

CURSO

MUJERES CON DISCAPACIDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y/O DISCRIMINACIÓN

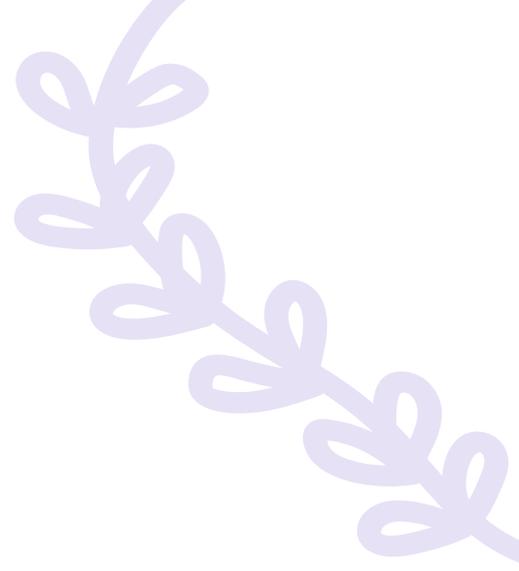


UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

VICERECTORAT DE RESPONSABILITAT
SOCIAL I COOPERACIÓ



Este trabajo ha sido financiado por la Generalitat Valenciana en el marco del Convenio de colaboración entre la Generalitat, D. G. del Institut Valencià de les Dones i per la Igualtat de Gènere, y la Universitat Politècnica de València, para el fomento de actividades que incorporen la perspectiva de género de forma transversal.



MUJERES CON DISCAPACIDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Edición a cargo de: Vicerrectorado de Responsabilidad Social y Cooperación

Dirección: Rosa Puchades Pla

Coordinación: María Rosa Cerdá Hernández

Autora: Alba Soriano Gil. Associació XARXA Dones amb Discapacitat

Diseño y maquetación: Luz Mérida García

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
CC BY-NC-ND

PRESENTACIÓN

La perspectiva de género, como estrategia de análisis y facilitadora de los impactos positivos de toda actividad, exige su incorporación transversal en nuestras políticas.

En este sentido, la formación y educación social en Igualdad es instrumento clave para la transformación de los sistemas relacionales así como para la generación de conocimiento que lleve a la reflexión personal sobre cómo actuamos y qué alcance tienen nuestras actitudes en el conjunto social, muy especialmente en los colectivos con alto riesgo de vulnerabilidad por su condición diferenciada como resultado de la intersección de diferentes factores.

Dichas interseccionalidades están presentes en el colectivo de las mujeres con discapacidad en el que la violencia de género adquiere características propias que acentúan la múltiple discriminación negativa sobre ellas.

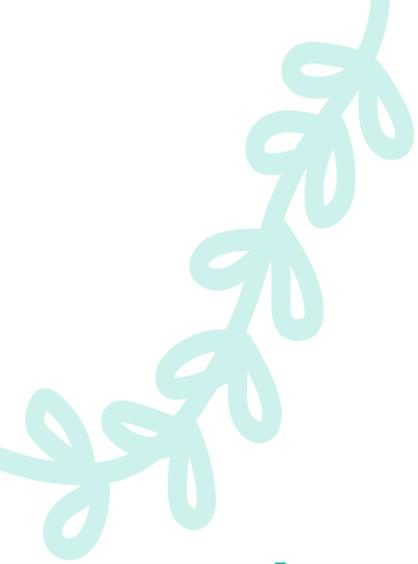
Con el objetivo de facilitar las ideas y conceptos claves sobre ese contexto y sus consecuencias, se ha ofertado a toda la comunidad universitaria el curso *Mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género y/o discriminación*, cuyo contenido nos acerca a la realidad social de este colectivo de mujeres tantas veces silenciadas por la suplantación de la autonomía y la voluntad de quienes no necesitan más protección que la garantía del ejercicio de sus derechos.

Realizado en colaboración con la Associació Xarxa Dones amb Discapacitat, el interés y calidad de su contenido lo convierten en recurso de consulta para toda persona interesada en la materia. Para tal finalidad se ofrece, en libre acceso, en el repositorio institucional RiuNet y en la microweb de la Unidad de Igualdad UPV.

El curso, financiado por la Generalitat a través de la D.G. de les Dones i per la Igualtat de Gènere en el marco del convenio de colaboración con la Universitat Politècnica de València, proporciona material complementario que permite profundizar en su contenido.

Este recurso formativo compartido se integra en las medidas de educación social que desde el Vicerrectorado de Responsabilidad Social y Cooperación, a través de la Unidad de Igualdad, se dirigen a hacer efectiva la igualdad de mujeres y hombres.

