

motivo que esta sea llevada y dirigida por mujeres discapacitadas y esto se realiza de un modo que genere relaciones pacíficas, dado que estamos convencidas que la única forma de erradicar la violencia es creando vínculos afectivos positivos, esta es nuestra aportación social.

Nuestro modo de funcionar es aceptar la crítica como la herramienta indispensable para avanzar en nuevas creaciones y además no nos hemos de convencer unas a otras, sino aprovechar lo fructífero de las posiciones y respetar las diferencias y además en nuestro trabajo cuidaremos al máximo nuestra presentación para poder crear vínculos afectivos que nos lleven a la convivencia pacífica.

- 1996 PROYECTO “DONES DE BARCELONA”

Ganador del X. Premio 8 de Marzo, M^a Aurelia Capmany, 1996 otorgado por el Excmo. Ayuntamiento de Barcelona, en su doble modalidad, del jurado y el público.

Realizado: Por la Asociación Dones No Estàndards.

Objetivo: Sensibilizar de la situación de la mujer no estándar, y recoger a nivel de la población general la creencia que existe sobre ella.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer a doce mujeres con discapacidad de Barcelona ciudad que con su trabajo e intervención social, política y económica han conseguido mejorar la calidad de vida de toda la ciudadanía.
- Elaboración y exposición de tres supuestos teóricos sobre cultura, maternidad y comunicación, donde se concretan veinte barreras psicosociales existentes en torno la convivencia con las mujeres con discapacidad.
- Pasar un cuestionario a la población, sobre la creencia que existe sobre las mujeres, con discapacidad, y compararlo sobre lo que creen la población general sobre si mismo, y como la intervención, después de hora y media con mujeres con discapacidad, produce un cambio favorable de la creencia.

Metodología:

- Muy participativa, intervinieron 3.251 personas de ocho carreras universitarias, de las Universidades, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad de Barcelona, Universidad Ramón LLull, mujeres con discapacidad y población en general.
- Se intento dar un servicio a los profesionales y así todas las personas que estuvieran interesadas en el trabajo y se sintieran motivadas. Se ocuparon en todas las carreras y cursos universitarios una hora y media de clase. Se hacia participar a los alumnos con sus opiniones en los cuestionarios sobre la población que estaban en contacto, a los profesores en el proyecto y a las mujeres con discapacidad en la intervención social, dándoles posibilidad de crear vínculos.

Resultados:

- Participación de 3.251 personas.
- Elaboración de un trabajo de trescientas setenta y cuatro páginas, donde hay ochenta y cuatro gráficas que comparan la creencia que tiene la población general sobre sí misma, con la creencia que tienen sobre las
- mujeres con discapacidad de un 70% aproximadamente, y el cambio producido de creencia de la población general, después de una hora y media de intervención social de las mujeres con discapacidad.
- Un vídeo de treinta y dos minutos, donde se recoge el testimonio de las doce mujeres del proyecto y del proceso de todo el trabajo realizado.
- Publicación de un resumen en el libro Mujer y Diversidad – Buenas Prácticas, editado por el IMSERSO, año 2000.

- 1997 Manifiesto de las mujeres con discapacidad en Europa:

La base del Manifiesto es una recopilación de recomendaciones destinadas a mejorar la vida de las mujeres y niñas con discapacidad en la Unión Europea. En él se hace una revisión de las recomendaciones del Seminario de expertos de la ONU sobre mujeres con discapacidad, celebrado en Viena en 1990. El grupo de estudio sobre la mujer frente a la discapacidad, apoyado por la Dirección General V/E. de la Comisión Europea se encargó de realizar esa revisión durante el segundo semestre de 1996. Este mismo grupo, convertido en grupo de trabajo del Foro Europeo, adoptó el Manifiesto en Bruselas el 22 de Febrero de 1997. Encarnación Blanco dice sobre él:

El origen del debate en Europa surgió en la presentación del “Manifiesto para las mujeres con Discapacidad en Europa” propuesto por el Grupo de Mujeres del Foro Europeo de personas con discapacidad. La presentación del manifiesto por parte de las propias afectadas ha iluminado la situación, invisible, de las mujeres con discapacidad. Las mujeres que han presentado esta situación, son mujeres que después de dedicarse durante décadas al movimiento de personas con discapacidad, han constatado la discriminación diferencial, con respecto a los hombres con discapacidad y en relación al resto de la población, esta situación no se ha modificado tras la aplicación durante décadas de políticas de carácter general dirigidas a las personas con discapacidad por lo que es preciso iniciar medidas de discriminación positiva. ¿Qué medidas?. Para determinarlas es imprescindible contar con la participación activa e intensiva de las afectadas.

- Áreas Prioritarias

La ideología fundamental del Manifiesto es la noción de derechos humanos e igualdad de oportunidades. La no discriminación y la lucha por conseguir la igualdad de oportunidades debe desarrollarse de manera simultánea en diferentes frentes y lugares. Este manifiesto incluye recomendaciones relacionadas con las siguientes áreas de interés prioritario para las mujeres con discapacidad en Europa: derechos humanos y ética, legislación nacional y europea, convenciones y demás instrumentos jurídicos internacionales, empleo y formación profesional, matrimonio, relaciones, maternidad y vida familiar;

violencia, abuso sexual y seguridad, capacitación, preparación de líderes y participación en decisiones; orígenes culturales; sensibilización, medios de difusión, comunicación e información; autonomía, asistencia personal, necesidades, asistencia técnica y asesoramiento; Seguridad Social, atención médica y sanitaria y readaptación; edificios públicos, vivienda, transporte y medio ambiente; cultura, tiempo libres y deportes; centros nacionales de enlace sobre mujeres con discapacidad ; órganos internaciones de enlace; actividades regionales y subregionales y financiación de proyectos, e información estadística e investigación.

De 1997 al 1999 Se elabora una guía sobre violencia y mujer con discapacidad por la asociación Iniciativas y Estudios Sociales (I.E.S.) como parte de las acciones desarrolladas en el marco de Proyecto METIS **sobre violencia y mujer con Discapacidad** al amparo de la Iniciativa DAPHNE de la Comisión de la Unión Europea

1998 IMSERSO ya incorpora e impulsas el desarrollo de políticas transversales dirigidas a las mujeres con discapacidad (Institución pública pionera en Europa sobre mujer y discapacidad).

D^a Concepción Dancausa Treviño, Directora General del Instituto de la Mujer en aquel momento, actualmente Secretaria de Estado para Asuntos Sociales ya pública en la revista MINUSVAL nº 114 lo siguiente:

“Cuando se habla de políticas de igualdad para las mujeres surgen a menudo voces que las cuestionan: unas, porque piensan que no son necesarias, que el problema ya está superado; otras, expresan que establecer medidas beneficiosas para las mujeres perjudica a los hombres, y, finalmente hay quienes dicen que es un paternalismo disfrazado, ya que las mujeres estamos suficientemente formadas y en condiciones de paridad con los hombres.

Frente a estas afirmaciones, los datos suelen estar muy empecinados en demostrar lo contrario: todavía las mujeres tenemos una tasa de actividad del 36 % frente al 65 % de los hombres, somos minoría como empresarias (sólo el 29 %, y eso que se incluye en el porcentaje el autoempleo) y elegimos carreras y oficios muy estereotipados. En términos globales, tenemos un salario un 30 % menos y las tasas de desempleo de las mujeres casi duplican a las masculinas (el 28 % frente al 16 %), por no hablar de la escasa presencia femenina en puestos de decisión en todos los niveles. Por ello, no se puede negar que el sexo, hoy por hoy, en España es una causa de diferenciación en negativo, aunque no en el mismo grado para todas las mujeres: si a cualquier causa de exclusión se añade ser mujer, la marginación se potencia.

Las mujeres con algún tipo de minusvalía tienen que soportar doblemente el modelo impuesto de belleza, <<de perfección>>; la situación de dependencia y subordinación sobre la que tradicionalmente se ha construido la identidad femenina se ve acentuada. Las mujeres con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, tienen mayores dificultades para acceder a la formación o al empleo que sus compañeros y, bajo aparentes medidas protectoras, se convierten en mano de obra gratuita en el ámbito familiar, se les coarta su desarrollo personal y profesionales negándoles el derecho a tomar decisiones sobre su vida”.

Derecho a la diferencia

El artículo 14 de nuestra Constitución una de las más avanzadas de Europa, prohíbe cualquier tipo de discriminación, y su artículo 9 consagra la acción positiva como un instrumento para la consecución del principio de igualdad de trato, encomendando a las Administraciones públicas la puesta en marcha de mecanismos para que pueda ser real y efectiva.

Hay, pues, un mandato constitucional para ofrecer oportunidades a todas las mujeres, para decidir **quiénes** queremos ser y **qué** proyectos queremos realizar a lo largo de nuestra vida, sin tener que estar condicionadas por adscripciones genéricas que han definido históricamente cómo debe ser una mujer. Y cómo debe comportarse para ser aceptada socialmente, lo que en muchos casos nos ha perjudicado. Este principio incluye el reconocimiento del derecho a la diferencia: no hay ni debe haber un solo modelo válido de ser mujer; cada una, teniendo en cuenta su **condición, su situación y sus necesidades**, tiene el derecho a elegir, **cómo** quiere ser mujer hoy, en un contexto de cambios sociales profundos y acelerados como los que se están produciendo en nuestra sociedad y con una perspectiva puesta en los retos y desafíos del año 2000.

En el mismo MINUSVAL, Virginia Cristóbal escribe refiriéndose al congreso Internacional que hubo en Torremolinos sobre empleo bajo el lema “Las Mujeres construimos Europa” comenta de que en la clausura, Concepción Dancausa, Directora General del Instituto de la Mujer, insistió en la necesidad de desarrollar más políticas activas de mayor calidad, la necesidad de conciliar la vida personal y no sólo la familiar con el trabajo remunerado. Para ello se cuenta con las directrices de la UE. Que ha expresado manifiestamente la prioridad de la inserción laboral de las mujeres, y el esfuerzo común de todas las Administraciones, los agentes sociales y las asociaciones de mujeres, <<no hay posibilidad de retroceso>>.

Como última reflexión y teniendo en cuenta a las ciudadanas invisibles, las mujeres discapacitadas, ¿cómo hacer manifiesta su situación de discriminación múltiple? ¿Exclusivamente desde una perspectiva de género, o en su condición de personas con dificultades añadidas para su integración social? La respuesta que nuestra sociedad da a estos interrogantes pondrá de manifiesto la implicación de los actores sociales y la pertinencia del criterio de <<mainstreaming>> en las políticas sociales.

- 1998 Nexo con la Diversidad. Asociación Dones No Estàndards.

Proyecto “NEXO CON LA DIVERSIDAD”

Realizado en el curso 1997-98 por M^a Carmen Riu, presidenta de la asociación Dones No Estàndards.

Objetivo:

Elaboración de textos y materiales didácticos para cuatro sesiones del crédito obligatorio de tutoría, con el fin de enseñar a los alumnos a auto reflexionar y detectar que todos tenemos diferencias que no nos gustan y visionar que precisamente estos nos dan personalidad, el proyecto trabajaba sobre diferencias de género, moda, discapacidad y etnias.

Metodología:

Muy participativa, intervinieron, como supervisora la Sra. Sara Blasi Gutiérrez delegada territorial de Barcelona ciudad del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, y la Sra. Montserrat Munné, Inspectora de Educación Especial del mismo departamento. Intervinieron 1.198 alumnos de ESO y 46 profesores de diez Institutos de Secundaria de Barcelona ciudad. Se intento dar un servicio impartiendo las cuatro horas de clase a todos los grupos, descargando de docencia a los profesores a la vez que se les daba unos **materiales y el enfoque para que ellos pudieran realizarlo posteriormente. Se idearon materiales didácticos muy sugerentes, donde se participaba jugando y todos los alumnos habían de intervenir. Se partió de la práctica para llegar a la teorización y a la esquematización de ella.**

Resultados:

- ❖ Participación de 1.198 alumnos y 46 profesores de Secundaria de Barcelona ciudad.
- ❖ Elaboración de todo el trabajo de 230 paginas con cinco gráficas.
- ❖ Elaboración de cuatro juegos con los materiales.
- ❖ Publicación en el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.
- ❖ Publicación de un resumen en el libro Mujer y Discapacidad – Buenas Prácticas, editado por el IMSERSO año 2000

- 1998 Personas de Nuestro Mundo. Asociación Dones No Estàndards.

Proyecto: “PERSONAS DE NUESTRO MUNDO”

Realizado por la asociación Dones No Estàndards, desde el año 1999 al 2004 acabará coincidiendo con el Forum de las culturas a celebrar en Barcelona ciudad.

Objetivo:

Integrar en un acontecimiento cultural mundial a las mujeres con discapacidad, de forma que su discurso, estudios y expresión artística hagan gozar al ciudadano de la relación con ellas.

Metodología:

Muy participativa y de compromiso. Se han seleccionado a mujeres con diferentes discapacidades y diferentes países para que sean ellas las que presenten sus trabajos. Que consiste en elaborar una recogida de estrategias positivas de las diferentes culturas hacia la mujer con discapacidad. Al mismo tiempo estas mujeres se forman en diferentes lenguas, informática y técnicas de investigación. Hay unos encuentros una vez al año para ir siguiendo el trabajo. Paulatinamente se van integrando mujeres de diferentes lugares.

Resultados:

Hasta ahora tenemos cuatro equipos que ya están trabajando. En octubre de este año empezaremos la obra de teatro que la escribiremos entre todas reuniéndonos una vez por semana. Esta obra luego la queremos representar en el Forum. También esperamos tener el estudio teórico.

Esperamos tener el reconocimiento del acontecimiento y los medios de comunicación y evidenciar con nuestra convivencia que es bonito y divertido crear vínculos con nosotras.

- 1998 Doña Juana de Andres Lacambra Defensora del Discapacitado de la Comunidad Valenciana, publicaba en el MINUSVAL nº 114 .

El instrumento básico de las políticas de igualdad de oportunidades de las mujeres es la acción positiva y esta acción se debe trasladar de forma prioritaria a las mujeres que sufren cualquier tipo de discapacidad. La discriminación de género debe ser combatida por las sociedades democráticas a fin de alcanzar un equilibrio social; por eso, las acciones urgente deben ir dirigidas a aquellos colectivos propensos a sufrir la doble marginación como mujeres y como discapacitadas: mujeres sin recursos económicos, maltratadas, etc.

Más adelante continua diciendo:

“...del colectivo de mujeres, se no deben aplicar los planes de igualdad europeos, estatales y autonómicos”.

Y añade,

“...contengan acciones positivas dirigidas de forma concreta a las mujeres que sufrimos alguna discapacidad”.

“Nosotras, como mujeres discapacitadas, reclamamos la necesidad de que nuestros derechos sean desarrollados íntegramente.

Para ello es necesario elaborar un estudio sociológico que permita conocer la situación de las mujeres con discapacidad en el ámbito del Estado español, a fin de conocer su situación social, económica, laboral y cultural, y en virtud del

mismo, conocer sus demandas y necesidades, para establecer las respuestas adecuadas.

“La Administración pública debe ser ejemplificadora y por tanto debe establecer, dentro de sus políticas, acciones positivas con mujeres discapacitadas a través de convenios que establezcan toda una serie de actuaciones orientadas a la incorporación laboral de las mujeres con discapacidad tanto en la Administración pública como en las Empresas públicas.

- 1999 Primeras Jornadas en el IMSERSO Madrid, sobre “Mujer y discapacidad”.

En las jornadas de Madrid de 1999 “Mujer y Discapacidad”. Ya se denota la intervención de España en la perspectiva de género y discapacidad.

La Subdirección General del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad organiza esas jornadas implicando a los responsables de políticas españolas y europeas de mujer, de discapacidad en el ámbito de la Administración General, Autonómica y Local, Organizaciones no gubernamentales dirigida a los colectivos de la discapacidad y/o de la mujer, técnicos, es decir a toda la sociedad para que se implique en este tema en su actuación.

Instituciones Europeas:

- Comisión Europea. D^a Jenny Ytsma, División Discapacidad de la D.G.V.
- Parlamento Europeo: D^a Barbara Schmidbauer, Eurodiputada.
- Foro Europeo de Personas Discapacitadas: D^a Lidia Zijdel La Rivière, Presidenta del Comité sobre los Asuntos de las Mujeres con Discapacidad.
- Italia: Departamento de Igualdad de Oportunidades: D^a Ana Maria Comitto.

Instituciones Españolas:

- Subdirección General de Programas del Instituto de la Mujer: D^a Dolores Flores Cerdan, Subdirectora General.
- Subdirección General del Plan de Acción para Personas con Discapacidad: D^a Encarnación Blanco Egido, Subdirectora General.
- Dirección General de la Juventud, Mujer y Familia. Consejería de Presidencia de la Región de Murcia.: D^a Belen Fernández Cerdan, Directora General.

Asociaciones:

- Foro Europeo de Personas con Discapacidad (Grupo de Mujeres con Discapacidad): D^a Marita Iglesias Padrón, Representante.
- Coordinadora y Asociaciones de Minusválidos Físicos de las Comunidades Autónomas de España (COAMIFICOA): D^a Juana de Andres Lacambra.

- Confederación Nacional de Sordos de España (CNSE): D^a Carmen Cereales Mauriz.
- Federación ECOM: D^a Roser Romero Soldevila.
- Asociación Dones No Estàndards: D^a Carmen Riu Pascual.
- Federación de Mujeres Progresistas: D^a Enriqueta Chicano Javega.
- Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres para la Democracia.

Medios:

- D^a Olga Viza.
- D^a Pilar Cernuda.

(Pág. 26 y 27 del libro Jornadas “Mujer y Discapacidad” , Madrid Febrero de 1999).

En la publicación de las jornadas se dice:

Con las Jornadas, se ha tratado por tanto de conjugar los diferentes puntos de vista de los actores sociales necesarios para pasar a la fase de las realizaciones concretas: Administraciones, Asociaciones de mujeres y de discapacitados, medios de comunicación, técnicos y mujeres afectadas. Hemos tratado de utilizar distintas herramientas para sensibilizar a los participantes, conferencias debate, mesas redondas, exposición de paneles y documentación específica sobre el tema.

Con carácter de valoración inicial, creemos que estas jornadas han sido un primer paso para desvelar la situación que viven esas mujeres, magníficamente visualizadas a través de los relatos personales que protagonizaron las Sras. RIU y ZIJDEL, que junto al reto de las ponentes, propiciaron una gran libertad de expresión. La diversa procedencia de ponentes y asistentes y su alto nivel de compromiso personal e institucional, ha evidenciado la posibilidad y pertinencia de conjugar los dos enfoques (mainstreaming y políticas específicas) que en principio podían parecer contradictorios. Estas Jornadas, han mostrado el camino de la transformación social de valores y costumbres, que no solamente excluyen a amplias capas de la población, sino que suponen una pérdida de riqueza cualitativa del potencial de trabajo, responsabilidad y diversidad que estas mujeres aportan a toda la sociedad.

Tras las Jornadas, tenemos que entrar en la fase de concretar las propuestas, desarrollar estudios, continuar el debate, potenciar las redes de intercambio, y perfilar las demandas para diseñar medidas de actuación concretas y eficaces.

Por nuestra parte vamos a tratar de sumar fuerzas, potenciando la participación, y aportando nuestra capacidad técnica y de gestión, como organismo con una dilatada experiencia en el desarrollo de programas de atención a personas discapacitadas.

(Pág.5 y 6 de libro Jornadas “Mujer y Discapacidad” Madrid, febrero 1999).

desde entonces, el IMSERSO ha incluido el colectivo de mujeres con discapacidad en los objetivos de sus políticas de actuación, desarrollando sus actuaciones entres ámbitos de aplicación: las instituciones europeas (consejo de Europa y Comisión Europea); las instituciones del Estado Español (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos) y en el ámbito del movimiento asociativo de personas con discapacidad.

- 2000 PROYECTO “LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA DIS-CAPACIDAD MANIFIESTA EN LA MUJER”

Realizado por la asociación Dones No Estàndards en colaboración con el IMSERSO, Instituto de la Mujer, Institut Catala de la Dona, Ayuntamiento de Barcelona y la Universidad Autónoma de Barcelona. Empezó en marzo del 2000 con tres jornadas y acabarán en Diciembre del 2001.

Objetivo:

Sensibilizar de la situación de discriminación social de la mujer con discapacidad y paliar la violencia ejercida sobre ella y hacer emerger el discurso de las propias afectadas para que sea escuchado por toda la población.

Objetivos específicos:

- ✓ Potenciar la deconstrucción de las discriminaciones por razón de género y físico.
- ✓ Dar posibilidad a que emerja el discurso de la mujer con discapacidad.
- ✓ Favorecer la igualdad de oportunidades de la mujer con discapacidad respecto la población general.
- ✓ Divulgar los contenidos a través de los medios de comunicación.
- ✓ Captar la atención a estudiantes y profesores de la universidad en este campo.

Metodología:

Muy participativa y partiendo de las necesidades de las mujeres con discapacidad potenciar la participación de políticos, profesores universitarias técnicas de la comunicación y diferentes profesionales como ponentes en mesas redondas, las que en su mayoría eran mujeres con discapacidad. Se empieza con unas jornadas en la Universidad Autónoma de Barcelona (el 22, 23 y 24 de Marzo del 2000) y posteriormente a petición de las mujeres con discapacidad se continua en las sedes de los diez distritos municipales de la ciudad de Barcelona, haciendo participe de los actos a todas las ciudadanas con discapacidad de Barcelona a través de este Ayuntamiento y a todos los consejos municipales de mujeres y a todos los políticos y técnicos de este municipio. En diciembre de este año se publicará el material recogido.

Resultados:

- ✓ Celebración de las jornadas donde participaron ponentes de diferentes partes de España y de Europa.

- ✓ Durante dos años se ha estado hablando del tema mujer con discapacidad una vez al mes en la ciudad.
- ✓ Se han realizado cinco programas de Televisión local, tres programas de radio nacionales, siete programas de radios locales.
- ✓ Se han emitido más de cuarenta ponencias entre personalidades europeas y españolas.
- ✓ A final de año tendremos un libro publicado con las ponencias copiladas.

- 2000 ASISTENCIA DE LA ASOCIACIÓN “DONES NO ESTÀNDARDS” EN LA SESIÓN ESPECIAL DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS:”MUJERES 2000: IGUALDAD ENTRE LOS GENEROS, DESARROLLO Y PAZ PARA EL SIGLO XXI” “BEIJING + 5” celebrada en New York del 5 al 9 de junio del 2000.

Participantes:

Instituciones Gubernamentales de 188 países y 2000 ONG,s de mujeres de todos los países del mundo, cabe destacar que la única ONG de mujeres discapacitada acreditada por la ONU fue nuestra asociación, asistimos tres mujeres de nuestra entidad y una persona de soporte.

- Raquel Soto: Coordinadora en el Maresme de Dones No Estàndards.
- Olga Martínez: Coordinadora de l’Hospitalet de LL. De Dones No Estàndards.
- M^a Carmen Riu: Presidenta de la asociación Dones No Estàndards.

Dentro de la asamblea estaban seis mujeres discapacitadas más, cuatro procedentes del foro de discapacitados europeo, dos alemanas, una noruega y una española y la ‘Sra. Hon Florence Nayiga Ssekabira, Ministra de “Gender. Labour and Social Development” afectada de secuelas poliomiélicas de Uganda , y la Sra. Salina Maqbool, ministra de Women Development Social Welfare&Special Education afectada de ceguera de Pakistán.

Entre unas tres mil mujeres solo nueve discapacitadas es un índice muy pequeño, sabiendo que las mujeres discapacitadas representamos el 8 % de la población mundial, hubiéramos de asistir: 240 discapacitadas y de estas 80 hubieran tenido de ser gubernamentales.

Objetivo: Participar como una mujer más en la Asamblea y conseguir que se recojan medidas de intervención en todos los ámbitos y países del mundo sobre loas mujeres con discapacidad.

Resultados:

1.- Petición de la Asociación Dones No Estàndards a la Asamblea de la ONU, que decia: Es necesario que desde los órganos de la ONU se promueva una acción de recursos humanos y técnicos para que las mujeres discapacitadas preparadas sean las formadoras de la población para la supresión de barreras arquitectónicas de comunicación y psicosociales con sus

discurso conseguiremos la paz de todas las personas eliminando el miedo y la vergüenza que sienten las personas hacia cualquier no estandarización, convirtiendo esta en una característica de su personalidad teniendo así el reconocimiento de la diferencia, en universidades, en Masters, en institutos de enseñanza ordinaria y profesionales, en Escuelas, y demás. Exigir que se sepa cuantas y donde están las personas Discapacitadas. Un porcentaje de reserva laboral para las personas discapacitadas, de 500 millones de discapacitados, el 60 % somos mujeres. Control y asistencia sanitaria y social para todas las mujeres discapacitadas. Educación para todas las personas discapacitadas. Representación política de la mujer discapacitadas por ella misma. Subvenciones para conseguir los medios técnicos y sociales para vivir una vida con autonomía. Establecer un vínculo con la ONU para tratar de seguir este proceso, con representación de la mujer discapacitada.

