



*Aseorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATII20618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

**Año: VI**

**Número: Edición Especial.**

**Artículo no.:83**

**Período: Junio, 2019.**

**TÍTULO:** Impacto social de la discapacidad en la mujer.

**AUTORES:**

1. Dra. Yazmin Castillo Sánchez.
2. Dra. Dulce Lorena Armendáriz Aceves
3. Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig.

**RESUMEN:** Las mujeres con discapacidad han estado “invisibles” tanto en los estudios de género como en investigaciones sobre discapacidad, por la doble discriminación que sufren como mujeres y discapacitadas la cual les priva del ejercicio de sus derechos como la plena participación social y la consecución de objetivos esenciales de vida. Se realizó un estudio con 165 mujeres del Estado de México, con edad promedio de 45 años, 43% de ellas viven con algún familiar, presentando el 65% discapacidad física. El estudio reveló los problemas existenciales y sociales que influyen en la disminución de su motivación y autonomía, así como el acceso a las condiciones de vivienda apropiadas para su situación de discapacidad lo que conlleva repercusiones en aspectos de salud.

**PALABRAS CLAVES:** Impacto social, genero, mujer, discapacidad.

**TITLE:** Social impact of disability in women.

**AUTHORS:**

1. Dra. Yazmin Castillo Sánchez.
2. Dra. Dulce Lorena Armendáriz Aceves.
3. Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig.

**ABSTRACT:** Women with disabilities have been "invisible" both in gender studies and in research on disability, due to the double discrimination suffered by women and the disabled, which deprives them of the exercise of their rights such as full social participation and achievement. of essential life goals. A study was conducted with 165 women from the State of Mexico, with an average age of 45 years, 43% of them living with a relative, presenting 65% physical disability. The study revealed the existential and social problems that influence the decrease of their motivation and autonomy, as well as the access to the appropriate housing conditions for their disability situation which entails repercussions on health aspects.

**KEY WORDS:** Social impact, gender, woman, disability.

**INTRODUCCIÓN.**

Se considera que en los próximos años, la discapacidad será un motivo de gran preocupación, debido al constante incremento en su frecuencia, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2004) al año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total. Aun cuando es difícil precisar la prevalencia e incidencia de la discapacidad, existen elementos para afirmar que tiende a aumentar, no sólo de manera absoluta como resultado del crecimiento de la población, sino en forma relativa como consecuencia del proceso de cambio demográfico, epidemiológico y social (INEGI, 2004).

La concepción social de la discapacidad integrada a la perspectiva de género permite la construcción de un nuevo campo para la comprensión de la discriminación en nuestra sociedad, y la elaboración de estrategias para redefinir las relaciones sociales en términos más justos y equitativos y una noción de ciudadanía que incluya a todas y todos.

La construcción social del género tiene su base en estereotipos y mitos que circulan en la sociedad, atraviesan la cultura y los grupos sociales, en diferentes momentos históricos. Abordar en forma conjunta el género y la discapacidad como factores que comparten y aumentan la discriminación, nos permite una doble articulación de “lo que es ser mujer y tener discapacidad”, situación donde las desigualdades se potencian, casi tanto como la discriminación y la violencia a las que son sometidas las mujeres.

Los diferentes roles sociales en función del género ponen a las mujeres con discapacidad en el umbral de la exclusión social, por dos causas: o bien se las invisibiliza o se les considera personas incapaces y no eficientes. Estos prejuicios sociales generan en ellas, además, una autopercepción negativa y victimista y, por lo tanto, una mayor reclusión en el hogar, asumiendo las responsabilidades familiares sin el reconocimiento social correspondiente.

En este sentido, el concepto de género, asociada a la noción de discapacidad permite encarar la temática con mayor claridad y contribuye a develar mitos y a eliminar estereotipos y prejuicios; sin embargo, a la fecha son muy escasos los estudios que aborden la discapacidad desde una perspectiva social y de género, que permita, además, determinar el posible impacto social que dicha condición puede estar ocasionando.

## DESARROLLO.

*Nuestro reconocimiento a las mujeres con discapacidad que han permitido acercarnos a sus historias, muchas veces dolorosas, otras ejemplares, todas llenas de humanidad y dignidad. Representan la voz de las que no se oyen, no se ven, no se sienten... ¿no interesan?... Este trabajo es el resultado de su colaboración.*

La discapacidad es un asunto que en los últimos años ha venido cobrando cada vez más interés tanto entre los tomadores de decisión como entre los académicos y la sociedad en general. Se considera que en los próximos años, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, debido al constante incremento en su frecuencia, ocasionado, entre otros factores por las diversas transiciones que están ocurriendo en nuestro país y en el mundo en general, como es la de tipo demográfico, que se refleja en el envejecimiento de las poblaciones, la de tipo epidemiológico, manifestada en el incremento de las enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos mentales; y la de tipo social, todo lo cual favorece el riesgo de que ocurra algún tipo de discapacidad (OMS, 2011).