Rosa Puchades Pla
Vicerrectora de Responsabilidad Social y Cooperación



ÍNDICE

Unidad 1

Personas con discapacidad pág 6

Unidad 2

Mujer y discapacidad pág 13

Unidad 3

Violencia de género en mujeres con discapacidad pág 18

Anexo

pág 27

Unidad 1

Personas con discapacidad



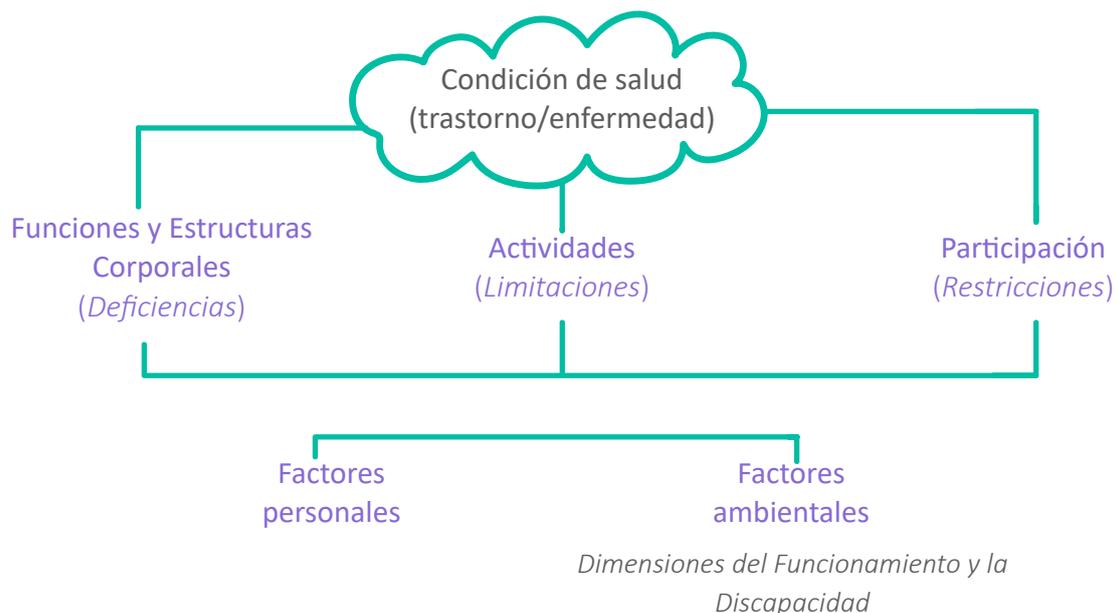
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la discapacidad y de la salud es considerada referencial al igual que la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y ambas son importantes para la FCI (Familia de Clasificaciones Internacionales).

El 22 de Mayo del 2001, la clasificación de la discapacidad CIF fue aprobada por los 191 países que integran la OMS.

La clasificación de la discapacidad CIF fue una gran iniciativa para poder manejar las políticas públicas a nivel individual y grupal y así poder tener los datos más certeros en lo que se refiere a discapacidad.



Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF

Cada persona con alguna discapacidad es diferente a la otra según el grado de gravedad de su caso, ya sea que tengan el mismo tipo de discapacidad o que tengan una discapacidad distinta son diferentes las necesidades que puedan tener y diferente el nivel de cuidado y atención que se le brinde.

Los tipos de discapacidad y sus grados son variados y complejos, son como la personalidad de un individuo, con rasgos conocidos y otros ocultos o por descubrir, algunos de estos requieren una atención personalizada.

Discapacidad Física o Motora

La discapacidad física es aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional.

Causas de la discapacidad física:

La discapacidad física puede ser causada mientras la madre está embarazada, por problemas genéticos o al momento del parto. También puede ser debido a un fuerte accidente.

Tipos de discapacidad física:

- **Anomalías orgánicas:** Éstas se encuentran en cabeza, columna vertebral, piernas o brazos.
- **Deficiencias del Sistema nervioso:** son las parálisis de las extremidades inferiores y superiores, paraplejia, tetraplejia y a los trastornos que afectan la coordinación de los movimientos.
- **Alteraciones viscerales:** son los que afectan los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario, Sistema metabólico y Sistema inmunológico.

Discapacidad Sensorial

Corresponde al tipo de personas que han perdido su capacidad visual o auditiva y quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje.

Tipos de discapacidad sensorial: Auditiva y Visual.

Discapacidad Auditiva

La discapacidad auditiva es el déficit total o parcial de la percepción que se evalúa de la pérdida del audio en cada oído.

Grados:

- **Audición normal:** Para percibir sonidos mínimos de las cosas de 10-15
- **Audición limítrofe:** 16-25
- **Pérdida superficial:** 26-40
- **Pérdida Moderada:** 41-55
- **Pérdida de moderada a severa:** 56-70
- **Pérdida severa:** 71-90
- **90 o más pérdida auditiva**

La discapacidad auditiva se clasifica por la causa:

- **Genética:** Cuando se hereda
- **Adquirida:** Cuando algo lo ocasiona
- **Congénita:** que puede ser prenatal por enfermedad de la madre en el embarazo como sarampión o rubeola o perinatal por complicaciones en el parto.

Discapacidad Visual

La discapacidad visual es la disminución parcial o total de la vista. Se debe tomar en cuenta el campo visual que es el espacio visible con la mirada fija en un punto y la agudeza visual que es la capacidad del ojo para percibir objetos.

Causas:

- **De Nacimiento:** Aquí se encuentran las personas que nacieron sin información visual, sin distinguir colores y detalles que solo pueden ser notados con el sentido de la vista.
- **De forma adquirida:** Aquí se encuentran las personas que ya tuvieron en algún momento información visual pero la pudieron haber perdido por alguna enfermedad, accidente o negligencia.

Tipos de discapacidad visual:

- **Ceguera:** Es la pérdida total de la información visual, en algunos casos puede ser reversible pero en la mayoría de casos no lo es.
- **Baja visión:** Es el estado en el que la persona aún tiene un campo de luz denominado resto visual.

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida.

La discapacidad intelectual ocurre antes de ser adultos o cumplir la mayoría de edad, a veces puede ser por enfermedad de la madre en el embarazo, complicaciones en el parto y enfermedades en la niñez.

Tipos de discapacidad intelectual:

- **Discapacidad Intelectual Leve:** Se considera discapacidad intelectual leve o ligera a las personas cuyo coeficiente intelectual es entre 50 y 70, correspondiente a 2 niveles por debajo de la media, la mayoría de personas con discapacidad intelectual, aproximadamente un 85% están en este grupo. Tienen un retraso en el campo cognitivo y un leve daño en el sensorio motor. Las capacidades de aprendizaje están levemente atrasadas, pueden seguir un normal sistema académico o profesional.
- **Discapacidad Intelectual Moderada:** En este tipo de discapacidad intelectual las dificultades son mayores, en el aspecto académico los trabajos asignados son poco calificados y bajo supervisión.
- **Discapacidad Intelectual Grave:** Las personas con discapacidad intelectual grave tienen un coeficiente de 30 a 35, muchos presentan problemas neurológicos, comprenden de forma precaria la lectura y los números, su lenguaje es limitado.
- **Discapacidad Intelectual Profundo:** Es el tipo de discapacidad intelectual más grave, con un coeficiente menor de 20. Necesitan supervisión extrema, su tasa de supervivencia es baja. Por lo general tienen grandes problemas neurológicos y otras discapacidades.