2.- Un intervención oral. En la sala 4 de la ONU Carmen Riu el día 8 de junio realizó la siguiente intervención oral: es un honor para mi hablar en esta sala entre todas vosotras, soy Carmen Riu de la asociación Dones No Estàndards de España, y digo esto porque en el mundo se calcula que vivimos 500 millones de personas disminuidas, el 15 % de la población de los cuales 300 millones somos mujeres y aquí en esta asamblea estamos muy poco representadas esto nos puede dar una idea de lo aisladas que estamos, la asociación Dones No Estàndards mando una comunicación a la ONU pidiendo que se tuvieran en cuenta los problemas de las mujeres con discapacidad por lo que este factor supone de doble marginación en todos los ámbitos culturales, sociales y económicos y como en todos estos días no he oído nada sobre esta temática específica me he decidido a hablar aquí, casi ningún país nos ha mencionado solo se que han hablado de nosotras Doña Concepción Dancausa de España, Italia y Portugal de la Unión Europea y esto es muy grave por ejemplo la violencia que sufrimos las mujeres con disminución, sabemos que el 80 % de mujeres discapacitadas europeas han sido acosadas o violadas sexualmente o por personal sanitario, por cuidadores o por familiares, también sufrimos de experimentaciones clínicas y sabemos que existe un índice de tráfico de órganos considerable, esto es solo un ejemplo que ya por el mismo requiere una vigilancia especial de la ONU y esta sería mi petición que la ONU realizará una observancia especial en esta temática mundial y también pediría a las mujeres el mundo que se solidarizaran con nosotras, nosotras podemos ayudar mucho a la consideración de la mujer en general, dado que las mujeres disminuidas somos aquellas personas que nadie desearía ser, pero nosotras sí que tenemos dignidad para ser las mujeres que somos, pediría a todas vosotras que os consideráis mujeres no estándares, porque todas las personas somos discapacitadas en algún aspecto y no es verdad que aquellas discapacidades que se ven nos limiten más en cuanto personas, este es un pensamiento machista que hace que todas las mujeres del mundo estemos desconsideradas. Gracias.

3.- Aunque la problemática de la mujer con discapacidad es muy exhaustiva y se hubiera tenido de reflejar más, conseguimos estar presentes en seis párrafos del documento. Ya en la introducción en el último párrafo de la pág. 2 se nos menciona.

En el apartado de los “Derechos humanos de las mujeres” en el párrafo 21 pág 11 de obstáculos, estamos citadas.

En el capítulo IV “Acciones e iniciativas para superar los obstáculos y asumir la cumplimentación completa y acelerada de la Plataforma para la Acción de Beijing en el párrafo 53 bis de la pág. 19 esta por completo dedicado a la mujer con discapacidad.

En el apartado de “Medidas que son necesarias aplicar a escala nacional”, el párrafo 1000 e de la pág. 20 aunque no habla específicamente de discapacidad cabe destacarlo porque nos incluye directamente. También en el mismo apartado en el párrafo 103 (i) de la pág. 21 nos contempla específicamente.

En el apartado “Acciones que se han de llevar a término en el “ámbito nacional e internacional” en el apartado 128 o de la pág 31 se nos aplica todo el párrafo específicamente a nosotras y si este se llevará a cabo nuestra problemática mejoraría mucho.

- 2000 Unión Europea: En el Consejo Europeo de Niza, Diciembre 2000, se aprobó la Agenda Social Europea que recoge las orientaciones estratégicas en todos los ámbitos de la política social y que sirve como base para la elaboración de los Planes Nacionales de Exclusión Social.ç

El Plan Nacional para la inclusión social (en fase de aprobación) basado en el principio de no discriminación e igualdad de oportunidades, propugna:

- El desarrollo de programas que faciliten la inserción social de las mujeres en situación de dificultad social compensando las desigualdades sociales a través de la concentración de recursos y desarrollando actuaciones especiales.
- La sustitución de medidas pasivas contra la exclusión por otras activas a favor de la inclusión y el acompañamiento social.
- La coordinación y complementación de las políticas a nivel territorial.
- La participación de las afectadas en el diseño y ejecución con la sinergia de los agentes sociales, y con el complemento de encuentros de debate y la colaboración del mundo científico..

La estrategia marco comunitaria sobre la igualdad de hombres y mujeres (2001-2005) presentada por la Comisión de las Comunidades Europeas en Noviembre del 2000 establece los siguientes objetivos:

- Promover y difundir los valores y prácticas en los que se basa la igualdad entre hombres y mujeres.

- Mejorar la comprensión de las cuestiones relacionadas con la igualdad entre mujeres y hombres, incluida la discriminación directa e indirecta basada en el sexo así como la discriminación múltiple contra las mujeres examinando la eficacia de las políticas y prácticas mediante un análisis previo de las mismas, el seguimiento de su aplicación y la evaluación de su impacto.

- Potenciar la capacidad de los agentes sociales para promover eficazmente la igualdad entre mujeres y hombres en particular fomentando el intercambio de información y buenas prácticas y el establecimiento de redes a nivel comunitario.

- **2001 Jornadas en Asturias.** Organizadas entre otros por el Gobierno Asturiano bajo el título "Mujer y Discapacidad". Muy interesante se está elaborando un libro para su publicación.

- **2001 Jornadas en Murcia.** Organizadas entre otros por el Gobierno Murciano bajo el título Congreso Nacional sobre "Mujer y Discapacidad"

- **2001. Fundación asociación Luna** en Andalucía.

- **2001 El CD-P-RR (Comité para la readaptación y la integración de las personas discapacitadas)** en su 24ª reunión celebrada en La Haya en Junio 2001 ha aprobado un proyecto de mandato específico para la constitución de un Grupo de trabajo sobre la discriminación en relación con las mujeres con discapacidad (propuesto por la Delegación española) con el siguiente mandato:

- a) Examinar la situación de las mujeres con discapacidad en los Estados miembros desde un punto de vista jurídico, social, económico y ético, teniendo en cuenta las percepciones de las propias mujeres así como las de las organizaciones que las representan
- b) Identificar y analizar los factores que originan la discriminación de las que son objeto.
- c) Examinar los instrumentos jurídicos, políticos, los programas de acción, las buenas prácticas y otras iniciativas nacionales e internacionales pertinentes.
- d) Proponer instrumentos, medidas y acciones apropiadas a fin de alcanzar la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres.

2ª Conferencia Panaeuropea de Ministros responsables de las Políticas de Integración para las personas con discapacidad que se celebrará en España (a propuesta de la Delegación española) en el primer semestre de 2003. En la misma se ha propuesto la presentación de buenas prácticas en la mejora de la integración de las mujeres con discapacidad.

El gran impulso para las mujeres con discapacidad españolas se debe a la gran sensibilidad y esfuerzo y constancia de la Sra. Encarnación Blanco Egido, que tanto ha influido también en Europa, Subdirectora general del Plan de Acción y Programas para personas con Discapacidad del IMSERSO y a la gran Jefa de sección del mismo departamento incansable trabajadora con el

colectivo y cómplice de las mujeres con Discapacidad españolas, nuestra amiga Virginia Cristóbal.

La Subdirectora General Sra. Encarnación Blanco explica en su ponencia en Barcelona las acciones que esta realizando el IMSERSO de este modo:

“El IMSERSO, a través de la Subdirección General del Plan de Acción y Programas para personas con discapacidad, ha asumido las recomendaciones europeas que desde 1997 vienen impulsando el desarrollo de políticas transversales dirigidas a las mujeres que por su discapacidad se encuentran en una situación de doble discriminación.

Las líneas de actuación se están desarrollando en dos sentidos.

Siguiendo el principio de “mainstreaming” incorporando la perspectiva de género y condición de discapacidad en todas las actividades de formulación y ejecución de programas a través de la coordinación de actuaciones con todas las instituciones implicadas y en especial con el Instituto de la Mujer y el Instituto Cántala de la Dona. Con Comunidades Autónomas la coordinación se ha establecido en el seno de la Comisión de Seguimiento el Plan de Acción para personas con Discapacidad.

En segundo lugar con carácter de discriminación positiva en programas encaminados a satisfacer las necesidades básicas y específicas en materia de creación de capacidad, desarrollo de las aptitudes de organización y potenciación de su papel, se están promoviendo medidas específicas de integración de las personas con discapacidad, y con carácter especial medidas de integración de la mujer con discapacidad. Por lo que se refiere a estas últimas y teniendo en cuenta la invisibilidad de la situación de estas mujeres nos encontramos en la fase de generación de foros para descubrir sus necesidades y demandas con el objeto de determinar políticas concretas. Para que los futuros planes sean eficaces y coordinados, es preciso conocer la situación de estas mujeres, y disponer de conocimientos claros basados en investigaciones y datos desglosados por sexo, metas a corto y largo plazo y objetivos cuantificables”.

Y más adelante continúa explicando lo que el gobierno español he hecho en su política de género y discapacidad:

“Objetivos y actuaciones de la Subdirección General del Plan de Acción y Programas para personas con discapacidad.

En el año 1999 se realizaron en la sede del IMSERSO las Jornadas “Mujer y discapacidad” en las que participaron ONG,s de discapacitados y de mujer, así como representantes instituciones del Instituto de la mujer, Imsero y autoridades europeas del Parlamento, Comisión y Foro Europeo de personas con discapacidad. Así mismo se publicó un extracto del Manifiesto para mujeres con discapacidad en Europa (1997) adaptado a la situación de la mujer española y se organizó una exposición de paneles relativos al manifiesto, que

han sido utilizados con posterioridad en actos similares organizados por ONG,s.

Presentación de las conclusiones de las Jornadas ante la Comisión de Seguimiento del Plan de Acción para personas con Discapacidad.(Noviembre 99)

Difusión entre ONG,s del documento “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”. (I. de la Mujer)

En 1999, en el marco de sus políticas de cooperación y apoyo a las ONG,s, se han introducido como líneas de actuación específicas las siguientes:

1. Apoyar la promoción de Redes de organizaciones de Mujeres Discapacitadas, para intercambiar experiencias, promocionar el liderazgo y determinar ámbitos de actuación:

- *En este año, se apoyo la constitución de Comisiones de Mujer con discapacidad en las Asociaciones, Comificoa (Federación de Coordinadoras y Asociaciones de Minusválidos Físicos de las Comunidades Autónomas de España) y Confederación de Asociaciones de Minusválidos físicos de Andalucía (Camf).*
- *En el año 2000 se ha apoyado la celebración de este Seminario “La construcción de la discapacidad manifiesta en la mujer” con la Asociación Dones No Estàndards y la Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología.*
- *Promoción de la participación de ONG,s de mujeres con discapacidad en la Asamblea General de NN.UU. para la revisión de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing de 1995 “La mujer en el año 2000” (Junio 2000).*
- *Se esta poyando la realización de unas jornadas promovidas por el Ayuntamiento de Gijón y la Consejería de Servicios Sociales de C.A. de Asturias*

2. Apoyar programas y proyectos de actuación dirigidos a la erradicación de la violencia ejercida sobre estas mujeres, y la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer.

- *En el año 1999, se apoyo el proyecto METIS y en el presente año el IMSERSO ha promovido el proyecto CELOSIA en el marco del programa DAPHNE en el que se han Asociado 10 instituciones públicas y privadas españolas y europeas.*
- *Publicación y financiación de la “Guía sobre violencia y mujer con discapacidad” y “Violencia mujer y discapacidad” (2000) Cofinanciado con la Comisión Europea y el Servicio Gallego de Igualdade.*
- *En el 2000, se ha apoyado la propuesta de introducción de elementos de genero en el Plan de Empleo del gobierno español en aquellas medidas dirigidas a las personas con discapacidad den colaboración con la ONG COAMIFICOA. Asimismo, se ha promovido la participación de ONG,s de mujeres en la Iniciativa comunitaria EQUAL, para la integración laboral de estas mujeres, en el marco de la Agenda 2000.*

3. *Potenciar el conocimiento de la situación de este colectivo a través de la realización y apoyo de estadísticas, estudios y publicaciones específicas.*

En este sentido, en junio 2000 se va a presentar un estudio cualitativo sobre la situación de las mujeres con discapacidad inactivas “Mujeres discapacitadas Inactivas en España”, que a falta de confirmación de datos cuantitativos (En breve se recibirán los primeros datos de la encuesta sobre discapacidad realizada por el INE, y cofinanciado por IMSERSO, y fundación ONCE, arrojan una aproximación de 500.000 mujeres con discapacidad de 16 a 64 años que permanecen inactivas en sus hogares.

4. *Apoyar actividades formativas dirigidas a técnicos, asociaciones y mujeres discapacitadas que revistan un carácter innovados y práctico.*

-
- *En este sentido el Instituto va a considerar el proyecto “Personas de nuestro mundo” promovido por la ONG “Dones No Estàndard” que promueve la promoción cultural y formativa de mujeres inactivas en el ámbito de Cataluña.*

5. *Apoyar y realizar la difusión de propuestas normativas, recomendaciones políticas, estadísticas, informes y documentos entre todos los agentes sociales implicados en el área con el fin de sensibilizar a toda la sociedad, a través de los medios, en la eliminación de todas las formas de discriminación.*

- *En este campo se realizó en el año 1999 la Jornada “Mujer y discapacidad” y en el año 2000 “La Construcción de la discapacidad manifiesta en la mujer”, ya comentadas, a finales de año se tiene previsto un nuevo encuentro, al contar con nuevas investigaciones y publicaciones sobre la desconocida situación de este colectivo.*

6. *Participar en los foros europeos, a través de la promoción e intervención en Grupos de Trabajo específicos.*

La Subdirección ha promovido la creación de un grupo de Trabajo específico en el Comité para la readaptación e integración e las personas discapacitadas del Consejo de Europa.

Políticas de empleo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Por lo que se refiere a la política de empleo dirigida a las personas discapacitadas, en el marco de la legislación vigente: Ley 51/1980 Básica de Empleo- Ley 13/1982 de Integración Social de los minusválidos –Real Decreto 620/1981 de Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos –Real Decreto 1451/1983 de regulación del empleo selectivo y de las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos –Real Decreto 2273/185 de regulación laboral de carácter especial y de los Centros Especiales de Empleo tas el Acuerdo MTAS-CERMI Consejo de Representantes de Minusválidos de España, por el que se establece un plan de Medidas Urgentes para la Promoción del Empleo de las Personas con Discapacidad se están tomando medidas de carácter general dirigidas a todo el colectivo y en el Plan de Empleo del Reino de España 2000 se incluyen a las mujeres con discapacidad.

Se pueden señalar las siguientes medidas en este campo.

1 – De obligado cumplimiento el sistema de cuotas del 2 % y el mantenimiento y retorno al empleo de trabajadores incapacitados.

2 – Medidas incentivadoras.

- Plan de choque en 100 municipios (más de 10000) para llevar a cabo planes de inserción experimental de colectivos en situación de desigualdad en el mercado laboral.
- Adaptar y promover cursos de Formación Profesional Ocupacional.
- Flexibilizar el funcionamiento de los Centros Especiales de Empleo, incluyendo el trabajo a tiempo parcial y el trabajo a domicilio (no psíquicos).
- Fomento del autoempleo con nuevos apoyos fiscales y de los programas de incentivación por cuenta ajena.
- Apoyo a servicios especializados de intermediación laboral.
- Regular empleo con apoyo.
- Creación de empleo en centros Especiales de Empleo.
- Potenciar nuevos yacimientos de empleo: asistencia a personas.

Propuestas al Plan de acción para el empleo 2000

En el Plan para el año 2000 ya se incluyen específicamente medidas para las mujeres con discapacidad:

Modificaciones en la Directriz 9 sobre Discapacitados:

“.....Cuota de reserva en 200 nuevas empresas públicas y privadas obligadas a contratar trabajadores discapacitados, **con especial referencia a las trabajadoras discapacitadas....**”

Modificaciones en el Pilar IV: Reforzar la política de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

“.....Desarrollo el programa ALBA para mejorar la empleabilidad de mujeres paradas y con especiales dificultades por su discapacidad, sin titulación básica vinculando la formación básica y profesional dirigida al empleo (Directriz 21)

Las actuaciones del IMSERSO han continuado según la documentación aportada por Virginia Cristóbal:

En el año 1999, se editaron dos folletos uno que recogía las conclusiones de las Jornadas “Mujer y Discapacidad. Hoy y mañana” celebradas por el IMSERSO, u un acercamiento del Manifiesto Europeo de mujeres con discapacidad a España realizado por la Sra. Iglesias.

En el año 2000 la Comisión Europea ha aprobado el proyecto “Indicadores de exclusión social de las mujeres con discapacidad” presentado por el IMSERSO y en el que colaboran como socios y ejecutores del mismo la Universidad Autónoma de Barcelona, la FEMP, Dones No Estàndards, CAMP, COAMIFICOA, IES, y socios transnacionales de Bélgica y Grecia. El proyecto en fase de ejecución tiene un carácter innovador tanto desde el punto de vista conceptual y metodológico como por el sistema de participación y validación realizado por las propias afectadas.

En el año 2000 el IMSERSO publicó el libro de Buenas Prácticas “Mujer y Discapacidad” documento que además de recoger experiencias de Noruega y Alemania, recoge el Manifiesto Europeo de mujeres con discapacidad y los proyectos teórico-prácticos realizados por la asociación Dones No Estàndards.

- En el año 2001 se han presentado los primeros datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Salud realizado por el IMSERSO-INE-ONCE. Próximamente en colaboración con el Instituto de la Mujer esta prevista la elaboración de la explotación específica de datos desde la perspectiva de género que nos proporcionará un diagnóstico detallado de la situación.

En el año 2001 el IMSERSO ha participado como socio en el diseño y presentación del proyecto PROMOCIONA, en colaboración con el Instituto de la Mujer, en el marco de la Iniciativa Comunitaria EQUAL. El proyecto permitirá el desarrollo de un plan específico de integración laboral y de una experiencia piloto en Asturias en colaboración con la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes de la Consejería de Asuntos sociales.

También participa como socio en el proyecto [ACTIVA@ACTIVA](#) de integración de personas con discapacidad con perspectiva de género y hábitat promovido por el CERMI en el marco de EQUAL.

Asimismo se participó en la constitución de la Comisión de la Mujer en la COCEMFE.

En noviembre de 2000, se apoyaron también unas jornadas promovidas por el Ayuntamiento de Gijón sobre mujeres con discapacidades psíquicas.

En diciembre, se realizó la I Jornada Andaluza de mujeres con discapacidad, en Sevilla, organizadas por la Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos, en las que participó el IMSERSO y el Instituto Andaluz de la Mujer, y donde tuvimos conocimiento de la constitución de otra asociación de mujeres con discapacidad la asociación “Luna”.

También en Diciembre, la Asociación COAMIFICOA, ante la presencia de miembros de las autoridades de la Comunidad Autónoma de Valencia hizo entrega de una mención honorífica por la labor desarrollada para mejorar las condiciones de vida de las mujeres con discapacidad física a D^a Encarnación Blanco Egido.

En el año 2001, el Instituto ha promocionado y financiado las Jornadas “Mujer y Discapacidad “ en Aviles y el Congreso Regional de la mujer con Discapacidad en Murcia. En estas Jornadas se ha producido la plena coordinación desde la perspectiva institucional de los servicios sociales y los organismos de la mujer, así como una intensa participación de asociaciones de personas con discapacidad y de mujer profundizando y generando un foro de debate en estas CC.AA.

Asimismo ha participado en las Jornadas dirigidas a las mujeres Lesionadas Medulares organizadas por ASPAYM en junio en Madrid.

La Subdirección del Plan de Acción ha promovido la creación en el Consejo de Europa de un Grupo de trabajo específico de mujeres con discapacidad en el Comité para la readaptación e integración de las personas discapacitadas. En el encuentro que se celebró en Julio se ha constatado el interés, creciente de otros países y se espera la aprobación del Grupo que desarrollara los trabajos dirigidos a este colectivo con un objetivo concreto: la presentación de buenas prácticas para la “mejora de la integración de las mujeres con discapacidad” en la 2ª Conferencia Panaeuropea de Ministros responsables de las políticas de Integración para las Personas con Discapacidad que se celebrará en España a propuesta de esta Subdirección en el año 2003.

Con motivo de la presidencia española de la Comisión Europea durante el primer semestre del año 2002, y al haber sido elegido el tema de discapacidad para la celebración de un Foro específico, se ha propuesto en concreto el tema de las mujeres con discapacidad como personas que al encontrarse en una situación de doble discriminación están en mayor riesgo de exclusión social

Con todas estas actuaciones y proyectos en marcha podemos decir que el IMSERSO ha iniciado en España y también en el Consejo de Europa una dinámica para hacer emerger la situación de las mujeres que padecen una discriminación múltiple, desde una perspectiva diferente a la que se venía aplicando hasta ahora. La situación de desigualdad de las mujeres con discapacidad es estructural y por tanto precisa de medidas innovadoras y persistentes en el tiempo de discriminación positiva. En nuestro país hay aproximadamente medio millón de personas que por ser mujeres y tener discapacidad, no tienen casi ninguna posibilidad de desempeñar un trabajo digno, viven con una pensión mínima que las condena a la pobreza, quedan recluidas en el hogar cuidando a los diferentes miembros de la familia que lo precisan y sin tener un reconocimiento de su trabajo y esfuerzos, ya que son consideradas con una visión “infantilizadora” y “victimista”, como personas incapaces y por ello son más susceptibles de sufrir malos tratos psicológicos y/o físicos. Las medidas en la que todos los miembros de esta sociedad sepamos resolver esta situación, indicará el grado de civilidad que hemos alcanzado, y supondrá vivir en unos ámbitos accesibles y adaptados (arquitectónica y mentalmente) para todos.

Virginia Cristóbal Andreu dice en las Jornadas de Barcelona reconociendo nuestro papel de mujeres con discapacidad que nos eleva la autoestima a todas las mujeres con esta singularidad:

Virginia dice en cuanto al enfoque de género: “La introducción del enfoque de género en la intervención social con las personas discapacitadas ha surgido de una necesidad expresada por las mismas afectadas. La asunción de esta identidad de género por parte de las propias afectadas ¿servirá de estímulo para las luchas del futuro? ¿Supondrán un cambio cualitativo en las estrategias de intervención social?.

Y en el orden cognitivo ¿cuáles son las categorías y conceptos clave para interpretar la realidad diversa, frente a los estereotipos?.

Una de las mujeres que desarrolla el enfoque de mujer con discapacidad es Lidia La Rivière Zijdel es una mujer muy destacada en el movimiento de Mujeres con Discapacidad Europea, es la que organiza la Declaración del Manifiesto de la Mujer con discapacidad en Europa.

Lidia La Rivière Zijdel es Presidenta de la Comisión Permanente de Europa, Disability Forum, dice del 21 al 24 de Marzo del 2000 en las Jornadas en la Universidad Autónoma de Barcelona:

“En la Unión Europea existen 37 millones de ciudadanos con disminución, más de la mitad son mujeres.

Lidia dice:

El mundo “esta dominado por personas sin disminución y hombres con disminución”.

Explicita que en el movimiento feminista apenas existen mujeres con disminución y dice más adelante: *“Las mujeres y las niñas con disminución en todo el mundo estamos denunciando y enfrentándonos progresivamente a los prejuicios de los que diariamente somos objeto, expresando nuestro enojo por la discriminación que padecemos, e insistiendo en que nuestras vidas tienen un valor. Hoy querría hacer un intento de analizar los prejuicios que experimentamos y de articular el poder en auge de la confianza en nosotras mismas”.*

Hablando de en la historia comenta:

*“Para comprender mejor la exclusión de las mujeres y de los hombres con disminución y las imágenes que la sociedad tiene de nosotros, me gustaría realizar un pequeño viaje con Vds. A lo largo de la Historia. Descubriremos en ella unas pautas comunes. En el pasado, la exclusión tomaba la forma de abandono de niños con discapacidades visibles. **Algunas sociedades no solamente mataban a los niños con deformidades; también mataban a sus madres.***

*Se sabe suficiente de la antigua filosofía griega y de sus costumbres como para proporcionar una visión lo bastante clara de lo que sucedía. Citaremos al famoso escritor griego **Plauto**, el cual sugirió que **“los hijos de los inferiores, o de los mejores cuando tienen una deformidad, serán sacrificados”**, así como el llamamiento de **Aristóteles** para **“una ley, por la que ningún niño deforme viva”**, como ejemplos de esa filosofía.*

Los espartanos lanzaban a los niños con disminución no deseados desde un acantilado en el monte Teygeto, para darles muerte.** Consideraban que estos niños tenían pocas probabilidades de realizar contribuciones importantes a la sociedad en que vivían y, por tanto, simplemente se deshacían de ellos. El lugar en el que estas muertes tuvieron lugar está aún señalizado como lugar histórico con un rótulo público que reza que estos niños fueron muertos **“por el bien del desarrollo de la raza humana”.

***Los atenienses**, tradicionalmente considerados como más humanistas que los espartanos, **también practicaron el infanticidio.** Ponían a los niños no deseados en contenedores y los ponían junto a los templos, desde donde cualquiera que desease*

adoptarlos podía cogerlos. Los bebés que eran niñas o que parecían tener alguna disminución, tenían especiales probabilidades de ser destruidos de este modo.

El infanticidio era también una práctica común durante gran parte de la **era romana**. Algunos de estos niños **eran rescatados únicamente para ser mutilados por sus rescatadores, a fin de hacer de ellos mendigos más eficientes**.

Incluso **ahora, en algunas partes del mundo, aún se suceden las mutilaciones para este propósito**. Con el auge de la cristiandad, las personas con disminución **eran en ocasiones ejecutadas como demonios**. Martín Lutero, por ejemplo, recomendaba ahogarles porque **“los idiotas son hombres en quienes se han establecido los demonios”**.

La historia de las pasadas atrocidades cometidas con las personas con disminución se nos puede antojar remota. Ciertamente, las actitudes pueden haberse hecho más benevolentes e inteligentes, pero ¿cuánto ha cambiado en la realidad?. **A medida que se aproxima rápidamente el siglo XXI, se reconocen ampliamente las falacias del movimiento eugenésico. Sin embargo, las cuestiones relativas a la eliminación de las personas con disminución mediante encarcelación, muerte, y esterilización aún permanecen**.

Aunque la retórica y la lógica han cambiado, los medios son más sutiles. Las cifras reales pueden haberse reducido., pero continúan los esfuerzos para eliminar a las personas con disminución. A los seres humanos que en el pasado fueron esterilizados como amenaza a la pureza racial, quemados como brujas o enviado a las cámaras de gas, **se les permite ahora “morir por su propio bien” o se les esteriliza por razones higiénicas en esta era**.