La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia. Se considera que la discapacidad es un concepto que está en evolución pues no se tiene un consenso formal al respecto y además dado que las condiciones sociales son cambiantes ésta ha ido cambiando en su concepción. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), emitida por la OMS en 1980, se considera a la discapacidad como “*toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*”. La discapacidad se define también como la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales que al relacionarse con el contexto social producen minusvalías; estas últimas expresan el desfase entre las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad y las demandas del medio, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la

interacción entre una persona, que tiene una condición de salud y los factores contextuales de esa persona, ya sean de tipo ambientales o personal (OMS, 1980; INEGI, 2004).

También se menciona que la discapacidad *“resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”*. Si se define la discapacidad como una interacción, ello significa que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino que hay un componente socio-cultural importante (INEGI, 2004).

La población con discapacidad es un grupo de especial atención, básicamente porque es un fenómeno social que interesa desde diversas perspectivas a los sectores de la administración pública, a las instituciones privadas y a las organizaciones no gubernamentales. La discapacidad afecta no sólo a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte; sus dimensiones sociales y económicas, así como sus consecuencias para la salud pública adquieren otra magnitud. Las personas con discapacidad no presentan únicamente una limitación física en sus funciones (que se traduce en un déficit en la realización de sus actividades), sino también muestran un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural (INEGI, 2004).

En las últimas décadas, grupos de personas con discapacidad, junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, han identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. Esto ha favorecido que se pase de una visión de la discapacidad individual y médica a una forma de verla como social y estructural, lo que se ha descrito como el *“viraje desde un modelo médico, donde el enfoque es puramente biológico, a un modelo social, en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos”* (OMS, 2011; Barton, 1995; OEA, 1999).

El modelo médico, aunque pretenda reflejar la realidad del mundo de la discapacidad de manera neutral, realmente a lo que ha contribuido es a constituirlo en conceptos cargados de prejuicios que atentan directamente contra la integridad moral y física de la persona que tiene una discapacidad y a distorsionar y empobrecer su realidad confinándolos a una permanente marginación y exclusión social (INEGI, 2004).

Las Mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional (González, 2010).

El modelo social planteado propone que *“las personas con deficiencias sensoriales, físicas, cognitivas y mentales son discapacitadas como consecuencia de las desventajas estructurales que se mantienen en una sociedad hecha para y por las personas sanas y capaces”* (Allué, 2003).

El modelo social, de acuerdo con Allué (2003), se puede ejemplificar de la siguiente forma: *“no es la incapacidad de caminar lo que discapacita sino los escalones del edificio”*. Con esta perspectiva se da un cambio importantísimo ya que por primera vez se da voz y voto a las personas con discapacidad, donde el modelo social de la discapacidad hace hincapié en la *“opresión social y económica en vez de en las inadaptaciones individuales y las tragedias personales, lo que obliga al reconocimiento de la discapacidad como un problema de derechos civiles”*. De esta manera, el modelo social favorece una nueva visión del discurso sobre los derechos fundamentando una emergente construcción social de la discapacidad como grupo social y políticamente oprimido frente al anterior discurso de la dependencia y de las necesidades individuales (Allué, 2003; González, 2010).

El modelo social, por su parte, considera a la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social; bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de

la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad (Barton, 1995).

Bajo tal enfoque social, se ha documentado como en todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados en sus condiciones de salud y en su desarrollo como personas; por ejemplo, el acceso a escuelas, trabajos, etc. Así mismo, tienen tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad, lo que en parte es debido a los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a los diferentes tipos de servicios, en particular los relacionados con la salud, la educación, el empleo, el transporte o la información. Tales condiciones se ven magnificadas en las comunidades pobres (OMS, 2011).

Las personas que sufren de alguna discapacidad padecen, además, diferencias por género, edad, condición socioeconómica, sexualidad, origen étnico o legado cultural. Cada persona tiene sus preferencias y respuestas personales ante la discapacidad. Asimismo, aunque la discapacidad se correlaciona con la desventaja, no todas las personas con discapacidad tienen las mismas desventajas (OMS, 2011).

Es ampliamente conocido que uno de los aspectos básicos en el proceso de la salud-enfermedad-atención, es que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos, como son los de tipo genéticos, fisiológicos, entre otros y que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermar, situación que muchas veces siguen invisibles para los esquemas de las ciencias de la salud. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas. Las mujeres con discapacidad sufren una combinación de desventajas que se vinculan al género y la discapacidad, pues, por ejemplo es menos probable que contraigan matrimonio que las mujeres que no tienen ninguna discapacidad (OMS, 2011; Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000).

Es conveniente en los estudios sobre las desigualdades en salud, definir de manera precisa que cuando se llevan a cabo con un enfoque de género, éste no es una variable, toda vez que el género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia (Rohlf et al., 2000).

El género y la discapacidad interactúan colocando a las mujeres con diversidad funcional en una posición desigual respecto a los hombres y a las personas sin discapacidad. Por lo tanto sufren un mayor índice de marginación y exclusión social que desemboca en una violación de los derechos humanos más básicos. Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales en el estudio de la discapacidad. Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte (Conde, Portillo, Mun Man, 2006).