Discapacidad Psíquica

La discapacidad psíquica es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento del individuo. Se dice que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo. Este tipo de discapacidad se podría incluir en categoría otros ya que tienen que ver con enfermedades mentales.

Probables causas:

Sus causas son la depresión mayor, la esquizofrenia, la bipolaridad, trastornos de pánico, trastorno esquizomorfo, síndrome orgánico, autismo y síndrome de Asperger.

Tipos de discapacidad psíquica o mental:

- Retraso mental.
- Discapacidad psíquica profunda, severa, severa límite y media.

Discapacidad Orgánica

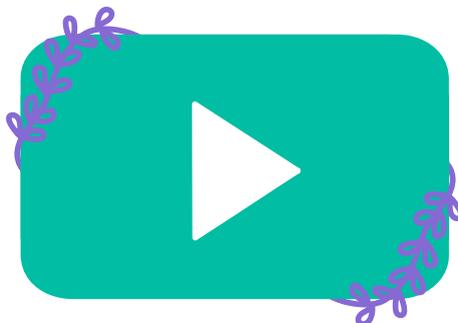
Este poco conocido tipo de discapacidad aparece en aquellas personas que padecen algún tipo de deficiencia en alguno de sus órganos, la cual genera limitaciones en la vida y participación en comunidad del sujeto. Es el caso de las que pueden generar la diabetes o los problemas cardíacos.

Discapacidad múltiple

Este tipo de discapacidad es la que se deriva de una combinación de limitaciones derivadas de algunas de las anteriores deficiencias. Por ejemplo, un sujeto ciego y con discapacidad intelectual, o de un sujeto parapléjico con sordera.

“Lo incorrecto”, una nueva mirada hacia la discapacidad.

Ver vídeo:



PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Según a los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2008), en España hay 3,8 millones de personas con algún tipo de limitación. El 67,2% de estas personas presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas del hogar y el 48,4% con las tareas del cuidado e higiene personal. La tasa de prevalencia es del 8,34% de la población total del país.

La EDAD también muestra diferentes datos para observar las distintas desventajas sociales que sufren las personas con discapacidad. En relación al nivel de instrucción, constata que es mucho más bajo que el de la población general; en concreto, el 7% de las personas con discapacidad que se encuentran en edad laboral son analfabetas; siendo esta cifra del 1% de la población general. El 16% ha conseguido finalizar la educación secundaria y el 12% estudios superiores, frente al 24% y 26% de la población general, respectivamente. En cuanto a las relaciones de pareja, el porcentaje de personas con discapacidad que permanecen solteras es superior al de la población general, siendo más del doble la tasa de personas casadas en la población sin discapacidad que en la población con discapacidad, en la franja comprendida entre los 26 y 35 años. En el ámbito de las relaciones de amistad, la encuesta constata que el 10% de las personas con discapacidad menores de 65 años y el 15% de quienes superan esa edad, no cuentan con ningún amigo o amiga personal, duplicándose estas cifras para quien presenta una discapacidad relacionada con las relaciones personales, el aprendizaje o la comunicación (Colectivo loé, 2013).

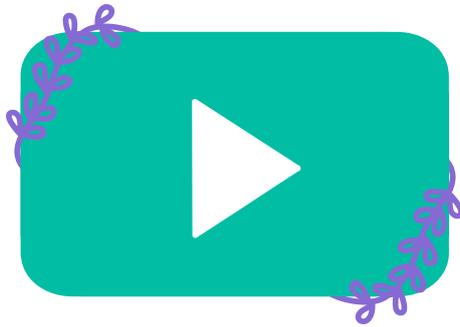
Respecto a la situación económica, existe una correlación sistemática entre menores ingresos y más discapacidades, siendo la tasa de discapacidades en los hogares con ingresos mensuales por debajo de los 1.000€, cuatro veces mayor que en los que tienen ingresos superiores a los 2.500€. En relación a la situación laboral, la EDAD 2008 muestra que en el año anterior tan solo el 28% de las personas con discapacidad disfrutaban de empleo remunerado, alcanzando el desempleo al 20,3% de la población activa, más del doble que en la población general ese mismo año, que se situó en el 9,2%. Los ingresos económicos de este colectivo proceden mayormente del sistema de pensiones, siendo la fuente principal de sustento para el 48% de los hombres y el 35% de las mujeres de edades comprendidas entre los 16 y los 64 años.



En resumen, podemos decir que los datos recogidos en la EDAD 2008 nos muestran que las personas con discapacidad en España se encuentran en situación de desventaja social con respecto a la población general, en ámbitos tan sustanciales como el educativo, personal y laboral. A pesar de ello, su realidad se halla altamente invisibilizada, lo que les hace aún más vulnerables, a pesar de que representan casi el 10% de la población de nuestro país.

¿Discriminas o respetas? #InclusióFCSD

Ver vídeo:



Unidad 2

Mujer y discapacidad



Las mujeres con discapacidad se encuentran en situación de desventaja social no sólo en relación al resto de mujeres, sino también respecto a los hombres con discapacidad. Es en la publicación del Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa por parte del Foro Europeo de la Discapacidad (1997), cuando comienza un reconocimiento social de la problemática de exclusión social que rodea a las mujeres con discapacidad. Se cuestiona con mayor vigor su invisibilidad respecto al colectivo de mujeres en general y al de hombres con discapacidad (Arnau, 2005).