Estudios recientes han mostrado cómo los médicos del **III Reich opinaban** que la calidad de vida de las personas con disminución era, inevitablemente, tan pobre, que acabar con estas vidas **era un “asesinato piadoso”**. Este criterio está también en el núcleo de los **recientes casos de “suicidio asistido” en estados Unidos, Canadá** y, empleando una variedad de fuentes, estoy explorando actitudes parecidas en los estados miembros de la Unión Europea también.

Pero volvamos al presente.

Empezaremos con la discriminación insidiosa que es responsable de la invisibilidad de las niñas y mujeres con disminución.

La sociedad a menudo se pregunta si la situación de las mujeres con disminución es tan distinta de la situación de los hombres con disminución. La noción de discriminación múltiple, por temas de género y de disminución ha probado ser muy compleja.

Lidia, compara las mujeres normales con las no estandaradas y dice:

“Cuando la sociedad reconoce que hay un elemento humano en todos nosotros, nos ve como personas disminuidas y, de nuevo, no distingue una mujer de un hombre con disminución. La sociedad cree que las mujeres y los hombres con disminución tienen las mismas necesidades, basándose primeramente en la cuestión de la disminución y no en la potencia y los valores humanos”.

Las mujeres con disminución están incluso menos valoradas que las mujeres que no la tienen en relación a su belleza, maternidad, atractivo sexual como mujer, la posibilidad de ser esposa, o por ejemplo, a ser una lesbiana con disminución, etc.

Si se es mujer con dificultad en el aprendizaje, o una mujer con una gran necesidad de dependencia, la discriminación respecto de cualquier otra mujer es incluso mayor. Esto se basa en el hecho de que la sociedad en general, incluyendo a mujeres sin disminución que a menudo hacen de cuidadoras, tienen la sensación de que puede emitir juicios por su cuenta de la capacidad que tienen aquéllas como mujeres.

Las mujeres con disminución en toda la unión Europea tienen el índice más alto de desempleo. A menudo carecen de educación y de formación adicional. No se les estimula en el desarrollo de su condición de mujer.

Cuando estas mujeres están ingresadas o son personas con altos niveles de dependencia, no reciben la atención especial o la dignidad que necesitan como mujeres: por ejemplo, si desean maquillarse, no hay tiempo para ello. La ropa se escogen; siempre desde un punto de vista práctico, más que desde el punto de vista de la moda. La atención íntima –en caso de darse- es a menudo asumida por asistentes masculinos, etc...

En cuanto a la temática de la violencia expone:

Pero existen mayores peligros. Las mujeres con disminución se enfrentan muy a menudo y en muchos países de la unión europea con la **esterilización forzada**.

Las mujeres con una dificultad en el aprendizaje tienen incluso una mayor probabilidad de ser víctimas de esterilizaciones forzadas o **abortos sin su consentimiento**.

A las mujeres con disminución **se les desanima en muchos casos de quedarse embarazadas**, se da información falsa acerca de sus capacidades físicas para tener hijos.

El mundo médico niega el derecho a la concepción, poniendo el acento en el comportamiento criminal de las madres potenciales con una disminución, **en el caso de quedarse embarazadas. En muchas ocasiones, la continuación de la atención médica es denegada.**

A menudo, **las industrias farmacéuticas y médicas experimentan con las mujeres con disminución**, y en especial, con las mujeres con problemas de salud mental. **Se prueban medicamentos con ellas., además de tratamientos médicos, operaciones y terapias no definidas.** Esto se aprecia claramente con aquellas disminuciones que afectan más a las mujeres que a los hombres (por ejemplo, problemas de salud mental).

Gracias a una **mayor investigación en Holanda, Austria, Alemania, Reino Unido** y recientemente, aquí en **España**, se ha comprobado que **el 80% de las mujeres con disminución son víctimas de violencia sexual.**

Este índice es mucho más alto que el índice de violencia sexual para las mujeres sin disminución o los hombres con disminución. **Los autores de esta violencia son**, en la mayoría de los casos, **hombres y hombres con disminución.**

Mientras que para las mujeres sin disminución, quienes comenten esta violencia contra ellas son, en el mayor número de casos, miembros de la familia, en el caso de **las mujeres con disminución – de las cuales el 85% vive en instituciones – los autores** de esta violencia son con mayor frecuencia proveedores de algún servicio, **médicos, psicólogos, sacerdotes, fisioterapeutas, conductores de transporte especial, cuidadores, etc..**

La violencia, como la violencia sexual contra las mujeres, **es una cuestión de poder**. Desde el punto de vista del poder, hemos de admitir **que las mujeres con disminución es un grupo con escaso poder**, tanto si se trata de mujeres con disminución blancas, con dificultades en el aprendizaje, minorías étnicas con disminución, refugiadas, lesbianas con disminución, etc.”

Y enfoca la situación europea de la siguiente manera:

“La situación dentro de la Comunidad Europea.

Si considero la situación de las mujeres con disminución en toda la Unión Europea, veo similitudes y diferencias. Desempleo, bajas remuneraciones, formación, deficiente, menos oportunidades de desarrollar una relación adulta, escasa participación en los procesos de toma de decisiones, son aspectos que también pueden apreciarse en países como Holanda, Finlandia y Alemania. Puede ser que algunos estados miembros tengan leyes que prohíban la esterilización forzada sin consentimiento, pero ¿quién defenderá adecuadamente a una mujer con dificultad en el aprendizaje si el mundo real no tiene ningún conocimiento acerca de las mujeres con disminución?.

Algunos estados miembros están muy influenciados, ya sea por la Iglesia Católica Romana (Irlanda, Austria, España, Italia), o por la Iglesia Ortodoxa en Grecia. Puesto que la Iglesia fue el primer organismo en ocuparse de las personas con disminución, su influencia es aún apreciable en los organismos orientados a la beneficencia para personas con disminución. “Hacer el bien a las personas con disminución” fue durante largo tiempo (y aún es en muchos países) un acto samaritano. En muchos casos, esto ha llevado a una menor autonomía para las personas con disminución en general y para las mujeres con disminución en particular.

También los valores de la vida familiar, y los contextos culturales e históricos de los estados miembros han influenciado el desarrollo de las mujeres en general y de las mujeres con disminución en particular. Si se es habitante de un estado miembro en el que los derechos de la mujer se reducen a tener y cuidar a los hijos, y en el que los hombres son los únicos que toman las decisiones y, por ley, el cabeza de familia, se puede comprender que los derechos de las mujeres con disminución no sean ni tan siquiera tenidos en consideración”.

¿Qué existe sobre mujer con disminución en Europa?

“El European Disability Forum ha reconocido a las mujeres con disminución mediante la inclusión de medidas especiales en su constitución, así como normas que estimulan a las mujeres con disminución para que participen activamente en los órganos de elección, si bien hay que lamentar que las leyes sobre el papel aún no reflejen la realidad. La otorgación de poderes a las mujeres con disminución para que participen en las estructuras elegidas de las organizaciones locales, nacionales y europeas es una prioridad.

El comité del EDF sobre cuestiones relativas a mujeres y niñas con disminución.

El EDF también creó un comité sobre temas de mujeres con disminución. Este comité consta de una estructura nuclear de 6 mujeres con disminución y mujeres con niños con disminución que no pueden representarse a sí mismos., y de un grupo más amplio de aproximadamente 16 mujeres, el llamado “círculo externo” que informa al grupo nuclear. El Comité ha influenciado en gran medida la toma de decisiones, tanto en el EDF como en muchos otros comités y plataformas.

Recientemente este Comité se hizo miembro del Lobby Europeo de Mujeres, un paso principal después de 5 años de trabajo intensivo para formar parte de esta organización. Se está construyendo una página web sobre las Mujeres con Disminución del EDF, que tendrá links con sitios web fundamentales referidos a mujeres con y sin disminución.

El Comité ha creado el Manifiesto para Mujeres y Niñas con Disminución, un instrumento de consulta por quienes toman decisiones a todos los niveles cuando se formulan planes de acción, políticas, etc. Puede emplearse para favorecer la acción eliminando ciertos capítulos y convirtiéndolo en un programa de políticas para períodos determinados de tiempo”.

Este capítulo nos enmarca la reciente historia de género y discapacidad a la vez que nos da la conceptualización necesaria de la temática para su dimensionalización.

3.16 Dimensionalización de los Indicadores de Exclusión Social de las Mujeres con Discapacidad

El Imsero ha firmado un convenio para el desarrollo de este proyecto, con **la UAB y la Asociación Dones No Estàndards**. En dicho Convenio el **IMSERO** expone que en sus líneas de actuación está contemplado el desarrollo de actuaciones específicas dirigidas a las mujeres con discapacidad y en este sentido se ha considerado prioritario, a propuesta de la Asociación Dones no Estàndard **elaborar una estrategia de intervención social que posibilite que las mujeres con discapacidad en edad laboral adquieran autonomía y autoestima suficiente para que salgan del hogar, evitando ser sujetos vulnerables a la exclusión social.**

La estrategia comprende una serie de acciones que se inicia con la elaboración de un sistema de Indicadores que permitan evaluar la ausencia de oportunidades de integración social, posteriormente a través de la creación de foros de debate entre los socios, se generará un consenso entre los mismos. Los resultados se transferirán a los mediadores sociales locales y del sector de discapacitados que **organizados en red de intercambio participan en la validación del proyecto en encuentros específicos**. Finalmente se procederá a la difusión de resultados a la Comisión Europea y a las políticas generales implicadas.

Para potenciar la transnacionalidad y la innovación metodológica del trabajo en red de las actuaciones de los agentes sociales se presentó con el proyecto precitado como promotor **ante la DG. Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea línea SAGA:VP/2000/008** (Convocatoria Agosto 2000), siendo aprobado el proyecto por la **Comisión Europea el 31 de Diciembre del año 2000.**

Este movimiento y acontecimientos generados por los contactos y acuerdos entre los usuarios de la discapacidad y las instituciones españolas, nos ha llevado a las mujeres con discapacidad españolas de diferentes autonomías y

con la promoción e interés del IMSERSO –Institución pública pionera en Europa sobre Mujer y discapacidad- conjuntamente con compañeras de Grecia y Bruselas y la Universidad Autónoma de Barcelona coorganizadora de las Jornadas “La Construcción Social de la Dis-capacidad Manifiesta en la Mujer” a desarrollar este trabajo para tratar de situar el nivel de discriminación del colectivo mujer y discapacidad y se puedan articular medidas políticas al respecto, Joan Pujol Profesor titular de Psicología Social Crítica y supervisor de este proyecto, en las Jornadas anteriormente citadas celebradas en Marzo del 2000, decía:

Para concluir pienso que la perspectiva crítica puede ser útil en tanto que nos permite movernos desde una concepción en la se defina a las personas como discapacitadas (o personas no estándar) a una perspectiva que busca dilucidar los procesos de discapacitación de construcción de la diferencia. Tomando el estudio de Moser y Law (1999), podemos decir que en 1983 Liv, a la edad de 44 años, fue capaz de caminar por sí misma cuando tuvo una silla de ruedas con motor y un mando que podía operar con la barbilla. Sin embargo, cuando fue a visitar a su familia y la plataforma de carga reglamentaria del tren estaba estropeado, Liv fue en este momento construida como discapacitada. La capacidad y discapacidad es el resultado de ciertas organizaciones de cuerpos, materias y discursos en momentos concretos, y todas las personas estamos en distinto grado sujetos a la discapacidad. Por cierto, han visto alguna vez que dejen funcionar a un tren sin que se le abran las puertas?

La influencia de esta perspectiva será la que se implemente durante todo el trabajo, esta es la pretensión por lo que supone su influencia de modificación de ciertas organizaciones sociales que producen discapacitación.

El evidenciar el vínculo de los autores de este trabajo entorno al género y discapacidad, conlleva la necesidad de su presentación, es necesario, nos debemos de presentar tanto las asociaciones, como las personas que las representan, como las personas integrantes de la comisión técnica. Nuestra vinculación experiéncial teórica y práctica nos hará que dimensionemos como se vive cuando se es una mujer con discapacidad y para evidenciar nuestras diversidades personales debemos mostrar desde dónde hablamos.

Los socios son:

- Agence Wallome pour l’Integración des personnes Handicapees (AWIPH) (Belgica), M.P. Bridoux.
- Confederación de Asociaciones de Minusvalidos Físicos de Anadalucía (CAMF) (España), M^a Angeles Cozar.
- Confederación Española de Asociaciones de Minusválidos Físicos (COAMFICOA) (España), Juana de Andres.
- Federación Española de Municipios (FEMP) (España), Nina Mielgo.
- Iniciativa de Estudios Sociales (IES) (España), Gema Gil.
- Institut Municipal de Persones amb Disminució de l’Ajuntament de Barcelona (España), Charo Borda.
- Paraplegic Associatió of Greece, branch Macedonia-Trace (Greece), Evangelia Tzambazi.

- Associació Dones No Estàndards (Espanya), Alicia Vélez y Olga Martínez.

Comisión técnica:

- Jordi Sanz.
- Elena Torres.
- Joan Pujol. Supervisor del Proyecto.
- Virginia Cristóbal.
- M^a Carmen Riu. Coordinadora del Proyecto.

4 Propuesta de indicadores psicosociales de mujer y discapacidad

4.1 Un enfoque psicosocial del sujeto mujer con discapacidad

La lucha por la igualdad social del movimiento de las personas con discapacidad de diferentes lugares, culminó, a nivel mundial, en 1981 con el Año Internacional de las Personas Discapacitadas. De allí surgió, al año siguiente, el Programa Mundial de Acción sobre las Personas Discapacitadas. En él se definió por primera vez, al recoger las propuestas de las personas afectadas, la discapacidad como una relación entre las personas y su entorno, como la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad de oportunidades. La palabra discapacidad describe así la situación de la persona en función de su entorno. De esta manera cambia el enfoque y se centra, por primera vez, en el entorno, - por ejemplo, en las deficiencias del diseño -, y no en las habilidades de personas aisladas.

En este proyecto se entiende a la discapacidad como una serie de límites y obstáculos impuestos a las personas con discapacidad que impiden su participación plena en la vida social en condiciones de igualdad de oportunidades con las personas estándares. Se considera además que las mujeres con discapacidades sufren una doble discriminación, por su discapacidad y por su condición de mujer, que las lleva a una situación de exclusión social más grave aún que la de los hombres con discapacidad. A las mujeres con discapacidades se les dificulta el desarrollo de los roles tradicionales asignados a la mujer y su participación en el ámbito público, imponiéndoles barreras a su autonomía y confinándolas al ámbito doméstico.

Por ello, este proyecto propone unos indicadores psicosociales que tengan en cuenta las características específicas de la problemática de las mujeres con discapacidad, adoptando el modelo social de la discapacidad. Los indicadores de exclusión social de mujeres con discapacidades propuestos nos permitirán encontrar un equilibrio entre, por un lado, la psicologización que supone centrarse o exclusivamente en personas individuales, y la sociologización que implica centrarse exclusivamente en la sociedad. Las causas de la exclusión no son exclusivamente ni individuales ni sociales. Ejemplos de lo primero serían indicadores psicológicos que focalizaran las causas de la exclusión en personas individuales, como el medir el tipo de deficiencia y relacionarlo con el grado de exclusión social que esa deficiencia supuestamente implique. La sociologización podemos identificarla en indicadores que informen sobre número de personas en el paro, pero que no lo relacione con contextos de discapacitación, es decir, con los obstáculos a los que se enfrentan las personas que buscan un trabajo remunerado.

Entender al contexto como discapacitador significa un avance con relación a la definición del Programa Mundial de Acción sobre las Personas Discapacitadas, ya que permite identificar los factores psicosociales, sociodemográficos y antropológicos que están en la base de la exclusión social. Esto nos permitirá tener en cuenta tanto el entorno social como la persona, así como sus diversas y complejas interacciones. Nos permitirá también incorporar al cuerpo y las relaciones de poder en el análisis, teniendo en cuenta a su vez el cambio, ya que ni el cuerpo ni las relaciones de poder son fijas.

Esta propuesta de indicadores de exclusión social de mujeres con discapacidades introducirá la dimensión de género como un aspecto diferencial

entre la discapacidad masculina y femenina. Uno de los intentos de poner en relación el género con la discapacidad son los trabajos de Jo Campling (1979, 1981), cuyo enfoque supone un giro al enfoque médico ya que entre sus aportaciones destacan el intento de ubicar la discapacidad en un contexto social, dejando que las propias mujeres discapacitadas hablen de su discapacitación.

Para Michelle Finn y Adrienne Asch (1988), la causa de la situación de exclusión social de la mujer discapacitada se debe buscar en ciertos valores masculinos dominantes en las sociedades capitalistas. Estas autoras consideran que existe un sistema de valores andróginos que promueve que los hombres discapacitados intenten aspirar a los roles tradicionales de masculinidad. La mujer con discapacidad, por lo contrario, no tiene tal opción y se la considera económicamente improductiva en sus roles tradicionales de reproducción y realización de las tareas del hogar. La mujer con discapacidad experimenta, frente a esta negación del rol que asignado a las mujeres en general, un sentimiento de inferioridad con relación a sus grupos minoritarios de referencia, a saber, los hombres con discapacidades y las mujeres estándares. Esta situación es definida como de doble discriminación, y se ve reflejada en la exclusión social, política y económica de las mujeres con discapacidades.

Para finalizar, puntualizar que la siguiente propuesta de indicadores se enmarca en el intento de reconocer las causas de la exclusión social de las mujeres con discapacidades mayores de 30 años, continuando con la perspectiva planteada en el Programa Mundial de Acción sobre las Personas Discapacitadas que enmarca la discapacidad en un contexto determinado, y con los objetivos del IMSERSO de elaborar políticas de intervención que contribuyan a una mejora en la calidad de vida de las mujeres con discapacidad y la sociedad en general.

Los indicadores para medir la exclusión social a nivel europeo se centran en variables e índices que miden la cantidad monetaria necesaria para estar fuera del nivel de pobreza y, por lo tanto, de exclusión social. Son indicadores basados en datos cuantitativos que determinan cual debe ser la cantidad monetaria que cada ciudadano debe recibir para tener una calidad de vida aceptable. La definición de exclusión social es un definición en términos de renta y, esto, implica la definición de exclusión social recoge varias poblaciones sociales como ancianos, minorías étnicas o discapacitados.

Nuestro enfoque, no pretende sustituir tales indicadores en la definición de exclusión social. Por el contrario, creemos que al poder indagar en cuáles son los problemas específicos de un colectivo (mujeres con discapacidades) podemos enriquecer este instrumento de medida más general. Usamos, en consecuencia, indicadores tanto cualitativos como cuantitativos que surgen de las aportaciones de mujeres discapacitadas. Así, lejos de sustituir el interés una definición de exclusión social en términos de renta, enriquecemos su definición de exclusión social a partir de aportaciones particulares.

4.2 Definición de indicadores psicosociales

Siguiendo a (Casas I Aznar, 1989), dividimos a los indicadores psicosociales propuestos en:

- . Indicadores de condiciones contextuales de vida: medición de factores observables de una manera relativamente externa.
- . Indicadores de percepción: consideraciones personales sobre diferentes aspectos de la vida social

Asimismo, los indicadores psicosociales propuestos serán descriptores e instrumentos-guía para la acción social. Se considera que deben tener las siguientes características:

- Asumir un enfoque psicosocial, entendiéndolo por indicadores psicosociales <<aquellas informaciones cualitativas o cuantitativas que, instrumentalizadas siguiendo un procedimiento científico de uso de indicadores, nos permiten un conocimiento progresivo y la obtención de mediciones aproximativas de fenómenos conceptualizados en el marco de teoría propias de la psicología social>> (Casas i Aznar, 1989)
- Sopesar la situación en un momento dado para posibilitar la posterior elaboración y aplicación de políticas sociales, para evidenciar luego sus efectos.
- Posibilitar la evaluación de los planes de acción y proyectos políticos.
- Permitir la recogida de datos para valorar la situación a estudiar dentro de una dimensión temporal. Aunque en el estudio no se recogerán datos, los indicadores sociales creados deben posibilitar la recogida *a posteriori*.
- Establecer un entramado de relaciones entre las variables que los configuran.
- Enfocarse en la población en general, y no sólo en la de mujeres no estándar, para tratar de establecer posibles vertientes de causa y efecto.

Además, los indicadores que se propogan deberán ser relevantes, perdurables, de fácil comprensión, viables y fiables. Se ha considerado recomendable utilizar un número más bien reducido de indicadores, ya que su manejo ha de resultar fácil y las interrelaciones entre las variables han de ser comprensibles.

4.3 Fases en la construcción del sistema de indicadores

El intento de aplicar políticas sociales a una realidad concreta obliga a dividirla en unidades más pequeñas que permitan acercarse a ella con más exactitud. El proceso de dimensionalización se puede definir como el intento por el cual intentamos dividir en áreas de medición una realidad social concreta. Tales dimensiones requieren un bagaje teórico que considere la particularidad de la realidad social que se intenta abordar.

Las fases de construcción del sistema de indicadores para el estudio de la exclusión social de las mujeres con discapacidad siguió el criterio de las propuestas presentadas a la reunión del Grupo de Siena para la Estadística Social por Viviana Egidi y Pieter Everaers en mayo 2000:

- ❖ Elaboración de un marco conceptual a partir de la identificación de unos objetivos.
- ❖ Identificación de las dimensiones teóricas a medir, así como de las relaciones entre ellas, sintetizándolas en un modelo teórico.

- ❖ Selección de los indicadores más significativos dentro del universo de indicadores posibles.
- ❖ Definición de las características operacionales de las fuentes de información para su futura comparabilidad.

Estas cuatro fases se hicieron de manera conjunta entre los miembros de la comisión técnica del proyecto y todas las socias a través de la discusión y puesta en común en diversas jornadas.

En primer lugar, y siguiendo las aportaciones de las socias del proyecto durante las I Jornadas de Discusión llevadas a cabo en Madrid los días 12 y 13 de julio, se adoptó una perspectiva que contempla el género y la igualdad de oportunidades como aspectos fundamentales en el análisis de la exclusión social. A partir del consenso del marco teórico entre las socias y la comisión técnica, se derivaron las dimensiones y una propuesta de indicadores, que fue discutida y acordada en jornadas organizadas en Madrid (octubre), Sevilla (noviembre) y Valencia (noviembre).

La propuesta de dimensiones teóricas y posibles indicadores que se resume a continuación es el producto de un trabajo en el que las mujeres con discapacidades han tenido un papel fundamental, modelando el proyecto según las necesidades de su colectivo, haciéndose portavoces de la necesidad de igualdad de oportunidades de las mujeres no estándares para su plena inclusión en la sociedad.

4.4 Procedimientos propuestos

Para recoger los indicadores contextuales se proponen dos procedimientos complementarios. Por un lado, recoger y aplicar los indicadores de población estándar existentes en organismos oficiales a la población de mujeres con discapacidades. Para ello, sería necesario discriminarlos por variables como el sexo y la discapacidad para crear resultados específicos para mujeres con discapacidades. Por ejemplo, existen indicadores en la Encuesta de Población Activa sobre el perfil sociolaboral del paro femenino en España. Se trataría, entonces, de aplicar los mismos indicadores a las mujeres con discapacidades dando como resultado el perfil sociolaboral de paro específico para mujer y discapacidad. Esto permitiría comparar entre los dos perfiles y, al mismo tiempo, medir la distancia entre la población de mujeres estándares y no estándares.

Por otro lado, se proponen indicadores contextuales no recogidos por organismos oficiales. Para tales indicadores se proponen cuestionarios y / o entrevistas – dependiendo del presupuesto asignado a la recogida de datos - a la población estándar y no estándar. Asimismo, se propone integrar estos indicadores contextuales a las formas oficiales de recogida de datos con la finalidad de incrementar la riqueza de tales datos.

Con respecto los indicadores de percepción o de evaluaciones personales sobre diferentes aspectos de la vida social, se propone que sean las mismas afectadas que hablen de los obstáculos que ellas perciben y que pueden no coincidir con los datos recogidos por los indicadores contextuales existentes en organismos oficiales.

Una de las propuestas para recoger los indicadores perceptivos es la creación de grupos de discusión a partir de muestras estratégica de mujeres con discapacidades, ya que el contexto discapacitador debe ser reconocido por las

propias afectadas, y no definido a partir de normas estandarizantes establecidas de antemano por el o la investigador / a. Una dinámica de grupo, por ejemplo, podría focalizarse en identificación de los obstáculos que impiden a las mujeres con discapacidad el acceso al trabajo o las barreras arquitectónicas que les dificultan una gestión autónoma del espacio en el ámbito doméstico. Estas percepciones que las propias afectadas ponen de manifiesto en la dinámica de grupos, pueden ser objetivadas y convertidas en indicadores contextuales de vida. Estos indicadores, lejos de contradecir los ya existentes, pueden complementarlos en el sentido que han sido las propias mujeres con discapacidades el origen de su construcción. También se propone recoger aspectos perceptivos de la población estándar, como los prejuicios que puedan tener hacia las mujeres con discapacidad.

Es necesario resaltar aquí que mediante la creación de grupos de discusión de mujeres no estándares se potencia la participación de organizaciones de mujeres con discapacitadas como mediadores entre la administración y las propias afectadas. Tales organizaciones conocen con profundidad el contexto de la exclusión social, siendo por ello las más indicadas para realizar este acercamiento. Por otro lado, estos grupos de discusión pueden contribuir a la creación y consolidación de la red de mediadores definida como uno de los objetivos del proyecto.