La violencia contra las mujeres es la expresión de la relación de desigualdad entre géneros. Se trata de la violencia basada en la superioridad de un sexo, el masculino, sobre otro, el femenino y afecta a toda la organización de la sociedad, de forma que los actos violentos debemos analizarlos dentro del contexto social y observar cómo inciden en las personas individualmente (Conde et al., 2006).

En cuanto al área de salud y mujeres con discapacidad, la crítica del modelo social a la medicalización de la discapacidad poco ha identificado la problemática de las mujeres en su especificidad, entre otros motivos porque no ha considerado la integración de una perspectiva de género. El término mujer con discapacidad es un término muy amplio, que incluye a las mujeres que tienen un considerable deterioro físico, sensorial y/o intelectual, sea visible o no, donde se consideran padecimientos como la diabetes, problemas cardíacos, cáncer de pecho, entre otros más, y que limita su actividad social.

Traducido a grandes rasgos, la desigualdad se refleja a nivel global para las mujeres con diversidad funcional en un mayor índice de analfabetismo; niveles educativos más bajos; menor actividad laboral y puestos de trabajo de menor responsabilidad y menor remunerados; mayor aislamiento social; más baja autoestima; mayor dependencia económica y emocional; mayor posibilidad de sufrir todo tipo de violencia de género; menor desarrollo personal y social; gran desconocimiento de la sexualidad; baja autoimagen auto corporal y un largo etcétera más de situaciones que reflejan esta desigualdad (Arnau, 2005).

Las mujeres que viven en la pobreza a menudo se ven privadas del acceso a recursos de salud, al acceso adecuado a la educación y a los servicios de apoyo. Por tanto, la mujer, atrapada en el ciclo de la pobreza, carece de acceso a los recursos y los servicios para cambiar su situación. Se han llegado a denominar a sí mismas “ciudadanas invisibles”, al no ser considerada su presencia como miembros de la sociedad. Los estudios sobre violencia contra las mujeres señalan que el problema afecta de modo generalizado a todos los grupos sociales sin diferenciación por área geográfica y niveles formativo, económico, físico o profesional (Pearce, 1978).

Sobre el Impacto Social no hay una definición generalmente aceptada del término y acuerdo en qué consiste, como ocurre con otros grandes conceptos como estrategia o responsabilidad social. Sin embargo se puede llegar a un acuerdo a partir de la definición de impacto, el cual se entiende como la *“influencia o efecto dejados en alguien o en algo por causa de cualquier acción o actividad”* y, por ende, el impacto social puede definirse como *“la influencia o efecto en la sociedad por causa de cualquier acción o actividad”* (Sen, 1979).

Existen una multitud de teorías de economía y sociología que han explicado el cambio y bienestar social, la gran mayoría explican la calidad de vida de las personas. Así, medir el impacto social es, concretamente, medir cómo ha cambiado la calidad de vida, y el bienestar de las personas en una sociedad. Por lo tanto medir un impacto social es medir cómo ha cambiado la calidad de vida de las

personas, su bienestar, a causa de alguna condición, como puede ser una enfermedad o programa de intervención (Sen, 1979).

Sobre la conceptualización del bienestar y la calidad de vida de las personas, se tienen diversas propuestas teóricas. Hay teorías que lo refieren al nivel de ingreso y de renta, es decir, el bienestar y la calidad de vida de una persona viene determinado por su nivel de ingreso (a mayor nivel de ingreso, mayor bienestar), o bien por la satisfacción o utilidad de ese nivel de ingreso o renta (a mayor utilidad, mayor bienestar). De todas las teorías, una de las más completas y más globales es la teoría de capacidades de Amartya Sen. El enfoque de Amartya Sen se basa en el concepto de capacidades como indicador del bienestar y calidad de vida de las personas, es decir que a mayores capacidades, mayor bienestar. Según Sen, el bienestar y/o desarrollo tiene que ver, más bien, con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser (las capacidades), entendidas como las oportunidades reales para elegir y llevar una vida que consideran valiosa con los recursos que tienen disponibles, teniendo en cuenta sus limitaciones psicológicas, sociales y ambientales (Sen, 1979).

El enfoque de capacidades está basado en el concepto de capacidad que se define como “las combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser: los distintos funcionamientos que puede lograr”. Es una definición abstracta y amplia, y se diferencia de otras definiciones que han ofrecido otros autores del término capacidad. En Amartya Sen el concepto de capacidad es complejo y multidimensional ya que incluye una serie de elementos interrelacionados como bienes, características de los bienes, factores de conversión y funcionamientos (Sen, 1979).

Diversos factores llegan a combinarse para afectar la salud de los individuos y de las comunidades. El estado de salud de la personas es determinado por sus circunstancias y entornos, lo cual hace que la salud no sea una cuestión que sólo dependa de la persona por sí misma; de tal forma que los factores como: el lugar donde vivimos, nuestro entorno, los antecedentes genéticos, el ingreso económico y el nivel educativo, así como las relaciones con amigos y familias (redes sociales), entre otros, son

determinantes que impactan en la salud de las personas y comunidades (Dalghren y Whitehead, 1991).

### **Metodología.**

**Tipo de estudio.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, donde se indagó sobre el impacto social que la discapacidad en mujeres puede estar ocasionando, mediante la aplicación de una encuesta a dichas mujeres.