En este Manifiesto se las define como “mujeres con cualquier tipo de discapacidad, mujeres con deficiencias físicas, auditivas, visuales o mentales, sean éstas visibles o no, incluidas mujeres con enfermedades mentales o problemas de salud mental, dificultades del aprendizaje o enfermedades crónicas tales como diabetes, enfermedades renales o cardíacas, epilepsia, VIH/SIDA, o enfermedades que afectan sobre todo a las mujeres tales como cáncer de mama, la artritis, lupus, la fibromialgia y la osteoporosis. El término también incluye a las niñas y mujeres con discapacidad de cualquier edad, residentes en áreas rurales o urbanas, sin importar la gravedad de su discapacidad, ni sus preferencias sexuales o su entorno cultural, ya vivan integradas en la comunidad o en instituciones” (Foro Europeo de la Discapacidad, 1997).

Dentro de las grandes contribuciones de este Manifiesto, es importante enfatizar el mérito de recoger la gran diversidad del colectivo, así como emplear el marco del modelo o enfoque social, con la intención de alejarse del modelo médico.

Puede que fuera la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD) (ONU, 2006), uno de los hitos decisivos en la lucha por los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad, la que favoreció a cambiar para siempre la visión sobre las personas con discapacidad. Durante el proceso de discusión de la CDPD, la perspectiva de género levantó grandes debates, acerca de qué lugar debería ocupar en la convención. Se discutía sobre si el hecho de incluir un apartado específico sobre mujeres con discapacidad iba a restarle fuerza al movimiento de las personas con discapacidad. En ese momento, en que las mujeres con discapacidad estuvieran organizadas y presentes en dicha convención fue fundamental. Así consiguieron que a lo largo de toda la CDPD se incluyera la perspectiva de género, y además se recogiera en documentos específicos. (Serra, 2017). Tras las múltiples aportaciones y discusiones el artículo 6 de la CDPD, quedó redactado de la siguiente manera:

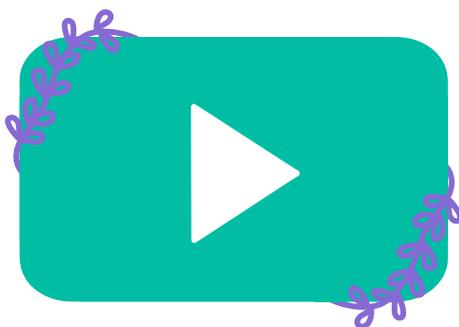
1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. *Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención (ONU, 2016).*

Fue en el I Congreso Internacional sobre Mujer y Discapacidad del año 2003, donde mujeres expertas en discapacidad plantearon la Teoría de la doble discriminación o la discriminación múltiple. (Arnau, 2005). Esta teoría postula que las mujeres con discapacidad han sido doblemente discriminadas, por un lado por ser personas con discapacidad y, por otro, por su condición de mujer. Por ejemplo, cuando no se incluye la discapacidad en las actuaciones específicas que van dirigidas a las mujeres en general, como los denominados planes de igualdad, o cuando el movimiento feminista tradicional no las incorpora dentro de sus luchas, se las discrimina por su condición de discapacidad; pero también cuando en las actuaciones específicas destinadas a la población con discapacidad, como las medidas de acción positiva, no se incluye la perspectiva de género, se las discrimina como mujeres (Arnau, 2005).

La doble discriminación de las mujeres con discapacidad

Ver vídeo (a partir del minuto 1:58):

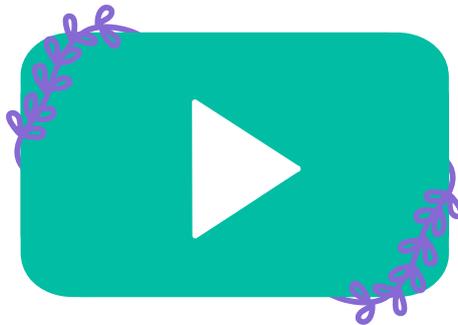


Sin embargo, su situación de especial vulnerabilidad hacia la discriminación no se corresponde con la suma de ambas condiciones, discapacidad y género, sino que al conjugarse, se plantea una realidad con características propias, que además se añadiría a otras posibles condiciones por las que puedan ser objeto de discriminación, como por ejemplo la raza, etnia, preferencias sexuales, condiciones socioeconómicas, etc. Es por eso que se dice que las mujeres con discapacidad sufren una múltiple discriminación, ya que pueden sumarse múltiples situaciones a la condición de género y discapacidad. Desde esta teoría se denuncia además que a las personas con discapacidad se les ha impuesto de forma sistémica un proceso de homogenización, ignorando las variedades dentro del colectivo, quedando ocultas muchas diferencias. Esta homogenización tiene mucho que ver con el modelo médico que les reduce a la deficiencia, olvidando a la persona (Arnau, 2005).

A diferencia de los hombres con discapacidad, la sociedad ha visto en las mujeres con discapacidad lo que Lonsdale calificó como “rolessness”, (Lonsdale, 1990), esto es la carencia absoluta de un lugar o función social. La sociedad no espera nada de estas mujeres. Debido a los estereotipos acerca de su pasividad “asexualidad” y dependencia, se les niega incluso los roles tradicionales femeninos de madre, cuidadora, creadora de una familia, etc. La negación de un lugar, de un rol social, las sitúa en clara desventaja psicológica, social y económica, lo cual les genera numerosas ocasiones baja autoestima, estigmatización y menores opciones en el acceso al empleo, pero calidad de vida y mayores problemas de salud. Desafortunadamente el modelo médico ha contribuido a aumentar esta vulnerabilidad (Curry et al., 2001). Esta negación de roles las coloca en una mayor invisibilidad, lo que a su vez les dificulta el acceso a los recursos existentes y les resta credibilidad cuando denuncian posibles abusos (Iglesias et al., 1998).