Uno de los objetivos de esta propuesta de indicadores es que los datos que se obtengan puedan tener una base de aplicación política que contemple la igualdad de oportunidades. << Estas aspiraciones pueden resumirse en la noción de integración en la vida ordinaria, que supone la formulación de políticas destinadas a promover la plena participación e intervención de las personas con minusvalía en los procesos económicos, sociales y de otra naturaleza, respetando al mismo tiempo la libertad de elección, y que los problemas pertinentes no deben considerarse por separado de los sistemas políticos ordinarios, sino como elemento integral de los mismos>> (IMSERSO: Igualdad de oportunidades de personas con minusvalía, 1999, Madrid: p19).

La aplicación de políticas sociales dirigidas a reducir el grado de exclusión social de la mujer con discapacidad deben basarse en una recogida de datos que muestre realmente cual es situación cotidiana de la mujer no estándar en todos los ámbitos sociales. En esta intención, se ha propuesto Para cada dimensión una serie de procedimientos teniendo en cuenta los requisitos de un sistema de indicadores explicitado en el apartado 2, siguiendo la propuesta de Ferran Casas i Aznar (1989):

- Accesibilidad, fácilmente disponibles en un formato utilizable en intervalos apropiados de tiempo.
- Comparabilidad, deben utilizarse instrumentos de medida equiparables (escalas e intervalos homogéneos).
- Representatividad, deben abarcar de forma adecuada todos los asuntos o grupos de población que se espera cubrir
- Ética, respetuosos del derecho a la confidencialidad y a la libertad de elección en proveer los datos.

En cada dimensión, también, hemos contemplado dividir los indicadores entre indicadores de contexto e indicadores de percepción. Al tratarse de indicadores de relaciones interpersonales y su contexto social, se propone clasificarlos como <<indicadores de condiciones contextuales de vida>> e <<indicadores perceptivos o de evaluaciones personales de diferentes aspectos de la vida

social>>. (Casas y Aznar, 1989: 72). Mientras los primeros nos permiten la comparabilidad entre población general y mujeres con discapacidades, los segundos nos permiten dar la palabra a las propias mujeres con discapacidad para que hablen de su propia experiencia de estar “excluidas”.

Combinamos, así, tanto las potencialidades de una metodología cuantitativa (comparabilidad, verificabilidad) como las aportaciones de la metodología cualitativa (heterogeneidad de experiencias, propia visión de las afectadas).

4.5 Resúmenes de los encuentros entre la Comisión Técnica y las socias del proyecto

Con el fin de desarrollar los objetivos propuestos en el proyecto, la Comisión Técnica elaboró, previo al I encuentro en Madrid durante el mes de julio, una perspectiva teórica específica de mujer y discapacidad. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre género y discapacidad, así como un informe del estado de la cuestión sobre los indicadores de discapacidad y de exclusión social existentes.

A partir de allí, se construyó un modelo teórico específico sobre mujer y discapacidad, que fue puesto a discusión con las socias en el I Encuentro realizado en Madrid, los días 12 y 13 de julio de 2001. Allí se destacó la importancia de dar un peso relevante a la perspectiva de género, por la doble discriminación que sufren las mujeres con discapacidad. En estas jornadas se presentó la primera propuesta de indicadores.

La Comisión Técnica elaboró una nueva propuesta teórica dando mayor relevancia a la discriminación por género por la necesidad hecha explícita por todas las socias del proyecto de promover la igualdad de oportunidades a través de los futuros indicadores derivados del proyecto.

En el siguiente encuentro de Madrid, los días 17 y 18 de octubre 2001, se presentó un nuevo documento en función de las aportaciones de las socias. En estas jornadas participaron por primera vez los socios transnacionales, y se hizo una primera traducción del documento al inglés. Se acordó unificar criterios entre los miembros de la Comisión Técnica, y proponer un nuevo documento en donde se diera una mayor importancia a la perspectiva de las propias afectadas.

En las siguientes jornadas organizadas en Sevilla el 5 de noviembre de 2001, se presentó un nuevo documento y se discutió la propuesta de indicadores con las socias presentes.

Los días 16 y 17 de noviembre se llevó a cabo en Valencia la IV Jornada de discusión, de donde surgieron nuevas dimensiones e indicadores.

Se adjuntan los resúmenes de los diversos encuentros:

- Madrid, julio 2001
- Madrid, octubre 2001

- Sevilla, noviembre 2001
- Valencia, noviembre 2001

4.5.1 Resumen de las aportaciones de las socias en el encuentro de Madrid, 12-13 de julio 2001

1) Críticas generales a la propuesta de la comisión técnica

- a) Necesidad contemplar la especificidad de la mujer y discapacidad mediante el desarrollo de marco teórico e indicadores de género. Hacer más énfasis en una perspectiva de género que se articule con la de discapacidad.
- b) Necesidad de contemplar la construcción social del ámbito productivo y reproductivo en la realidad social de la mujer con discapacidad: problematización de los roles asignados a la mujer en el ámbito de la sexualidad, la maternidad y el hogar. (Posible extrapolación de indicadores de violencia, servicio doméstico y conciliación ámbitos laboral y familiar).
- c) Necesidad de incluir una perspectiva filosófica e histórica de la discapacidad en la mujer

2) Propuestas generales para introducir en la perspectiva teórica

- a) Necesidad de introducir indicadores de prevención y ausencia.
- b) Crear indicadores que contemplen el ámbito doméstico.
- c) Identificar problemáticas sobre las que centrar posteriores políticas de acción directa
- d) Trabajar sobre los estereotipos discapacitadores que se imponen a la mujer con discapacidad
- e) Identificar los distintos grados de autonomía económica y de movimiento, así como los diferentes niveles de participación en la vida social. (Infantilización de la mujer con discapacidad)
- f) Tener en cuenta la especificidad de los diferentes tipos de discapacidad, así como las distintas vivencias personales

3) Aportaciones de las socias durante al exposición del proyecto

- a) “Funciones de las socias”: falta matizar que la validación de la propuesta teórica, los indicadores sociales y el módulo de formación la realizan las asociaciones en los encuentros a celebrar en las sedes de las socias
- b) Se presentó la propuesta de que cada asociación tuviera unos recursos para organizar el encuentro en sus localidades y se acordó que cada socio presentaría un presupuesto estimado en el encuentro de octubre.
- c) Se criticó la perspectiva médica de explicar a la discapacidad por una cuestión exclusivamente orgánica, pero se reconoció que la medicina ha sido el primer ámbito donde se creó un espacio social a la discapacidad.

Se trataría de reconocer la medicina como una entidad históricamente posibilitadora.

d) En relación a las distintas perspectivas de análisis de la discapacidad, se

sugirió contemplar las diferentes perspectivas de análisis de forma no excluyente, reconociendo que todas ellas tienen sus puntos fuertes y puntos débiles.

e) Se planteó enmarcar la experiencia de la discapacidad en un contexto socioeconómico y geográfico (rural/urbano), así como identificar un enfoque filosófico-religioso como base de la discriminación de la mujer con discapacidad, tratada históricamente en términos de desgracia o maldad.

f) En estrecha relación con este enfoque surgió la pregunta por el rol de género. La construcción social de los géneros hombre y mujer acentúa la exclusión de la mujer con discapacidad. En una socialización actual de género que reclama a la mujer introducirse en el ámbito productivo, a la vez que reconocerse en su función reproductora, a la mujer con discapacidad se la trata como doblemente discapacitada en su cumplimiento del rol productor y reproductor, excluyéndola del mercado laboral y recluyéndola en el ámbito doméstico.

g) Con respecto al reconocimiento de la singularidad frente a la normalización, se puso de manifiesto la necesidad de reconocer unas mínimas condiciones económicas y de accesibilidad a determinados servicios que equiparen la población no estándar a la estándar

h) En la diapositiva sobre el modelo social de la discapacidad se criticó el concepto de independencia mutua y se propuso sustituirlo por el de autonomía mutua

i) Con respecto a la integración de lo no-estándar, se debatió sobre el concepto de integración. Se propuso sustituirlo por los conceptos de participación o vinculación (¿articulación?), enfatizando la necesidad de vínculos relacionales entre lo estándar y lo no estándar.

4) Resumen de la discusión en grupo

a) Singularidad frente a normalización

i) Se problematizó la crítica a la normalización, reconociendo la importancia de la igualdad en el terreno económico y jurídico.

ii) Se destacan como aspectos positivos de la normalización la fácil aplicación y comprensión a través de resultados tangibles que pueden ser medidos cuantitativamente.

iii) Como posible dimensión surgió la comunicación, entendida como un prerrequisito para la integración social. Esta dimensión contemplaría aspectos como la accesibilidad, la autonomía y las barreras del lenguaje y el entorno físico.

iv) Se reconoció la facilidad que aporta el concepto de normalización para su aplicación y cuantificación, y que la incorporación de la singularidad aportaría una mayor complejidad y dificultades para el análisis. Esa fácil medición hace posible su pragmatidad política, es decir, la posibilidad real de aplicar políticas sociales concretas

(subvenciones para incrementar el ingreso mínimo mensual). En este sentido, se propuso crear un sistema de baremos mínimos (necesidades básicas) e incorporar la singularidad a partir de esos mínimos.

v) Se insistió sobre la necesidad de una igualdad de acceso a bienes y servicios entre la población estándar y la no estándar. Se introdujo el término de igualdad de acceso o de opciones.

b) El modelo social de la discapacidad

i) Se propuso la creación de indicadores que contemplen la percepción social de la mujer con discapacidad, así como la percepción de la mujer con discapacidad de cómo la acoge el entorno social

ii) Se criticó el concepto de independencia y se sugirieron conceptos alternativos como el de autonomía. Se problematizó la sobrevaloración de la independencia en nuestra cultura, proponiéndose sustituirlo por el concepto de interdependencia mutua.

iii) Como posible dimensión se propuso la visibilidad, aspecto que tendría en cuenta la marginación a la que se somete a la mujer con discapacidad por caracterizarle por poseer un alto grado de dependencia visible. Se planteó el evitar la dicotomía independencia-dependencia, proponiéndose los conceptos de dependencia visible y dependencia invisible. Este eje visibilidad-invisibilidad se introdujo por la metáfora de la “política del avestruz”: el silenciamiento de lo que molesta, en clara referencia a la imagen social que existe de la discapacidad. La dimensión de la visibilidad vuelve a dar importancia a la especificidad de la discapacidad, a la necesidad de autonomía personal y a las dificultades en la comunicación, además de incluir aspectos como la estética y su consideración social.

iv) Como puntos fuertes se nombraron el interés por el entorno de relaciones sociales y el concepto de discapacitación.

c) Integración de lo No-estándar

i) Se planteó sustituir el término de diferencia por el de diversidad

ii) Se reconoció un cierto grado de reconocimiento de la igualdad en términos jurídicos e institucionales, contrariamente al alto grado de discriminación social

iii) Se propuso sustituir el término de integración por el de participación

iv) Se resalto la importancia de la discriminación como un problema de género, tanto en los ámbitos laborales y políticos como familiares y jurídicos. Se habló de la participación pública de la mujer no-estándar y se concluyó que su ausencia en lo público no puede entenderse solamente en términos de discapacidad, sino también en la construcción social de género de la mujer discapacitada.

v) Se introdujo la noción del rol doméstico de la mujer discapacitada para diferenciarlo del rol de la reproducción. Se comentó que se producía una segregación dentro del mismo espacio privado diferenciando conceptos como domesticidad y reproducción. Mientras que a la mujer discapacitada se le asignan roles domésticos (cuidado de personas

mayores, por ejemplo), se le niegan roles tradicionales de reproducción (maternidad y crianza de los hijos).

vi) También se habló de la falta de reconocimiento del trabajo doméstico realizado por la mujer discapacitada como trabajo productivo. El trabajo doméstico realizado por la mujer discapacitada se relaciona con actividades lúdicas (darle trabajo para que no se aburra).

d) La discapacitación

i) Se identificaron prácticas discapacitadoras en los ámbitos público y privado, reconociendo su estrecha relación con los roles construidos de género y su socialización diferencial. Aspectos como la negación de la función reproductiva de la mujer con discapacidad, su bajo grado de autonomía económica, su reclusión al ámbito doméstico y la utilización del tiempo se propusieron como prácticas de discapacitación.

ii) Se propuso la creación de indicadores cuantitativos y cualitativos relacionados con el trabajo doméstico, la violencia y la conciliación vida familiar-vida laboral.

e) Inclusión de la perspectiva institucional

i) Se reconoció la importancia de incluir la perspectiva de las instituciones hacedoras de políticas, tanto en lo que respecta a la valoración de políticas existentes como a los conceptos implícitos y/o explícitos que conllevan esas políticas. En este sentido, se puso el ejemplo del concepto de maternidad, que se ve reflejado en las leyes que niegan el derecho de adopción de la mujer con discapacidad.

ii) Se resaltó la importancia que se otorga en el proyecto a la conexión entre los movimientos sociales y las instituciones, abriendo un camino para el diálogo y la reflexión conjuntas.

4.5.2 Cambios propuestos durante el encuentro de octubre en Madrid 17-18 octubre

Dimensiones propuestas durante el encuentro en Madrid:

- Laboral y formativa.
- Ámbito doméstico.
- Imagen: Cuerpo y sexualidad.
- Empoderamiento.
- Dimensión mediática.
- Percepción: Esta dimensión sería transversal y recogería también elementos autoperceptivos de la mujer con discapacidad.

Propuesta de fusión entre las dimensiones:

Se conservan las seis dimensiones propuestas, pero se incluyen o amplian los aspectos propuestos durante las jornadas:

1. Gestión del espacio doméstico
2. Posibilidad de desarrollar y trascender los roles asignados a la mujer: ampliar los aspectos laborales y formativos. Esta dimensión incluirá también el empoderamiento.
3. Imágenes y prejuicios asociados a la mujer no estándar: relacionar con los obstáculos para la formación y la obtención de empleos remunerados. Esta dimensión incluirá también aspectos mediáticos.
4. Manejo de la sexualidad
5. Posibilidades para definir proyectos propios de relación / pareja / familia
6. Preconcepciones y prejuicios sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad

Se distinguió entre indicadores objetivos y subjetivos, así como entre cualitativos y cuantitativos. Casas i Aznar recoge la polémica de dividir a los indicadores en objetivos y subjetivos. Propone reemplazar esta división por la de <<indicadores de condiciones contextuales de vida>>, por un lado, e <<indicadores de percepciones o evaluaciones personales de diferentes aspectos de la vida social>>, por otro. Por otro lado, al tratarse de indicadores de las relaciones interpersonales y su contexto social, propone nombrarlos como <<psicosociales>> cuando tratan de fenómenos psicosociales, extendiendo esta clasificación a los indicadores sociológicos, demográficos, sociodemográficos, etc. (Casas i Aznar, 1989: 72) En la presente propuesta de indicadores recogemos esta reflexión, apuntando que nos es difícil separar entre indicadores objetivos y subjetivos, dada la complejidad de causas del fenómeno de exclusión social del grupo específico de mujeres con discapacidades que se pretende medir, tales como las percepciones, prejuicios y actitudes. Por ello, hablaremos de indicadores psicosociales, sociológicos y sociodemográficos en lugar de indicadores objetivos y subjetivos.

Gestión del espacio doméstico:

1. Grado de autonomía en la gestión del dinero, el espacio y el uso del tiempo
2. Grado de satisfacción con la comunicación con las demás personas
3. Magnitud percibida de obstáculos en el uso y disposición del espacio dentro del hogar
4. Obstáculos percibidos en la gestión del dinero
5. Magnitud percibida de atribución de responsabilidades en el cuidado de la familia

Ejemplo de Indicadores

Grado de autonomía en la gestión del dinero

Escala acuerdo - desacuerdo:

- ¿Tienes alguna pensión? (Especificar tipo)
- ¿Tienes dinero propio del cual puedes disponer según tus necesidades?

- ¿Adminstras el dinero que ganas?
- ¿Tienes tus propios ahorros?
- ¿Tienes alguna cuenta bancaria a tu nombre?
- ¿Tienes alguna propiedad a tu nombre?
- ¿Tienes / has tenido alguna hipoteca / crédito a tu nombre?
- ¿Estás satisfecha con la manera en que gestionas tu dinero?

1.1. Grado de autonomía en la gestión del espacio

Ejemplos de preguntas (escala siempre - nunca):

- ¿Tienes un espacio propio que puedas disponer como deseas? (habitación de dormir, estudio,...)
- Si tienes necesidad de moverte, ¿puedes hacerlo cuanto te es más conveniente?
- ¿Te sientes satisfecha con la manera en que dispones del espacio dentro de tu hogar?
- ¿Sientes que puedes decidir sobre la distribución y decoración de los espacios?
- En tu casa, y sin ayuda de nadie, puedes: lavar los platos, poner la lavadora, ducharte,...
 - ¿Te sientes satisfecha con el nivel de movilidad que tienes en tu casa?

4.5.3 Acuerdos tomados en el encuentro del cinco de Noviembre del 2001 en Sevilla.

Lamentamos la ausencia de la Sra. Juana Andrés Lacambra por enfermedad, Virginia Cristóbal por asuntos personales y Joan Pujol por asuntos laborales.

1. Se constató que el documento presentado por Elena Torres era prácticamente el mismo que en el encuentro de Madrid del 18 y 19 de Octubre pasado y que el documento elaborado por la coordinadora aunque seguía los acuerdos del último encuentro no estaba contemplado en un único documento.

Se observó que se debía trabajar conjuntamente antes del próximo encuentro de Valencia de los días 16 y 17 de Noviembre y presentar un único documento con la participación de todos los miembros de la Comisión Técnica. Se acordó que el documento debía contemplar los enunciados siguientes:

- “Igualdad de oportunidades”
- “Qué el indicador promueva acción”
- “Qué el lenguaje que se utilice en el desarrollo del trabajo sea claro y manejable”
- “Que se tenga en cuenta que la elaboración de este sistema de indicadores va dirigido a la aplicación de líneas políticas”

Y qué con el fin de evidenciar el proceso de la recogida de información de los diferentes indicadores, se desarrollaran totalmente algunos de la dimensión laboral, para saber el tratamiento estadístico que han de seguir dichos indicadores.

2. Del marco conceptual se puntualizó que debía figurar que ya en la propuesta del trabajo se había producido desde las mujeres con discapacidad y que de ahí surgió toda la perspectiva, en consecuencia debían de estar en el marco conceptual. En el recuadro Tipos de Indicadores se acordó que debían categorizarse:

“indicadores de condiciones contextuales de vida”

“indicadores de evaluaciones personales de diferentes aspectos de la vida social”

Los recuadros de cada dimensión (en el primero de cada uno) se acordó que se denominará justificación de la dimensión. En cuanto al orden de las magnitudes se recordó que en el encuentro anterior ya se había aprobado que fueran:

- Laboral y formativa.
- Ámbito doméstico.
- Imagen Cuerpo y Sexualidad.
- Acceso a la toma de decisión (empoderamiento, se acordó cambiar este termino por el acceso a la toma de poder)
- Dimensión mediática.
- Percepción.

Y qué estas debían de ser. Los indicadores y los items de estos se debían recoger de las dos propuestas presentadas. Se reflexionó sobre los términos, independiente, interdependiente y se dijo que debíamos tender a dar una mejor concepción a la dependencia, sobretodo si esta era afectiva.

3 Los indicadores de la dimensión laboral se analizaron y se concluyó que eran los siguientes:

- Laborales: Situación laboral de las Mujeres no Estandards, obstáculos para la obtención de un trabajo remunerado.
- Formación: Acceso a formación y nivel de educación obtenido.
- Sindicatos y representación del colectivo.
- Cómo se difunden los apoyos económicos que la administración da a los empresarios que contratan a personas discapacitadas. (Se propuso como modelo, el programa andaluz, que en un año produce un porcentaje alto de ocupación)

Las siguientes dimensiones no hubo tiempo de analizarlas, pero se instó que se siguiera el mismo proceso, con la participación de todos los componentes de la comisión técnica.

La jornada de la CAMP de Sevilla de mujer y salud fue muy interesante, sus talleres llegaron a conclusiones sobre el tema que nos ayudaran al

desarrollo del trabajo. A la vez que se agradeció la acogida que se dio a la comisión técnica como por el soporte de transporte y comida, así como por la relevancia que se dio a los medios de comunicación y por la participación en el acto inaugural (conjuntamente con la directora del Instituto de la Mujer de Andalucía.

Se agradeció a la vez públicamente la presencia de la Sra. Nina Mielgo representante de la Federación de Municipios Españoles. En el tema de encuentros se acordó que si el IMSERSO podía sufragar los gastos del viaje a Grecia para el primer trimestre del año 2002 se iría a Grecia los días 24, 25 y 26 de Enero del 2002 y el Encuentro de trabajo en Barcelona se haría el 16 de Enero del 2002. De manera que al ser más distanciados los encuentros entre ellos la comisión técnica le diera tiempo a elaborar el documento.

4 Elena Torres expuso que la Universidad Autónoma de Barcelona debía realizar los gastos antes del 25 de Noviembre del año 2001 por lo que ya se debían saber las personas del encuentro de Valencia y las de Bélgica y se quedó que sería:

- Encarna Talavera e Isabel Caballero por la CAMP.
- Juana Andrés Lacambra y acompañante por COAMFICOA.
- Olga Martínez, M^a Ángeles Lop o Pilar Rebollar de Dones No Estàndards.

Nina Mielgo dijo que respondería esta semana pero que seguramente si vendría. También se acordó preguntar a la Sra. Charo Bordas del Instituto Municipal de Personas con Disminución del Ayuntamiento de Barcelona si vendría a algún encuentro y ver las posibilidades que acudan los diferentes socios. Se repartieron los cuestionarios de evaluación del encuentro y se recordó que se habían de mandar a Virginia o dárselas a Carmen Riu para que ella se las mandara. La coordinadora recordó que algunos socios no habían mandado todavía el cuestionario del encuentro pasado y que eran muy necesarios para la consecución del proyecto.

Finalmente se acordó que el jueves día 15 de Noviembre se mandaría a todos los socios la elaboración de la nueva propuesta de Indicadores para trabajar en el encuentro de Valencia.

4.5.4 Acuerdos del último encuentro del 16 y 17 de Noviembre del 2001 en Valencia.

Se indicó que se debería haber consensuado el documento por parte de la Comisión Técnica.

Se observó, que el enunciado, Igualdad de oportunidades, todavía sólo aparecía en el documento de la Coordinadora, y este era indispensable que apareciera de forma transversal en todo el documento, de manera que se debía mencionar en cada una de las dimensiones, a través de indicadores contrastables con indicadores del resto de la población, otras mujeres y hombres con discapacidad.

Se acordó que en el apartado “un enfoque psicosocial del sujeto mujer con discapacidad”, debía haber un reconocimiento del trabajo que con anterioridad al año 1981 desarrollaron en este campo los movimientos de personas con discapacidad y que debía de aparecer en el marco conceptual que este proyecto había sido propuesto desde las mujeres con discapacidad conjuntamente con el IMSERSO y además debían de aparecer las aportaciones conceptuales de las mujeres con discapacidad recogidas por la coordinadora en el documento presentado en el último encuentro de Madrid.

En el capítulo 2 Fases en la construcción de un sistema de Indicadores, se acordó cambiar la palabra monitorear por el termino, de la fase “Identificación de las dimensiones teóricas a **medir** así como de las relaciones entre ellas, sintetizándolas en un modelo teórico”.

En el mismo capítulo se decidió prescindir del cuadro ilustrativo y de sus matices explicativos.

En cuanto a las dimensiones, se acordó adoptar en lo posible, el nombre de las áreas de la Plataforma de Beijing, siempre que estas fueran correspondientes a las magnitudes adecuadas a la población estudiada en este proyecto, para así favorecer la comparación con otras poblaciones. Esto facilitaría, las medidas de acción positiva en las políticas de intervención para paliar las situaciones de desigualdad. Al unísono se concretó que aquellos indicadores que viéramos necesarios específicos de la mujer con discapacidad, se elaboraran y se explicitaran diferenciando los indicadores al uso de los específicos y por tanto innovadores . Es conveniente citar los dos tipos de indicadores para evidenciar la desigualdad y dar relevancia a lo novedoso y específico de la población estudiada.

Esta especificidad a veces se ha de situar en la denominación de la magnitud, en otras ocasiones en la metodología y ahí también debía constar claramente, que sin este procedimiento no se evidencia el principio de igualdad de oportunidades y en consecuencia es donde debíamos poner el acento de la aportación de este estudio.

Se dijo que debía figurar claramente con que tipo de poblaciones se compararía el colectivo que nos ocupa y se optó por introducir el siguiente párrafo del documento de la coordinadora:

“ Podemos empezar a hablar de dimensiones para producir un cambio social, es decir trabajamos para un futuro mejor, porque intuimos que la mujer con discapacidad no tiene las mismas oportunidades sociales y en consecuencia, nos planteamos las siguientes hipótesis:

Existen diferencias significativas entre:

- a) Población general y mujeres con discapacidad.
- b) Mujeres y mujeres con discapacidad.
- c) Hombres con discapacidad y mujeres con discapacidad.

El primer objeto a estudiar, es pues, el poder discriminante o diferenciador entre la mujer con discapacidad y los otros grupos de población control.

El segundo objeto, es pues, estudiar la discriminación entre géneros y estándares o no estándares.

Las dimensiones que se concluyeron son:

1. Ámbito laboral y formativo.
2. Ámbito doméstico.
3. Cuerpo y sexualidad.
4. Participación y acceso a la toma de decisiones en el espacio público.
5. Prejuicios y representación mediática asociados a la mujer no estándar.
6. Violencia

En relación con la dimensión desestimada en Sevilla “Desarrollo de proyectos propios de relación” se oriento que en el caso de los indicadores que valoraran la situación de relación de la mujer no estándar en el medio doméstico, se incluyeran en el “ámbito doméstico” y la dimensión “Preconcepciones y prejuicios sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad; tengan cabida en la dimensión 3 “El cuerpo y la sexualidad” y por último la dimensión “Representación simbólica de la mujer no estándar en los medios de comunicación” se incluirán en la dimensión 5 “Prejuicios y representación mediática asociadas a la mujer no estándar

Un indicador de la Dimensión de prejuicios de la sexualidad de las MNE por parte de la población general ponerlos en la dimensión cuerpo y sexualidad. Un deficiente mental puede disfrutar de su sexualidad.

