



**GUÍA DE ACTUACIÓN**  
**DETECCIÓN Y PREVENCIÓN**  
**DE SITUACIONES DE VIOLENCIA**  
**HACIA LAS MUJERES Y NIÑAS**  
**CON DISCAPACIDAD**  
**DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**





**ACTUACIÓN  
ESPECIALIZADA PARA  
LA DETECCIÓN Y  
PREVENCIÓN DE  
SITUACIONES DE  
VIOLENCIA EN  
MUJERES CON  
DISCAPACIDAD**

**CEMUDIS**

**GUÍA DE ACTUACIÓN**

Confederación Estatal de  
Mujeres con Discapacidad

Edita: **Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS)**

© Ilustración de portada: Sabrina Rodríguez Castro

Adaptación y maquetación: Grafinco

Correcciones: Cemudis

Imprime: Grafinco

Depósito legal: M-25739-2022

# ÍNDICE

Introducción .....	5
1. Marco normativo.....	7
1.1. Legislación internacional .....	7
1.2. Legislación estatal.....	8
1.3. Legislación autonómica .....	9
2. El derecho a la salud de las mujeres.....	13
3. La violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad .....	17
3.1. Formas de violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad .....	18
Violencia física .....	18
Violencia psicológica .....	18
Violencia sexual.....	19
Violencia obstétrica.....	19
Violencia económica .....	20
Violencia estructural .....	20
Violencia cultural .....	21
Violencia vicaria .....	22
Violencia digital.....	22
4. Promoción e importancia de los servicios de salud y prevención de la violencia .....	24
5. Prevención y detección de situaciones de violencia hacia las mujeres con discapacidad .....	27
5.1. Perspectiva y recursos del equipo profesional de la salud .....	27
5.2. Itinerario para la detección de situaciones de violencia hacia mujeres con discapacidad.....	29
Recomendaciones para la entrevista clínica ante la sospecha de una situación de maltrato .....	31
Acciones a evitar en el caso de que la usuaria verbalice una situación de violencia .....	33
Fases del proceso de cambio .....	34
Registro en la historia clínica.....	37
5.3. Indicadores para la detección de situaciones de violencia .....	38
5.4. Flujograma de decisión ante posible situación de violencia de género.....	41
5.5. Flujograma de detección y valoración de la situación de riesgo en función de los indicadores.....	42
5.6. Perspectiva de las mujeres y niñas con discapacidad participantes en el estudio .....	43

5.7. Recursos destinados a mujeres y niñas con discapacidad .....	45
5.7.1 Recursos a nivel estatal .....	45
5.7.2 Principales recursos a nivel autonómico .....	46
Galicia .....	46
Castilla-La Mancha .....	47
Madrid .....	48
Navarra.....	50
Cataluña .....	52
Canarias .....	53
6. Entornos accesibles .....	55
6.1. Accesibilidad y salud .....	55
6.2. Diseño universal y modelo social de la discapacidad .....	56
7. Importancia de la comunicación y el lenguaje .....	59
Pero ¿cómo hablamos de discapacidad? .....	60
7.1. Recomendaciones en la intervención .....	61
Niñas y mujeres con parálisis cerebral .....	61
Niñas y mujeres con discapacidad orgánica .....	62
Niñas y mujeres con sordoceguera .....	62
Niñas y mujeres con discapacidad auditiva.....	63
Niñas y mujeres con discapacidad visual .....	64
Niñas y mujeres con discapacidad física o movilidad reducida .....	64
8. Glosario de términos .....	65
9. Bibliografía.....	69
10. Agradecimientos.....	77
ANEXOS .....	78
Anexo I: Cuestionario de autodiagnóstico.....	79
Anexo II: Preguntas facilitadoras para intervención desde el ámbito sanitario .....	81
Anexo III: Cuestionario para la identificación de situaciones de violencia ..	82
Anexo IV: Recursos web para profesionales sanitarios .....	89
Anexo V: Indicadores de accesibilidad para centros de salud y hospitalarios.....	92

# Introducción

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)<sup>1</sup>: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...), la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». Así mismo, en España, el derecho a la protección de la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución<sup>2</sup>, siendo esta competencia de los poderes públicos, quienes deben «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios». El derecho a la salud se concreta en la Ley General de Salud<sup>3</sup> donde se establece su financiación pública, universalidad y gratuidad; en otras palabras, toda persona tiene derecho a una atención sanitaria de calidad y en igualdad de condiciones.

A pesar de los continuos avances en cuanto a políticas de promoción y atención a mujeres con discapacidad, aún queda un largo camino por recorrer para alcanzar una accesibilidad y atención universal en el ámbito sanitario que garantice la igualdad de oportunidades y que facilite la prevención y/o la detección de situaciones de violencia.

Uno de los mayores problemas existentes en relación con esto es que no se han implementado las infraestructuras necesarias para una adecuada prestación de los distintos servicios que se ofrecen, además de un cierto desconocimiento de las pautas a seguir cuando se presentan estas situaciones.

De acuerdo con la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (2020)<sup>4</sup>, en España hay 3 255 843 personas con reconocimiento de discapacidad con un grado igual o superior al 33 %, de las cuales el 50 % son mujeres.

Sin embargo, esta cifra, lejos de traducirse en una igualdad de derechos efectiva entre mujeres y hombres con discapacidad dentro del ámbito de la salud, refleja una realidad marcada por las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, incluidos los de salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la violencia como una

1 Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

2 Cortes Generales. (27 diciembre de 1978). *Constitución Española*. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

3 Jefatura del Estado. (25 abril de 1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

4 Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (31 diciembre de 2020). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*. [https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/bdepcd\\_2020.pdf](https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/bdepcd_2020.pdf)

cuestión de salud pública<sup>5</sup> debido a su fuerte repercusión y a los desmesurados impactos que tienen en la vida de las mujeres y niñas. Es por ello que las Administraciones públicas poseen la obligatoriedad de dirigir la atención en «*tratar los problemas que afectan a la salud de las poblaciones, (...) con el objetivo principal de prevenir los problemas de salud y extender una mejor atención y seguridad a poblaciones enteras*».

La violencia es un tema que abarca diversos ámbitos, entre los que se encuentra el sanitario, en el que, en la actualidad, sigue existiendo una sobrecarga en la demanda de estos servicios y se sigue centrando la atención en la salud propiamente dicha y no de manera equilibrada con la social, lo que resulta un factor determinante cuando hablamos de violencia.

Ante un escenario social marcado por la urgente necesidad de eliminar cualquier tipo de violencia, la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS), en su incansable labor de visibilización, reivindicación y sensibilización en la defensa de los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, presenta este estudio con el propósito de servir como herramienta para potenciar los servicios y fomentar las actuaciones de los equipos profesionales del ámbito de la salud en la detección y prevención de situaciones de violencia que viven las mujeres y niñas con discapacidad.

Esta guía aborda aspectos conceptuales, tipos de violencia y sus indicadores, estrategias para la intervención en Atención Primaria y hospitalaria, accesibilidad universal, lenguaje inclusivo, así como también servicios de apoyo contribuyendo con la capacitación del equipo de profesionales de la salud.

Por otra parte, también se incluyen recursos para mujeres y niñas con discapacidad, enmarcados tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, abarcando las CC. AA. de Galicia, Cataluña, Madrid, Castilla-La Mancha, Navarra y Canarias.

CEMUDIS mantiene el compromiso de impulsar acciones junto a los y las profesionales de la salud, con el objetivo de eliminar cualquier tipo de violencia que incumbe a mujeres y niñas con discapacidad, promoviendo los derechos humanos de este colectivo en el ámbito sanitario y asegurando su promoción de la salud y bienestar.

---

5 Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

# 1. Marco normativo

## 1.1. Legislación internacional

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) ratificada por España (1983) en el Protocolo adicional.
- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1984, así como su Protocolo Facultativo (2002).
- La Convención internacional de derechos del niño/niña (1989).
- Declaración Sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer (Naciones Unidas, 1993).
- Segundo Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa (adoptado en Budapest los días 28 y 29 de mayo de 2011 por la Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad, propuesta de su Comité de Mujeres).
- Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (2006).
- Directiva 2011/36/UE relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 002/629/JAI del Consejo.
- Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la lucha contra los abusos y la explotación sexuales de los menores y a la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo.
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.
- Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad (2019).

Adoptados por el Consejo de Europa:

- El Convenio para la protección de los niños y niñas contra la explotación y el abuso sexual de 2007 (Convenio de Lanzarote).
- El Convenio de la Lucha contra la Trata de Seres Humanos, de 16 de mayo de 2005, en vigor desde el 1 de febrero de 2008 (Convenio de Varsovia).
- El Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, de 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul).

## 1.2. Legislación estatal

- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las Víctimas de la violencia doméstica.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012).
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su inclusión social (2013).
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito.
- Protocolo para la Atención a Mujeres con Discapacidad Víctimas de Violencia (2021).

## 1.3. Legislación autonómica

### Galicia

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género.
- Ley 10/2014, de 3 de diciembre, de accesibilidad.
- Decreto Legislativo 2/2015, de 12 de febrero, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales de la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de igualdad.
- Ley 12/2016, de 22 de julio, por la que se modifica la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género.
- Protocolo de coordinación y cooperación institucional frente a la violencia de género en la comunidad autónoma de Galicia (2018).
- Ley 14/2021, de 20 de julio, por la que se modifica la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género.

### Cataluña

- Ley 4/2001, de 9 de abril, de modificación del apartado 2 del artículo 63 de la Ley 13/1989, de 14 de diciembre, de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Administración de la Generalitat de Cataluña.
- Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley orgánica 6/2006, de 19 de julio, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.

- Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.
- Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña (2009).
- Ley orgánica 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres, DOGC 6919, de 23-07-2015.

## Castilla-La Mancha

- Ley 5/2001, 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Protocolo de Mujer Víctima de Malos Tratos (2005), editado por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (Dirección de Salud Pública y Participación).
- Acuerdo de coordinación institucional y aplicación de los protocolos entre diferentes instituciones para la prevención de la violencia de género y atención a mujeres de Castilla-La Mancha (2009).
- Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres en Castilla-La Mancha.
- Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha.

## Navarra

- Ley Foral 33/2002, de Fomento de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Navarra.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

- Ley Foral 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas.
- Decreto Foral 28/2014, de 16 de julio, de medidas tendentes a la accesibilidad universal en la atención a los ciudadanos dispensada por la administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos.
- Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres.
- Acuerdo Institucional para la coordinación ante la violencia de género contra las mujeres en Navarra (2017).
- Guía para profesionales. Protocolo de actuación conjunta ante la violencia contra las mujeres en Navarra (Instituto Navarro para la Igualdad, 2018).
- Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre mujeres y hombres.

## Madrid

- Ley 8/1993, de 22 de junio, de promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de Madrid (modificada en 2001).
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid.
- Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2008). Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2008).
- Guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios (2013). Consejería de Sanidad.
- Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid.

## Canarias

- Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género (modificada en 2017).
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria (2009).
- Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres.
- Estrategia para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Gobierno de Canarias (2013-2020).
- Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.

## 2. El derecho a la salud de las mujeres

Cuando se habla del concepto de salud, predomina la tendencia a pensar que una persona sana es aquella que carece de enfermedad. Es por eso que la OMS esclarece esta idea, definiendo el concepto de salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedades». A esto, el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales añade que la atención a la salud engloba más factores, como son: alimentación, nutrición, acceso al agua potable y/o condiciones sanitarias adecuadas.

Lo mismo sucede con las mujeres y niñas con discapacidad. Tal y como expone la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art.25), las mujeres y niñas tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud:

«Proporcionarán los Estado Parte los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores».