Discapacidad desde una perspectiva de género

Ver vídeo:



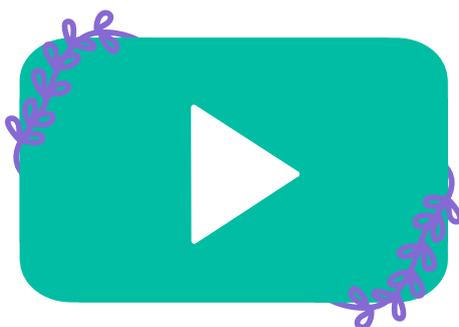
Uno de los aspectos clave para entender lo que implica esta situación es el análisis de las consecuencias que tiene en su autopercepción e imagen social. Los prototipos estéticos de la cultura dominante que observamos a través de la publicidad son interiorizados y provocan la necesidad de cambiar el cuerpo que no se asemeja a estos patrones. Las mujeres con discapacidad también se encuentran expuestas a estos mismos prototipos de belleza, de los cuales se encuentran muy lejos; este retroceso comparativo de resultado claramente negativo genera una disonancia cognitiva que influye negativamente en su autoimagen. Las mujeres con discapacidad acaban percibiendo su condición como algo negativo, que las limita en sus posibilidades de consideración social en la medida que no responde a patrones determinados.

El informe realizado por Marita Iglesias y colaboradores (1998) resalta precisamente esta relación entre el cuerpo y las expectativas de evolución personal y señala cómo esta relación ha sido estudiada por los movimientos feministas. El movimiento feminista tradicionalmente ha denunciado que el cuerpo de la mujer se ha considerado objeto de dominación y placer masculino, lo que a su vez ha influido en las relaciones y expectativas del mundo que sostienen las propias mujeres, así como en la distorsión de la imagen de su propio cuerpo. El feminismo en general identifica la alineación de la mujer con la

cosificación de su propio cuerpo como objeto de placer masculino; sin embargo, este posicionamiento no recoge completamente la realidad de las mujeres con discapacidad. El cuerpo de las mujeres con discapacidad aunque también es cosificado con propósito de dominación, lo es en un contexto diferente. Por ejemplo, los actos que pueden resultar sensuales o eróticos se convierten en indeseables o despiertan curiosidad si son protagonizados por mujeres con discapacidad. No son cosificadas como objetos de placer masculino, sino como objetos de curiosidad médica. Por ejemplo, muchas de estas mujeres han pasado largo tiempo expuestas y desnudas ante los ojos de profesionales médicos. Sus cuerpos han sido exhibidos, normalmente son permiso, también en videos o revistas médicas. Estas formas de control han marcado a muchas de ellas que acaban deseando la intervención de su propio cuerpo de manera negativa, ya sea ocultándolo o con mutilaciones, porque no es deseado ni aceptado (Iglesias et al., 1998).

«Because who is perfect?» Asociación suiza Pro Infirmis

Ver vídeo:



Si observamos la situación actual de las mujeres con discapacidad en España, según la encuesta EDAD 2008, el porcentaje de mujeres de este colectivo que trabaja es 10 puntos menor que el de hombres (23,7% frente a 33,4% respectivamente), el porcentaje de las que perciben pensión contributiva es también inferior al de los hombres (23,4% frente a 38,2%). Además el 23,5% de las mujeres con discapacidad se dedican principalmente a las labores del hogar, frente a sólo el 0,2% de los hombres.

Por otra parte, en todas las franjas de edad la tasa de paro en las mujeres con discapacidad es superior al de los hombres con discapacidad y superior a su vez con al del resto de mujeres. La tasa de analfabetismo que no tiene relación directa con problemas derivados de su condición de discapacidad, también es mayor en las mujeres con discapacidad que en los hombres.

En resumen, podemos decir que en España la situación de las mujeres con discapacidad continua siendo de clara desventaja social respecto a los hombres con discapacidad y a la población en general, ya que tienen menor acceso al empleo, mayor tasa de paro, su principal salida laboral son las tareas domésticas, y cuentan con menor acceso a la educación y mayor tasa de analfabetismo.

Unidad 3

Violencia de género en mujeres con discapacidad



Es bien sabido que la violencia de género no es un fenómeno nuevo, pero ha permanecido durante mucho tiempo invisible al ser considerado como una forma de relación enmarcada en una sociedad caracterizada por la desigualdad entre mujeres y hombres, fuertemente jerarquizada y asimétrica. La violencia de género encuentra su fuente de legitimación en el convencimiento de que las mujeres son inferiores y deben obediencia y sumisión en el marco de una sociedad androcéntrica y patriarcal que ha asignado determinados roles, características y expectativas diferentes en mujeres y hombres a partir de componentes puramente biológicos, generando de esta forma un entramado de relaciones de poder.

Este modelo se aplica también a las mujeres y niñas con discapacidad, aunque el grado de conocimiento de esta cuestión sigue siendo escaso y, por lo tanto, ha sido una dimensión ignorada en las políticas públicas puestas en marcha en este ámbito.

Según datos recogidos por el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial, en nuestro país se presentaron un total de 134.002 denuncias por violencia de género. No sabemos cuántas de estas denuncias fueron presentadas por mujeres con discapacidad, ni existen en la actualidad registros que puedan ofrecernos datos acerca del estado de la cuestión en este ámbito. Esta realidad da buena cuenta del grado de invisibilidad que sufren las mujeres con discapacidad, a quienes no se las considera potenciales víctimas de violencia de género, al no ser vistas en el imaginario colectivo ni siquiera como mujeres.