En el ámbito laboral (supuestos teóricos) se dijo que se habían de aportar los datos de la Encuesta que ya están recogidos en el documento de la coordinadora en la Pág. 79 que se presentó en el encuentro de Madrid de Octubre pasado y que es el siguiente:

La discriminación ejercida sobre la mujer con discapacidad es invisible, para mostrar la realidad, es por tanto esencial contar con los datos básicos sobre la situación. Contamos con los datos básicos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (Realizada por IMSERSO-INE-ONCE), próximamente realizaremos junto al Instituto de la Mujer la explotación específica de los datos desde la perspectiva de género.

De momento podemos constatar los siguientes datos:

Del total de personas con discapacidad (3.528.220), 2.055.251, son mujeres. Por lo que la tasa de mujeres con discapacidad por 1.000 habitantes es de 102,67 frente a 76,60 hombres. Hay que considerar que es a partir de los 45 años en donde la tasa de mujeres es superior a la de hombres, (mayores de 65 años hay 1.338.843 mujeres con discapacidad, y 733.809 hombres).

Los datos de la relación hombres y mujeres de 16 a 64 años según la relación con la actividad son muy significativos:

	Total	Varones	Mujeres
Total.....	1.337.708.-	678.378.-	659,330.-
Activos	429.357.-	273.866.-	155.509.-
Trabajando	318.439.-	213.849.-	104.590
Parados	110.935.-	60.000.-	50.919
Inactivos	906.933	403.795.-	503.138.-

El perfil de la mujer con discapacidad como mayoritariamente inactiva en su edad laboral, condiciona su situación y da especial relevancia al índice de protección social en función del sexo del beneficiario (datos de prestaciones de naturaleza no contributiva (Diciembre 99 IMSERSO). Casi el 77 % de beneficiarios de PNNC son mujeres (483.679), porcentaje que se eleva al 87 % en el caso de las pensiones de jubilación.

Esta situación de discriminación también se puede ver desde el punto de vista contributivo (relación inversa) en los datos del INSS (Informe estadístico 1998). Del total de preceptores de incapacidad permanente 327.592 son hombres y solo 96.720 son mujeres (el 22,8 %) y además con una diferencia en la cuantía media mensual significativa: 103.755 – pts./mes(hombres) y 83.162 (mujeres).

Otros datos que se han de considerar es la ordenación de los indicadores propuestos por categorías fijadas por el uso común, se comenta que se deben elaborar indicadores que recojan el termino: itinerarios de inserción social, tanto en la red formal como en la informal, así como reflejar la alternativa laboral de los Centros Especiales de Trabajo. En los indicadores contextuales se indica que se debía ordenar, así como se debían de recoger indicadores sobre el autoempleo.

Se añadió que en los formativos se debían elaborar algún indicador que recogiera el grado de aceptación de los estudios existentes.

Se propone como metodología de aplicación de los indicadores perceptivos los grupos de discusión, o las entrevistas en profundidad.

Dentro del Ámbito doméstico se encontró a faltar algunos indicadores sobre:

- Ayudas técnicas y ortopedia desde la perspectiva de genero
- Ayudas, servicios de acompañamiento o proximidad para mujeres con discapacidad con cargas familiares.

En cuanto a relaciones familiares debíamos tratar de indagar sobre la actitud de abandono que se intuye por parte de la pareja de la mujer no estándar cuando esta deja de ser estándar.

Se dijo que un dato importante a recoger era el tiempo que hacía que era mujer no estándar y su edad, para continuar con los cuestionarios referentes a abandonos.

En los procedimientos de recogida de datos en el ámbito doméstico, se consensuó que no debían enviarse diarios.

En la dimensión Participación y acceso a la toma de decisión, se debía tratar de capturar prejuicios existentes en la sociedad.

En la dimensión de participación de la MNE en el espacio público y trascender a los roles asignados a la mujer, incluir: Indicadores de empoderamiento y indicadores sociales.

Dentro de la dimensión de imágenes y prejuicios debía ponerse referencias claras que situaran rápidamente quién las leyera y se acordó utilizar dándole relevancia a los textos del documento de la coordinadora presentado en el encuentro de Madrid de Octubre pasado los cuales son los siguientes:

Los prejuicios que engloban una serie de estereotipos, que trataré de explicitar, sin embargo primero quiero exponer la definición elegida de prejuicio y estereotipo, según Oliver Stallybrass, prejuicio: Es una predisposición favorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión. Estereotipo: es una imagen mental muy simplificada de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento que es compartido, en sus características esenciales, por gran número de personas. Dicen ello hacen las cosas inalterables, comunican regularidad monótona, fijan los detalles, formalizan.

John Mac. Grath dice de ellos, los estereotipos son armas en lucha por el poder, que constantemente se libra en la sociedad.

Carmen Riu en la ponencia presentada sobre mitos señalaba los siguientes:

- *No puede hacer nada, no sirve para nada: pobres.*
- *No tiene sexo. No ha de ser madres. Se debe de esterilizar.*
- *Es humillante verla, nos hemos de apartar de ella y no hacernos amigo o amiga. Es vergonzoso.*
- *Nunca la trataremos con complicidad.*
- *No sabe nada, si nos dirigimos a ella lo haremos educándola o enseñándola.*
- *No puede hacer el trabajo tradicional de la mujer.*
- *No siente el dolor “la podemos normalizar”.*

En esta dimensión deberíamos encontrar la justificación de la sociedad de la ausencia de la mujer con discapacidad unido, claro esta con estos planteamientos ideológicos al miedo o terror que sentimos la población a

tener una discapacidad, cuando la mayoría de personas dado la longevidad actual durante un periodo de su vida probablemente la tendrán.

Y el texto:

La doble moral:

Éticamente esta bien visto tratar las personas con discapacidad en consideración para que recibamos el trato como personas, para tenerlas en esa consideración se cree que hay que ayudarles más que a otras personas, pues el mundo no está hecho para ellas, ni ellas para el mundo, la ayuda será tanto física, como económica como social, como moral, como afectiva, en definitiva en todos los ámbitos de la persona. Además como las personas con discapacidad tienen pocas posibilidades sociales, cuando a una persona le surge una disfunción o alteración genética, el resto de la población la trata como si estuviera enferma, y no es lo mismo ser persona con discapacidad que estar enfermo.

La persona con discapacidad puede gozar de buena salud, teniendo esa disfunción y vivir largos años en su mayoría. Sin embargo quién está dispuesto a ese trato tan especial, todas las personas de la sociedad cuando están delante de oras, esto es lo políticamente correcto, pero quién disfruta con ello o tiene tiempo para ello, los triunfadores sociales necesitan todo el tiempo para producir dinero y situarse en un lugar de poder y dominio, y tener que cuidar a alguien, es considerado una debilidad, pensamiento que lleva implícito que el cuidado de esa persona lo realicen las mujeres que tienen la debilidad de “ser dependientes” siempre es así con los ancianos niños; discapacitados, etc. El caso de un niño o una niña discapacitada se le atribuye a la madre, ya que el hecho de que sobreviva dependerá sólo de ella quién sino se esforzaría en darle vida a esta persona, no es porque sí que Lidia Zijdel diga que en algunas culturas en una época se mataba a la madre y al hijo o hija con discapacidad, así el cuidado de la discapacidad recae moralmente sobre la madre. Y esta ocupación se lleva a cabo en el ámbito doméstico. Ahí la madre hace lo que puede para que sobreviva y cuando la presión de esta dependencia interna en el ámbito doméstico, porque es una vergüenza que salga al ámbito público, le supera y se descontrola en la mayoría de ocasiones maltrata al hijo o hija, sintiéndose a la vez culpable de ello porque la sociedad también la maltrata a ella pues encima de tener un hijo defectuoso no se cuida de él.

Mientras todo transcurra en el ámbito doméstico, encerrado y olvidado socialmente el trato establecido es el políticamente correcto. En el momento que sea la familia, la madre o él o ella mismo, salgan al ámbito público para ocuparlo como cualquier ciudadana, se produce un distanciamiento social, se intenta no tener comunicación con la persona con discapacidad, no se le escucha, y se intenta siempre darle consejos, tenga la edad que tenga, se le aparta y margina individualmente incluso se le hace sentir que no debe relacionarse con gente como ella, con un desgraciado es suficiente y además si te juntas con discapacitados todavía cogerás más “manías” las cuales consisten en poder hablar de lo que te sucede con

complicidad, pero para nada le interesa a la población normal nuestra complicidad. Tiene miedo a ser

discapacitado y al vernos se le recuerda, además con tantas barreras arquitectónicas, sociales, psicológicas, de comunicación y de movilidad es muy cansado tener una relación con nosotros, se ha de tener cuidado no somos una buena compañía, si desarrollan su empatía con nosotros, se les puede complicar la vida. A no ser que se tenga clara de que todos somos iguales ante los derechos humanos.

El papel otorgado al hombre es el de la independencia y el productor económico. Tampoco es muy importante que sea agraciado físicamente. Así que el hombre con discapacidad contará con la complicidad de su familia para buscarse un trabajo en que ganarse la vida y buscarse una mujer que le solucione sus tareas en las que tiene dificultad y contará también con la complicidad de esta y de prácticas médicas para que consiga ser padre, y a él no se le culpabiliza por no realizar determinadas tareas y en ningún caso se le encargará el cuidado de otra persona.

Pocos hombres se acercaran en el ámbito público a una mujer con discapacidad, en caso de que esta salga, no esta bien visto. Pero sin embargo le dirán: “Qué lástima con lo guapa que eres”. O tendrán una relación íntima oculta con ella, el 80 % de las mujeres con discapacidad en Europa, según Lidia Zinjel han sido acosadas o violadas, y estos serán o familiares o cuidadores o personal sanitario, pero siempre lo negaran y si queda embarazada la obligaran a abortar. Los cuerpos de las mujeres con discapacidad se muestran en clínicas y hospitales y se fotografían sin consentimiento, mientras se hacen todo tipo de comentarios sobre su físico sin que ella pueda hacer nada, por ejemplo le dicen ¡vaya pechos que tienes parece que estás amamantando a unos mellizos” y mientras el médico o personal sanitario se frota sus partes a través del pantalón, en el mejor de los casos.

Se le dice que no trabaje ni debe trabajar y que tiene una gran suerte de no tener de salir a la calle y solo tenerse de entretener estando con el abuelo y el

sobrino pequeño y cosiendo y procurando que la comida este a la hora, la madre ya ira a comprar y hacer todo lo del ámbito público que es lo “más pesado”.

En el caso de la mujer con discapacidad la doble moral aparece en todos los momentos de la vida.

Por un lado es aquel ser que se debe respetar por lo que se intuye de vulnerable y por otro te debes de aprovechar y que trabaje en aquello que puede ayudar así se entretiene, además si tienes una relación sexual con ella todavía le haces un favor tal como dice Marita Iglesias.

Se acordó que la extensión de las dimensiones debía ser aproximadamente parecidas, para dar la misma relevancia a todas. Se debe resumir el texto explicativo de cada dimensión del documento de la Coordinadora, y este debe encabezar cada dimensión incluyendo el resumen de la doble moral.

Se acordó que dada la gravedad que supone la violencia ejercida hacia la mujer con discapacidad, se desarrollaría esta área como otra nueva dimensión, haciendo así evidente la utilidad práctica que supone el desarrollo de este trabajo, ya que desde él se pueden obtener los datos necesarios para llenar de referencias evaluables cualquier área. Se comentó la importancia de hacer referencia a los trabajos teórico-prácticos que ha publicado Marita Iglesias en el proyecto Metis y Daphne.

El conseguir las referencias de esta área serviría para aplicarlas próximamente en los distintos planes de actuación ya existentes para paliar la violencia que se ejerce sobre la mujer.

También se aprobó la introducción del documento de la Coordinadora:

El trabajo que presentamos pretende llenar de referencias evaluables el fenómeno producido de exclusión social en la población de mujeres discapacitadas mayores de treinta años.

No podemos hablar de exclusión sin tener la referencia de la inclusión, bipolaridad que entre sus extremos permite una graduación en formas de corrientes hacia la inclusión/exclusión o la exclusión/inclusión.

La tendencia a la "Perfección" del ser humano nos hace excluir y olvidar todo límite aunque este sea una condición indispensable para el pensamiento y la convención, es decir el saber que existen límites nos hace aparecer como humanos y llenar de significación todo nuestro lenguaje. Al mismo tiempo esos límites nos configuran singularmente y es lo que nos mueve a emocionarnos ante la sorpresa de la singularidad. Tanto la exclusión como la inclusión conviven a la vez en cada individuo de nuestra sociedad.

Al definir la población estudiada como mujeres discapacitadas mayores de treinta años, en el momento que lo mencionamos, ya lo estamos categorizando y excluyendo del resto de la población y a la vez la incluimos, en el momento que lo indicamos porque aparece esta, hasta el momento olvidada, la corriente de este estudio pretende fluir desde la exclusión a la inclusión social.

La exclusión social implica estar aislado del resto de seres humanos, vamos a tratar de indagar si existe y en que parámetros se da en torno a la población de mujeres con discapacidad mayores de treinta años.

Las mujeres que están prisioneras en sus casas, no las conocemos esas son las verdaderas excluidas, en consecuencia en este trabajo vamos a trabajar con el indicador ausencia, sabemos que el 12'8 % de la población es discapacitada y de esta el 58 % somos mujeres, es decir que el 7'5 % de la población total de España somos mujeres con discapacidad. Todo lo que

conocemos de ellas es a través de las que ya han salido al ámbito público, las que ya estamos en un proceso de inclusión, todo lo que se ha escrito en este trabajo se sabe por nosotras.

El tratamiento de la información que obtengamos en este estudio no solo va a servir para aplicar medidas específicas dirigidas a esta población, sino también a la población general allá donde no se las encuentre en la proporción que deberían existir. Consideramos que la exclusión y la inclusión, es un fenómeno que producimos todos los seres humanos, en consecuencia los indicadores serán en todos los ámbitos sociales.

Acotamos la población con un discurso médico sexista y cuantitativo para tratar de ponderar como estas clasificaciones determinan socialmente a las personas enunciadas, tanto en términos positivos por lo que representa la mención históricamente olvidada, como significación degradante por la descalificación que supone la denominación de ser mujer, discapacitada y mayor de treinta años.

Toda población si esta aislada no participa en lo convencional, y la convención por el fenómeno de la globalización en el transcurso del tiempo es homogeinizadora, lo que supone que cada persona del mundo esconde en lo posible la parte que esta fuera de ella, esa diferencia supone una discapacidad en el ámbito social, porque no es aceptado de la misma manera, ni valorado y por ende retribuido sin equidad.

Este fenómeno de presión social supone que aquellas personas que tienen una característica diferente imposible de esconder, es decir que es manifiesta, se les aparte, aislé y se les olvide e incluso sutilmente se les aniquile, el nazismo lo practicaba y aún se conservan prácticas médicas en el mundo occidental con el mismo fin.

Afortunadamente el tener una característica especial personal, nos continúa emocionando y seduciendo, la convención no ha podido, con ello. Este sentimiento que no es más que descubrir la vida y maravillarnos de ella, produce la posibilidad de vivir como uno sea.

Con ese planteamiento vamos a desarrollar este trabajo, este fenómeno nos ha dado posibilidad de vivir a las personas con discapacidad en nuestra sociedad occidental vamos a tratar en consecuencia en este proyecto de influir para que las mujeres con discapacidad consigan vivir una vida con calidad. Tenemos la intención con la elaboración de los indicadores de exclusión social de intervenir en el proceso de participación social de las mujeres con discapacidad.

Para ello, las compararemos con otras poblaciones para tratar de evidenciar las diferencias existentes entre las mujeres con discapacidad con las otras poblaciones:

- a) Entre las mujeres con discapacidad, y, el resto de la población.
- b) Entre las mujeres con discapacidad y las mujeres.

c) Entre las mujeres con discapacidad y los hombres con discapacidad.

La elección de comparar el colectivo que estudiamos con la población general, es para tratar de indagar sobre la igualdad de oportunidades de esta población.

El comparar la población fruto de esta investigación con las mujeres es para constatar si la variable discapacidad modifica la situación significativamente de las mujeres con discapacidad.

La comparación de las mujeres con discapacidad con los hombres de esta misma característica es para aislar la variable género y ver si esta actúa significativamente.

Para poder encontrar unas dimensiones donde situar los indicadores hemos explicitado los ámbitos de la vida de las mujeres con discapacidad y estos han sido los que nos han servido como dimensiones.

Hemos dimensionalizado cada ámbito de la vida de estas mujeres, con la intención de lograr una cuantificación que nos permita trabajar para conseguir la igualdad de oportunidades

Se ha recogido el material de las dimensiones, haciendo participar diversos discursos escritos por mujeres con discapacidad y mujeres que han trabajado sobre este tema.

Cada dimensión supone una amalgama de situaciones que solo con la participación de personas afectadas de exclusión podemos distinguir cuales son las más destacadas para tratar de buscar unos indicadores que sus registros supongan un camino de intervención de las líneas políticas y económicas en la sociedad que lleven a la población estudiada a no sufrir discriminación y a la participación social y por ende a la construcción de lo convencional.

Estos indicadores deberán tener las siguientes características:

Partiremos de un enfoque psicosocial.

El indicador ha de permitir sopesar la situación en un momento dado y provocar acción. Y evidenciar si estas producen efectos positivos.

Ha de posibilitar la evaluación de los planes de acción y proyectos políticos.

Ha de permitir la recogida de datos para valorar como esta la situación ahora y a lo largo del tiempo en aquellos ejes transversales del estudio. Aunque en el estudio no se recogerán datos, si que debe, posibilitar que con posterioridad se pueda y que el análisis de ellos no se reduzca al mero recuento de frecuencias debiendo hacer referencia a la vertiente más subjetiva

del comportamiento humano, como son valores, costumbres y actitudes, mitos, etc...

Ha de partir del modelo teórico del construccionismo que permita establecer un entramado de relaciones entre las variables que lo configuran, solamente con este procedimiento se pueden establecer relaciones causales entre las variables y las acciones que se desencadenan.

Se estudiará la población estándar, la de mujeres normales y la de discapacitados, para tratar de establecer posibles vertientes de causa y efecto. Los indicadores deberán ser: relevantes, perdurables, de fácil comprensión, viables y fiables. Es recomendable utilizar un reducido número de indicadores, su manejo ha de resultar fácil y las interrelaciones entre variables deben ser comprensibles.

Las estrategias a seguir para la puesta en marcha del sistema de Indicadores serán:

La elaboración de las dimensiones y sus indicadores. Tanto la confección de las dimensiones como la elaboración de los indicadores han participado como elementos fundamentales los socios del proyecto, que son asociaciones de la población afectada e Instituciones que trabajan en el tema y la Universidad Autónoma de Barcelona. Que en diferentes encuentros se han constituido en red y han llegado a los acuerdos para generar este trabajo.

La confección del Sistema de Indicadores que se está comentando se llevará a cabo en dos fases claramente diferenciadas:

- Configuración del Sistema. (objeto de este trabajo)
- Puesta en marcha del mismo.

Una vez experimentado el Sistema de Indicadores propuesto, se elaborará el proyecto definitivo, con la inclusión de las modificaciones necesarias, a la vista de los resultados del estudio piloto.

La puesta en marcha del proyecto, su implementación, constituye la segunda gran fase de su desarrollo que no se realizará en este estudio.

Hipótesis

Podemos empezar a hablar de dimensiones para producir un cambio social, es decir trabajamos para un futuro mejor, porque intuimos que la mujer con discapacidad no tiene las mismas oportunidades sociales y en consecuencia, nos planteamos las siguientes hipótesis:

Existen diferencias significativas entre:

- a) Hombres y mujeres con discapacidad.

- b) Mujeres y mujeres con discapacidad.
- c) Hombres con discapacidad y mujeres con discapacidad.

El primer objeto a estudiar, es pues, estudiar el poder discriminante o diferenciador entre la mujer con discapacidad y los otros grupos de población control.

El segundo objeto, es pues, estudiar la discriminación entre géneros y estándares o no estándares sobre:

- La productividad económica.
- Autonomía dependiente, interdependiente.
- Calidad de vida.
- Trabajo en el cuidado de los demás y doméstico.
- Igualdad de probabilidades sociales.

El número de indicadores que se utilizaran por cada dimensión serán los necesarios para plasmar la situación, tendiendo a conseguir un número manejable de datos relevantes.

En cada indicador se medirá el espacio, el tiempo, las posibilidades de comunicación y gestión económica. Utilizamos estos cuatro registros porque consideramos que son los más adecuados por la temática que estamos tratando y por la viabilidad en la comparación.

- Espacio: Esta dimensión es transversal a todos los indicadores, dado que las mujeres con discapacidad para ocupar todos los espacios han de salvar las barreras arquitectónicas, y de comunicación.
- tiempo. Es otra dimensión transversal para tener la referencia a que dedican la vida, dada la situación de demanda social respecto los horarios y que posiblemente algunas mujeres con discapacidad no tengan las ayudas técnicas y humanas necesarias, intuimos que nos reflejará una situación relevante en la comparación entre géneros y discapacidad.
- Posibilidades de comunicación. La exclusión no permite la comunicación, en consecuencia será una medida necesaria para valorar el grado de esta de forma transversal.
- Gestión económica: La posibilidad de gestionar dinero posibilita paliar las situaciones desfavorables y también da una situación de poder en la sociedad.

Para la comparación de poblaciones, con el fin de aprovechar otros estudios existentes sobre género y discapacidad se deberán contabilizar los espacios, tiempos y relaciones y gestión económica a lo largo de una semana, teniendo en cuenta:

- Necesidades personales: educación, sexualidad, arreglo personal, etc..
- Trabajo remunerado y doméstico: ámbito público, ámbito privado, trabajo reproductivo, productivo.

- Ocio: Tiempo libre y tiempo para las aficiones.

Y todo esto lo realizamos con el propósito de generar unas respuestas, en que la perspectiva es que se produzca:

- Una transferencia a políticas europeas.

- La posibilidad de transferencias a políticas generales de discapacidad y género en España

- Su potencia demostrativa para generar políticas activas específicas dirigidas a mujeres con discapacidad.

- Su impacto en los agentes sociales actualmente implicados en los servicios sociales y en el área de género tanto a nivel público como en el de los movimientos sociales.

- Para desarrollar al máximo este trabajo y saber qué sienten las mujeres con discapacidad deberíamos de utilizar tanto indicadores objetivos como subjetivos.

Los objetivos son necesarios para cuantificar las posibles intervenciones. Y para valorar socialmente la ausencia en espacios, tiempos y relaciones de la mujer con discapacidad. Y los indicadores subjetivos se precisan para saber los problemas que tienen las mujeres en proceso de exclusión social, saber como sienten y viven, y también son necesarios para las personas normales si queremos intervenir para que nos aceptemos unos y otras debemos contar con lo que piensa la población general sobre la mujer con discapacidad.

Cabe destacar que

La ausencia de respuestas en un indicador será, valga la redundancia, un indicador de significación relevante, dado que la población que estamos estudiando se supone que está excluida socialmente la ausencia nos reafirmará el enunciado de este trabajo y significará el mayor grado de exclusión.

En la configuración del sistema (objeto de este trabajo) se discutirá y acabará el proyecto definitivo. Una vez que ya hemos fijado las líneas maestras a seguir, el marco general, debemos pasar a la confección definitiva del Sistema de Indicadores. Ello implica la elaboración de los indicadores por parte de la Comisión Técnica para luego en los encuentros con los socios del proyecto validarlos y elegir los más relevantes, de ahí saldrá la selección de los indicadores a incluir en el sistema.

Con el fin de contrastar el valor de los indicadores propuestos, al mismo tiempo que el de la globalidad del Sistema, deberá llevarse a cabo un *estudio piloto*, cuyos resultados no deberían hacerse públicos por provenir de una fase experimental.

En torno a los diferentes encuentros se informó que no se podía realizar el encuentro de Bélgica porque la gestión económica por parte de las

Instituciones Universidad Autónoma de Barcelona y el IMSERSO no lo permitían por los plazos que estos exigían, así que se debía postergar para el próximo año y, en consecuencia, se debía de contemplar en el próximo convenio. La única posibilidad de emplear la partida económica para continuar consensuado los indicadores era viajar antes del 25 de Noviembre y esto no era posible realizarlo en un encuentro transnacional, se propuso realizar uno nacional si se creía pertinente. Encarna Talavera, al respecto ofreció ir la semana próxima a Almuñecar y así además se podía coincidir con un curso que ellas tienen organizado para las mujeres de su comunidad y a la vez podría asistir M^a Ángeles Cózar, se agradeció la propuesta.

También se hicieron propuestas para ir a Madrid, pero todo ello se vio muy precipitado, de todos modos se dijo que si se veía alguna posibilidad y esto ayudará al proyecto, nos llamaríamos el lunes o martes para concretar un día de la semana próxima para el encuentro.

También se anuncio la tarde de trabajo en Barcelona el día 16 de enero y la fecha del acto final en Barcelona el día 28 de febrero y 1 de Marzo del 2002. (si la firma del Convenio 2002 lo permitiese) Así como se notificó que en el “full informatiu” del Instituto Municipal de Personas con Disminución del Ayuntamiento de Barcelona sale la información de este proyecto y las páginas WEB del observatorio de discapacitados www.sid.usal.es/observatorio.asp (con foro específico de carácter estable) y el de la Universidad Autónoma de Barcelona <http://seneca.uab.es/htorress/socios.htm>

No hubo tiempo de tratar, el módulo de formación.