### Salud sexual y reproductiva

La atención a la salud sexual y reproductiva, por su parte, es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Al mismo tiempo, el término implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear y la toma de decisiones sobre cómo, cuándo y con qué frecuencia hacerlo.

La discriminación en este ámbito es consecuencia de diversos factores: el elevado índice de desinformación, la carencia de educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las barreras físicas a servicios como ginecología u obstetricia, las barreras debidas a la actitud respecto de la fecundidad y los tratamientos hormonales, etc.; todos hacen que no se tengan en cuenta las desigualdades de género y discapacidad.

La sobreprotección e infantilización de las mujeres y niñas con discapacidad provoca que no reciban ningún tipo de información sobre su salud sexual y reproductiva, ya que se considera que no deben o no necesitan recibir ningún tipo de educación sexual. Aquí, debemos hacer especial mención a las mujeres que viven institucionalizadas, ya que prácticamente no disfrutan de ninguna privacidad o intimidad, y su autonomía es casi nula.

Al no recibir una educación sexual, no se tiene la información necesaria sobre los conocimientos básicos precisos para poder protegerse de abusos sexuales, de embarazos no deseados, de ITS, etc.

La discapacidad, sumada a la escasa información sobre derechos sexuales, provoca que las mujeres con discapacidad intelectual vivan más violencia sexual, y que esta, a su vez, sea la más invisibilizada y silenciada.

Es importante recordar que la educación sexual nos atañe a todas las personas y que debe ser adaptada a las necesidades de cada una de nosotras. Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales y son, entre otros<sup>6</sup>:

- El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual, que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
- El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
- El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.
- El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.

La discriminación por desigualdades de género se da desde el momento que se aborda la salud desde una perspectiva masculina. Por razones biológicas y sociales, las mujeres desarrollan patologías diferentes a los hombres que, socialmente construidas, marcan una diferencia en el reparto de roles.

De esta manera, las mujeres y niñas con discapacidad parten desde una perspectiva condicionada por el patriarcado y el *capacitismo*, apartando y/o marginando a aquellas personas cuya funcionalidad física, sensorial o cognitiva se considera disfuncional<sup>7</sup>.

Varios estudios señalan que las mujeres y niñas con alguna discapacidad, ya sea física, sensorial, intelectual o psíquica, se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad a la hora de vivir situaciones de violencia, bien porque disponen de una menor capacidad para defenderse, por limitaciones para expresarse o por falta de credibilidad en su relato. Todo ello se entrelaza con las barreras en el acceso de manera autónoma a la información y al asesoramiento, y con todas aquellas formas de violencia que pueden causar una mayor dependencia de terceras personas (menor autoestima, menosprecio de su propia imagen, menor independencia y sensación de miedo por perder los vínculos con la persona económica).

---

6 Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009>

7 Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad. (2020). *Estudio para la detección de situaciones de violencia en el ámbito sanitario*.

Dicho esto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (recomendación general núm. 31) y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2014) esclarecen las características de las consideradas prácticas nocivas<sup>8</sup>:

En primer lugar, constituyen una negación de la dignidad o integridad de la persona y una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales consagrados en las dos convenciones. Además, son consideradas nocivas en la medida que comportan consecuencias negativas para sus destinatarias como personas o como grupos, incluidos daños físicos, psicológicos, económicos y sociales o violencia y limitaciones a su capacidad para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial.

Ligado a ello, expone que se tratan de prácticas tradicionales, emergentes o reemergentes establecidas o mantenidas por unas normas sociales que perpetúan el predominio del sexo masculino y la desigualdad de mujeres y niñas por razón de sexo, género, edad y otros factores interrelacionados. De esta manera, a las mujeres y las niñas se las imponen familiares, miembros de la comunidad o la sociedad en general, con independencia de que la persona preste, o pueda prestar, su consentimiento pleno, libre e informado.

Con el objetivo de abolir las prácticas nocivas y asegurar el bienestar de las mujeres y niñas con discapacidad, la Comisión Internacional de los Derechos Humanos (2006) informa sobre los derechos de la salud de mujeres y niñas con discapacidad, los cuales son enumerados de la siguiente manera:

#### 1. Acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones y oportunidades:

La accesibilidad es un derecho defendido en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>9</sup>, en el que expone que el acceso a los servicios de atención médica debe darse en igualdad de condiciones, al igual que lo hace la Comisión Internacional de los Derechos Humanos (2006) y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (capítulo VII, 1994).

Este último programa indica que los servicios sanitarios deben abarcar el derecho de las mujeres a obtener información, a elegir métodos para la regulación de la fecundidad y el acceso a servicios de atención a la salud reproductiva que combatan los riesgos en embarazos y partos.

---

8 Del Niño, C. D. L. D. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2014). Recomendación General núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta.

9 ACNUDH. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

2. No vivir discriminación o algún tipo de violencia en los centros de salud, ya sean públicos o privados.

3. Ser beneficiada por el Sistema de Protección Social en Salud, sin importar el origen étnico, condición socioeconómica y cualquier otro tipo de preferencia o ideología personal.

4. Ser atendida en instituciones y centros de salud que cuenten con infraestructura, insumos, medicamentos y personal médico adecuados.

De la misma manera, el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales resalta la importancia de garantizar la disposición de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud que sean de calidad y accesibles.

5. Gozar de un medioambiente sano y con las condiciones sanitarias apropiadas para el desarrollo.

6. Recibir información en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva.

7. Recibir la atención oportuna durante el embarazo y el parto para disminuir la mortalidad materna.

8. La detección y atención de enfermedades como el cáncer mamario y cervicouterino.

### 3. La violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad

La violencia contra las mujeres es la expresión que tiene la relación de desigualdad existente en una sociedad patriarcal; la superioridad de un sexo sobre el otro. Es por ello que la violencia hacia las mujeres debe ser analizada desde un contexto político, estructural y social, haciendo especial hincapié en la repercusión que tiene de manera individual.

Tradicionalmente, la violencia se ha relacionado con vivir agresiones de carácter físico, psicológico o sexual; no obstante, es preciso conocer todas las variantes de la violencia para poder identificarlas y prevenirlas. Así mismo, es importante recalcar que, por norma general, **las violencias no se ejercen de forma aislada, sino que confluyen entre sí.**

Según la *Asociación de mulleres con discapacidade de Galicia*, ACADAR, existen siete tipos de violencia hacia las mujeres con discapacidad que pueden ser ejercidas por sus parejas, familiares, amistades, personas cuidadoras o personas profesionales. En su guía *Violencia contra las mujeres con discapacidad. Ver y reconocer las señales* (ACADAR, 2015)<sup>10</sup>, analizan los distintos tipos de violencia, permitiéndonos conocerlos, detectarlos y abordarlos.

Además, se añaden dos nuevos tipos de violencia: la vicaria y la digital. Y es que, por un lado, la violencia vicaria ha sido reconocida en los últimos años como parte de la violencia hacia las mujeres, incluso Comunidades Autónomas como Galicia la han incluido dentro de la normativa vigente (BOE n.º 226, de 21 de septiembre de 2021). A su vez, la violencia digital, que también se encuentra en la misma fase de instauración en la legislación a través de la implementación normativa en CC. AA como, por ejemplo, Cataluña (DOGC n.º 8303, de 24 de diciembre de 2020), supone una *no tan nueva* forma de violencia hacia las mujeres a través de los medios digitales, que ya están integrados en nuestro día a día en prácticamente todos los ámbitos de la vida.

En el siguiente apartado, analizamos los distintos tipos de violencia que pueden vivir las mujeres con discapacidad.

---

<sup>10</sup> Se puede descargar la guía a través del siguiente enlace: [Guía Violencia contra las mujeres con discapacidad](#)

## 3.1. Formas de violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad

Existen múltiples formas de ejercer violencia, aunque no todas ellas son visibles o fáciles de identificar, por lo que es preciso diferenciar entre violencia activa y violencia pasiva. La **violencia activa** son los actos violentos visibles e identificables por parte de la persona agresora a una mujer o niña con discapacidad (daño físico, golpes, insultos, amenazas, etc.), mientras que la **violencia pasiva** es más sutil, no se identifica con facilidad (retirada de cuidados y apoyos técnicos para la autonomía personal, rechazos, privación de información, silencios continuados, ignorarlas, etc.).

### Violencia física

En su **forma activa**, es un **acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño**. La violencia física activa es la forma de violencia más conocida en la actualidad; no obstante, es indispensable entender que no es necesario un daño visible en el cuerpo para que esta se ejerza.

Cuando hablamos de la **negación o privación de los aspectos básicos** necesarios para el adecuado mantenimiento de la salud, higiene y apariencia, estamos hablando de **violencia física pasiva**.

La violencia física puede ser ejercida por familiares, pareja, amistades, figuras cuidadoras o de apoyo. Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019)<sup>11</sup>, 1 de cada 6 mujeres con discapacidad ha vivido violencia física por parte de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida<sup>12</sup>.

### Violencia psicológica

Es **toda conducta verbal o no verbal que provoque en la mujer desprecio o sufrimiento**. Junto con la violencia física, es una de las más comunes y reconocibles en el imaginario social.

11 Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Ministerio de Igualdad.

[https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf)

12 Hay que tener en cuenta, para todos los datos aportados en esta guía y sacados de la Macroencuesta, que la muestra es de 556 mujeres con discapacidad igual o superior al 33 %, lo que supone un 5,8 % del total.

Según el estudio *Mujer, discapacidad y violencia de género*<sup>13</sup> del año 2020, el 96,4 % de las encuestadas ha vivido violencia psicológica de control, seguida de quienes han vivido la emocional (81,8 %).

## Violencia sexual

**Es la acción de intimidación o invasión no consentida sobre el cuerpo de la mujer con fines sexuales.** Cuando no hay una consciencia de la intencionalidad de dicha acción se habla de abuso sexual.

La violencia sexual ejercida en las mujeres y niñas con discapacidad es una de las formas de violencia más invisibles y desconocidas; esto es debido a que socialmente se las ha visto como mujeres pasivas, anidadas y dependientes de los cuidados de otras personas. No obstante, y como se mencionó con anterioridad, **las mujeres y niñas con discapacidad tienen cuatro veces más riesgo de vivir violencia sexual que el resto de las mujeres.**

Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019), un 12,8 % de mujeres con discapacidad ha vivido acoso sexual por parte de un familiar. Así mismo, las mujeres con discapacidad que vivieron violencia sexual en la infancia (6,3 %) son casi el doble que las que no tienen discapacidad (3,3 %). El 14,8 % de las mujeres con discapacidad han vivido violencia por parte de una pareja o expareja a lo largo de su vida, en contraposición del 8,9 % de mujeres sin discapacidad.

La violencia sexual puede ser ejercida tanto por personas del entorno más próximo como del ajeno.

## Violencia obstétrica

**Es todo acto que es ejercido sobre el cuerpo de la mujer durante la atención en el parto, parto y posparto** por el conjunto del personal sanitario a través de prácticas insalubres o perjudiciales.

La existencia de la violencia obstétrica es innegable; la *mala praxis* está presente de manera rutinaria y en muchas ocasiones forma parte de los protocolos de actuación. No solo conocemos su existencia gracias a los testimonios de multitud de mujeres, sino que también puede

<sup>13</sup> Federación de Mujeres Progresistas. (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. Ministerio de Igualdad. Nota: Hay que tener presente que la muestra de este estudio, 155 mujeres con discapacidad, no es representativa, por lo que no se puede hacer una inferencia estadística. No obstante, deja de relieve la necesidad urgente de realizar una encuesta a gran escala a mujeres con discapacidad.

mos apoyarnos en datos estadísticos que muestran que España es el primer país en Europa atendiendo a partos instrumentalizados<sup>14</sup> y se encuentra muy por encima de otros países en inducciones<sup>15</sup> y en episiotomías<sup>16</sup>.