Hace ya más de 15 años el Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea de 2003 denunciaba que casi el 80% de las mujeres con discapacidad había sido víctima de la violencia y tenía un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres de sufrir violencia sexual. Asimismo, el informe señalaba que el 80% de las mujeres con discapacidad que viven en instituciones se encontraba expuestas a la violencia de personas de su entorno, ya sea personal sanitario, de servicio o personas cuidadoras.

También la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015, realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con el CIS, presta especial atención a las mujeres con discapacidad. Los resultados de ésta encuesta, las mujeres que tienen un certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33% afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas, en un 23,3%, esto es en mayor medida que las que no tienen certificado de discapacidad (15,1%) siendo las diferencias estadísticamente significativas. Y ya no sólo en el ámbito de la pareja, muchas de las mujeres con discapacidad sufren o han sufrido violencia por parte de algún miembro cercano de la familia.

La situación no parece haber cambiado sustancialmente desde entonces. En este tiempo se han producido importantes avances en esta materia y en España, más concretamente, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, ha supuesto un importante espaldarazo a las reivindicaciones que desde hacía años venían realizando el movimiento feminista.

Sin embargo, ya en ese momento se apreciaba, y sigue sucediendo en la actualidad, el desconocimiento y falta de concienciación social en relación a esta cuestión en el ámbito no solo de la discapacidad, sino también en el seno del movimiento de mujeres y de la propia Administración Pública.

La demanda de un tratamiento apropiado al fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad no se justifica en la idea errónea de que estemos frente a un tipo de violencia sustancialmente diferente a la que padecen miles de mujeres en las sociedades patriarcales, sino al hecho cierto de que esta violencia sí presenta ciertas características que vienen determinadas por el solapamiento de la discriminación de género y discapacidad y deben ser conocidas para poder ofrecer respuestas adecuadas.

¿Existen diferencias en la violencia de género entre las mujeres con discapacidad y las que no?

Escuchar audio:



La Guía sobre Violencia y discapacidad -elaborada en el marco del Proyecto METIS al amparo de la iniciativa DAPHNE de la Comisión Europea-, recoge una serie de obstáculos específicos a los que tienen que enfrentarse las mujeres con discapacidad y que propician situaciones de violencia. A saber:

- Tener mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación.
- La dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento, principalmente debido a la existencia de todo género de barreras arquitectónicas y de la comunicación.
- Una más baja autoestima y el menosprecio de la propia imagen como mujeres.
- El enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a la condición de mujer y la negación de éstos mismos en las mujeres con discapacidad.

- Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otras personas.
- 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.
- Vivir frecuentemente en entornos que favorecen la violencia: familias desestructuradas, instituciones, residencias y hospitales.
- Las mujeres que sufren asaltos más severos y frecuentes son aquellas que tienen una multideficiencia, problemas de desarrollo mental, de comunicación y aquellas que adquirieron su discapacidad desde el nacimiento.

Hay que aclarar que las mujeres con discapacidad no son en esencia especialmente vulnerables a convertirse en víctimas de violencia, sino que es la configuración estructural y cultural de la sociedad la que propicia que estas situaciones de vulnerabilidad se concentren en determinados grupos, a través de diversos mecanismos, como por ejemplo:

- Obviar el hecho evidente de que las mujeres con discapacidad son, y aunque la afirmación parezca innecesaria, mujeres y por lo tanto responden a los mismos parámetros que el resto de las mujeres en una sociedad androcéntrica.
- Pensar erróneamente que la violencia contra las mujeres con discapacidad viene provocada única y exclusivamente por la existencia de una o varias discapacidades donde el género no es pertinente.
- Concebir los servicios, espacios y recursos dirigidos a la prevención, detección y atención a la violencia de género como si solamente pudieran ser víctimas mujeres que encajen en un modelo universal, ocultando la diversidad.
- Privar a las mujeres con discapacidad de las herramientas adecuadas que les permita desarrollar su propio proyecto de vida, promocionando su autonomía personal y evitando situaciones de dependencia injustificadas.

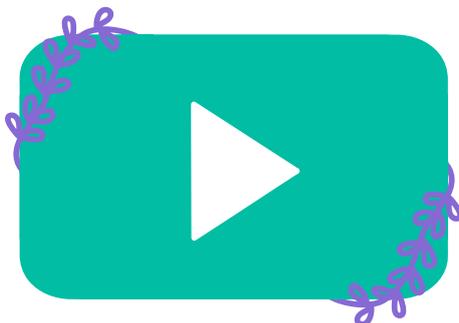
En este punto conviene recordar que uno de los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se encuentra el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, apartándose del enfoque tutelar para centrarse en el apoyo en cuanto a la toma de decisiones.

El desconocimiento generalizado acerca del fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad queda ilustrado la falta de indicadores sobre discapacidad en las estadísticas oficiales, lo que dificulta además conocer la incidencia real de este fenómeno aunque la experiencia directa de muchas organizaciones del movimiento asociativo confirma que el problema es preocupante.



Violencia de género en mujeres con discapacidad

Ver vídeo:



Otra realidad que no ha sido suficientemente analizada es la situación de las mujeres que adquieren una discapacidad como resultado de la violencia hacia ellas. Sin embargo, según algunas investigaciones, en particular la violencia sexual puede tener repercusiones importantes a largo plazo para la salud física y mental, como lesiones permanentes en las mujeres sobrevivientes. Así, según un estudio publicado en la revista médica *Journal of the American Medical Association*, en una muestra representativa a nivel nacional de mujeres australianas, existía una correspondencia significativa entre la violencia basada en el género y los trastornos de la salud mental y la discapacidad intelectual. Algunas prácticas nocivas, como la ablación y la mutilación genital femenina, también podrían dar lugar a una amplia gama de impedimentos físicos y psicológicos.