Virginia Cristóbal del IMSERSO recordó que le mandaran los cuestionarios de evaluación, que algunos todavía no lo habían mandado y repartió los de este encuentro.

El acto con las personalidades de la Comunidad Valenciana, fue un placer por el discurso que se utilizó, denota que Juana Andrés lleva tiempo trabajando en el tema y transmitiendo el discurso a las autoridades. Estuvimos muy bien acogidos por la nueva y bonita residencia de discapacitados físicos “Pepe Alba”, durante todo el encuentro nos sentimos todos con las ayudas técnicas y humanas que necesitamos, agradecemos a Juana Andrés su disposición.

El nuevo documento se acordó que se elaborara pronto y ha de estar terminado y en consecuencia consensuado antes de final de año para poderlo traducir e imprimir antes de final de febrero.

4.6 Dimensiones teóricas

A partir de un enfoque que adopta la perspectiva de género, el enfoque de las afectadas y el modelo social de la discapacidad, y validándose durante las diversas jornadas de debate entre las socias del proyecto y los miembros de la comisión técnica, se delimitaron las siguientes dimensiones teóricas:

- Ámbitos laboral y formativo, para medir los factores sociales que son causa y parte de la discapacidad

- Ámbito doméstico, para medir el grado de autonomía de las mujeres con discapacidad en el espacio privado y sus posibilidad de definir proyectos de vida propios
- Participación y acceso a la toma de decisiones en el espacio público, para medir la presencia y la ausencia de las mujeres con discapacidades en el ámbito público
- Representación mediática, imágenes y prejuicios asociados a las mujeres no estándares, para medir los prejuicios que actúan como obstáculos para la autorrealización de las mujeres con discapacidad
- Cuerpo y sexualidad, para medir los obstáculos impuestos a las mujeres con discapacidad para el pleno desarrollo de su sexualidad.
- Violencia, para medir el grado más alto de discriminación que suponen los malos tratos.

Estas seis dimensiones relevantes para el estudio de la situación de exclusión social de las mujeres con discapacidades no han de considerarse como la simple suma entre las dimensiones de género y de discapacidad, sino como la articulación entre las dimensiones mencionadas y su sintetización en un modelo teórico, el de la discapacidad desde una perspectiva de género.

5 Dimensión: Ámbitos laboral y formativo

Esencialmente lo que motiva a cualquier persona hacia el trabajo es una necesidad de socialización, socialización que se alcanza por la doble vía del desempeño y el logro del propio trabajo de una parte, y por la autonomía que garantiza la disponibilidad de rentas que permite el trabajo. Pero si la motivación al trabajo es la misma en todas las personas, las oportunidades de acceso al mismo, evidentemente, no lo son.

En el caso de personas con alguna discapacidad, el acceso al trabajo está restringido por un conjunto de barreras que son características de su condición y que se han de añadir al conjunto de barreras que cualquier persona debe superar para acceder al trabajo. Este conjunto de barreras específicas pueden agruparse en torno a:

- Barreras de actitud de las propias personas discapacitadas que prefieren, en muchos casos, limitarse a “ejercer de disminuidos” y cobrar en el mejor de los casos una pensión mísera pero “segura”. Condicionados por una autoestima muy deficiente y por importantes carencias de formación.
- Barreras de aceptación SOCIAL, debido a una gran falta de información, puesto que se ignoran o no se analizan los puestos de trabajo que pueden desempeñar las personas con discapacidad y, de otra parte, la imagen que del conjunto de personas discapacitadas se percibe todavía hoy, en el sentido de que, aún se mantiene la idea de que cualquier persona disminuida es menos productiva, absentista o ineficiente.
- Y por último, aunque no menos importante, el conjunto de barreras arquitectónicas y del transporte.

Sabemos que la contratación de personas con discapacidad se reparte de forma muy desigual entre las distintas modalidades de contratos específicos para disminuidos y los Centros Especiales de Empleo. Más de la mitad de los disminuidos que trabajan, lo hacen en CEE, con lo que se puede concluir que la mayor parte de trabajadores y trabajadoras disminuidos, lo hace en trabajos que requieren escasa cualificación y garantizan una casi nula promoción interna.

La Sra. Àngels Garcia, técnica del Institut Municipal de Persones amb Disminució de Barcelona, dice en su ponencia en la tertulia del Distrito de Sarrià en Barcelona:

En el año 1985, cuando comenzó el EAL (Equipo de Asesoramiento Laboral) existía una conciencia clara de que los hombres habían de prepararse laboralmente, en cambio, tal conciencia no era tan clara en cuanto a las mujeres. En general, el trabajo de las mujeres se concebía como una cosa temporal y secundaria, mientras estas no se casaran.

En el entorno privado, en el año 1985, no estaba nada claro que una persona con disminución, aunque fuera un hombre, pudiera integrarse laboralmente, y tratándose de una mujer, era prácticamente inconcebible.

En relación a la propia persona, las familias ejercían una sobreprotección que dificultaba que la persona se viera capaz de integrarse laboralmente, participar en la economía y emanciparse.

A más a más en el caso de la mujer, el entorno general era más exigente en cuando al estándar físico, lo que comportaban en muchos casos, a nivel

personal, una frustración mucho más grande de las expectativas, ya que no se sienten al nivel que creen que se les reclama por parte de la sociedad.

A lo largo de estos 15 años de actuación del EAL alguna cosa ha cambiado o al menos se ha suavizado, pero sin duda la mujer no estándar ha de llevar a término una lucha mucho más grande que los hombres, incluso en momentos previos a su posible incorporación laboral, ha de luchar más, por ejemplo, en un aspecto tan básico como es la formación, porque muchas veces no encuentra en su entorno más próximo el soporte necesario.

Uno de los aspectos más controvertidos relacionados con las condiciones de vida de las mujeres ha sido su relación con la actividad laboral o productiva. Razones históricas han establecido una división entre el mundo privado (reproductivo) y el mundo público (productivo) El acceso femenino al mercado laboral es más difícil que el masculino, debido a razones de formación (baja calificación) y a los prejuicios sociales. En el caso de las mujeres con discapacidades, la doble discriminación que viven dificulta aún más su acceso al mercado de trabajo y a la educación.

Los factores sociales se definen según la Organización Mundial de la Salud como una de las circunstancias que son parte de la discapacidad. Las carencias socio-culturales pueden ser causa de la discapacidad, y, sumadas a ella, agravar el desarrollo de la persona dentro del entorno social así como su situación de exclusión. El peso de los factores sociales sobre la minusvalía es tal que, según datos del IMSERSO, <<solamente en un 25 % el grado de minusvalía depende exclusivamente de la discapacidad>> (Observatorio de la Discapacidad, 2000) Del total de las mujeres con discapacidades, el 82 % son minusválidas con factores sociales, frente al 66 % de los hombres.

Del total de aspectos enumerados por el Observatorio de la Discapacidad para evaluar los factores sociales, se recogen sólo el nivel de educación y la situación laboral como posibles obstáculos para que las mujeres con discapacidades desarrollen y trasciendan los roles que les son asignados, que son, los de permanecer en el ámbito doméstico y atender a las necesidades existenciales de los otros miembros de la familia.

Hay grandes disparidades entre el nivel de estudios de las personas con discapacidades según el sexo. En los Estados Unidos, dos tercios del total de alumnos que asisten a programas de educación especial son hombres (Ferri & Gregg, 1998, p. 430) En España, y según datos del IMSERSO, el porcentaje de mujeres con discapacidades cuyo nivel cultural representa un factor social de su minusvalía es del 63,6 %, frente a un 36,4 % en los hombres (Observatorio de la discapacidad, 2000) Está demostrado que hay más mujeres con discapacidades desempleadas o con empleos mal pagados (Lloyd, 1992, p. 209) "Las personas con minusvalías sufren un tasa de desempleo dos o tres veces superior a la media y la duración de su desempleo es más larga que la del resto de la población" (IMSERSO: Igualdad de oportunidades de personas con minusvalías. Madrid:1999) Las dificultades impuestas para el acceso a la educación añaden más barreras al acceso a trabajos remunerados que agravan la situación de exclusión de las mujeres con discapacidades.

Teniendo en cuenta que este estudio es sobre mujeres con discapacidades mayores de 30 años, se ha creído conveniente recoger datos sociodemográficos, como el nivel de educación alcanzado, y psicosociales, como el grado de satisfacción con esos estudios y la percepción de obstáculos para acceder a un nivel de estudios superior. Se propone recoger datos de tipo

sociológico, como el nivel cultural, y de tipo psicosocial, así como la identificación de impedimentos para alcanzar los estudios deseados.

Se ha creído conveniente complementar los datos sociológicos con otros psicosociales ya que no se descarta que dentro de los impedimentos para la obtención de un trabajo remunerado se encuentran tanto factores sociales - bajo nivel cultural, situación familiar desfavorable, edad, ... - como prejuicios y actitudes discriminatorias por parte de las personas estándares -que se contemplan en la dimensión "Imágenes, prejuicios y actitudes hacia las mujeres con discapacidades".

5.1 Indicadores laborales de mujer con discapacidad

Aspectos contextuales:

- Tasa de actividad
- Tasa de paro
- Tasa de paro de corta y larga duración (dos años mínimo)
- Porcentaje de población inactiva percibiendo pensión contributiva
- Porcentaje de población inactiva percibiendo pensión no contributiva
- Porcentaje de población inactiva percibiendo subsidio de paro
- Experiencia laboral en trabajo remunerado de la población en paro.
- Situación contractual que tuvo en el último empleo la población en paro
- Itinerarios de inserción laboral (red formal e informal)
- Tasa de empleo
- Población activa ocupada por sectores económicos
- Población activa ocupada por lugar de trabajo (autoempleo, centro ordinario, centro especial de trabajo)
- Duración de la jornada laboral
- Población activa con un trabajo a tiempo completo
- Población activa con un trabajo a tiempo parcial
- Categoría profesional
- Salario por categoría profesional
- % de puestos de trabajo generados ocupados por mujeres con discapacidades sobre los puestos de trabajo totales generados.

Aspectos perceptivos:

- Grado de satisfacción con la situación laboral
- Obstáculos percibidos para la obtención de un trabajo remunerado

5.2 Indicadores educacionales de mujer con discapacidad

Aspectos contextuales:

- Tasa de alfabetización
- Población con estudios primarios
- Población con estudios secundarios
- Población con estudios universitarios
- % de población que no terminó los estudios empezados

Aspectos perceptivos:

- Grado de satisfacción con la educación obtenida
- Obstáculos percibidos para tener la educación deseada

5.3 Procedimientos de recogida de datos

- La mayoría de los indicadores son indicadores que aparecen en la Encuesta de Población activa. Una forma de obtener los datos que estos indicadores

ofrecen sería contactar con el Instituto Nacional de Estadística y pedir que distinga los datos por género y discapacidad.

- En términos de resultados obtenidos, tal distinción va a permitir comparar entre colectivos de población estándar a los cuales va dirigida inicialmente la Encuesta de Población Activa. Tal comparación debe ser un pretexto suficiente para iniciar políticas sociales de inserción laboral y formación específicas a la problemática de mujer y discapacidad.

6 Dimensión: Ámbito doméstico

En el ámbito doméstico, según Carme Riu, se atiende la diferencia, escondida y olvidada, con rechazo por la construcción que existe en ella socialmente, así mujeres “discapacitadas” entre comillas están aisladas o prisioneras en sus casas, sin formación, explotadas en trabajos rutinarios, esclavas sin sueldo, cargando con la culpa de todos los problemas familiares y cuidando de todos los viejos de la familia hasta que mueren y sin recursos económicos, ni sociales, sin reproducción maternal, pero sosteniendo a la familia, diríamos que carga lo más negativo del reproducir cada día lo mismo necesario para la subsistencia de las mujeres y hombres que su poca relación le permiten

De nuevo aparecen aquí los dualismos entre lo público y lo privado, entre la producción y la reproducción, entre trabajo intelectual y manual. Por la economía que supone el no pagar el trabajo privado, reproductivo y manual, a cargo siempre de una mujer y si esta es no estándar, a cargo sin reconocimiento social cuida de sus abuelos/as y padres y madres hasta el final, diciéndole la sociedad qué suerte tiene de que la cuiden a ella y al final queda sola con una pensión no contributiva de 40.000.- ptas. actualmente cuidándose de sí misma sin nadie conocido.

En esta dimensión se propone medir, por un lado, el grado de autonomía de las mujeres con discapacidades en la gestión del espacio doméstico, y por otro, su grado de autorrealización, entendida como la posibilidad de definir proyectos de vida propios.

Se entiende por autonomía la habilidad de controlar y tomar decisiones sobre la vida de una misma (Magnus Reinal, 1999, p.353) Se recoge la autonomía como un elemento fundamental a medir en un intento de romper con la imagen de vulnerabilidad con que se asocia a las mujeres con discapacidades, teniendo en cuenta que la mayor o menor interdependencia en la realización de actividades no implica de por sí un mayor o menor grado de autonomía. En otras palabras, no se reconoce como un alto grado de autonomía el que la persona pueda desplazarse sin ayuda externa, sino el que pueda hacerlo en el momento en que le parezca conveniente.

En este sentido, se medirá la percepción de las mujeres con discapacidades sobre la posibilidad que tienen de gestionar de manera más o menos autónoma aspectos fundamentales de la vida cotidiana como el espacio, el tiempo, el dinero y la comunicación dentro del ámbito doméstico. También se incluyen indicadores como el uso del tiempo, la gestión del dinero y la distribución del espacio dentro del hogar.

Por otro lado, se propone explorar las posibilidades y obstáculos de las mujeres con discapacidades para definir proyectos propios de pareja y / o familia, teniendo en cuenta que los mitos que refuerzan las relaciones entre hombres y mujeres estándares contribuyen a la deslegitimización de las relaciones que las mujeres con discapacidades puedan tejer en sus propias trayectorias vitales.

Algunos de estos mitos son el considerar a las mujeres con discapacidades como carentes de instinto sexual, no deseables, o bien no aptas socialmente para comportarse sexualmente de una manera responsable (Anderson & Kitchin, 2000: pp. 1164) Un ejemplo de estas prácticas de exclusión lo encontramos en el control exhaustivo de la reproducción de las mujeres discapacitadas. Entre otras prácticas se incluyen las esterilizaciones

obligatorias, la desinformación acerca de anticonceptivos, o la incapacitación legal para adoptar un niño / a.

En este sentido, se han considerado como posibles indicadores las configuraciones familiares de las mujeres con discapacidades y las actitudes de las personas estándares hacia las necesidades de las mujeres con discapacidades de definir proyectos propios de familia.

6.1 Indicadores del ámbito doméstico

- ❑ Autonomía en la gestión del dinero
- ❑ Autonomía en la gestión del espacio
- ❑ Autonomía en el uso del tiempo
- ❑ Comunicación dentro del espacio doméstico
- ❑ Obstáculos en el uso y disposición del espacio dentro del hogar
- ❑ Obstáculos en la gestión del dinero
- ❑ Atribución de responsabilidades en el cuidado de la familia
- ❑ Valoración y satisfacción con la realización de las tareas domésticas
- ❑ Configuraciones familiares de las mujeres con discapacidades.
- ❑ Actitudes de las personas estándares hacia las necesidades / posibilidades de las mujeres con discapacidades de definir proyectos propios de familia
- ❑ Grado de satisfacción de las mujeres con discapacidades sobre sus configuraciones familiares
- ❑ Obstáculos percibidos para la realización de la configuración familiar deseada.

6.1.1 Autonomía en la gestión del dinero.

La posibilidad de gestionar dinero es fundamental para crear unas condiciones de control sobre cómo y cuándo hacer las cosas, independientemente de que se realicen con o sin ayuda externa. Para medir este indicador se realizan una serie de preguntas orientadas a la medición del grado de libertad para manejar el dinero, así como de la percepción de la mujer de la independencia en la gestión del dinero.

6.1.2 Autonomía en la gestión del espacio

El espacio es un componente básico en la comprensión de la forma de vida, las oportunidades y condicionamientos de las personas con discapacidades. (Rob Imrie, 2000, p. 5) La distribución y apropiación del espacio pueden ser un elemento discapacitador que llevaría a las personas con discapacidades, especialmente a las mujeres, a recluirse en sus hogares para no enfrentarse a los obstáculos de movilidad impuestos por un entorno discapacitador.

A pesar de que existe gran cantidad de estudios sobre la accesibilidad en el espacio público, nos planteamos cual es el grado de implementación real de tales estudios con la finalidad de aumentar la autonomía la las MCD en su entorno doméstico. Las administraciones públicas, mediante programas de acción positiva en la capacitación del entorno doméstico, tendrían un papel muy relevante en construir un marco de igualdad de oportunidades entre las personas. En este sentido, se propone un indicador contextual que recoja el número de programas de accesibilidad y su número de usuarios. Así mismo, se propone un indicador contextual que recoja la cantidad de ayudas técnicas

recibidas de la administración por las mujeres con discapacidades para facilitar su autonomía dentro del espacio doméstico.

Otro aspecto, complementario al anterior, sería ver si cuáles son los obstáculos que la MCD percibe dentro de su entorno doméstico inmediato ya que existen múltiples entornos discapacitadores y que no son los que las administraciones pueden considerar como tales. Por esta razón, proponemos que sean las propias afectadas que hablen de su propio entorno discapacitador mediante la identificación de aquellos aspectos discapacitantes.

En síntesis, este indicador mediría el grado de autonomía contextual y percibido de las mujeres con discapacidades en la distribución y apropiación del espacio dentro del hogar, teniendo en cuenta que la vida de las personas con discapacidades está altamente condicionada por el lugar donde viven.

6.1.3 Autonomía en el uso del tiempo

Recogemos el concepto de tiempo autónomo propuesto por Jesusa Izquierdo y otros (1988) y recogido por Álvaro Page (1996): el tiempo autónomo es <<aquel que se estructura y organiza por la misma persona que lo usa, y tiempo heterónomo aquel otro tipo de tiempo que es estructurado y organizado por otros. Es más, cuando se estudia el grado de autonomía o heteronomía del tiempo, cabe también estudiar no sólo el uso, sino también el sentido que se le da. El tiempo es autónomo cuando la persona que lo usa es la misma que decide cómo usarlo y con qué intensidad>> (p.95)

En este sentido, se proponen indicadores a partir de datos contextuales, como la distribución del tiempo durante el transcurso del día, e indicadores a partir de datos evaluaciones personales, como el grado de decisión de la mujer con discapacidad en la distribución del tiempo, y el grado de satisfacción con esa distribución. Al medir el empleo del tiempo, se asume la diferencia en calidad de vida que supone la dedicación al trabajo doméstico, en contraposición al empleo del tiempo en necesidades personales, educación o tiempo de ocio.

Este indicador podría ser comparable con uno de distribución del tiempo por parte de mujeres estándares, lo que permitiría identificar si la distinta distribución del tiempo entre uno y otro grupo representa diferencias en términos de exclusión social.

6.1.4 Comunicación dentro del espacio doméstico.

Este indicador propone medir, a partir de la percepción por parte de las mujeres con discapacidades, el nivel de comunicación con las personas que las rodean. Se pregunta por el grado de satisfacción de las mujeres con respecto a sus posibilidades de expresarse y ser escuchadas.

6.1.5 Obstáculos en el uso y disposición del espacio

Debido a la gran cantidad de investigaciones sobre los contextos geográficos discapacitadores, como las barreras arquitectónicas, se ha considerado importante resaltar la información sobre valoraciones personales.

Para este indicador se proponen preguntas sobre la percepción de la magnitud de los obstáculos para la realización de tareas dentro del hogar, así como el grado de satisfacción con la apropiación y distribución del espacio.

6.1.6 Obstáculos en la gestión del dinero

Este indicador propone medir las dificultades a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad con respecto a la utilización del dinero a partir de percepciones y de la identificación de obstáculos en grupos de discusión.

6.1.7 Atribución de responsabilidades en el cuidado de la familia

Una de las actividades de reproducción que se asignan a las mujeres en general es el cuidado de lo/as niño/as, anciano/as y enfermo/as. Estas actividades determinan en parte el grado de autonomía de la mujer con relación al uso del tiempo. En este sentido, se medirá el grado de autonomía en función de la percepción de la mujer sobre su capacidad de optar por la realización de las tareas de cuidado.

6.1.8 Valoración y satisfacción con la realización de las tareas domésticas

Estudios realizados sobre los usos del tiempo como elementos que dan cuenta de la discriminación entre géneros, demuestran que las mujeres tienen más responsabilidad dentro del ámbito doméstico y asumen mayor cantidad de tareas domésticas (Álvaro Page, 1996) En el caso de las mujeres con discapacidades, ellas mismas han escrito sobre la carga que cae sobre ellas dentro del hogar, imposición que lleva a muchas de ellas a recluirse en el espacio doméstico y estrechar el cerco de relaciones fuera de la familia, a la vez que genera una frustración por los roles que han de cumplir como esposas, madres y cuidadoras: <<Se espera de las mujeres que sean sexualmente activas, compañeras cuidadoras y atentas y buenas madres... La discapacidad física es un reto a este rol y estas expectativas>> (Lonsdale, 1990, cit. por Lloyd, 1992, p. 213)

En un intento de medir la percepción de estos roles impuestos y su posibilidad de trascenderlos, este indicador propone medir el grado de satisfacción de las mujeres con discapacidades con relación a la forma en que realizan las tareas doméstica y al tipo de tareas que le son asignadas, así como la valoración que de ellas hacen el resto de la familia.

6.1.9 Configuraciones familiares de las mujeres con discapacidades.

Este indicador propone, a partir de datos sociodemográficos, trazar un mapa de las configuraciones familiares de las mujeres con discapacidades. Se plantea medir, entre otras cosas, el estado civil y el número de hijo/as naturales y/o adoptado/as. Estos indicadores pueden luego ser contrastados con otros similares sobre mujeres estándares.

- Número y % de mujeres con discapacidades (sobre el total de la población con discapacidades) que viven solas
- Número y % de mujeres con discapacidades (sobre el total de la población con discapacidades) que viven con su familia ascendente
- Número y % de mujeres con discapacidades (sobre el total de la población con discapacidades) casadas / con pareja
- Número y % de mujeres con discapacidades separadas / divorciadas
- Proporción de separaciones / divorcios sobre el total posteriores a la discapacidad

- Número y % de mujeres con discapacidades (sobre el total de la población con discapacidades) con hijo / as
- Núm. y % de mujeres con discapacidades con hijo / as en adopción
- Número de hogares monomarentales
- Porcentaje de madres con custodia de hijo/as en caso de separación / divorcio

6.1.10 Actitudes de las personas estándares hacia las necesidades / posibilidades de las mujeres con discapacidades de definir proyectos propios de familia

Este indicador propone medir las actitudes de las personas estándares ante la creación de familias por parte de las mujeres con discapacidades. Ejemplos de preguntas:

6.1.11 Grado de satisfacción de las mujeres con discapacidades sobre sus configuraciones familiares

Se pregunta sobre las dificultades que tienen las mujeres no estándar, en general, para tener el modelo de familia que desearían. Se añade una segunda escala, en la que se realizan preguntas más relacionadas con la satisfacción sobre su situación actual.

Vive con la familia de nacimiento.

A formado su familia.

Vive sola.

Vive en una institución.

6.1.12 Obstáculos percibidos para la realización de la configuración familiar deseada.

Este indicador explora, a partir de un grupo de discusión con mujeres no estándar, los obstáculos sociales, económicos y / o legales que las mujeres no estándar se encuentran en el desarrollo de su forma de expresar su afectividad y configurar los modelos de relación que desean.

6.2 Procedimientos de recogida de datos

- Visita a una muestra representativa de hogares donde residan una o más mujeres con discapacidades.
 1. Realización de cuestionarios a todos los hogares (o a una muestra representativa) donde residan una o más mujeres con discapacidades.
 2. Entrevista a cargo de mediadores sociales a una muestra representativa de mujeres con discapacidades.
 3. Organización de una muestra estratégica de grupos de discusión con mujeres no estándar.

Los datos que se obtengan de esta dimensión nos darán una visión más amplia de la vida doméstica de las mujeres con discapacidades así de como sus configuraciones familiares.

A partir de estos datos se pueden proponer políticas de acción que incidan en un incremento del grado de autonomía en la realización de las tareas domésticas que las mujeres no estándar realizan y que les permitan incrementar su tiempo en el espacio público. Además, estos datos nos pueden

dar una idea de los obstáculos que existen para que las mujeres no estándares construyan su propia familia. Las políticas familiares en mujer y discapacidad deberían incrementar el grado de autorrealización de la mujer con discapacidad creando los instrumentos necesarios para que las propias mujeres no estándar puedan construir la familia que desean.

7 Dimensión: Participación y acceso a la toma de decisión en el espacio público

Esta dimensión pone el énfasis en la participación política de las mujeres con discapacidad, así como en sus posibilidades y dificultades para trascender los roles tradicionales asignados a la mujer. La <<Guía sobre violencia y mujer con discapacidad>> (1998), elaborada en el marco del Proyecto METIS sobre Violencia y Mujer con Discapacidad, plantea los obstáculos con que se encuentran las mujeres con discapacidad para relacionarse fuera del ámbito doméstico al no cumplir con las normas estéticas que impone el mito del cuerpo perfecto. <<Su existencia gana en invisibilidad al no desempeñar ni encajar en los moldes tradicionales: dejan de participar en actividades de acuerdo a la edad y el sexo, no se las considera en el papel de novias, madres o esposas, y se les niegan puestos de trabajo en los que existe un componente alto de exhibición de la imagen>> (*Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*, 1998: p.9) Esta proyección personal condiciona las relaciones sociales de las mujeres con discapacidad, contribuyendo a una autopercepción negativa. Si a esto se suman las desigualdades de género - <<la posición social del hombre es casi cuatro veces mejor que la de la mujer>> (A. Page, 1996: p. 228) -, las dificultades de acceso a la toma de decisiones en el ámbito público de las mujeres con discapacidad se agravan considerablemente.