Cuando hablamos de mujeres con discapacidad, tenemos que añadir factores específicos, como son el trato deshumanizado, actitudes paternalistas si una mujer decide ser madre, información inaccesible, falta de consultas adaptadas, desconocimiento sobre prácticas médicas, falta de habilidades por parte del personal sanitario, etc.

En diciembre de 2020 entró en vigor en España la ley para la erradicación de la esterilización forzada en mujeres con discapacidad<sup>17</sup>.

## Violencia económica

**Es el acto de privación, limitación o control abusivo del poder económico de la mujer.**

La violencia económica es difícil de reconocer, ya que no siempre es palpable la privación, limitación o control de la economía de una persona.

Datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019) afirman que las mujeres con discapacidad viven violencia económica por parte de una pareja en mayor medida que las mujeres sin discapacidad (18,1 % de las que tienen o han tenido pareja en alguna ocasión frente al 11,6 %).

Esta es ejercida por las personas próximas al entorno familiar como por los poderes públicos.

## Violencia estructural

**Hace referencia al incumplimiento de la cobertura de las necesidades básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) basado en el diseño desigualitario de las estructuras sociales.**

14 Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. (2018). *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_web\\_hyperlinked\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf)

15 European Perinatal Health Report. (2011). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. [https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf)

16 Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. (2008). *European Perinatal Health Report*. <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>

17 Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. (2020).

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345)

La violencia estructural hace referencia a la obstaculización y olvido del desarrollo de las mujeres y niñas, sobre todo de aquellas que tienen discapacidad, dentro de una sociedad. Por ello, es responsabilidad de los poderes públicos equilibrarlo.

Atendiendo a la educación, y según el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) elaborado en 1998, la tasa de alfabetización de las personas con discapacidad es del 3 %, porcentaje que en las mujeres y niñas con discapacidad apenas alcanza el 1 %. Este dato es complementado por el Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (2020), el cual informa que, tras años después, la tasa de personas con discapacidad que no disponen de estudios es de un 5 % frente a un porcentaje notoriamente inferior al 0,5 % en las personas sin discapacidad.

Es de considerar que el tener un empleo no supone una plena inclusión social de las personas con discapacidad; de hecho, tal y como expone el Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (2020), la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social de las personas con discapacidad es del 32,5 %, cinco puntos por encima de la población general.

Siguiendo el Manual básico sobre género y discapacidad realizado por COCEMFE<sup>18</sup>, las mujeres con discapacidad son más propensas a los contratos a tiempo parcial (26,1 %) que los hombres con discapacidad (12,4 %).

Del mismo modo, el salario medio de las mujeres con discapacidad es hasta un 15,8 % inferior al de los hombres con discapacidad (COCEMFE, 2020).

## Violencia cultural

**Es cualquier aspecto de la cultura (etnia, religión, ideología, lengua, orientación sexual, etc.) que se emplea para justificar el uso de la violencia o el ejercicio de cualquier conducta discriminatoria.**

De acuerdo con la Federación de Mujeres Progresistas<sup>19</sup>, las mujeres y niñas con discapacidad tienen un **alto riesgo de vivir violencia basada en estereotipos sociales y aspectos subjetivos que tienden a deshumanizarlas o a infantilizarlas**, lo que provoca su exclusión, aislamiento e invisibilización.

---

18 COCEMFE. (2020). *Manual básico sobre género y discapacidad*. <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2020/06/COCEMFE-manual-genero-discapacidad.pdf>

19 Federación de Mujeres Progresistas. (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. Ministerio de Igualdad. Nota: Hay que tener presente que la muestra de este estudio, 155 mujeres con discapacidad, no es representativa, por lo que no se puede hacer una inferencia estadística. No obstante, deja de relieve la necesidad urgente de realizar una encuesta a gran escala a mujeres con discapacidad.

## Violencia vicaria

Esta violencia se entiende como el **homicidio, asesinato o cualquier forma de violencia que pueda ser ejercida sobre los hijos o las hijas de la mujer, así como sobre cualquier otra persona que esté estrechamente unida a ella.**

La finalidad de la violencia vicaria es causar el mayor daño psicológico posible. Está presente de forma estructural en la violencia contra las mujeres, ya que no es una forma de violencia ejercida solo en los casos más graves, ni tampoco es exclusiva de parejas que están en trámites de separación o divorcio. Está en el propio día a día de la violencia de género.

Según los datos oficiales, recogidos desde 2013, en España, más de 40 personas menores de edad fueron asesinadas por los padres, parejas o exparejas de sus madres.

Sin embargo, esta cifra sería mayor si también se incluyese en el recuento oficial a todas las personas «estrechamente unidas» a las mujeres o con alguna relación de parentesco de primer y segundo grado.

## Violencia digital

La violencia digital **se produce a través del uso cotidiano de las nuevas tecnologías** de la información y de la comunicación que, con el paso de los años, se convirtió en un aspecto fijo de las redes sociales y las aplicaciones de mensajería instantánea.

Existen nueve formas de violencia digital:

- **Ciberacoso:** Conducta violenta o de maltrato, repetitiva e intencionada, a través de las nuevas tecnologías. El 40 % de las personas jóvenes ha experimentado ciberacoso en su infancia o adolescencia alguna vez (Save The Children, 2019).
- **Grooming:** Acoso sexual a través de medios digitales a personas menores de edad, simulando una identidad falsa para establecer una relación emocional y sacar provecho.
- **Happy slapping:** Grabación de actos violentos para luego compartirlo en redes sociales, vulnerando la intimidad de la persona y humillándola. Según Save The Children (2019), un 15 % de estas agresiones parten del núcleo de amistades más cercano.

- **Sextorsión:** Ocurre cuando una persona pretende obtener material explícito de carácter sexual o favores sexuales por medio de amenazas, normalmente relacionadas con la publicación de contenido privado y/o sensible. En el 25 % de los casos conocidos de sextorsión, la persona responsable es la propia pareja o expareja (Save The Children, 2019).
- **Sexting (sin consentimiento):** Es la acción por la cual se reciben (o se envían) imágenes o vídeos de índole sexual a través de aplicaciones de mensajería instantánea o redes sociales, omitiendo el consentimiento o la autorización de una de las partes. La media de edad en la que se comienzan a producir situaciones de este tipo se encuentra entre los 14 y los 16 años.
- **Sharenting:** Hace referencia al hecho de compartir cualquier tipo de información de los hijos o hijas en redes sociales, de forma indiscriminada, comprometiendo su intimidad. La peligrosidad de esta forma radica en que puede ocasionar situaciones como sextorsión o *grooming*, entre otras.
- **Violencia online (pareja o expareja):** Es el conjunto de comportamientos normalmente reiterado, por el cual se ejerce coerción, control o menoscabo de la pareja o expareja.
- **Incitación a conductas dañinas:** A través de ciertos mensajes, campañas, discursos, etc., se promueve o se incita sobre comportamientos poco saludables, especialmente en mujeres menores de edad, por lo general, asociados con tendencias autolesivas o trastornos alimenticios.
- **Exposición involuntaria de material sexual o violento:** La exposición involuntaria hace referencia al consumo casual o al visionado de material audiovisual que puede provocar alteraciones en la conducta o en la sensibilidad de las personas. Otra vía de exposición involuntaria se da a través de redes sociales, por las cuales se comparte cierto contenido sexual o violento que compromete normalmente la intimidad de terceras personas que, sin tener voluntariedad, pueden ver el material o continuar con su difusión, siendo esto último, en algunas ocasiones, delito.

En definitiva, todos estos tipos de violencia confluyen diariamente en la vida de las mujeres y niñas con discapacidad, siendo casi imperceptibles para el resto de las personas, lo que aumenta el riesgo de exclusión social, ya que la vulnerabilidad se ve multiplicada, con menos acceso a la información y a los recursos.

En el apartado **5.3 Indicadores para la detección de situaciones de violencia** se muestran los diferentes indicadores que nos facilitan la identificación de los distintos tipos de violencia.

## 4. Promoción e importancia de los servicios de salud y prevención de la violencia

La atención sanitaria y, en concreto, los servicios de Atención Primaria, por su proximidad, son uno de los principales referentes de la Red de Atención a la Mujer en Situación de Violencia, y una de las principales puertas de entrada al sistema de salud. Su equipo formado por profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, pediatría y obstetricia, junto con las áreas de Atención Especializada y el Complejo Hospitalario, tiene la responsabilidad de prestar una atención integral y continuada a la ciudadanía.

Este engranaje posibilita que la Atención Primaria se sitúe cerca de las mujeres y niñas con discapacidad de forma constante, posibilitando la ejecución de acciones de prevención y atención de forma más cercana al lugar de actuación, además de ser más rápida y continua. Su proximidad permite también una mayor vinculación con las mujeres con discapacidad y dispositivos de apoyo presentes en el entorno para la protección y promoción de la salud y el bienestar, permitiendo la ejecución de acciones intersectoriales e integrales.

Así, el equipo de Atención Primaria, de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y emergencias es el responsable del contacto inicial con estas mujeres y niñas en situaciones de violencia, y, por tanto, responsable del seguimiento y sus derivaciones. El equipo profesional debe ser capaz de detectar indicios de violencia, de realizar abordaje y acogida adaptadas a mujeres y niñas con discapacidad, evaluar el grado de organización de la vida de las mujeres y niñas con discapacidad, además de poder orientar a estas que buscan apoyo en las Unidades de Salud.

Sin embargo, el equipo profesional de la salud, debido a la sobrecarga de este, traslada serias dudas sobre la oportunidad de trabajar en la atención a mujeres y niñas con discapacidad con temas relacionados a la violencia y problemas de esta naturaleza en la red de servicios de salud, por lo que creemos oportuno el poder realizar aportaciones que faciliten el trabajo en la detección y prevención e identificación de situaciones de violencia.

De la misma manera, para que la intervención sea eficaz en materia de prevención de situaciones de violencia que dañan a las mujeres y niñas con discapacidad, es recomendable que el equipo sanitario esté familiarizado con los apartados que presenta la guía, como son:

- Los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad.
- La información sobre la magnitud de la violencia que afecta a este grupo social y su repercusión para los servicios de salud.

- La importancia del ámbito sanitario como espacio adecuado para la prevención y atención a las mujeres y niñas con discapacidad en situaciones de violencia.
- Las posibles enfermedades asociadas a la violencia y sus repercusiones en la población femenina con discapacidad.

En este sentido, el trabajo multidisciplinar resulta imprescindible en los servicios de salud. Una adecuada coordinación con el entorno de la persona y un servicio adaptado a las necesidades de las mujeres y niñas con discapacidad propiciará el ambiente idóneo para el tratamiento de la violencia.

Dando continuidad a la coordinación multidisciplinar, cabe resaltar la importancia del ejercicio de los y las profesionales de trabajo social en la detección de situaciones sociales que afecten a la salud de las mujeres, que se destaca en las entrevistas realizadas a las figuras profesionales. De hecho, los relatos de los equipos profesionales de atención a la salud subrayan la necesidad de incrementar el número de trabajadores y trabajadoras sociales como forma de apoyo en la mejora del abordaje social de las personas usuarias.

Además, el equipo de salud explica que actualmente la disciplina de trabajo social sanitario se encuentra con grandes dificultades a la hora de abordar la alta demanda. A esto se le suma la ausencia de horarios adaptados al resto de personal sanitario y el escaso número de profesionales en comparación con otras profesiones.