**Obtención de datos.** Se consideraron para el estudio a todas las mujeres de la zona conurbada del municipio de Toluca y que están en el registro del Sistema de Atención a la Discapacidad del DIF del Estado de México, independientemente de su edad y tipo de discapacidad.

A todas las mujeres que desearon participar en el estudio se les aplicó una encuesta para identificar el impacto social de su condición.

La encuesta consideraba las siguientes dimensiones:

- a) Dimensión Personal (emociones, autonomía, desarrollo personal y actitud).
- b) Dimensión Material (acceso a alimentos, vestido, vivienda y actividad laboral).
- c) Dimensión de la Salud (tipo de discapacidad, enfermedades concomitantes y acceso a servicios de salud).
- d) Dimensión de Convivencia Familiar (organización y estructura de la familia, relaciones con los miembros de la familia y cuidados).
- e) Dimensión de Relaciones Sociales.

Para las historias de vida se consideraron a las mismas mujeres. Las historias de vida se llevaron a cabo mediante una guía estructurada que contiene los siguientes aspectos:

- Percepción de su discapacidad.
- Percepción de su propia vida.

- Percepción de sus relaciones sociales.
- Percepción de su condición laboral.
- Percepción de sus relaciones familiares.

### **Análisis de datos.**

*Variables e indicadores.* Se establecieron un conjunto de indicadores para cada una de las variables en estudio, ubicándolas como “dimensiones”, a efecto de poder evaluar de manera más precisa el Impacto Social.

### ***Dimensión personal.***

1. Emociones: alude tanto al grado como a la estabilidad de sus emociones en lo que a motivación, seguridad y autoestima se refiere.

2. Autonomía personal: grado de independencia del que gozan las personas en su día a día, tanto desde la perspectiva intelectual como desde el punto de vista físico.

Su valor será definido por 2 variables:

2.1. Autonomía intelectual: habilidad y libertad que tiene el sujeto para decidir por sí mismo desde los aspectos más cotidianos (qué ropa ponerse, qué pedir en algún lugar) hasta los más importantes, como por ejemplo decidir sus objetivos personales de vida.

2.2. Autonomía física: habilidad y libertad para realizar por sí mismo las tareas más cotidianas desde la perspectiva física (levantarse, ducharse, vestirse, desplazarse).

3. Desarrollo personal engloba los aspectos internos al individuo que contribuyen al desarrollo y a la mejora de la posición personal.

Su valor vendrá definido por 2 variables:

3.1. Expectativas: presencia de planes de futuro, a corto o medio plazo y a su adecuación tanto a las capacidades y limitaciones del beneficiario como a las barreras y oportunidades del entorno.

3.2. Conocimiento y asunción del proceso: valoración y conocimiento del itinerario que se ha de seguir y de los aspectos que se ha de mejorar, en todas las dimensiones, para lograr las expectativas personales.

4. Actitud y comportamiento, conducta adoptada por el beneficiario, no sólo en la dimensión estrictamente personal, sino en todas las dimensiones de la vida. Alude a su nivel de implicación y de compromiso, al cumplimiento de sus deberes y tareas, a la responsabilidad de las acciones y de sus consecuencias y la evitación de conductas de riesgo.

5. Satisfacción del beneficiario: grado de satisfacción del usuario con su vida en lo que a los aspectos de carácter personal se refiere (Este indicador será cumplimentado por el usuario).

#### ***Dimensión material.***

1. Acceso a alimentos disponibilidad o acceso estable a una cantidad de alimentos suficiente, tanto para el beneficiario en concreto, como para las personas que están al cargo; incluye el grado de autonomía para sufragar los gastos de alimentación por sí mismos.

2. Acceso a ropa disponibilidad o acceso estable a ropa limpia, en buen estado y apropiada (a la edad, a la talla, a la temperatura...) tanto para el beneficiario como para las personas que están al cargo; incluye el grado de autonomía para sufragar los gastos de ropa por sí mismos.

3. Alojamiento y vivienda cobertura de las necesidades satisfechas por la vivienda. Desde la más básica, la provisión de un techo donde resguardarse de las inclemencias del tiempo; hasta las más avanzadas: privacidad, seguridad, lavado, higiene, cocina, convivencia...; incluye el grado de autonomía para sufragar los gastos asociados a la vivienda.

Su valor vendrá definido por 3 variables:

3.1. Acceso a alojamiento y vivienda: disponibilidad estable de un lugar de residencia, independientemente del régimen de tenencia, y, en su defecto, acceso a un techo bajo el que pasar la noche.

3.2. Vivienda: cumplimiento de los requisitos mínimos de vivienda en cuanto a construcción y servicios (cocina, baño, agua corriente).

3.3. Adaptabilidad de la vivienda: adecuación de la residencia a los requerimientos y necesidades concretas de sus habitantes, tanto por número (hacinamiento) como por necesidades personales específicas (accesibilidad).

4. Ingresos disponibilidad, idoneidad en la gestión y procedencia de los ingresos recibidos por el beneficiario.

Su valor vendrá definido por 4 variables:

4.1. Disponibilidad de ingresos: tenencia de recursos económicos suficientes independientemente del destino que se les dé y de la idoneidad en su gestión.