Esta dimensión propone indicadores que midan la participación de las mujeres con discapacidad en el terreno político y su ausencia / presencia en la toma de decisiones políticas, en un intento de sacar a la luz los orígenes y consecuencias de actitudes y situaciones de violencia a las que están sometidas las mujeres con discapacidad. Por ello, uno de los datos que se proponen recoger es la percepción de las mujeres con discapacidades de la imagen que de ellas tiene la sociedad, la manera en que se perciben a sí mismas y el grado de participación en las formas en que se simboliza su situación.

Por otro lado, también se propone medir aspectos relacionales como el grado de participación en espacios de representación política, como sindicatos, partidos políticos y organizaciones no gubernamentales.

Según Pilar Rebollar hay que permitir que el minusválido entre a través de la televisión en nuestra casa, para que le perdamos el miedo al minusválido que llevamos dentro, ya que todos en algún momento de nuestra vida, hemos sido minusválido, y necesitado ayuda de algún familiar (cuando éramos bebés), de algún amigo o terapeuta, para superar situaciones que nos sobrepasaban a nivel emocional (de pareja), económica o generacional que en diferentes momentos de nuestra vida se nos presentaban.

7.1 Indicadores propuestos

Aspectos contextuales:

7.1.1 Grado de participación pública

- Proporción de MCD sobre el total en listas de sindicatos
- Proporción de MCD sobre el total en listas partidos políticos
- Proporción de MCD sobre el total en comités de empresas

- Proporción de MCD sobre el total en asociaciones de personas con discapacidad

7.1.2 Grado de presencia en posiciones de poder público

- Proporción de MCD que ocupan puestos de responsabilidad sobre el total de los cargos políticos (a qué se refiere con cargos políticos?)
- Porcentaje de MCD con cargos electos en sindicatos
- Porcentaje de MCD con cargos electos en partidos políticos
- Porcentaje de MCD con cargos electos en ONGs

7.1.3 Tiempo dedicado según tipo de actividades de ocio

7.1.4 Relaciones sociales fuera del ámbito doméstico

7.1.5 Participación de las MCD en las formas de representación de su situación

Aspectos de evaluación personal:

7.1.6 Auto-valoración

7.1.7 Actuación en sus distintos roles sociales

7.2 Procedimientos de recogida de datos

- Visita según una muestra aleatoria de hogares donde residan una o más mujeres con discapacidades.
- Realización de cuestionarios en todos los hogares donde residan una o más mujeres con discapacidades.
- Realización de cuestionarios dirigido a una muestra representativa de personas estándares.
- Realización de cuestionarios dirigidos a una muestra representativa de empresarios.

Los mediadores sociales (ONG, principalmente) deberían ser considerados como agentes privilegiados en la recogida de datos por su conocimiento experiencial y su contacto con MCD.

A partir de la obtención de estos datos se podran trazar los principales rasgos que relacionan el mundo de la política y de la mujer con discapacidad así como su grado de presencia/ausencia en lo público. Acciones políticas que consideren los datos obtenidos de esta dimensión deberían trabajar para: (1) incrementar la presencia de mujeres con discapacidades en lugares de participación pública con la finalidad de romper con la reclusión de las discapacidades femeninas en el ámbito doméstico y (2) incrementar la presencia de mujeres con discapacidades en posiciones de poder relevantes para que puedan ser ellas mismas que decidan y actuen sobre la igualdad de oportunidades entre población estándar y mujeres no estándar.

8 Dimensión: Imágenes, prejuicios y representación mediática de las mujeres con discapacidades

“No puede hacer nada, no sirve para nada: pobres”

“No tiene sexo. No ha de ser madre. Se debe esterilizar”

“Es humillante verla, nos tenemos que apartar de ella y no hacemos amigos / as”

“Nunca la trataremos con complicidad”

“No sabe nada, si nos dirigimos a ella lo haremos educándola o enseñándola”

“No puede hacer el trabajo propio de la mujer”

“No siente el dolor, la podemos normalizar”(Según Carmen Riu en *Dones de Barcelona* 1999)

Esta dimensión propone medir la percepción que tienen las personas estándares de las mujeres con discapacidades y ellas de sí mismas, recogiendo prejuicios como la vulnerabilidad, la infantilización y el nivel de eficiencia concedido al trabajo realizado por mujeres con discapacidades.

Según Goffman (1968, cit. por Vernon, 1999) las personas estigmatizadas, que enumeró como aquellas con alguna discapacidad física o mental, homosexuales y miembros de minorías raciales o religiosas, son vistas por el resto de la sociedad como <<no verdaderamente humanas>> por su desviación de lo que se considera <<normal>>. Por ello se las trata como inferiores basando su discriminación en imperfecciones imaginarias: <<las diferencias reales o imaginarias, morales, físicas o mentales atribuidas a ciertos grupos no son la causa de su subordinación, sino más bien el medio de justificación del grupo dominante>> (Vernon, 1999) De esta manera, el estigma es utilizado de la misma manera que el prejuicio, por lo que hablar de una mujer con discapacidad implica que experimenta prejuicios y discriminación.

Siguiendo a Morris (1991), el prejuicio puede materializarse en multiplicidad de formas sociales. La situación de exclusión social de las mujeres con discapacidades no se debe explicar solamente en términos de barreras arquitectónicas, sino que es necesario tener en cuenta que el hecho de entrar en la vida pública conlleva actitudes de pena y hostilidad. Prejuicios impuestos como la vulnerabilidad, la inmadurez emocional o la incapacidad de realizar tareas de forma satisfactoria son barreras psicosociales que ejercen una presión enorme sobre las mujeres con discapacidades cuando intentan auto realizarse como mujeres según Carmen Riu, en *Dones de Barcelona* 1999,

“La no consideración de ser mujeres con sexo por el hecho de ser disminuidas físicas

La prohibición (o casi) de ser adultas e independientes por el hecho de ser mujeres diferentes.

La marginación en la relación, el no acercarse por el hecho de ser mujeres disminuidas físicas

La incapacidad de entender que aunque no se tenga un físico según los modelos de esta sociedad, se puede “seducir”, etc....

Marita Iglesias, en su ponencia *Mujer y Discapacidad* (Córdoba, 17-18/02/2000), decía que <<parece que tenemos que demostrar constantemente

nuestra condición de mujer>>. Estos prejuicios condicionan la manera en que las mujeres con discapacidad se relacionan con las personas estándares, ya que <<el hecho de no responder a las características que definen un rol social incrementa el desconcierto de los otros a la hora de relacionarse. Este hecho hace que, o bien renuncien a mantener esa relación, o lo hagan siempre bajo el condicionamiento de “no saber qué hacer” ante lo que creen es una persona diferente>> (Iglesias, 2000) Esta reacción influye en la percepción que las mujeres con discapacidad tienen de sí mismas y de sus formas de relacionarse, acrecentando la discriminación y la exclusión del ámbito público. Margot Pujal en 2000 dice <<...este ejercicio del poder tiene mucho que ver con la forma subjetiva en que pensamos la realidad y sobretodo, con la forma subjetiva en que nos pensamos a nosotros/as mismos/as (por ejemplo el pensarnos como personas con unas capacidades o careciendo de ellas) puesto que es en base a esta forma de pensar que actuamos y nos comportamos en el mundo, y que posibilitamos o no el cambio de lo que tiene apariencia de realidad ‘objetiva’ o cosificada o incambiable (pero cuya objetividad no es más que un efecto retórico de su institucionalización).

*Con relación a esta forma de poder, sabemos hemos podido percibir que el trato diferenciado (la negación de posibilidades) hacia personas que son construidas como diferentes, la mayoría de las veces **no se interpreta como tal, como violencia**, sino que a través de la construcción de la diferencia como mecanismo ideológico, este trato desigual es percibido como si fuera razonable, ‘normal’, “es lo que cabe en esta situación dadas las características de las personas afectadas”, estamos acostumbrados/as a oír>>*

8.1 Indicadores propuestos

- Prejuicios de personas estándares hacia MCD
- Prejuicios de mujeres con discapacidades hacia su imagen corporal
- Prejuicios de empresarios hacia MCD
- Actitud de empresarios hacia MCD
- Prejuicios de los agentes productores de significado: académicos y directivos medios de comunicación.
- Prejuicios de los agentes que actúan sobre las MCD: trabajadores sociales, altos cargos de Justicia, médicos.

8.1.1 Prejuicios de las personas estándares hacia las mujeres con discapacidades

Este indicador propone una tabla en donde se relacione el tipo de deficiencia con una serie de preguntas que definan a las mujeres con discapacidades. Estas preguntas intentan medir, a partir de diferenciales semánticos, cómo las mujeres con discapacidades son percibidas por las personas estándares, poniendo especial énfasis en la percepción de prejuicios habituales, como son la vulnerabilidad y la inmadurez que se presupone de las mujeres con algún tipo de deficiencia.

La definición y clasificación de las deficiencias se ha hecho a partir de la clasificación hecha por la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (INE, IMSERSO, ONCE, 1999)

8.1.2 Prejuicios de las mujeres con discapacidades hacia su imagen corporal

La literatura feminista ha evidenciado la opresión a la que se enfrentan las mujeres a través de su cuerpo. El ser juzgadas por su apariencia tiene, para las mujeres no estándares, un alto impacto en su autoestima y oportunidades. El paradigma del atractivo físico excluye a las mujeres con discapacidades de la forma en que son simbolizadas. Muchas mujeres con discapacidades han explicado su lucha por definir su propia imagen, comparándola a la de las mujeres estándares dentro de la sociedad patriarcal (McCarthy, 1998) En este sentido se habla de "doble discriminación" (Deegan & Brooks, 1985)

El indicador propuesto mide el grado de satisfacción de las mujeres con discapacidades con respecto a la imagen que tanto ella como las demás personas tienen de su cuerpo, y cómo esta imagen influye en sus relaciones.

8.1.3 Percepción de empresarios hacia mujeres con discapacidades

Este indicador propone medir, a partir de una escala de afirmaciones, los prejuicios que puedan tener los empleadores sobre las mujeres con discapacidades. Se asumen que estos prejuicios, junto los factores sociales que constituyen el entorno, a veces causal, de la discapacidad, están también en la base de los obstáculos con que se encuentran las mujeres con discapacidades para encontrar un trabajo remunerado.

8.1.4 Actitud de empleadores hacia mujeres con discapacidades

Los prejuicios que puedan tener los empleadores sobre las mujeres con discapacidades determinan una serie de actitudes discriminatorias que mantienen el desempleo y la exclusión social de las mujeres con discapacidades. Por ello, se ha creído conveniente sugerir una escala que mida la actitud de los empresarios frente a las mujeres con discapacidades.

8.1.5 Prejuicios de los agentes productores de significado: académico/as y directivo/as medios de comunicación.

Este indicador propone recoger los prejuicios que los agentes productores de significado tienen hacia las mujeres con discapacidad. <<Los prototipos y normas estéticas definidas por la cultura dominante, mostradas a través de la publicidad e interiorizadas como socialmente deseables, provocan la necesidad de cambiar o alterar el cuerpo imperfecto>> (Iglesias, 2000). De esta manera, las mujeres con discapacidad acaban teniendo una percepción negativa de su discapacidad, valorándose no por sus aptitudes sino por aquello que las aleja de las normas estéticas. En este sentido, los prejuicios de personas como académico/as o directivo/as de los medios de comunicación son determinantes en las formas en que se crean ciertos mitos según Pilar Rebollar 2000 *poco a poco vamos evolucionando hacia un fascismo de la imagen, que nos mueve a anular y suprimir de nuestro alrededor, todo lo que no sea agradable a la vista, y descubrimos que en esta inducción consciente o inconsciente, las personas de corriente ideológica de derechas, refuerzan su fascismo o lo excusan, y las personas de ideología de izquierdas, sobreviven fascistas sin darse cuenta. Con ello tenemos una evolución hacia un futuro siglo XXI, tiránico con la imagen, y de mentalidad ultraderecha, con la que delante de un minusválido, se generan pensamientos, de que quizás lo mejor es aplicar la eutanasia, en vez de ayudarnos a crecer y desarrollarnos, aumentado el potencial humano de la sociedad: la fraternidad, la justicia, la*

solidaridad, y la madurez en el trabajo y en otros ambientes y formas de representación que influirán luego en las relaciones entre las personas con discapacidad y las personas estándares, así como en la auto percepción de las mujeres con discapacidad.

8.1.6 Prejuicios de los agentes que actúan sobre las MCD: trabajadores sociales, altos cargos de Justicia, médicos.

Los prototipos y estigmas de normalizar el cuerpo y juzgar con unas normas donde no se contempla la diferencia de género y discapacidad influye y atraviesa toda la vida de las MCD

8.2 Procedimientos de recogida de datos

- Visita según una muestra aleatoria de hogares donde residan una o más mujeres con discapacidades.
- Realización de cuestionarios en todos los hogares donde residan una o más mujeres con discapacidades.
- Realización de cuestionarios dirigido a una muestra representativa de personas estándares.
- Realización de cuestionarios dirigidos a una muestra representativa de empresarios.
- Realización de cuestionarios dirigidos a una muestra representativa de Jueces.
- Realización de cuestionarios dirigidos a una muestra representativa de Médicos.

Los mediadores sociales (ONG, principalmente) deberían ser considerados como agentes privilegiados en la recogida de datos por su conocimiento experiencial y su contacto con MCD.

A partir de estos datos podremos analizar cómo los prejuicios que recaen sobre las mujeres no estándar aumentan su situación de exclusión social. Acciones políticas deberían concretarse en combatir tales prejuicios mediante políticas de sensibilización social que hicieran hincapié en la igualdad de oportunidades entre población general y mujeres con discapacidades.

9 Dimensión: Cuerpo y sexualidad

A través de la utilización de mitos y representaciones culturales, la sociedad reproduce una serie de creencias que afectan y moldean un cierto tipo de prácticas. Las representaciones culturales que caracterizan a las personas con discapacidades como asexuadas y enfermas se sustentan en una serie de mitos tales como la ausencia de control sobre su propia sexualidad o su supuesta incapacidad para tener una actividad sexual satisfactoria. Sobre las mujeres con discapacidades recae también con mayor énfasis una serie de estereotipos sobre su imagen corporal y su feminidad. Las mujeres con discapacidad llegan a sentir vergüenza de sí mismas, y temen la vergüenza que puede suponer el tenerlas como pareja. Si a esto se suman los obstáculos de accesibilidad, ya sea en una consulta ginecológica como en los posibles lugares de relación con personas estándares, se obtiene un mapa de las dificultades de una mujer con discapacidad para desarrollar plenamente su sexualidad, contribuyendo esta situación a una disminución de su autoestima.

La sociedad delimita, a través de estos prejuicios y normas, una identidad de las personas con discapacidades que se manifiesta en una geopolítica excluyente del espacio y en ideologías patriarcales y heterosexuales legitimadoras de prácticas discriminatorias, como son la exclusión de las mujeres con discapacidades de los servicios de planificación familiar, o de educación sobre salud sexual. Tales ideologías sugieren que los estilos de vida y prácticas de la población estándar son la norma, relegando las prácticas de las mujeres con discapacidades al lugar de desviaciones sociales. Sin embargo las mujeres con discapacidades expresan sentimientos de deseo y amor, quieren tener relaciones sexuales y establecer relaciones de pareja. Un largo período de sus vidas transcurre en sus casas, o bien en hospitales o residencias, estableciendo en estos ámbitos contactos sexuales no deseados en su mayoría, inhibiendo su autonomía y el disfrute de su sexualidad.

Según el informe sobre violencia y mujer con discapacidad (Proyecto METIS, 2000), <<las personas con discapacidad son receptoras de mayor número de abusos (en un ratio de dos a cinco veces más) que las personas sin discapacidad>> Por otro lado, se calcula que, en los países de Europa, alrededor del 40% de las mujeres sufren malos tratos físicos. Las mujeres con discapacidad, como víctimas de la doble discriminación ya mencionada, sufren no sólo la violencia de género sino la propia de la discapacidad, convirtiéndose en un grupo de alto riesgo de sufrir violencia física y / o psíquica. Datos recogidos por la Disabled Women's Network (DAWN) de Toronto (1995) sostiene que: <<en Canadá, mas de un millón de mujeres tiene discapacidad, de las que 670.000 han sido física o sexualmente agredidas antes de la pubertad (2 veces más que las mujeres sin discapacidad) y 330.000 han padecido agresiones sexuales y físicas siendo ya adultas (una de cada tres frente a una de cada cuatro en mujeres sin discapacidad)>> (Informe <<Violencia: mujer y discapacidad >>, 1998). Según Carme Riu, 2000, la vergüenza social que supone el tener una pareja así, para una mayoría de la población, al menos para las personas convencionales y las barreras arquitectónicas, de transporte y comunicación que se dan en los lugares dónde se producen estas relaciones: colegios, universidad, trabajo, bailes, calle, bares, agencias matrimoniales clubs nocturnos, prostíbulos, etc...

La poca autoestima de la mujer con discapacidad, el pensar que ella no puede producir placer a otros / as, dificulta aún más esta relación.

La falta casi total de información sexual y de métodos anticonceptivos, tanto por parte de la mujer discapacitada, como de los médicos, personal prácticas, (sujetas al ideal de normalidad por lo que supone de comodidad) sin atisbo de reflexión, es una barrera importante. Si existe esta relación se tiende a mantenerla oculta.

Para recoger datos que permitan revelar el origen de estas situaciones de violencia para su posterior tratamiento y prevención, se proponen indicadores sobre prejuicios de la sexualidad de las mujeres no estándares por parte de la población general, actitudes del personal de residencias hacia las necesidades y problemáticas sexuales de las mujeres con discapacidades, y barreras percibidas por parte de las mujeres no estándares para su pleno desarrollo sexual.

Esta dimensión propone también medir el grado de control que las mujeres con discapacidades tienen en la construcción de su propia sexualidad. Se propone medir la satisfacción que las mujeres con discapacidades tienen sobre el manejo de su sexualidad y la percepción de riesgo de sufrir acoso sexual. También se ha creído pertinente medir el grado de accesibilidad a centros de planificación familiar, el grado de accesibilidad a información sexual en centros de planificación familiar y en residencias para personas con discapacidades y, finalmente, el grado de accesibilidad a salud sexual en residencias.

Asimismo, se propone medir la percepción, por parte de personas estándares, de la sexualidad de las mujeres con discapacidades, así como los obstáculos percibidos por las mujeres no estándares para el desarrollo pleno de su sexualidad. Se ha incluido un indicador que mide los prejuicios por parte del personal policial, teniendo en cuenta que las mujeres con deficiencias, mentales en mayor grado, son muchas veces víctimas de abusos y violencia sexual, y que esta situación es muy difícil de representar a partir de la cuantificación de las denuncias hechas por las afectadas (Keilty & Connelly, 2001) Por ello, se ha creído conveniente medir los prejuicios y actitudes del personal policial frente a una situación de denuncia por acoso o violencia sexual por parte de una mujer con discapacidad.

9.1 Indicadores propuestos

- Autonomía en el manejo de la sexualidad
- Riesgo de sufrir acoso sexual por parte de mujeres con discapacidades
- Accesibilidad a centros de planificación familiar
- Accesibilidad a información sexual en centros de planificación familiar y residencias para personas con discapacidades
- Preconcepciones y prejuicios de la sexualidad de las mujeres no estándar por parte de la población general.
- Actitudes del personal sanitario y de residencias hacia las necesidades y problemáticas sexuales de las mujeres con discapacidades
- Barreras percibidas por parte de las mujeres no estándar para su pleno desarrollo sexual.
- Prejuicios y actitudes del personal policial frente a denuncias de acoso y / o violencia sexual por parte de mujeres con discapacidades

9.1.1 Autonomía en el manejo de la sexualidad:

Este indicador propone medir el grado de autonomía de las mujeres con discapacidades con respecto al control de su sexualidad.

9.1.2 Riesgo de sufrir acoso sexual por parte de mujeres con discapacidades

Se reconoce que las mujeres con algún tipo de deficiencia mental corren un alto riesgo de sufrir violencia sexual. Algunos estudios demuestran que entre un 50 y un 90 % de personas con alguna discapacidad intelectual serán víctimas de acoso sexual antes de llegar a la edad adulta. Otros, como el de Marita Iglesias (1997-1998), afirman que la mujer con discapacidad se encuentra en riesgo mayor que una mujer estándar a padecer un abuso sexual o violencia doméstica. Fine y Asch (1988) sostienen que una mujer con discapacidad es una víctima fácil de abuso por parte del personal de atención sanitaria, los compañeros de hogar o aquellos hombres de los cuales pueden ser dependientes económicamente.

A pesar de ser una problemática reconocida, muy pocos casos de violencia sexual llegan siquiera a ser comunicados por las mujeres que los han padecido. Esta falta de comunicación está asociada a tres mitos que recaen sobre las mujeres con discapacidades intelectuales: la creencia de que mienten, de que son sexualmente promiscuas, y de que no son testigos fiables (Keilty & Connelly, 2001)

No es motivo de este estudio recoger información sobre la cantidad de denuncias de violencia sexual, sino sobre los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres con discapacidades para comunicar la vulnerabilidad y la violencia sexual que hayan padecido o sientan que pueden padecer. En este sentido, el indicador propone medir la percepción del riesgo a ser maltratada sexualmente o sufrir algún tipo de acoso o violencia sexual.

9.1.3 Accesibilidad a centros de planificación familiar

Habitat.

Material médico.

9.1.4 Accesibilidad a información sexual en centros de planificación familiar y residencias para personas con discapacidades

Existe la creencia de que las mujeres con discapacidades son asexuadas o no aptas para mantener una actividad sexual. Este mito se evidencia en la accesibilidad a información y atención sexual de los centros de planificación familiar y residencias, así como de los servicios que ofrecen (Anderson & Kitchin, 2000) En términos generales, podría llegar a decirse que no se espera que las mujeres con discapacidades sean usuarias de esos servicios.

Se proponen unos indicadores para medir la el grado de acceso a la información sexual y a los servicios de planificación familiar, tanto en los centros de atención específica como en las residencias para personas con discapacidades. Se complementan con otros sobre la percepción de las mujeres sobre la calidad de estos servicios, así como su grado de satisfacción.

9.1.5 Preconcepciones y prejuicios de la sexualidad de las mujeres no estándar por parte de la población general.

Este indicador propone medir, a partir de una serie de afirmaciones, los prejuicios que puedan tener las personas estándares hacia las mujeres con discapacidades en relación con su sexualidad.

9.1.6 Actitudes del personal sanitario y de residencias hacia las necesidades y problemáticas sexuales de las mujeres con discapacidades

Este indicador propone medir las actitudes del personal médico y sanitario -médica/os, enfermera/os-, y de residencias hacia las necesidades sexuales de las mujeres con discapacidades. Se plantea medir el grado de tolerancia frente a la necesidad de represión ante las necesidades referentes a la sexualidad de las mujeres con discapacidades que viven en residencias. Y el grado de perversión del personal sanitario.

9.1.7 Barreras percibidas por parte de las mujeres no estándar para su pleno desarrollo sexual.

Este indicador propone medir los obstáculos percibidos por las mujeres con discapacidades para desarrollar una vida sexual plena y satisfactoria. Se pregunta sobre los prejuicios que ellas perciben por parte de la población estándar en general y por parte del personal médico y sanitario.

9.2 Procedimientos de recogida de datos

- Visita a una muestra aleatoria de residencias para personas con discapacidades, según la especificidad del centro.
- Cuestionario auto-administrado a todas las residencias para personas con discapacidades.
- Visita a una muestra aleatoria de centros de planificación familiar
- Cuestionario auto-administrado a todos los centros de planificación familiar.
- Cuestionario a una muestra representativa de mujeres con discapacidades

10 Dimensión: violencia

La <<Guía sobre violencia y mujer con discapacidad>> (1998), elaborada en el marco del Proyecto METIS sobre Violencia y Mujer con Discapacidad, plantea los obstáculos con que se encuentran las mujeres con discapacidad para relacionarse fuera del ámbito doméstico al no cumplir con las normas estéticas que impone el mito del cuerpo perfecto. <<Su existencia gana en invisibilidad al no desempeñar ni encajar en los moldes tradicionales: dejan de participar en actividades de acuerdo a la edad y el sexo, no se las considera en el papel de novias, madres o esposas, y se les niegan puestos de trabajo en los que existe un componente alto de exhibición de la imagen>> (*Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*, 1998: p.9) Esta proyección personal condiciona las relaciones sociales de las mujeres con discapacidad, contribuyendo a una auto percepción negativa. El indicador propuesto mediría el tipo y la asiduidad de las relaciones sociales establecidas por mujeres con discapacidad, así como su grado de satisfacción.

Marita Iglesias, en su ponencia *Mujer y Discapacidad* (Córdoba, 17-18/02/2000), decía que <<parece que tenemos que demostrar constantemente

nuestra condición de mujer>>. Los prejuicios hacia las mujeres con discapacidad condicionan la manera en que estas se relacionan con las personas estándares, ya que <<el hecho de no responder a las características que definen un rol social incrementa el desconcierto de los otros a la hora de relacionarse. Este hecho hace que, o bien renuncien a mantener esa relación, o lo hagan siempre bajo el condicionamiento de “no saber qué hacer” ante lo que creen es una persona diferente>> (Iglesias, 2000) Esta reacción influye en la percepción que las mujeres con discapacidad tienen de sí mismas y de sus formas de relacionarse, acrecentando la discriminación y la exclusión del ámbito público. Se propone un indicador que mida el nivel de autoestima de las mujeres con discapacidad, así como los prejuicios de personas estándares hacia su imagen corporal.