A la hora de trabajar desde el ámbito sanitario con mujeres y niñas con discapacidad, es importante tener en cuenta una serie de valoraciones con la finalidad de realizar una atención lo más adaptada posible a las circunstancias en las que concurren cada una, haciendo hincapié en la individualidad de cada persona y las necesidades específicas de cada discapacidad.

**Las consultas y rutinas del personal sanitario han de estar adaptadas a las diferentes necesidades.** Por ejemplo, el tiempo de media de consulta médica oscila entre 10 a 15 minutos, pero esto es solo una media y no puede extrapolarse a todas las consultas, por lo que es importante tener otros baremos a la hora de automatizar las citas.

- Las políticas de salud pública de prevención a la violencia tienen que ser pensadas para atender a toda la población. Es decir, se deben desarrollar políticas teniendo en cuenta la diversidad dentro del conjunto de la población.
- Saber escuchar y preguntar a las mujeres y niñas con discapacidad sobre situaciones y/o indicaciones de violencia.

- Alternativas de asistencia para acoger y dar respuesta a los casos de violencia detectados que afectan a este colectivo.
- Contar con la información que facilite la identificación de posibles casos de violencia.
- Existencia de red intersectorial de servicios con la que las personas profesionales de la salud puedan sumarse para brindar atención integral a mujeres y niñas en situación de violencia.
- Mantener activo el debate sobre la importancia de la evaluación sistemática de la asistencia al colectivo de mujeres con discapacidad como una forma de entender y superar las dificultades existentes, además de servir de estrategia de sensibilización permanente del equipo sanitario al respecto de las necesidades del mismo.

# 5. Prevención y detección de situaciones de violencia hacia las mujeres con discapacidad

## 5.1. Perspectiva y recursos del equipo profesional de la salud

Este apartado está destinado a exponer las opiniones e información recabadas en los cuestionarios realizados al equipo profesional de atención a la salud. La mirada de las personas que trabajan diariamente con personas con discapacidad resulta de especial relevancia para comprender la situación actual en cuanto a la detección, prevención e identificación de situaciones de violencia. De esta forma, a través de las entrevistas, se obtiene información sobre los cambios en el procedimiento de atención durante la pandemia de la COVID-19, de qué manera y con qué frecuencia se aplica la normativa<sup>20</sup> y si resulta efectiva en el trabajo con mujeres y niñas con discapacidad que viven situaciones de violencia.

Así mismo, creemos en la importancia de plasmar aquellas mejoras propuestas por los equipos que posibiliten incrementar la efectividad de las intervenciones.

La detección de situaciones de violencia requiere de una atención especial por parte del equipo profesional que permita analizar la situación que viven las mujeres y niñas con discapacidad. Para ello, es de vital importancia que las usuarias perciban la consulta como un espacio cómodo y de confianza que les posibilite verbalizar aquello que les suceda.

En las encuestas realizadas, ante la pregunta de esta índole, casi la totalidad de los equipos profesionales entrevistados afirman que las mujeres y niñas con discapacidad no sienten libertad para expresar en consulta cualquier situación de violencia que puedan estar viviendo. Ligado a ello, las personas entrevistadas consideran que **las mujeres con discapacidad no encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia vividas en sus entornos más inmediatos** (familia, en las instituciones, trabajo, relaciones sociales, etc.).

Según el equipo profesional, las circunstancias que forman la actual coyuntura son las siguientes:

---

<sup>20</sup> Apartado 2. Marco normativo.

1. Consultas de tiempo reducido que no permiten generar un ambiente adecuado de confianza y comodidad.
2. Miedo generado por la posibilidad de sentirse juzgadas o que no se dé credibilidad a su relato.
3. No identificación del entorno sanitario como elemento de apoyo ante situaciones de violencia.
4. Déficit formativo en género y discapacidad entre los equipos sociosanitarios.
5. Presencia de persona acompañante (pudiendo ser la persona que ejerce la violencia hacia la usuaria).
6. Dificultades en la comunicación con la persona usuaria:
  - Por falta de recursos que se adapten a las diversas discapacidades como son personas mediadoras y/o intérpretes que posibiliten que una mujer con discapacidad acceda sin acompañante a la consulta en casos de dificultad para comunicarse (discapacidad intelectual, mujeres sordas, daño cerebral, etc.).
  - Por el aumento de las consultas no presenciales y las dificultades que conlleva el establecer contacto vía telefónica.
7. Atención centrada en la salud y no en lo social.
8. Las situaciones de violencia siguen siendo un tema tabú para la sociedad, por lo que no se habla de ellas.

En cuanto a los protocolos, si bien el personal sociosanitario afirma conocer la normativa existente respecto a la detección de situaciones de violencia, la investigación revela que no se hace uso de estos en el trabajo con mujeres y niñas con discapacidad. Paralelamente, los datos manifiestan la ausencia de un procedimiento informal que se active al detectar situaciones de violencia más allá de la derivación a Trabajo Social.

Resumiendo lo planteado, se puede decir que los actuales mecanismos de funcionamiento de los servicios sanitarios no facilitan una detección precoz de posibles situaciones de violencia, así como el inicio de un procedimiento de denuncia y protección real de las mujeres.

Entre las propuestas de mejora, se refuerza, en primer lugar, la importancia de la coordinación con otros recursos que impliquen a profesionales del ámbito sanitario y social, además de instituciones especializadas en materia de género y discapacidad y, por otro lado, la aplicación de procedimientos accesibles a personas con discapacidad acorde con las especificaciones de género y discapacidad.

En tercer lugar, como punto de mejora, el personal sociosanitario expone la necesidad de aumentar los tiempos de consulta. Según las declaraciones, los tiempos tan reducidos de atención no dan cabida a conocer las situaciones reales de las usuarias. Cabe resaltar que, en las zonas rurales, las situaciones de violencia quedan más invisibilizadas.

## 5.2. Itinerario para la detección de situaciones de violencia hacia mujeres con discapacidad

Tal y como se expone en el punto anterior, la detección de situaciones de violencia requiere una atención integral compuesta por todo el equipo sociosanitario que se relacione con la persona usuaria; los equipos de atención a la salud sexual y reproductiva, salud mental y atención primaria juegan un papel clave en la identificación de las mismas.

En toda intervención hay una serie de situaciones y/o indicadores que aportan información sobre la situación de la persona usuaria. Es por eso que creemos en la necesidad de aportar una serie de **factores de riesgo** que anuncian la posible vivencia de episodios de violencia:

- Consultar la existencia de antecedentes de violencia en la infancia o con anteriores parejas.
- Información de violencia a través de familiares, amistades u otras figuras profesionales.
- Reciente separación o divorcio.
- Lesiones frecuentes o utilización particular de los servicios sanitarios: periodos de «hiperfrecuentación» y otros de abandono, incumplimiento de citas y tratamientos, uso repetitivo de urgencias, frecuentes hospitalizaciones, etc.
- Lesiones físicas discrepantes entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, en diferente estadio evolutivo o consultas reiteradas. Lesiones bilaterales, de patrón central (cabeza, cuello, tórax o abdomen) y aquellas que indican una postura defensiva.

- Autolesiones.
- Alteraciones en los hábitos alimentarios. Los trastornos alimentarios pueden ser un signo de estar viviendo una situación de violencia.
- Daños o lesiones corporales en los y las menores, retraso del desarrollo, enfermedades psicosomáticas, accidentes frecuentes, dificultades en las relaciones, depresión, ansiedad, intentos autolíticos...
- Actitud y estado emocional de la mujer: temor, nerviosismo, tristeza, confusión, vergüenza, baja autoestima, culpabilidad o falta de cuidado personal, entre otros aspectos.
- Quejas crónicas e inespecíficas de mala salud: cefalea, cervicalgia, dolor, mareo, molestias gastrointestinales, pélvicas, insomnio, etc.
- Problemas ginecoobstétricos: lesiones, dispareunia, abortos repetidos, bajo peso al nacer, ausencia de control de la fecundidad, etc.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Aislamiento social, escasas relaciones y exclusión social.
- Actitud de la persona acompañante: excesiva preocupación o control o bien excesivo desapego y banalización de los hechos.

Las situaciones de violencia pueden comunicarse de forma verbal por la usuaria o persona allegada o, por el contrario, puede ocurrir que la mujer o niña no lo comunique. En este último caso, corresponderá al equipo profesional la detección e intervención.

Siguiendo en la línea de la intervención, el manual de Formación RESPONSE<sup>21</sup> nos ofrece una serie de **competencias transversales** frente a la realización de las entrevistas, las cuales son las siguientes:

---

21 Johnson M., Dulf D., y Sidor A. *Manual de formación RESPONSE para la detección de la violencia de género en los servicios de salud para la mujer*. Proyecto RESPONSE, 2017.

1. Esclarecer con la usuaria que ella no es culpable de lo que está sucediendo y no tiene que afrontar sola el problema. Podemos acompañar esta parte con la entrega de datos de contacto de organizaciones que proporcionan apoyo (emocional, legal, etc.) ante situaciones de violencia.
2. Dar continuidad a las citas ofreciendo un apoyo continuo. Preguntar de manera recurrente sobre el nivel de gravedad en el que se encuentra.
3. Acompañar de preguntas sobre cómo se encuentra, si hay algún asunto que le preocupe o si desea hablar del tema<sup>22</sup>.
4. Atención centrada en la persona, siendo siempre la usuaria el centro de intervención, quien dispone de la información sobre su situación y quien debe tomar las decisiones.

## Recomendaciones para la entrevista clínica ante la sospecha de una situación de maltrato<sup>23</sup>

- Atender a la usuaria sin la presencia de acompañantes.
  - La importancia de profesionales con formación en discapacidad o lengua de signos, entre otros, facilita la comunicación entre profesionales del ámbito sanitario y las mujeres usuarias, de lo contrario, nos encontraremos con situaciones en las que no podremos depender de la presencia de quien la acompaña, puesto que esta persona intérprete puede ser quien ejerza la violencia hacia esta.
- Facilitar la expresión de sentimientos manteniendo una conducta empática.
- Observar las actitudes y estado emocional de la usuaria.
- En la entrevista, comenzar con preguntas genéricas e ir evolucionando a cuestiones más concretas y directas, siguiendo una secuencia lógica.

En el caso de que la mujer o niña con discapacidad no reconozca la situación de violencia, se recomienda que la persona usuaria le informe sobre la valoración que hace sobre su situación. Para ello, se puede hacer uso de preguntas como:

---

<sup>22</sup> El Anexo II de esta guía incluye una serie de preguntas facilitadoras para su uso en las intervenciones.

<sup>23</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2016). *Protocolo Sanitario para mejorar la atención a mujeres que sufren violencia*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud.

- ¿A qué cree que se debe su estado de salud?
- Parece algo nerviosa/intranquila. ¿Hay algo que le preocupe?
- En ocasiones, la discapacidad puede verse agravada ante situaciones de violencia, ¿cree que puede ser su caso?

En el caso de que la mujer verbalice tener problemas de salud mental, como la depresión o ansiedad, puede realizar preguntas de la siguiente índole:

- Me gustaría conocer su perspectiva de los síntomas que me comenta. ¿Desde cuándo se siente así? ¿A qué cree que se debe? ¿Lo relaciona con algo?

Ante la sospecha de que la usuaria se encuentra en una situación de violencia, es necesario abordar el tema de manera que esta no se sienta cuestionada, creando así un clima de confianza que permita entender a la mujer que, en el caso de requerir, puede acudir a consulta a comunicarlo; un ejemplo del mismo es el siguiente:

- La violencia hacia las mujeres es un problema frecuente que conlleva graves consecuencias para la persona y su entorno. Es por eso por lo que, de manera rutinaria, pregunto a las mujeres usuarias si alguien de su entorno cercano ejerce violencia hacia usted.