Asimismo, es preciso conocer y abordar los casos de niñas y niños que nacen con algún tipo de discapacidad provocada por la violencia de género contra sus madres durante el embarazo o que adquieren la discapacidad posteriormente por violencia ejercida directamente contra ellas y ellos.

La invisibilidad en la que nos movemos explica por qué la sociedad sigue ignorando la existencia de mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia de género. No existen profesionales especializados en esta materia. Los servicios de atención en caso de violencia de género siguen violando flagrantemente la normativa sobre accesibilidad -las casas de acogida y de emergencia, los pisos tutelados, los teléfonos de información y denuncia, entre otros- siguen presentando barreras de todo tipo que impiden a las mujeres con discapacidad hacer uso de estos recursos.

Las campañas de concienciación social no incluyen a las mujeres con discapacidad como potenciales víctimas de violencia de género, lo que les impide poder identificarse con el problema, ni se ofrece información en formatos accesibles. Tampoco se han impulsado proyectos encaminados a concienciar e informar a las propias mujeres sobre sus derechos y en promover su autoestima en este ámbito.



Violencia de género y discapacidad

Escuchar audio:



MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS

A pesar de las particularidades en la violencia que sufren las mujeres con discapacidad, no existen muchos modelos teóricos que hayan tratado de dar una explicación comprensiva de las mismas. Expondremos a continuación algunos de ellos.

Modelo ecológico

Curry, Hassouneh-Phillips y Johnston-Silverberg (2001) presentaron el que denominaron modelo ecológico para entender la complejidad de la naturaleza del abuso a mujeres con discapacidad. Este modelo incluye tres conjuntos de factores influyentes:

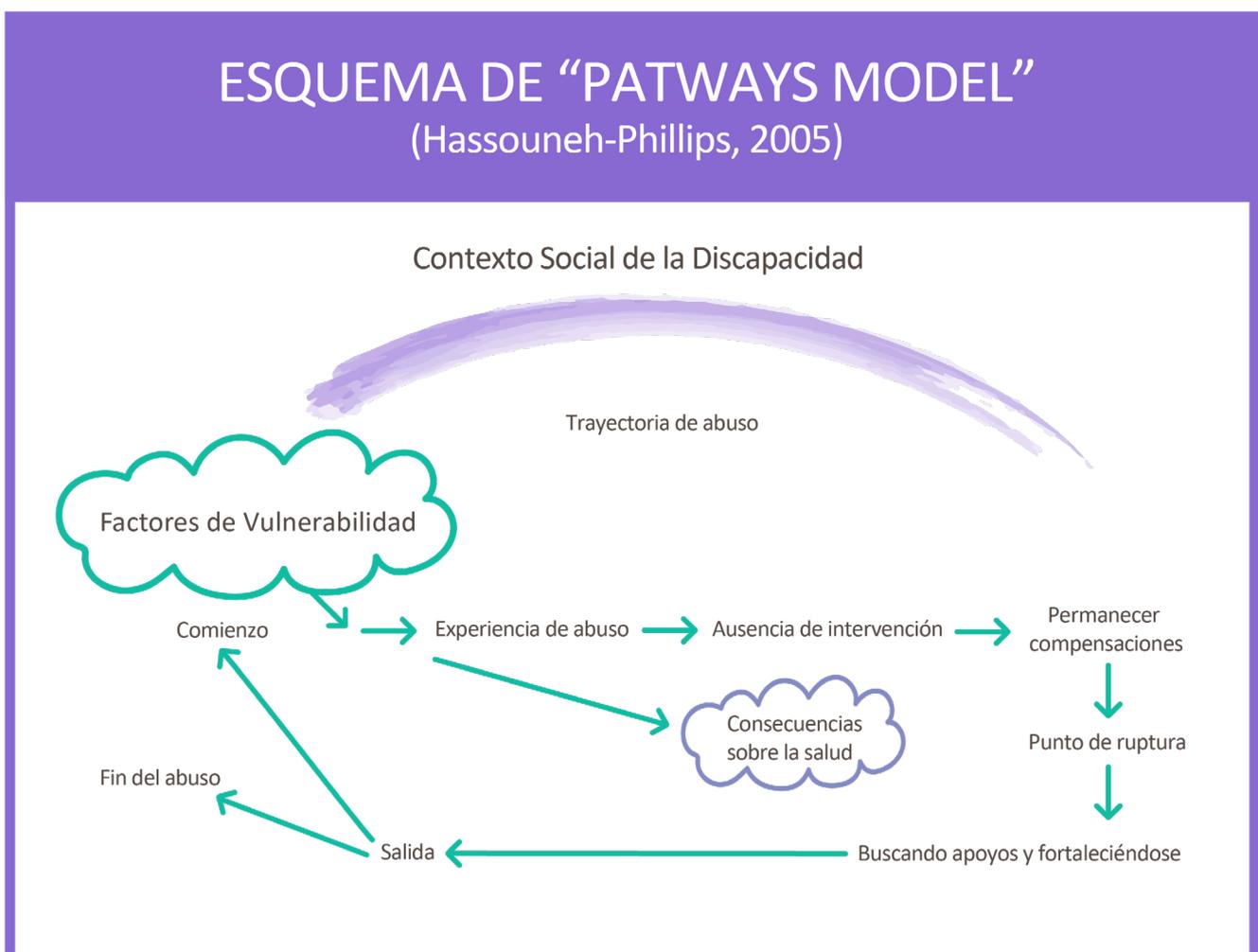
1. Factores culturales y del entorno.
2. Características de las potenciales víctimas.
3. Características de los potenciales maltratadores.