4.2. Gestión de ingresos: idoneidad en la administración del presupuesto y destino de los ingresos.

4.3. Procedencia de los ingresos: legalidad y estabilidad de la fuente de ingresos.

5. Satisfacción del beneficiario: grado de satisfacción del usuario con su vida en lo que a los aspectos de carácter material se refiere (Este indicador será cumplimentado por el usuario).

### ***Dimensión de la salud.***

1. Estado de la salud: presencia o ausencia de una enfermedad, sea crónica o eventual.

2. Gestión de la salud: se refiere a la importancia que los beneficiarios otorgan a su salud, a la responsabilidad en el cuidado de sí mismos y en el cumplimiento de las prescripciones y de las recomendaciones médicas.

3. Adicciones: presencia o ausencia de consumo de sustancias tóxicas.

4. Satisfacción del beneficiario: grado de satisfacción del usuario con su vida en lo que a los aspectos sanitarios se refiere (Este indicador será cumplimentado por el usuario).

***Dimensión convivencial y familiar.***

1. Organización de la casa: estructuración y disposición de los aspectos más prácticos y básicos, tales como la limpieza, la higiene, el reparto de tareas necesarias para la buena marcha de la unidad de convivencia. Grado de autonomía en la manutención de estos hábitos dentro de la unidad de convivencia.
2. Relaciones dentro de la casa: idoneidad de las relaciones interpersonales dentro de la unidad de convivencia; la ausencia de conflictos o resolución de los mismos mediante la comunicación y el diálogo; ausencia de abusos de poder y maltratos físicos.
3. Normas, límites y valores: calidad y claridad de las normas, límites y valores otorgados a los menores.
4. Relaciones con la familia: frecuencia y calidad de las relaciones con la familia.
5. Satisfacción del beneficiario: grado de satisfacción del usuario con su vida en lo que a los aspectos de carácter convivencial y familiar se refiere (Este indicador será cumplimentado por el usuario).

***Dimensión de relaciones sociales.***

1. Frecuencia y carácter de las relaciones: tenencia o no de relaciones sociales más allá del núcleo familiar; estabilidad, continuidad, grado de vinculación y conveniencia de las mismas. Presencia de contactos en otros ámbitos.
2. Relaciones con el grupo de iguales: capacidad y habilidades para relacionarse de tú a tú con personas que, en un contexto determinado, adquieren su mismo rol (con los vecinos, otros padres del colegio, compañeros de clase).
3. Satisfacción del beneficiario: grado de satisfacción del usuario con su vida en lo que a los aspectos de carácter relacional se refiere.

### **Análisis estadístico.**

Para los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios se seguirá el siguiente proceso estadístico:

- Análisis univariado: se consideraron medidas de tendencia central y proporciones, que permitan identificar el comportamiento de las variables, acorde a su frecuencia.
- Análisis bivariado: se consideraron pruebas de hipótesis, como la chi cuadrada, t de Student, entre otras y correlaciones de Spearman y Pearson, de acuerdo con el tipo de variables.
- Análisis Multivariado: Se creó un modelo que nos ayudo a predecir de manera apropiada el impacto social acorde a las características de la mujer con discapacidad.

Los datos cualitativos que provienen de las historias de vida se evaluaron con un análisis semiótico, construyendo semas y metasemas.

Finalmente, se llevó a cabo un proceso de triangulación de los datos obtenidos de los análisis para elaborar las conclusiones.

### **Resultados.**

Considerando el objetivo principal de este estudio que fue determinar el impacto social que puede presentar la mujer con discapacidad que habita en el municipio de Toluca, Estado de México, se aplicaron 165 cuestionarios, a partir de los cuales se obtuvieron los resultados que se presentan.

La edad promedio de las participantes fue de 45 años, con una mínima de 18 y una máxima de 91 años. Con respecto al estado civil, la mayor proporción (37%) de las mujeres tiene una condición de casada y con un 29% solteras y un 12% viudas. Además, el 43% de las mujeres que participaron en el estudio viven con alguno de sus hijos, mientras que el 29% lo hace con su esposo e hijos, un 6% lo hace con un familiar que habitualmente es una hermana y solo dos mujeres reportaron que viven solas. Además, el tipo de discapacidad con que cursan principalmente las mujeres encuestadas es la

Discapacidad Física, en un 65%, la cual se caracteriza por la existencia de alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona.

También se reportó Discapacidad Sensorial, que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, en el 14% y de manera similar la Discapacidad Cognitiva-Intelectual, caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras, se presentó en un 15% de la población en estudio.

En lo que se refiere a la evaluación del Impacto Social en las mujeres con discapacidad, de acuerdo a las dimensiones consideradas para este estudio, las que se vieron más afectadas, por el puntaje mínimo que logran, son la Dimensión “Personal” en un 35% y la “Material” (42%), la Dimensión menos afectada fue la “Relaciones Humanas”, donde se reportó en el 53% de las participantes y la referente a la “Convivencia y Relaciones Familiares” con un 52%. Es de resaltar el puntaje tan bajo alcanzado en la Dimensión Laboral, de tan solo un 17%.