En el caso de negar dicha situación:

- Me comunica que actualmente no es su caso, pero quisiera informarle de que, si alguna vez le ocurriera, puede acudir a consulta siempre que lo necesite, desde aquí podemos acompañarla en buscar una salida a dicha situación.

De la misma manera, es aconsejable trabajar la toma de conciencia y planificar visitas de seguimiento (en caso de tener movilidad reducida y no poder desplazarse al Centro de Salud, acudir al domicilio).

**En el caso de que la usuaria verbalice una situación de violencia y la persona agresora se encuentre fuera de la consulta, se procederá del siguiente modo:**

- No abordar la situación de violencia en profundidad, ya que la persona acompañante puede entrar mientras se está conversando.

- Ofrecer a la usuaria información de referencia y citarla para que acuda en otra ocasión y así poder trabajar en un momento más seguro.
- Establecer contacto seguro en el caso de que haya comunicaciones que dar.
- Asegurarse de que la usuaria se encuentra bien antes de invitar a consulta a la persona acompañante.
- Preparar una posible respuesta junto con la usuaria en caso de que el o la acompañante la interroge. Crear una historia que haga referencia al estado de salud.
- No prescribir fármacos que anule la capacidad de reacción de la usuaria, en caso de que sea necesario, bajo un riguroso control médico.

## Acciones a evitar en el caso de que la usuaria verbalice una situación de violencia

- Dar consejos directos o decir a la usuaria que no se aleje de la persona agresora.
- Animar a defenderse o devolver el golpe.
- Tomar medidas sin el consentimiento de la persona usuaria.
- Cuestionar las causas por la que soporta la situación.
- Trivializar el maltrato o minimizar el peligro.
- Desear/imponer resultados inmediatos.
- Comunicar o hacer saber a la persona agresora que la usuaria ha relatado la violencia ejercida.

Las mujeres que han vivido o están viviendo situaciones de violencia son, generalmente, atendidas por los servicios sanitarios. De hecho, es probable que las personas profesionales del ámbito sanitario sean el primer recurso al que recurren, por lo que resulta fundamental saber ofrecer una respuesta de apoyo para poder abordar la situación.

Así mismo, aquellas mujeres que no verbalizan la situación de violencia y abuso que están viviendo suelen acudir a los servicios sanitarios como consecuencia de estas. Algunas de ellas incluso no son conscientes de que su sintomatología está relacionada con situaciones de violencia.

Tanto si la mujer verbaliza vivir una situación de violencia como si no, las personas profesionales del ámbito sanitario deben estar capacitadas para identificar los distintos signos de violencia y cómo proceder; de esta manera podrán facilitar una respuesta en coordinación con otros servicios. Es por ello que contamos con protocolos de actuación a nivel estatal, autonómico o incluso desde los propios centros de salud y/o hospitales, pero, como se expone en esta guía, no tienen en consideración las casuísticas propias de las mujeres con discapacidad.

## Fases del proceso de cambio

Conviene hacer un especial hincapié en que únicamente se podrá salir de una situación de violencia si la mujer o niña con discapacidad está decidida a hacerlo, ya que, si esta no se encuentra preparada, la efectividad de la intervención se verá muy reducida. Por ello, resulta de vital importancia el empoderamiento de la persona usuaria, pues debe ser ella quien tome la decisión. A su vez, la persona profesional debe realizar un proceso de acompañamiento en la toma de decisiones; en ningún caso se recomienda tomar decisiones en nombre de otra persona (salvo que sea la persona tutora legal).

Si la persona profesional tiene dificultades a la hora de atender a la usuaria que vive una situación de violencia, es importante que la derive a una compañera para que pueda prestarle la atención necesaria.

### *a) Fase de precontemplación:*

Se trata de fomentar dudas respecto a la situación de maltrato, aumentar la conciencia y disminuir la tolerancia. En esta fase es probable que la usuaria sea consciente de que está viviendo una situación de violencia y la necesidad de realizar un cambio, a pesar de que no haya una motivación definida ni un plan de cambio concreto.

La persona profesional puede acompañar la toma de conciencia exponiendo a la mujer y/o niña la interrelación de su estado salud con la situación de maltrato. Si es necesario, esta puede adoptar la postura de no justificación del maltrato. **En esta fase no se recomienda realizar comunicaciones ni derivaciones, excepto que haya una situación de alto riesgo que así lo requiera.**

## b) Fase de contemplación:

El objetivo de esta fase es, por un lado, aumentar la toma de conciencia de la situación de violencia y, por otro lado, solventar las dudas referentes a favor de realizar los cambios. En este momento, la usuaria se da cuenta de su situación y se plantea la posibilidad de realizar un cambio a pesar de no tener un plan concreto.

La persona profesional puede acompañar esta parte con un ejercicio de reflexión en el que se analizan las anteriores situaciones: cuáles fueron los factores que obstaculizaron/impidieron continuar con el proceso; cuáles son los miedos de la persona usuaria; cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta la mujer y/o niña (redes sociales, vivienda, recursos económicos, etc.).

En esta parte conviene establecer un plan de seguridad y huida en el caso de que se produzca una situación de riesgo que así lo requiera:

- Disponer de un teléfono móvil y de los números de los organismos policiales, asociaciones de víctimas, familiares o personas de confianza, que sepan que una llamada suya puede significar una situación de riesgo.
  - Saber a quién llamar o a dónde ir; planes de transporte.
  - En el caso de una persona con movilidad reducida, si fuera necesario, disponer del contacto de la figura de asistencia personal y teléfono de transporte adaptado que pueda trasladar a la mujer o niña con discapacidad fuera del domicilio.
- Tener un plan de huida donde tener preparado con antelación documentación, ropa, llaves de casa, informes médicos y medicamentos y, si las hubiera, denuncias previas. Dinero y tarjetas de crédito. Guardarlo todo en un lugar seguro donde la persona agresora no pueda encontrarlo.
- Dentro del domicilio, cuando comienza un episodio de violencia, evitar lugares donde pueda haber armas potenciales (la cocina, por ejemplo). Preparar una salida potencial de la casa si el maltrato se incrementa (puerta o ventana accesible).
- Ante la existencia de menores en el domicilio, preparar todo aquello que pudieran precisar ante la huida o establecer con ellos o ellas situaciones de alerta que obliguen a la salida de la casa. Enseñar a los y/o las menores a ponerse a salvo u obtener ayuda, por ejemplo, llamando a la policía.

### *c) Fase de preparación:*

Fase de acompañamiento a la mujer o niña con discapacidad en el análisis de la situación y planteamiento de los cambios propuestos sobre la base de los avances realizados hasta el momento.

En este punto, la usuaria es consciente de la situación de violencia vivida y está decidida a cambiarla. Junto con la persona profesional se valora las expectativas de la mujer y los recursos disponibles para ello. Es imprescindible la coordinación con trabajo social, pediatría (con la presencia de menores a cargo), salud mental y servicios disponibles en la zona. Tanto el equipo profesional como la usuaria han de ser conscientes de los límites de los recursos existentes en función del tipo y grado de discapacidad que esta última tenga, por ejemplo, las mujeres con movilidad reducida encuentran más trabas a la hora de salir de sus hogares, ya que, por norma general, las viviendas tuteladas no están adaptadas.

Conviene revisar el plan de huida con la persona usuaria por el riesgo de violencia que pueda estar viviendo.

### *d) Fase de acción:*

Acompañamiento a la mujer o niña con discapacidad en la toma de decisiones. Se trata de llevar a cabo acciones que aporten seguridad a la persona, estudiando los miedos y preocupaciones y avanzando en el objetivo propuesto, replanteándolo si es necesario.

Tanto si la mujer decide mantener una vida dentro de su entorno como si decide distanciarse de la persona agresora, se generarán conflictos y obstáculos en los que es importante que se acompañe. De la misma manera, es primordial que el plan de huida sea consensuado con la persona usuaria, ya que la tercera fase es especialmente delicada, por lo que se debe garantizar la seguridad de la misma.

### *e) Fase de mantenimiento:*

El objetivo de esta fase es acompañar en el mantenimiento de las acciones emprendidas, la vigilancia del riesgo y prevenir las recaídas. Si la relación con la persona agresora concluye, se recomienda cambiar los números de teléfono de contacto y mantener en secreto la ubicación.

En caso de que la violencia no haya cesado, la intervención se centrará en abordar y gestionar la situación, atendiendo al margen de maniobra que la mujer o niña con discapacidad tenga. En caso contrario, se trabajará en las consecuencias del maltrato y los daños causados.

## Registro en la historia clínica

Tal y como expone el Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia (2016)<sup>24</sup>, el objetivo de la intervención es la restitución de la salud, la promoción de las condiciones para la recuperación integral de la persona usuaria (y menores si los hubiera) y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

En este sentido, resulta fundamental un adecuado registro que permita el seguimiento y la coordinación de todo el equipo.

De esta manera, las intervenciones realizadas deben anotarse en la historia clínica de manera que resulte legible para todo el equipo. Entre los datos a plasmar, deben encontrarse:

- Las personas que acuden a la cita (mujer usuaria, personas acompañantes) con la información aportada por las mismas, y acompañar, si es necesario, de citas o frases textuales.
- Fecha de la intervención.
- Confidencialidad acordada con la persona usuaria y sus límites.
- Resultados de la salud y planes de asistencia médica (lesiones y estado emocional).
- Valoración de su situación social.
- Evaluación del peligro existente.
- Intervención realizada.

Ante situaciones de violencia, es importante que el personal sanitario realice un parte de lesiones e informe médico que comunique el maltrato a las autoridades judiciales. De no ser así, no se estará atendiendo al principio de beneficencia.

En el caso de que la usuaria se oponga a la emisión del parte de lesiones, se debe indagar en sus miedos, necesidades y riesgos, siempre cumpliendo con el principio de no maleficencia.

---

<sup>24</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2016). *Protocolo Sanitario para mejorar la atención a mujeres que sufren violencia*. Consejería de Sanidad.

## 5.3. Indicadores para la detección de situaciones de violencia<sup>25</sup>

Siguiendo la guía de *Violencia contra las mujeres con discapacidad* (ACADAR, 2016), existe una serie de indicadores para cada tipo de violencia, los cuales nos pueden servir para identificar o prevenir situaciones de violencia.

Para la **violencia física**, una disfunción motora ajena a la discapacidad, marcas en muñecas o rodillas, mordeduras, quemaduras, arañazos, dolores crónicos, perforaciones de tímpano, problemas dentales, lesiones en órganos internos o incluso fracturas de diversa índole, pueden suponer indicadores de este tipo de violencia, sobre todo, en su forma activa.

Sin embargo, en su forma pasiva, se pueden registrar otros indicadores fruto de la negación o privación de aspectos básicos o necesarios para el mantenimiento o autocuidado de una persona como un estado de sedación o nerviosismo, desnutrición, vestimenta manchada o estropeada e inadecuada respecto al clima, o discapacidades no explicadas, por ejemplo.

En cuanto a la **violencia sexual**, los indicadores pueden ser físicos, emocionales y/o comportamentales.

Los desgarros vaginales, anales, del perineo o del tabique vaginorrectal, así como el picor, la erosión o laceración de la zona anal, una ruptura o perforación del himen, lesiones figuradas o moratones en muslos, mamas o nalgas, al igual que en boca, nariz, cuello o brazos, infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado, son ejemplos de indicadores físicos de la violencia sexual, entre otros.