Según el informe sobre violencia y mujer con discapacidad mencionado anteriormente, <<las personas con discapacidad son receptoras de mayor número de abusos (en un ratio de dos a cinco veces más) que las personas sin discapacidad>> Por otro lado, se calcula que, en los países de Europa, alrededor del 40% de las mujeres sufren malos tratos físicos. Las mujeres con discapacidad, como víctimas de la doble discriminación, sufren no sólo la violencia de género sino la propia de la discapacidad, convirtiéndose en un grupo de alto riesgo de sufrir violencia física y / o psíquica. Datos recogidos por la Disabled Women’s Network (DAWN) de Toronto (1995) sostiene que: <<en Canadá, más de un millón de mujeres tiene discapacidad, de las que 670.000 han sido física o sexualmente agredidas antes de la pubertad (2 veces más que las mujeres sin discapacidad) y 330.000 han padecido agresiones sexuales y físicas siendo ya adultas (una de cada tres frente a una de cada cuatro en mujeres sin discapacidad)>> (Informe <<Violencia: mujer y discapacidad >>, 1998).

Según Carme Riu (2000), la vergüenza social que supone el tener una pareja así, para una mayoría de la población, al menos para las personas convencionales y las barreras arquitectónicas, de transporte y comunicación que se dan en los lugares donde se producen estas relaciones: colegios, universidad, trabajo, bailes, calle, bares, agencias matrimoniales clubs nocturnos, prostíbulos, etc...La poca autoestima de la mujer con discapacidad, el pensar que ella no puede producir placer a otros / as, dificulta aún más esta relación.

Se reconoce que las mujeres con algún tipo de deficiencia mental corren un alto riesgo de sufrir violencia sexual. Algunos estudios demuestran que entre un 50 y un 90 % de personas con alguna discapacidad intelectual serán víctimas de acoso sexual antes de llegar a la edad adulta. Otros, como el de Marita Iglesias (1997-1998), afirman que la mujer con discapacidad se encuentra en riesgo mayor que una mujer estándar a padecer un abuso sexual o violencia doméstica. Fine y Asch (1988) sostienen que una mujer con discapacidad es una víctima fácil de abuso por parte del personal de atención sanitaria, los compañeros de hogar o aquellos hombres de los cuales pueden ser dependientes económicamente.

A pesar de ser una problemática reconocida, muy pocos casos de violencia sexual llegan siquiera a ser comunicados por las mujeres que los han padecido. Esta falta de comunicación está asociada a tres mitos que recaen sobre las mujeres con discapacidades intelectuales: la creencia de que

mienten, de que son sexualmente promiscuas, y de que no son testigos fiables (Keilty & Connelly, 2001)

No es motivo de este estudio recoger información sobre la cantidad de denuncias de violencia sexual, sino sobre los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres con discapacidades para comunicar la vulnerabilidad y la violencia sexual que hayan padecido o sientan que pueden padecer. En este sentido, se propone medir la percepción del riesgo a ser maltratada sexualmente o sufrir algún tipo de acoso o violencia sexual, psíquica y / o física, así como la posibilidad de comunicarlo a otras personas.

10.1 Indicadores propuestos

Aspectos contextuales

10.1.1 Tiempo dedicado según tipo de actividades de ocio (tiempo libre)

10.1.2 Relaciones sociales fuera del ámbito doméstico

10.1.3 Participación de las mujeres con discapacidad en las formas de representación de su situación

Aspectos de evaluación personal:

10.1.4 Auto-valoración (nivel de autoestima)

10.1.5 Actuación en sus distintos roles sociales

10.1.6 Prejuicios de personas estándares hacia las mujeres con discapacidad

10.1.7 Prejuicios de mujeres con discapacidades hacia su imagen corporal

10.1.8 Prejuicios de empresarios hacia mujeres con discapacidad

10.1.9 Actitud de empresarios hacia mujeres con discapacidad

10.1.10 Riesgo de sufrir acoso y / o violencia sexual

10.1.11 Riesgo de sufrir violencia física y / o psíquica

10.1.12 Comunicación de episodios de violencia

11 Cuadro resumen de los indicadores propuestos.

	Indicadores existentes	Indicadores nuevos
Dimensión Ambitos laboral formativo y	<p>Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tasa de actividad <input type="checkbox"/> Tasa de paro <input type="checkbox"/> Tasa de paro de corta y larga duración (dos años mínimo) <input type="checkbox"/> Porcentaje de población inactiva percibiendo pensión contributiva <input type="checkbox"/> Porcentaje de población inactiva percibiendo pensión no contributiva <input type="checkbox"/> Porcentaje de población inactiva percibiendo subsidio de paro <input type="checkbox"/> Experiencia laboral en trabajo remunerado de la población en paro. <input type="checkbox"/> Situación contractual que tuvo en el último empleo la población en paro <input type="checkbox"/> Itinerarios de inserción laboral (red formal e informal) <input type="checkbox"/> Tasa de empleo <input type="checkbox"/> Población activa ocupada por sectores económicos <input type="checkbox"/> Población activa ocupada por lugar de trabajo (autoempleo, centro ordinario, centro especial de trabajo) <input type="checkbox"/> Duración de la jornada laboral <input type="checkbox"/> Población activa con un trabajo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Población activa con un trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Categoría profesional <input type="checkbox"/> Salario por categoría profesional <input type="checkbox"/> % de puestos de trabajo generados ocupados por mujeres con discapacidades sobre los puestos de trabajo totales generados. <p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tasa de alfabetización <input type="checkbox"/> Población con estudios primarios <input type="checkbox"/> Población con estudios secundarios <input type="checkbox"/> Población con estudios universitarios <input type="checkbox"/> % de población que no terminó los estudios empezados 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grado de satisfacción con la situación laboral <input type="checkbox"/> Obstáculos percibidos para la obtención de un trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Grado de satisfacción con la educación obtenida <input type="checkbox"/> Obstáculos percibidos para tener la educación deseada
Recurso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fuentes estadísticas oficiales: la Encuesta de Población Activa y otras existentes en el Instituto Nacional de Estadística 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Creación de grupos de discusión focalizados en aspectos laborales y formativos
Dimensión Ámbito doméstico	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autonomía en la gestión del espacio <input type="checkbox"/> Autonomía en el uso del tiempo <input type="checkbox"/> Configuraciones familiares de las mujeres con discapacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autonomía en la gestión del dinero <input type="checkbox"/> Obstáculos en la gestión del dinero <input type="checkbox"/> Comunicación dentro del espacio doméstico <input type="checkbox"/> Obstáculos en el uso y disposición del espacio dentro del hogar <input type="checkbox"/> Atribución de responsabilidades en el cuidado de la familia <input type="checkbox"/> Valoración y satisfacción con la realización de las tareas domésticas <input type="checkbox"/> Actitudes de las personas estándares hacia las necesidades / posibilidades de las mujeres con discapacidades de definir proyectos propios de familia

		<input type="checkbox"/> Grado de satisfacción de las mujeres con discapacidades sobre sus configuraciones familiares <input type="checkbox"/> Obstáculos percibidos para la realización de la configuración familiar deseada
Recurso	<input type="checkbox"/> Estudios realizados desde las instituciones públicas sobre accesibilidad y barreras arquitectónicas <input type="checkbox"/> Estudios realizados por el Instituto de la Mujer sobre el uso del tiempo y el trabajo doméstico. <input type="checkbox"/> Estadísticas sobre familia del Instituto de la Mujer o de la EPA.	<input type="checkbox"/> Creación de cuestionarios específicos que contemplen la temática de la gestión del dinero, el espacio doméstico y la comunicación dentro de tal espacio <input type="checkbox"/> Creación de grupos de discusión focalizados en los obstáculos para la realización de tareas domésticas y la configuración familiar deseada.
Dimensión Participación y acceso a la toma de decisiones en el ámbito público	<p style="text-align: center;">Grado de participación pública</p> <input type="checkbox"/> Proporción de MCD sobre el total en listas de sindicatos. <input type="checkbox"/> Proporción de MCD sobre el total en listas partidos políticos. <input type="checkbox"/> Proporción de MCD sobre el total en comités de empresas. <input type="checkbox"/> Proporción de MCD sobre el total en asociaciones de personas con discapacidad. <p style="text-align: center;">Grado de presencia en posiciones de poder público</p> <input type="checkbox"/> Proporción de MCD que ocupan puestos de responsabilidad sobre el total de los cargos políticos. <input type="checkbox"/> Porcentaje de MCD con cargos electos en sindicatos. <input type="checkbox"/> Porcentaje de MCD con cargos electos en partidos políticos. <input type="checkbox"/> Porcentaje de MCD con cargos electos en ONGs. <input type="checkbox"/> Tiempo dedicado según tipo de actividades de ocio	<input type="checkbox"/> Relaciones sociales fuera del ámbito doméstico <input type="checkbox"/> Participación de las MCD en las formas de representación de su situación <input type="checkbox"/> Auto-valoración <input type="checkbox"/> Actuación en sus distintos roles sociales
Recurso	<input type="checkbox"/> Estudios realizados por el Instituto de la Mujer que contemplen la mujer y su participación en posiciones relevantes en la sociedad <input type="checkbox"/> Encuestas del Instituto Nacional de Estadística tiempo libre y tiempo de trabajo	<input type="checkbox"/> Creación de cuestionarios específicos que contemplen la autovaloración de la MCD, formas de participación en las formas de representación de su situación y su relación fuera del ámbito doméstico. <input type="checkbox"/> Creación de grupos de discusión focalizados en la actuación de sus distintos roles sociales.
Dimensión Imágenes, prejuicios y representación mediática de las mujeres		<input type="checkbox"/> Prejuicios de personas estándares hacia MCD <input type="checkbox"/> Prejuicios de mujeres con discapacidades hacia su imagen corporal <input type="checkbox"/> Prejuicios de empresarios hacia

con discapacidades		<p>MCD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actitud de empresarios hacia MCD <input type="checkbox"/> Prejuicios de los agentes productores de significado: académicos y directivos medios de comunicación. <input type="checkbox"/> Prejuicios de los agentes que actúan sobre las MCD: trabajadores sociales, altos cargos de Justicia, médicos
Recurso		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Creación de cuestionarios específicos que midan los principales prejuicios que conciernen las MCD dirigidos a población la general (empresarios, agentes productores de significado y agentes que actúan sobre las MCD)
Dimensión y Cuerpo sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riesgo de sufrir acoso sexual por parte de mujeres con discapacidades 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autonomía en el manejo de la sexualidad <input type="checkbox"/> Accesibilidad a centros de planificación familiar <input type="checkbox"/> Accesibilidad a información sexual en centros de planificación familiar y residencias para personas con discapacidades <input type="checkbox"/> Preconcepciones y prejuicios de la sexualidad de las mujeres no estándar por parte de la población general. <input type="checkbox"/> Actitudes del personal sanitario y de residencias hacia las necesidades y problemáticas sexuales de las mujeres con discapacidades <input type="checkbox"/> Barreras percibidas por parte de las mujeres no estándar para su pleno desarrollo sexual.
Recurso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estudios realizados por el Instituto de la Mujer sobre mujer y violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Creación de cuestionarios para determinar el grado de autonomía en el manejo de la sexualidad y el grado de accesibilidad a centros de planificación familiar. <input type="checkbox"/> Creación de cuestionarios específicos que midan los principales prejuicios que conciernen las MCD sobre su sexualidad y dirigidos a población general y colectivos específicos (personal sanitario y de residencias) <input type="checkbox"/> Creación de grupos de discusión focalizados en los obstáculos percibidos para el pleno desarrollo sexual de las MCD.

Dimensión violencia	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Tiempo dedicado según tipo de actividades de ocio (tiempo libre) ❑ Riesgo de sufrir acoso y / o violencia sexual ❑ Riesgo de sufrir violencia física y / o psíquica 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Relaciones sociales fuera del ámbito doméstico ❑ Participación de las mujeres con discapacidad en las formas de representación de su situación ❑ Auto-valoración (nivel de autoestima) ❑ Actuación en sus distintos roles sociales ❑ Prejuicios de personas estándares hacia las mujeres con discapacidad ❑ Prejuicios de mujeres con discapacidades hacia su imagen corporal ❑ Prejuicios de empresarios hacia mujeres con discapacidad ❑ Actitud de empresarios hacia mujeres con discapacidad ❑ Comunicación de episodios de violencia
Recurso	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Estudios realizados por el Instituto de la Mujer sobre el uso del tiempo y el trabajo doméstico. ❑ Estudios realizados por el Instituto de la Mujer sobre mujer y violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Creación de cuestionarios específicos que midan los principales prejuicios hacia las MCD dirigidos a población general y colectivos específicos (empresarios) ❑ Cuestionarios dirigidos a las MCD

12 Bibliografía

Aguado, A. L., *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Madrid, 1995.

Aguinaga Roustán, Josune et al. *Cambios de hábito en el uso del tiempo. Trayectorias temporales de los jóvenes españoles*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1997.

Alonso López, F. *Los beneficios de renunciar a las barreras. Análisis económico de la demanda de accesibilidad arquitectónica en las viviendas*. Madrid: IMSERSO, 1999

Álvaro Page, Mariano. *Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros*. Madrid: Instituto de la mujer y Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.

Analizando la calidad de servicio. Calidad de vida, calidad de servicio. MTAS / IMSERSO. Setiembre 1999, Serie Catálogos y Guías, Nº 2. Madrid, 1999.

Anderson, Paul; Kitchin, Rob. Disability, space and sexuality: access to family planning services. *Social Science & Medicine*. 2000, vol 51, p. 1163-1173.

Ashenden, Samantha. Feminism, Postmodernism and the Sociology of Gender. In Owen, D. (ed). *Sociology 'after' Postmodernism*. London: Sage, 1997.

Astelarra, J. Marx y Engels y el movimiento de las mujeres. *A priori*. Junio 1982, núm. 0.

Balbo, L. La doble presencia. *Inchiesta*. 1978, vol VII, núm. 32.

Base de datos estatal de personas con discapacidad. MTAS / IMSERSO. Madrid, 2000.

Benería, L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientrastanto*. 1981, núm. 6.

Borderías, C. et al. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria-Fuhem, 1994.

Bordo, Susan. The Body and the Reproduction of Fertility: A Feminist Appropriation of Foucault. In Jaggar, A; Bordo, S. (ed.). *Gender, Body, Knowledge. Feminist Reconstructions of Being and Knowing*. London: Rutgers University Press, 1990.

Bradley, Harriet. *Men's Work, Women's Work*. Oxford: Polity Press, 1989.

CASADO, D., "En busca de una sistemática para la discapacidad", en ÁLVAREZ, A. y otros, *Discapacidad e información*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1992

Casas i Aznar, Ferran. *Técnicas de Investigación Social: los indicadores sociales y psicosociales*. Barcelona: Universitas-6, PPU, 1989.

Clements, J; Clare, I.; Ezelle, L.A. Real Men, Real Women, Real Lives? Gender issues in learning disabilities and challenging behavior. En *Disability & Society*. 1995, vol. 10, nº 4.

Connect. Dossier: Les Femmes Handicapés en Action. Mobility International. 2000, nº 1. Bruselas

Crónica de una lucha por la igualdad. 1999, Blocs 6. Barcelona.

Dale Stone, S. The myth of Bodily Perfection. En *Disability & Society*. 1995, Vol. 10, Nº 4.

Dex, Shiley. *La división sexual del trabajo. Revoluciones conceptuales en las CCSS*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

Disminució i Societat. Aproximació a l'anàlisi sociològica de les persones amb disminució a Barcelona ciutat. Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Disminuïts. Barcelona, 1991

Duby, G.; Perrot, M. *Historia de las mujeres*. Madrid: Taurus, vol 4, 1989.

Duran, M. *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Cultura, 1989.

Duran, C.; Pichon, A. *Temps de Travail et Temps Libre*. Bruxelles: De Buelgue Université, Overtures Sociologiques, 2001

Egidi, Viviana. Systems of indicators for social policy. *Sienna Group Meeting on Social Statistics, llevado a cabo en Maastricht, Holanda, 22-24 mayo 2000*. Maastricht: 2000.

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999. Avance de resultados. MTAS / IMSERSO, INE, Fundación ONCE. Madrid, 1999. ISBN 84-260-3501-9

Equip d'Assessorament Laboral per a la integració de Persones amb Disminució. Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Disminuïts. Barcelona, 1991.

Estrategias europeas contra la exclusión social. Página web: http://europe.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/index_en.htm

Everaers, Pieter. Comparable results in European Social Statistics: Key social indicators, harmonisation, integration and core variables. *Siena Group Meeting, Maastricht, Holanda, 22-24 Mayo 2000*. Maastricht: 2000.

Ferri, Beth; Gregg, Noël. Women with Disabilities: Missing Voices. *Women's Studies International Forum*. 1998, vol 21, núm. 4, p. 429-439.

Foucault, M., *Historia de la locura*, F.C.E., México, 1976.

Garrido, L.J. *Las dos biografías de la mujer en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1989.

Gignac, M.; Cott, C. A Conceptual Model of Independence and Dependence for Adults with Chronic Physical Illness and Disability. En *Social Science Medicine*. 1998, vol. 47, nº. 6, p. 739-753

Goldberg, S. *Male dominance: the inevitability of patriarchy*. London: Routledge, 1979.

Guerra, E. El trabajo de las mujeres: modelos interpretativos para comprender el

presente e imaginar el futuro. *Sociología del Trabajo*. 1988, núm. 3.

Harding, Sandra. Del empirismo feminista a las epistemologías del punto de vista feminista. In *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata, 1996.

Hartmann, H. The unhappy marriage of Marxism and Feminism: towards a more progressive union. In Sargent, L. *Women and Revolution*. Boston: South and End Press, 1981.

HiHall, Richard. *Dimensions of work*. London: Sage, 1986.

Imrie, Rob. Disabling Environments and the Geography of Access Policies and Practices. *Disability & Society*. 2000, vol. 15, núm. 1, p. 5-24.

Indicadores de exclusión social europeos. Página web: <http://europe.eu.int>

Izquierdo, Ma. Jesús et al. *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la mujer y Ministerio de Asuntos Sociales, 1988.

La protección económica de las personas con discapacidad. Datos significativos en 1999. MTAS / IMSERSO, Observatorio de la Discapacidad. Madrid, 1999

Lerner, G. *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica, 1990.

Lerner, Greda. *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica, 1990.

Lloyd, Margaret. Does She Boil Eggs? Towards a Feminist Model of Disability. *Disability, Handicap & Society*. 1992, vol. 7, núm. 3.

Louise Chapell, A. Towards a sociological critique of the normalization principle. *Disability, Handicap & Society*. 1992, vol 7, nº1.

Lupton, Deborah. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western*

MacKinnon. Feminism, marxism method and the state, an agenda for theory. *Signs* 7. 1982, núm. 3.

Magnus Reindal, S.: Independence, dependence interdependence: some reflections on the subject and personal autonomy. *Disability and Society*, Vol. 14, No 3, 1999, pp 353-367

Magnus Reindal, Solveig. Independence, Dependence, Interdependence: some reflections on the subject and personal autonomy. En *Disability and Society*. 1999, vol. 14, nº 3, p. 353-367

Meadows, Marilyn. Exploring the invisible: listening to mid-life women about heterosexual sex. *Women's Studies International Forum*. 1997, vol. 20, núm. 1, p. 145-152.

Mills, J. Prejudice and its Vicissitudes. En *Human Studies*. 1998, 21, p. 187-196

Mujer y Discapacidad: Madrid, febrero 1999. Organiza: MTAS / IMSERSO. Subdirección General del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad. Madrid, 1999

- Murillo, S. *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid, 1996.
- Nirje, B. (1988): The normalization principle, en J. R. Flynn (Ed): *Normalization, social integration and community services*. Baltimore, University Park Press.
- Observatorio de la Discapacidad. *Igualdad de Oportunidades de Personas con Minusvalía*. Madrid: MTAS / IMSERSO, 1999
- Omansky Gordon, B.; Rosenblum K.E. Bringing Disability into the Sociological Frame: a comparison of disability with race, sex, and sexual orientation statuses. En *Disability & Society*. 2001, vol. 16, nº 1, p. 5-19
- Observatorio de la Discapacidad. *Base de datos estatal de personas con discapacidad*. Madrid: IMSERSO, 2000.
- Paterson, K.; Hughes, B. Disability Studies and Phenomenology: the carnal politics of everyday life. En *Disability and Society*. 1999, vol. 14, nº 5, p. 597-610
- Pelechano, V., "Salud mental, prevención e innovación social", en *Análisis y modificación de conducta*, nº 12, 1986, pág. 489.
- Pereda, C. y otros. *Discapacidad y trabajo en España*, Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 1998.
- Perfiles*. Revista de la Organización Nacional de Ciegos Españoles. Marzo 2000, Nº 154. Madrid, 2000.
- Perfiles*. Revista de la Organización Nacional de Ciegos Españoles. Febrero 2001, Nº 162. Madrid, 2001.
- Perry, D.; Whiteside, R. K. Women, Gender and 'Disability'. Historical and Contemporary Intersections of "Otherness". *Abilympics International Conference, September 1995*. Enero 2000.
- Pla Integral de les Persones amb Discapacitat Física a Catalunya. Ambits d'actuació*. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social. Barcelona, mayo 2000.
- Plan de Acción para las Personas con Discapacidad. 1997-2000*. MTAS / IMSERSO. Madrid, 2001 (1996 1º edición).
- Poal Parcet, G. *Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer- mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- Proyección Consultora para el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. *Análisis comparativo de las normas autonómicas y estatales de accesibilidad. Fascículo 1º*. Madrid: octubre, 1997
- Proyección Consultora para el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. *Análisis comparativo de las normas autonómicas y estatales de accesibilidad. Fascículo 2º*. Madrid: octubre, 1997
- Proyecto CORA. *Estudio de la situación social de las mujeres*. Xunta de Galicia. 2001

Proyecto METIS. *Informe sobre Violencia y Discapacidad*. IES / CE / IMSERSO / SGI, 1997 – 1998.

Proyecto METIS. *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*. IES / CE / IMSERSO / SGI, 1997 – 1998.

Proyecto Nexe amb la Diversitat. Riu Pascual, C. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1997-1998.

Randall, V. *Women and politics*. London: McMillan Press, 1982.

Reuber, Paul. Conflicts studies and critical geopolitics: theoretical concepts and recent research in political geography. *Geojournal*. 2000, núm. 50, p. 37-43.

Riu Pascual, C. y otros. *Mujer y Discapacidad – Buenas prácticas*. Editado por Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales “IMSERSO” Madrid, 2000.

Riu Pascual, C. *Dones de Barcelona*. Barcelona, diciembre 1997

Rock, M. Discounted lives? Weighing disability when measuring health and ruling on “compassionate” murder. En *Social Science & Medicine*. 2000, 51, p. 407-417

Rodgers, J. Trying to Get it Right: undertaking research involving people with learning difficulties. En *Disability and Society*. 1999, vol. 14, nº 4, p. 421-433.

Rosaldo, M.; Lampere, L. *Women, culture and society*. Standford: Standford University Press, 1974.

Rubin S.; Biklen D.; Kasa-Hendrickson C.; Kluth P.; Cardinal D. N.; Broderick A. Independence, Participation, and the Meaning of Intellectual Ability. *Disability & Society*. 2001, vol. 16, núm. 3, p. 415–429.

Sáez Lara, C. *Mujeres y el mercado de trabajo*. Madrid: Consejo económico y social, 1994.

Scott, Joan W. La mujer trabajadora en el s.XIX. En Nash, Mary. *Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición del trabajo de las mujeres en España del siglo XIX*. Madrid: Síntesis, 1994.

Serrano, E.M.; Serrano, M.M. *Las violencias cotidianas cuando las víctimas son mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Instituto de la Mujer, 1999

Sheldon, A. Personal and Perplexing: feminist disability politics evaluated. En *Disability & Society*. 1999, vol. 14, nº 5, p. 643-657

ShowStack, A. (ed). *Las mujeres y el estado*. Madrid: Vindicación Feminista, 1996. *Societies*. London: Sage, 1996.

Stein, Arlene. Sex after “Sexuality”: From Sexology to Post-Structuralism. In Owen, David. *Sociology after Postmodernism*. London: Sage, 1997.

Sullerot, Evelyne. *Historia i Sociologia del treball femení*. Barcelona: Península, 1970.

Supressió de Barreres a l'edificació. CO.A.C., Oficina Consultora Tecnica.

Swift, K. What is the impact of disability on gender? Communication Aid User Society Conference. *Communication is unlimited*, Brisbane Convention and Exhibition Centre, 2-3 abril 1998.

Torns, T. et al. *El perfil socio-laboral del paro femenino en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.

Torns, T. Las asalariadas: Un mercado con género. In Miguélez, F.; Prieto, C. *Las relaciones de empleo en España*. Madrid: Siglo XXI, 1999.

Vedung, E. *Evaluación de Políticas Públicas y Programas*. Madrid: MTAS / IMSERSO, 1997.

Vernon, Ayesha. The Dialectics of Multiple Identities and the Disabled People's Movement. *Disability & Society*. 1999, vol. 14, núm. 3, p. 385-398.

Villavicencio Carillo, P.; Sebastián Herranz, J. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Instituto de la Mujer, 1999

Walby, S. *Theorizing Patriarchy*. Oxford: Blackwell, 1990.

Wolfensberger, W (1980): The definition of normalization: update, problems, disagreements and misunderstandings, en J. R. Flynn (Ed): *Normalization, social integration and community services*. Baltimore, University Park Press.

Young, I.M. Breasted Experience: the Look and the Feeling, en Leder, D. (ed) *The Body in the Medical Thought and Practice*. Netherlands: Kluwe Academic Publ., 1992

Yuval-Davis, Nira. *Gender and Nation*. London: Sage, 1996.