También se calculó el riesgo del Impacto Social, de acuerdo a las diferentes dimensiones consideradas para su evaluación, que se pudiera presentar en las mujeres con discapacidad. Como se aprecia en la Tabla No. 4, al comparar las mujeres menores de 40 años de edad con las de más de 40, se aprecia que se presenta un riesgo de 2.4 (IC<sub>95%</sub> 0.95 – 6.04) de desmotivarse en las mujeres de mayor edad, así mismo, estas mujeres tiene dos veces más riesgo de no tener acceso a los alimentos que las mujeres menores de 40 años.

A su vez, el conservar relaciones con otras personas y la frecuencia de las mismas, son factores que protegen a las mujeres de verse afectadas socialmente.

También, se evaluó el riesgo de Impacto Social de acuerdo a la condición de discapacidad. Las mujeres con un tipo de discapacidad diferente a la Física, tienen casi seis veces más riesgo de perder sus expectativas de logro de objetivos y búsqueda de mejoras en su vida (OR = 5.75, IC<sub>95%</sub> 2.43 – 13.57), también tienen poco más de dos veces más riesgo de ver afectada la frecuencia de sus relaciones con otras personas (OR = 2.48, IC<sub>95%</sub> 0.83 – 7.38) y su autonomía física (OR = 2.65, IC<sub>95%</sub> 1.08 – 6.49).

Así mismo, y como se aprecia en la Tabla No. 5, las personas con otro tipo de discapacidad, diferente a la física, tienen casi tres veces más riesgo de dependencia para sus actividades físicas, como bañarse, comer, vestirse, etc., (OR= 2.65, IC<sub>95%</sub> 1.08 – 6.49).

A su vez, hay factores, como la actitud (OR = 0.6, IC<sub>95%</sub> 0.2 – 1.6) y las relaciones que dichas mujeres tienen en su casa (OR 0.26, IC<sub>95%</sub> 0.03 – 2.09) y con sus familiares (OR = 0.31, IC<sub>95%</sub> 0.04 – 2.5), que resultan protectores para estas mujeres, posibilitando un tipo de Impacto, que se podría denominar como positivo.

### **Discusión.**

El presente estudio se realizó con 165 mujeres de Toluca, Estado de México, Toluca. Mujeres con una edad promedio de 45 años y que en la mayoría de casos (43%) viven con algún hijo o familiar, presentando un tipo de discapacidad física en el 65% de las participantes. Es conveniente mencionar que solo el 17% refirió tener un tipo de trabajo, el cual consiste básicamente en laborar como dependiente de algún establecimiento o de trabajadora doméstica, percibiendo en la mayoría de los casos (89%) menos del salario mínimo, además de no tener ningún tipo de prestaciones. Estos datos coinciden con lo que se reporta acerca de la mujer con discapacidad a nivel mundial, al referir que por lo general, estas mujeres están sometidas a desventajas sociales, culturales y económicas que reducen sus posibilidades de sobreponerse a su incapacidad, por lo que su participación en la vida de la comunidad es más difícil (OMS, 2011).

Según datos del INEGI (2004) es un hecho que del total de personas con discapacidad en nuestro país, aproximadamente un 51% del total son mujeres. Sin embargo y a pesar de ser mayoría entre la población con discapacidad, la realidad de las mujeres con discapacidad se ha definido por dos hechos. Uno se debe en parte, a que las mujeres con discapacidad han estado “invisibles” tanto en los estudios de género como en las investigaciones sobre la discapacidad y a lo que se conoce como la doble discriminación que afecta al colectivo. La invisibilidad se da porque la mujer con discapacidad ha permanecido, y permanece en gran medida “invisible” para la sociedad. El otro es la doble discriminación, es debido a que ser mujer con discapacidad marca una trayectoria de doble discriminación, como mujer y como discapacitada, y añade barreras que dificultan el ejercicio de derechos y responsabilidades como personas, la plena participación social y la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales. La discriminación de género, añadida a la discapacidad, margina doblemente esta parte del colectivo (Malo y Dávila, 2006).

Tal condición se ve reflejada en los resultados de este estudio, cuando en la medición de las dimensiones consideradas para evaluar el Impacto Social, se encuentra que las más afectadas son aquellas dimensiones que se refieren a la situación personal y material de la mujer, donde aspectos como la motivación y la autonomía se ven afectadas, y más conforme avanza la edad de la mujer. Así mismo, la dificultad de acceso a los alimentos y condiciones de vivienda apropiadas para su situación de discapacidad, entre otros factores de carácter material, se ven afectados con las consecuentes repercusiones en las dimensiones de salud y laboral, lo que limita y dificulta el acceso a la mujer a servicios de rehabilitación, favoreciendo la aparición de otras enfermedades concomitantes que complican aún más la situación de la propia mujer con discapacidad y de la familia.

Estos datos son congruentes, además, con la consideración que se hace respecto a que las mujeres que viven en la pobreza, como es el caso de las mujeres que participaron en éste estudio y que es la situación de la mayoría de mujeres con discapacidad en nuestro país, a menudo se ven privadas del

acceso a recursos de salud, al acceso adecuado a la educación y a los servicios de apoyo. Por tanto, la mujer, atrapada en el ciclo de la pobreza, carece de acceso a los recursos y los servicios para cambiar su situación (Pearce, 1978).