No menos importante, las secuelas en el aspecto psicológico que cualquier acto relacionado con esta violencia (ya sea acoso, abuso o agresión) pueden servir como indicadores claros: alteraciones de sueño y alimentación, de la menstruación, sentimiento de inseguridad y desconfianza, cambios bruscos de conducta, tendencias autolíticas, interpretaciones hostiles de las formas de actuar de otras personas, rechazo, ansiedad, depresión, problemas en la atención o la memoria, miedo, disminución de actividad social, conductas regresivas, y un largo etcétera hasta completar una lista interminable.

Sobre la **violencia estructural**, sus indicadores son casi al mismo tiempo formas de explicar el origen de esta, ya que la diferencia salarial entre mujeres y hombres, la negación de derechos como el trabajo, la sanidad o la educación, la falta de accesibilidad, la invisibilización y la falta de oportunidades son, entre otros, indicadores clave.

---

25 Asociación de mujeres con discapacidad de Galicia. (2015). Guía *Violencia contra las mujeres con discapacidad*.

La **violencia psicológica** es el tipo de violencia que siempre está presente y, aunque dentro del imaginario social generalizado puede creerse que podemos reconocerla, hay que puntualizar que es muy difícil en algunas ocasiones poder anticiparse o prevenirla.

El control de la imagen, de las expresiones, de la comunicación, de las emociones, de las relaciones familiares, de las metas personales, del tiempo, del valor propio, el abandono de los cuidados o de apoyo, la negación de las capacidades, las amenazas y la culpabilización, son algunos de los indicadores más importantes y difíciles, en muchas ocasiones, de poder detectar.

Al mismo tiempo, una actitud nerviosa, baja autoestima, indecisión o sentimiento de culpa, son indicadores que pueden verse manifestados en la propia mujer con discapacidad.

Indicadores como la ausencia de información sobre los ingresos de la pareja, el control abusivo del dinero, la negación al acceso a un trabajo remunerado, reclamar excesivas justificaciones sobre los gastos o la venta de bienes matrimoniales o materiales sin consentimiento, pertenecen a la **violencia económica**.

Los indicadores de la **violencia obstétrica** están directamente relacionados con procedimientos y prácticas que no respetan la integridad física de las mujeres con discapacidad: el trato deshumanizado, los partos instrumentalizados, el abuso de medicación, intervenciones médicas injustificadas, esterilizaciones forzosas, falta de accesibilidad, falta de información y de atención, negación de derechos sanitarios, etc., son algunos ejemplos.

Por último, el ideario religioso, el ideario patriarcal, la LGTBI-fobia, el empleo de un lenguaje desigualitario, la invisibilización de una persona o un colectivo, las normas estéticas, la carga social en la tradición, la lástima social o la negación de derechos por aspectos como la religión, la raza, la ideología, la lengua o la orientación sexual, entre otros, son indicadores de la **violencia cultural**.

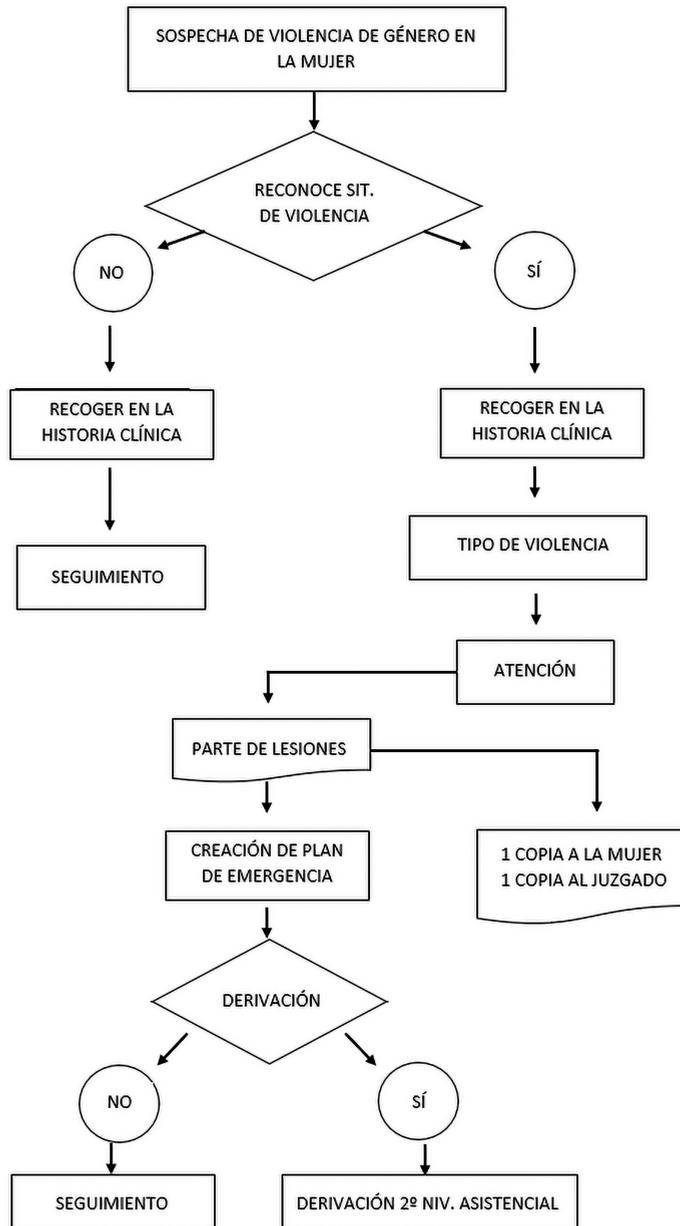
Sin embargo, al hilo de lo expuesto en el tercer apartado (La violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad), es sumamente importante reconocer algunos indicadores de los dos nuevos tipos de violencia, como son la violencia vicaria y la violencia digital.

A través de la propia definición de la **violencia vicaria**, entendida como el homicidio, asesinato o cualquier forma de violencia sobre familiares y personas cercanas con el fin de producir un daño a las mujeres, podemos reconocer diferentes situaciones o actos que pueden servir como indicadores de la misma; las amenazas relacionadas con los hijos e hijas, hacia otras personas de la familia o hacia otras personas pertenecientes a un círculo social próximo son actos y conductas que revelan la existencia de esta violencia.

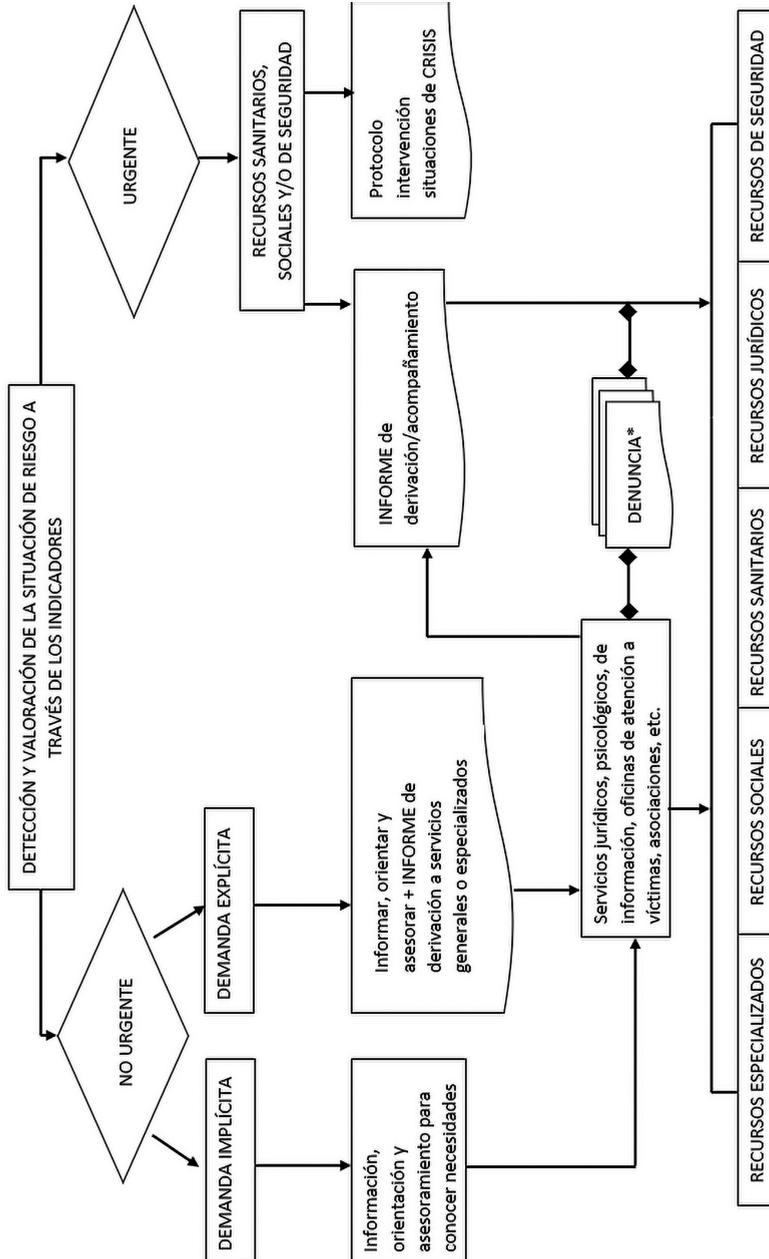
Además, podemos incluir aquí otras situaciones, como la interrupción de tratamientos médicos sobre hijos e hijas cuando están bajo la custodia o cuidado de la persona agresora, la violencia sobre hijo e hijas en la misma situación o la utilización de momentos de recogida y retorno dentro del régimen de visitas para amenazar, humillar o tratar de ejercer violencia física.

Por su parte, los indicadores de las situaciones de **violencia digital** se encuentran en sus propias variantes o tipos, explicadas en el apartado 3.1. El ciberacoso, el *grooming* y la sextorsión son las situaciones más comunes. Pero, además de esto, la incitación a conductas dañinas, la vulneración del consentimiento y la exposición de material sexual o violento de otra persona son también situaciones que indican la existencia de este tipo de violencia.

## 5.4. Flujograma de decisión ante posible situación de violencia de género



## 5.5. Flujoograma de detección y valoración de la situación de riesgo en función de los indicadores



\*Para la denuncia de una situación de violencia es necesario tener en cuenta diferentes factores condicionantes que se pueden detectar a través de primeras entrevistas en servicios sociales y/o sanitarios, como la peligrosidad o riesgo antes, durante y después de la misma, así como la existencia de personas menores de edad, la voluntad y autonomía de la mujer que está viviendo una situación de violencia, entre otros.

## 5.6. Perspectiva de las mujeres y niñas con discapacidad participantes en el estudio

La invisibilidad de la realidad de las mujeres y niñas con discapacidad contribuye activamente a la perpetuación de las situaciones de violencia hacia este grupo social. Este tipo de situaciones no solo se dan por parte de la pareja o familiares, sino que también puede ser ejercida por amistades, figuras cuidadoras o de apoyo, profesionales de referencia del ámbito sanitario y/o el entorno laboral.

Para conocer la situación de las mujeres y niñas con discapacidad en Galicia, Castilla La-Mancha, Madrid, Navarra y Cataluña, hemos realizado una serie de encuestas individuales que constan de seis bloques, distribuidos de la siguiente manera:

- Variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, nacionalidad, estado civil, tipo de hogar, discapacidad).
- Relación con la actividad laboral.
- Vida diaria (dificultades, toma de decisiones).
- Servicios sanitarios (uso de los mismos, frecuencia, conocimiento de los programas de cáncer de mama y cérvix uterino).
- Sexualidad y maternidad (conocimiento de los métodos anticonceptivos, número de embarazos, atención recibida por especialistas de referencia, asesoramiento y clases de preparación al parto, experiencias).
- Discriminación por motivo de tener discapacidad.
- Violencia (tipología de la violencia vivida, experiencias y demandas).