Entre estos tres tipos de factores, se considera que los culturales y del entorno que rodean a las personas con discapacidad son los que más gravemente las ponen en riesgo de abuso. En especial, el problema del estereotipo de *rolelessness*, visto en la Unidad 2, que tiene un efecto muy negativo en su autoestima y en sus posibilidades de vida, ayudando a incrementar sus niveles de pobreza y dependencia. En segundo lugar y dentro de las características de las posibles víctimas, la dependencia hacia un cuidador es una característica que hace más vulnerable a las mujeres con discapacidad. También la percepción de pérdida de poder (*powerlessness*), que puede estar influenciada por el aislamiento social, incrementa el riesgo de ser manipulada, y la falta de oportunidades de empleo, educación y dependencia económica. En tercer lugar, respecto a los potenciales maltratadores, encontramos dos posibles: la pareja sentimental que puede ser al mismo tiempo la persona cuidadora, y el resto de cuidadores/as, profesionales o familiares que necesiten. Las parejas que también ejercen el control de cuidador tiene una situación de control sobre estas que aumenta el riesgo de aislamiento y explotación. Las mujeres con discapacidad además tienen un alto riesgo de abuso por parte del personal cuidador, al mantenerse con ellos una fuerte relación de dependencia.

Pathways Model

Hassouneh-Phillips (2005) a partir de una investigación cualitativa basada en historia de vida de 37 mujeres con discapacidad, presentó el **Pathways Model**. Este modelo expone la trayectoria de vida de mujeres maltratadas con discapacidad física, y los factores que intervienen en ella, explicando cómo la falta de actuación social incrementa la duración de la relación de maltrato, y cómo afecta negativamente su contexto social caracterizado por una opresión sistemática hacia ellas. La devaluación social que sufren incrementa su vulnerabilidad personal, al mismo tiempo que disminuye su acceso a seguridad e intervenciones de prevención eficaces contra el abuso. Dentro de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir algún tipo de abuso, se encuentran los altos niveles de dependencia física.

Según este modelo, la trayectoria de abuso se compone comúnmente de 7 fases.



La primera fase o inicio (“getting in”) describe el proceso para comenzar una relación abusiva. La fase 2, denominada “experiencia de abuso”, se refiere a todos los tipos de abusos que las mujeres con discapacidad pueden sufrir, los abusos por el cuidador y las formas específicas de abuso. La ausencia de intervención corresponde a la fase 3, y se refiere a la inadecuada forma de intervenir e identificar los casos de abuso en las mujeres

con discapacidad por los organismos encargados para ello. La fase 4 “Compensaciones” o intercambios (trade-offs”), se refiere a cómo una relación abusiva puede también tener algunos beneficios, sobre todo si la pareja sentimental se convierte al mismo tiempo en el cuidador de la víctima, lo que hace que la relación sea más compleja y se mantenga en el tiempo. La fase 5, “punto de ruptura (“breaking point”), ocurre cuando los niveles de maltrato comienzan a ser intolerables. La fase 6 “buscando apoyos y fortaleciéndose” (“building support and gaining strenght”, se daría cuando se preparan para dejar la relación. Por último, la fase de salida (“getting out” describe el proceso por el que se deja la relación de forma temporal o permanente. Finalmente el modelo llama la atención de que una vez que abandonan la relación abusiva, las mujeres pueden volver a entrar en otra relación abusiva o quedar por completo fuera de éstas.

Invalidación

Hassouneh-Phillips et al. (2005), tras analizar los datos cualitativos de tres estudios de mujeres con discapacidad, propusieron a nivel teórico un proceso para explicar las situaciones concretas de maltrato y abuso perpetrado por los asistentes sanitarios, al que denominaron *Invalidación*. Lo definieron como el proceso que subyace al maltrato realizado por el personal médico y que se caracteriza por cuatro formas de abuso: *sobreprotección*, *humillación*, *deshumanización* y *daño durante los cuidados*.

PROCESO DE INVALIDACIÓN DE MUJERES CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN EL MODELO DE HASSOUNEH-PHILIPS ET AL. (2005)

Sobreprotección (tomando el control):

- Ignorando
- Manipulando el flujo de información
- Limitando las opciones de tratamiento

Deshumanización/Cosificación

INVALIDACIÓN

Humillación (dejar de lado):

- No hablándole directamente
- No creyéndole

Haciendo daño, perjudicando:

- Crueldad
- Juzgando
- Exploración física brusca o forzada
- Empujando más allá de los límites
- Sin anestesia para procedimientos dolorosos



La *sobreprotección* ocurre cuando los profesionales de la salud se sitúan en posición de autoridad *sobre* las mujeres, tomando decisiones sobre la salud para ellas en lugar de *con ellas*.

La *humillación* o degradación ocurre cuando un profesional de la salud no habla directamente con las pacientes o no las cree.

La *deshumanización* se produce cuando el profesional de la salud considera a la mujer como una enfermedad o un “caso”, en lugar de tratarla como una persona.

Hassouneh-Phillips et al. (2005) identificaron cinco formas diferentes de hacer *daño* a las mujeres *durante los cuidados médicos*: ser crueles con ellas, juzgarlas, realizarle exploraciones físicas de forma brusca y forzada, presionarles más allá de sus límites y practicarles procedimientos dolorosos sin anestesia.

Anexo

Documentación de interés

Egea García, Carlos; Sarabia Sánchez Alicia. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad.
https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Fundación CERMI Mujeres. Publicaciones.
<https://www.cermi.es/es/mujeres/publicaciones>

Fundación CERMI Mujeres. II Plan integral de acción de mujeres con discapacidad (2013-2016)
https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/II_Plan_Integral_de_accin_de_mujeres_DEFINITIVO.pdf

Fundación CERMI Mujeres. Derechos Humanos de las mujeres y niñas con discapacidad. Informe España 2018
https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/n%C2%BA10_.pdf

Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIDDM-2
<https://sid.usal.es/idocs/F9/9.1-1227/9.1-1227.pdf>