Considerando lo expuesto, se puede mencionar que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores, desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive, lo cual da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo socio-histórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo (OMS, 2011; Pearce, 1978).

Las mujeres con discapacidad son más vulnerables a tener un Impacto Social adverso en su vida personal y social. Considerando el Impacto Social como todo tipo de exclusión, distinción o restricción consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, se puede señalar que las mujeres con discapacidad que participaron en éste estudio, tienen un impacto adverso en sus condiciones sociales, al tener un mayor riesgo de padecer un limitado acceso a los alimentos, así como a disminuir su motivación y expectativas de vida con la edad, aunado a un incremento en la dependencia para sus actividades físicas básicas, como es el bañarse, vestirse, comer,

salir a la calle, quedando, en muchos casos reclusas en sus casas al “no haber quién les ayude a salir” y muy limitadas posibilidades de obtener un trabajo.

Lo anterior es similar a lo reportado por la OMS (2011), en su reporte mundial sobre la discapacidad, donde hace referencia a “las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente ganan menos cuando trabajan”. En consecuencia, las personas con discapacidad presentan tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad.

En promedio, las personas con discapacidad y las familias con un miembro con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones -como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud y poseen menos bienes que las personas y familias sin una discapacidad. Las personas con discapacidad pueden tener costos adicionales de asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares. Debido a estos gastos más elevados, es probable que las personas con discapacidad y sus familias sean más pobres que las personas sin discapacidad con unos ingresos similares (OMS, 2011).

Una variable importante de considerar es la que se refiere a las relaciones sociales, en general, la convivencia con la gente, que, de acuerdo con los resultados del estudio y los comentarios de las propias mujeres, resulta ser un factor protector del impacto social “negativo” en las mujeres con discapacidad. Lo cual concuerda con los resultados de otras investigaciones, que consideran al llamado apoyo social, como una de los aspectos fundamentales en la vida de las personas, para conservar y mejorar sus condiciones de salud y la calidad de vida. El apoyo social puede considerarse como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social. Este apoyo ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por ello, se ha

llegado a afirmar que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad (Barra, 2014).

Diferentes autores han demostrado que las personas mayores que disfrutan de amplias relaciones sociales tienen mayores probabilidades de sobrevivir y muestran mejores resultados en salud y autonomía, en particular las personas con algún tipo de discapacidad. La amplitud de las redes sociales, la frecuencia del contacto con amigos, o la fortaleza de la red familiar han mostrado efectos protectores frente al inicio de discapacidad, frenando su progresión e incluso incrementando el grado de recuperación (Avlund, Lund, Holstein, Due, Sakari, Heikkinen, 2004).

Sin embargo, la mayor parte del apoyo procede de familiares o redes sociales, pero recurrir exclusivamente al apoyo informal puede tener consecuencias adversas para los cuidadores, como tensión psicológica y emocional, aislamiento y pérdida de oportunidades socioeconómicas. Estas dificultades aumentan a medida que envejecen los miembros de la familia.

Las visiones estereotipadas de la discapacidad insisten en los usuarios de silla de ruedas y en algunos otros grupos “clásicos” como las personas ciegas o sordas. Sin embargo, a causa de la interacción entre problemas de salud, factores personales y factores ambientales, existe una enorme variabilidad en la experiencia de la discapacidad. Aunque la discapacidad se correlaciona con desventaja, no todas las personas discapacitadas tienen las mismas desventajas. Aparte de los obstáculos discapacitantes, las mujeres con discapacidad sufren discriminación de género (OMS, 2011).

Gracias a los importantes movimientos sociales encabezados por personas con discapacidad en el último tercio del siglo XX en países como Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos, la visión médica o asistencial se superó logrando que la discapacidad ya no sea un tema individual y únicamente de salud o asistencia, sino que sea un tema colectivo y de derechos humanos en el que la sociedad elimine las barreras que impidan la plena inclusión de las personas con discapacidad (OMS, 2011).

A manera de reflexión final, se puede decir que las personas con discapacidades conforman uno de los grupos más marginados del mundo y esto se agudiza más si se trata de una mujer. Esas personas presentan peores resultados sanitarios, obtienen resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades. Hoy en día la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos. Las personas están discapacitadas por la sociedad, no sólo por sus cuerpos. Estos obstáculos se pueden superar si los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales y las personas con discapacidad y sus familias trabajan en colaboración (OMS, 2011).

## **CONCLUSIONES.**

Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir, que existe un Impacto Social adverso en las mujeres con discapacidad, el cual se refleja principalmente en las Dimensiones de carácter Personal, donde se consideran aspectos tales como la motivación, autonomía y expectativas de vida; también la Dimensión Material, conformada por el acceso a alimentación, ropa y vivienda.