Como venimos diciendo, la realización de las encuestas a mujeres con discapacidad de manera presencial o telefónica ha permitido ahondar en algunos aspectos que en ella se preguntan. Entre otros, podemos concluir lo siguiente:

En primer lugar, son muchos los casos, sobre todo cuando hablamos de discapacidad mental o intelectual, en los que se ha cuestionado a las usuarias con discapacidad cuando han verbalizado el deseo de ser madres. No obstante, aun cuando uno de los razonamientos de la sociedad es que no son capaces de cuidar a otras personas, sí se las considera capacitadas para ejercer el rol de ama de casa y entre cuyas tareas más clasistas se encuentra el cuidado de infantes y personas mayores.

Algo semejante ocurre en las instituciones sanitarias, en las que, según las mujeres entrevistadas, apenas se les informa de las clases de preparación al parto o la manera en la que se puede adaptar, en caso de requerir, las dificultades de movilidad de la persona a los procesos del parto.

Por otro lado, debido a la carencia de información suficiente, las mujeres con discapacidad no siempre reconocen las situaciones de violencia que están viviendo y, en caso de hacerlo, en la mayoría de las ocasiones no llegan a verbalizar y/o denunciarlo por vergüenza, sentimiento de vulnerabilidad, soledad, falta de pruebas que acompañen al discurso o normalización de la situación.

Además, es necesario resaltar que, en muchas ocasiones, las mujeres apuntan que el hecho de no comunicar las situaciones de violencia está estrechamente relacionado con la idea de que no se dará suficiente credibilidad al relato, condición que resulta imprescindible en toda intervención.

Es por eso que es de vital importancia la labor de empoderamiento, haciendo visibles todos los tipos de violencia para que, de manera autónoma, puedan identificarla y detectarla.

Finalmente, según la información recabada en el estudio, los servicios sanitarios más empleados por las mujeres con discapacidad son los públicos. En ellos, las mujeres relatan una serie de problemáticas para acudir de manera autónoma como, por ejemplo, no poder comunicarse debido a la ausencia de una persona intérprete de lengua de signos. Por lo tanto, es imprescindible una modificación urgente en cuanto a accesibilidad, no solo a los propios edificios, sino también en relación con los aparatos y mobiliario, así como con el equipo profesional. La formación específica en materia de violencia de género y discapacidad resulta imprescindible para realizar un acompañamiento profesional que integre la detección, intervención e información sobre los diferentes procesos, como puede ser el de denuncia.

## 5.7. Recursos destinados a mujeres y niñas con discapacidad

### 5.7.1 Recursos a nivel estatal

- **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género:** A través de su página web ponen a disposición de la población en general diferentes recursos e información relacionados con la temática. Especialmente tienen un apartado específico de información útil para mujeres.
- **Servicio de Atención a las Víctimas de Malos Tratos (número de teléfono 016).** Hay dos servicios que ayudan a contactar con el mismo:
  - **TELESOR:** Servicio que permite comunicarse directamente, en tiempo real y sin coste, con las entidades que lo tengan contratado.

Para su funcionamiento se ha de seleccionar la entidad con la que se quiere establecer contacto y se ha de pulsar «Llamar». Para que el turno de palabra pase a la persona interlocutora, pulsar «Intro».

- **SVISUAL:** Permite la conexión de audio y vídeo a tiempo real a través de una figura de videointérprete que realiza las labores de interpretación solicitadas por cada persona usuaria.

Servicio disponible para toda persona con discapacidad auditiva y se puede contactar a través de un teléfono convencional. Cuando el servicio reciba la llamada, la persona intérprete pedirá los datos de la persona solicitante (nombre y apellidos, en el caso de haber realizado el registro en la plataforma o dirección IP). Una vez introducidos los datos requeridos, comenzará la videointerpretación.

Otros recursos disponibles:

- **ALERTCOPS:** Aplicación a través de la cual puedes compartir ubicación, dar avisos de delitos de odio y contactar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En caso de estar en peligro, la policía sabrá dónde encontrarte.

- **ATENPRO:** Servicio de ayuda a mujeres que viven o han vivido situaciones de maltrato. Se contacta a través del siguiente número de teléfono: 900 22 22 92 Disponen de un **servicio psicológico**. Las mujeres y niñas con discapacidad pueden mandar un wasap a los siguientes contactos: 682 916 136 / 682 508 507
- **FARMACIAS:** Servicio destinado a la atención de la violencia de género impulsado por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Las **farmacias** están dotadas para asistir en caso de requerir si se necesita ayuda; solo hay que entrar en una farmacia y decir las palabras «**Mascarilla 19**». De manera inmediata, el servicio farmacéutico inicia el correspondiente protocolo de actuación y alerta a los servicios de emergencia, asegurando la máxima confidencialidad.
- **ALBA:** Plataforma de atención e información sobre violencia de género, procedente de la Confederación Estatal de Personas Sordas. Este servicio ofrece ayuda haciendo uso de lengua de signos o mediante textos escritos.

## 5.7.2 Principales recursos a nivel autonómico

### Galicia

- **Teléfono de la Mujer:** Servicio gratuito y anónimo que funciona 24 horas al día y está disponible en 51 idiomas (disponible en lengua de signos de 8:00 a 22:00) Tfno. 900 400 273.
- **Programa de turno de guardia social en violencia de género:** Servicio a disposición de mujeres que viven violencia de género para asesoramiento y apoyo psicológico desde el momento de la denuncia. Su activación se realiza desde las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- **Programa de intervención terapéutica con mulleres que sufrieron violencia sexual:** Servicio dirigido a mujeres que han vivido situaciones de abuso y violencia sexual. Además, puede ser empleado por familiares o personas que, con el consentimiento de la mujer, cumplen un papel imprescindible en su recuperación. El programa también puede ser empleado por profesionales que trabajen con la mujer. Tfno. 981 269 955 / 607 116 642.
- **Atención psicológica a las víctimas de violencia de género:** Servicio de atención psicológica gratuita para mujeres que viven violencia de género. Así mismo, pueden emplear el servicio las hijas e hijos menores de edad, al igual que las personas que dependan de la mujer. Su acceso es anónimo las 24 horas. Tfno. 629 777 595.

- **Red gallega de acogimiento:** Son recursos especializados (residencias destinadas a ofrecer acogida, atención y recuperación a las mujeres que viven violencia de género, así como a sus hijas e hijos menores de edad). 900 400 273 - rga.igualdade@xunta.gal
- Dentro de la Red Gallega de Acogimiento también se encuentra el **Centro de emergencia para mujeres víctimas de la violencia de género**, que proporciona alojamiento inmediato y de corta estancia a mujeres y a las personas que de ella dependen, que se encuentren en una situación de violencia. Es necesaria una solicitud presentada por los CIM, Servicios Sociales del Ayuntamiento donde resida, entidades legalmente reconocidas, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o servicios sanitarios. 661 402 702 - centro.de.emerxencia@igualdadebenestar.org
- **Centros de Información a las Mujeres (CIM):** Es un servicio gratuito de información a las mujeres que proporciona asesoramiento jurídico, atención psicológica, orientación profesional, información en materia de recursos, etc. Están repartidos por toda la geografía gallega.
- **Centro de Recuperación Integral para Mulleres víctimas de violencia de xénero (CRI):** Atención integral para mujeres que viven violencia de género y las personas que dependen de ella. Tfno. 881 995 285.
- **Asesoramiento jurídico online:** Este servicio proporciona, de manera gratuita, información y asesoramiento jurídico sobre diversas cuestiones, entre ellas, violencia de género, acoso sexual, discriminación por razón de sexo, etc.

## Castilla-La Mancha

- Red de Recursos de Acogimiento **del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha:**
  - **Centros de Atención Urgente:** Ofrecen alojamiento y protección por un espacio corto de tiempo a las mujeres en situación de violencia y sus hijas e hijos menores. Están especializados en el diagnóstico interdisciplinar y valoración para la derivación al recurso más adecuado.
  - **Casas de Acogida:** Ofrecen un alojamiento temporal de larga estancia en condiciones de seguridad. Están especializadas en la atención integral para la recuperación de las secuelas de la violencia de género en las mujeres y sus hijas e hijos menores, y mujeres jóvenes.

- **Centros de Atención Integral:** Cuentan con plazas de acogida urgente y plazas de larga estancia que ofrecen una atención permanente e integral.

Teléfono de consulta y urgencias de malos tratos: 900 100 114.

- **Servicio de atención permanente** de la línea 900 100 114: En la actualidad, en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha existe un servicio de atención telefónica específico para mujeres que viven situaciones de violencia machista. Es un servicio gratuito que funciona durante las 24 horas del día, los 365 días del año.
- **Teléfono 012 Mujer** de información de la Comunidad de Castilla-La Mancha: Teléfono de ayuda para aquellas mujeres que pudieran estar viviendo algún tipo de violencia, pero que aún no se han decidido a denunciar. Proporciona apoyo sobre cómo actuar frente a la violencia machista y la información necesaria sobre los recursos disponibles, asesoramiento jurídico, apoyo psicosocial, orientación, ayudas económicas o programas de inserción sociolaboral.
- **Programa CONTIGO** del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha implementado en las cinco capitales de provincia de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha: Servicio gratuito de asistencia psicológica y asesoramiento jurídico previo a mujeres mayores de 18 años en situación de violencia, con un carácter integral y especializado.
- **Programa de asistencia psicológica a menores víctimas de violencia de género y de prevención e intervención integral en materia de agresiones y abusos sexuales:** La línea permanente regional gratuita 900 100 114 atiende las 24 horas ante una agresión sexual o violencia de género.
- **Programa de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género.** Tfno. 900 202 010.

## Madrid

- **Red de atención integral para la violencia de género:** Integrada por los centros para víctimas de violencia de género y los 54 puntos municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género. A través de ella se ofrecen distintos servicios de asesoramiento y atención a las mujeres que han vivido violencia de género y a sus familiares.

- **A través del servicio 012 de información de la Comunidad de Madrid:** Teléfono de ayuda para aquellas mujeres que pudieran estar viviendo algún tipo de violencia, pero que aún no se han decidido a denunciar. Proporciona apoyo sobre cómo actuar frente a la Violencia de Género y la información necesaria sobre los recursos disponibles, asesoramiento jurídico, apoyo psicosocial, orientación, ayudas económicas o programas de inserción sociolaboral.
- **Programa ATIENDE:** Servicio sanitario que valora y atiende los problemas de daño emocional que viven las mujeres que sufren violencia de género, con y sin orden de protección, prestando atención psicológica, psiquiátrica y social. Dispone de un recurso específico de atención para mujeres y otro para menores. El acceso a este recurso es por derivación de los profesionales de la Red de Atención Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid o del CIASI (Centro especializado de intervención sexual infantil). Tfno. e información: **012**.
- **Puntos municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género:** Son puntos de información y asesoramiento para las mujeres que han vivido violencia de género y también para todas aquellas personas profesionales que necesiten información y/o apoyo sobre el desarrollo de actividades dirigidas a la prevención de la violencia de género.
- **Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAVG 24 horas), Ayto. de Madrid:** Atiende a todo el Municipio de Madrid los 365 días del año. Es un servicio especializado en atención de emergencia y protección a las mujeres que han vivido violencia de género en el ámbito de la pareja y expareja, y sus hijos e hijas. Tfno. 900 222 100 // [savg24h@madrid.es](mailto:savg24h@madrid.es)
- **Servicio de Orientación Jurídica a la Mujer gratuita:** Es un servicio que tiene como finalidad facilitar el acceso a la justicia de las mujeres que viven o vivieron violencia de género. Una abogada se encargará de atender e informar en la defensa de sus derechos, tramitación de reclamaciones y obtención de la asistencia jurídica gratuita. Tfno. 917 206 247.
- **Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual:** El CIMASCAM presta tratamiento psicológico, orientación, apoyo, asistencia y defensa jurídica, con el objetivo de proporcionar una atención directa e inmediata, especializada y específica a mujeres que viven agresiones y abusos sexuales. Tfno. 915 340 922.
- **Programa de acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia de género en el ámbito jurídico:** Ayuda a que las mujeres conozcan el ámbito jurídico en el que van a hacer sus declaraciones y procurar que se sientan seguras, desterrando los posibles miedos e incertidumbres.