La Dimensión más afectada es la de tipo laboral, pues no obstante algunas políticas que se vienen estructurando para dar acceso a las personas con discapacidad a obtener un trabajo digno y con las prestaciones debidas, es poco lo que se ha logrado y menos aún para las mujeres con discapacidad, lo que favorece que se incremente su dependencia y pérdida de autonomía. Además de favorecer el empobrecimiento de la mujer y de su familia y por consiguiente una mayor repercusión en la salud de la mujer con discapacidad y en su posibilidad de acceder a servicios de salud.

Se sugiere llevar a cabo un trabajo enfocado al empoderamiento, tanto de la mujer con discapacidad como de su familia y/o persona que está al cuidado de la mujer, con la intención de modificar un punto esencial en la ocurrencia de la discapacidad y la exclusión de las personas, que son las denominadas “Barreras de aceptación social”, las cuales surgen debido a la falta de información e

imagen negativa que todavía hoy se percibe de las personas con discapacidad. Así como eliminar otras barreras que limitan y favorecen la discapacidad, las Barreras arquitectónicas y del transporte. También, el empoderamiento de las mujeres con discapacidad repercutirá favorablemente, en un aspecto raíz de la discapacidad la referida Barrera actitudinal de las propias mujeres con discapacidad, que por el desconocimiento de sus propias capacidades y falta de conciencia para aceptarlas de forma natural, condicionados por una autoestima muy deficiente y por importantes carencias de formación.

Finalmente, empoderar posibilitara el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar, soporte básico para poder conciliar la vida familiar, personal y laboral. La presencia de estas redes permitirá la disminución de situaciones de exclusión, derivadas de la imposibilidad de poder acceder e integrarse en un mercado laboral normalizado, así como al educativo y demás de carácter social, mejorando la calidad de vida de la mujer con discapacidad y de la sociedad en su conjunto.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Allué, M. (2003). *Discapitados: La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Bellaterra, Barcelona, España. PP 39.
2. Arnau, S. (2005). *La perspectiva de la Vida Independiente en las políticas de género y discapacidad. Materiales para confeccionar un Plan de Acción en materia de Mujer con Discapacidad..Comisión de Mujer del CERMI Estatal. pp.7*
3. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P, Sakari Rantala R, Heikkinen RL. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. 1: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. Jan; 59(1): S44-51
4. Barton, L. (1995). *Sociología y Discapacidad: algunos temas nuevos*. En: *Discapacidad y sociedad*. Trad. Roc Filella, Ed. Fundación PAIDEIA-Morata. SL. Traductor Addison Wesley Longman. Madrid, España.

5. Barra E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, Vol. 14, Núm. 2: 237-243, julio-diciembre.
6. Conde A, Portillo I y Mun Man Shum G. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Catálogo general de publicaciones oficiales <http://publicaciones.administracion.es>
7. Dalghren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies.
8. González R. (2010). *Las Mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles. Consejo Español de Estudios Iberoamericanos, pp.2737-2756.
9. INEGI, (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. México, ISBN: 970-13-3590-2.
10. Malo, M.A. y Dávila C. (2006). *Género, discapacidad y posición familiar: La participación laboral de las mujeres con discapacidad*. Cuadernos aragoneses de economía, vol. 16, num. 1.
11. OMS, (1980). *Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Ginebra, Suiza.
12. OMS, (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*, OMS, Banco Mundial.
13. Pearce, D. (1978): *The feminization of poverty: Women, work, and welfare*. *Urban and Social Change Review* 11:28-36
14. Rohlfs, I., Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. *Gaceta Sanitaria*, 14 (Suppl 3), 60-71.
15. Sen, A. (1979), "Informational Analysis of Moral Principles", en R. Harrison (coord.), *Rational Action*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 115-132.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Aa.Vv., (2003). Las múltiples dimensiones de la discapacidad. Estudios en homenaje a Manuel Ruiz Ortega, Escuela Libre Editorial, Madrid.
2. Barton, L. (1998). (comp.), Discapacidad y Sociedad, Morata S.L., Madrid.
3. Cabra de luna, M.A., (2004) “Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias”, en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 50.
4. Organización de Estados Americanos (1999). Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos. Adoptada en Ciudad de Guatemala, Guatemala el 7 de junio de 1999. En: <http://www.cidh.oas.org/basicos/basicos8a.htm>.
5. Organización Mundial de Personas con Discapacidad (2006). Guía de Herramientas sobre la ratificación de la Convención.

**DATOS DE LOS AUTORES.**

**1. Yazmín Castillo Sánchez.** Doctora en Ciencias Pedagógicas, Máster en Educación, y Licenciada en Terapia Física. Especialista en Masaje Terapéutico y de Rehabilitación. Actualmente trabaja como Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico: [yomaetha@hotmail.com](mailto:yomaetha@hotmail.com)

**2. Dulce Lorena Armendariz Aceves.** Máster en Terapia Ocupacional, Especialista en Estudios de Género y Licenciada en Psicología. Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

**3. Maura de la Caridad Salabarría Roig.** Doctora en Ciencias Políticas, Máster en Ciencias Políticas y Licenciada en la Educación. Directora del Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica. Correo electrónico: [maura1059@gmail.com](mailto:maura1059@gmail.com)

**RECIBIDO:** 1 de mayo del 2019.

**APROBADO:** 10 de mayo del 2019.