Atiende preferentemente a mujeres sin red de apoyo o con poco apoyo familiar, en las que se detecte elevado nivel de ansiedad y/o desorganización del discurso, con una persona abogada de turno de oficio y con dificultades para comunicarse con ellos. Tfno. 917 206 273.

## Navarra

- **Instituto Navarro para la Igualdad:** Organismo autónomo del Gobierno de Navarra de carácter transversal que trabaja para que las políticas de igualdad de género formen parte de todas las políticas públicas. Cuenta, entre otros recursos, con un proyecto de empoderamiento de mujeres mayores, programa de empoderamiento feminista. Tfno. 848 421 577 // [violenciainai@navarra.es](mailto:violenciainai@navarra.es)
- **Centros de atención a las mujeres (Navarra):** Dependientes del Instituto Navarro para la Igualdad, son centros que prestan información, orientación y asesoramiento a mujeres en situación de violencia u otras situaciones que puedan suponer riesgo de exclusión. Tfno. 848 421 588.
- **Equipos de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género (EAIV):** Recurso de atención a las necesidades de las mujeres en situación de violencia. Ofrece servicios de información, asesoramiento e intervención psicosocial, así como información legal, laboral, económica, de salud y protección que requiera tanto la persona usuaria como la unidad familiar a su cargo. El servicio se presta a mujeres que hayan concluido la estancia en los recursos de acogida como a aquellas que, sin ser usuarias de este, lo soliciten. No se requiere que se haya interpuesto una denuncia a la persona agresora.

Las actuaciones que ofrece este recurso incluyen tanto una atención grupal como una valoración de la situación individual de la persona usuaria y su entorno, diseñando un plan personalizado de atención compuesto por atención social y atención psicológica. Tfno. 948 004 952 // [eaiv.comarca@pauma.es](mailto:eaiv.comarca@pauma.es)

- **Oficina de atención a las víctimas del delito (OAVD):** Servicio dirigido a personas que vivan o hayan vivido un delito de violencia de género, agresión sexual, abuso a menores, robo y/o agresión con intimidación o fuerza, etc., a excepción de personas afectadas por un atentado terrorista.

Las personas atendidas pueden ser derivadas de dos formas: la primera, de forma directa si viven un daño o perjuicio sobre su persona o patrimonio, y la segunda, cuando no ha vivido personalmente el delito, pero sí las consecuencias en su entorno familiar. Tfno. 848 421 387.

- **Servicio de Atención Jurídica a las Mujeres (SAM):** Los colegios de abogacía de Pamplona, Tudela, Estella y Tafalla facilitan de manera gratuita un servicio de información, asesoramiento, acompañamiento y asistencia jurídica en casos de violencia contra las mujeres. Asistencia inmediata todos los días del año, 24 horas. 112-SOS Navarra.
  - Pamplona – 948 004 953
  - Estella – 948 553 620
  - Tudela – 948 403 665
  - Tafalla – 948 703 428
  
- **Servicio Municipal de Atención a la Mujer del Ayto. de Pamplona (SMAM):** Dirigido a mujeres en situación de violencia de género o en riesgo de estarlo, así como las personas bajo su responsabilidad que residen en el ámbito de actuación de las Áreas de Servicios Sociales de Tudela, Estella, Tafalla y Comarca de Pamplona (noreste y noroeste). Información, asesoramiento e intervención psicosocial, además de apoyo en aspectos legales, laborales, económicos y de salud. Tfno. 948 420 940.
  
- **Grupo de Protección y Atención Social de la Policía Municipal de Pamplona (UPAS):** Servicio ofrecido por el Ayuntamiento de Pamplona a través de la Policía Municipal. Presta protección y ayuda a las mujeres y niñas en situaciones de violencia en la modalidad de intervención directa en conflictos, resolución puntual, información y derivación al servicio especializado que corresponda. Tfno. 948 420 636 // Tfno. de urgencia 092.
  
- **Casas de acogida para víctimas de violencia de género:** Recurso residencial de media estancia para mujeres en situación de violencia de género (solas o acompañadas de sus hijas e hijos u otras personas bajo su responsabilidad), ofreciendo alojamiento, apoyo, acompañamiento y seguimiento individualizado. Tfno. 848 421 588.
  
- **Centro de urgencias para mujeres víctimas de violencia de género:** Ofrece acogida, alojamiento, manutención, orientación, asesoramiento y apoyo psicosocial inmediato a mujeres en situación de violencia solas o acompañadas de personas a su cargo. Esta acogida urgente es prestada durante siete días, que pueden ser ampliables a un mes en función de la situación. Tfno. 112 (SOS Navarra).

## Cataluña

- **Oficinas de atención e información del Institut Català de les Dones:** Existen 5 oficinas de información que prestan atención telefónica y telemática a las mujeres.
  - Barcelona – 934 951 600
  - Girona – 872 975 874
  - Lleida – 973 703 658
  - Tarragona – 977 241 304
  - Tierras del Ebro – 977 441 234
- **Red de atención y recuperación integral:** Conjunto coordinado de recursos y servicios públicos para la atención, asistencia y protección de mujeres (y sus hijos e hijas) que han vivido o viven violencia machista.
- **Servicios de Información y Atención a Mujeres municipales y comarcales (SIAD):** Son recursos que ofrecen información, orientación y asesoramiento en todos los ámbitos: laboral, social, personal, familiar, etc. En Cataluña existen 102 oficinas municipales y comarcales de atención a mujeres. Tfno. 977 309 206.
- **Servicios de Intervención Especializada en Violencia Machista (SIE):** Servicio público especializado que ofrece atención y recuperación a todas las mujeres y sus hijos e hijas en situación de violencia, proporcionando una atención integral continuada a través de un equipo interdisciplinar. Tfno. SIE Igualada Cataluña Central (Barcelona) 938 048 265.
- **Línea de atención contra la violencia machista:** Este servicio es gratuito, confidencial y funciona las 24 horas, los 365 días del año. Tfno. 900 900 120.
- **Punto de Información y Atención a las Mujeres:** Servicios municipales de proximidad que ofrecen información, atención y asesoramiento en todos aquellos temas de interés para las mujeres y posibilitan el acceso a diferentes recursos.
- **Servicios de Acogida, Recuperación y Acogida (SARA):** Ofrecen atención ambulatoria específica a personas que viven situaciones de violencia machista, así como información, orientación y asesoramiento tanto a personal profesional como a las mujeres y su entorno. Tfno. 900 922 357.

A su vez, existe **SARA JOVEN**, centrándose en realizar la misma atención específica a jóvenes de entre 12 y 17 años que han vivido o viven violencia machista. Tfno. 932 915 910.

- **Servicio de intervención en crisis graves:** Dirigido a mujeres que han vivido actos graves de violencia machista, a su entorno familiar y a las personas profesionales implicadas en la ayuda a estas personas. Tfno. 900 900 120 (a través de la línea de atención contra la violencia machista).
- **Centro Municipal de Acogida de Urgencia por Violencia Machista (CMAU-VM):** Servicio de acogida residencial de urgencia para las mujeres que viven situaciones de violencia machista y sus hijos e hijas, proporcionando atención integral y acogida todos los días del año, 24 horas. Se accede por derivación.

## Canarias

- **Instituto Canario de Igualdad:** Es el organismo encargado de las políticas de igualdad de oportunidades del Gobierno de Canarias.
  - Las Palmas de Gran Canaria – 928 115 813
  - Santa Cruz de Tenerife – 922 922 855
- **Red canaria de servicios y centros de atención a mujeres víctimas de violencia:** Atención a mujeres que viven o han vivido violencia de género a través de una red de servicios en los que se incluye atención inmediata, información, asesoramiento y atención especializada, además de contar con una red de centros de acogida.
- **Centros de Información, Orientación y Asesoramiento a la Mujer:** Centros referidos a la red canaria de servicios, donde se presta información y asesoramiento especializado en violencia de género. Tfno. 928 219 421.
- **Centros de Acogida Inmediata (CAI):** Dirigidos a la acogida de mujeres que viven o han vivido violencia de género que precisen abandonar su domicilio con el fin de proteger su vida, durante un tiempo máximo de 15 días.
- **Casas de Acogida (CA):** Centros de acogida temporal en los que se presta alojamiento y manutención, además de protección y atención integral durante un máximo de 12 meses. Se puede acceder mediante derivación de CAI, Servicios Sociales u otras entidades colaboradoras.
- **Pisos tutelados (PT):** Viviendas destinadas a la acogida temporal de las mujeres que se encuentren en disposición de abandonar una casa de acogida o que hayan agotado el plazo máximo de permanencia en ella. Tienen un período máximo de estancia

de 12 meses. El acceso es mediante derivación de las Casas de Acogida, Servicios Sociales o entidades colaboradoras.

- **Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia del CECOES 1-1-2:** El Instituto Canario de Igualdad presta el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 1-1-2). El servicio está atendido por un equipo de profesionales especialistas en atención a las víctimas de la violencia de género, que trabaja en coordinación con el resto de los servicios de emergencias. Funciona las 24 horas todos los días del año.
- **Servicio de Atención a la Mujer (112) y Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA):** Servicios disponibles 24 horas a través de los cuales se presta acompañamiento, información, asesoramiento y acogida inmediata si fuera necesaria. Integrado en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias.
- **Información, asesoramiento y atención especializada del Instituto Canario de la Mujer – Servicio de Apoyo Integral a la Mujer (SAIM):** En Cabildos, Ayuntamientos, Asociaciones de Mujeres y ONG, prestando atención individual especializada, jurídica, psicológica y social. Tfno. 900 506 968.

# 6. Entornos accesibles

## 6.1. Accesibilidad y salud

Las personas con discapacidad, en muchas ocasiones, se encuentran con limitaciones que dificultan o imposibilitan el desplazamiento y/o la realización de actividades diarias. Esta cuestión, a su vez, se ve reflejada en el acceso y uso de servicios sanitarios.

El marco legal estatal regula que el sistema de salud público debe basarse en la universalidad, gratuidad y equidad a toda la población en la atención sanitaria en su totalidad, es decir, en las consultas, el acceso a urgencias, hospitales y medicamentos, etc.

Así mismo, la normativa legal defiende, por un lado, la accesibilidad a los servicios de salud a través de la eliminación de barreras físicas que impidan el acceso, uso y movilidad dentro de la institución y, por otro lado, reafirma la necesidad de formular y ejecutar políticas de promoción de la salud que atiendan a las necesidades de la población en toda su diversidad.

De la misma manera, el concepto de acceso universal busca derribar las barreras a las que se enfrentan constantemente las personas con discapacidad; estas pueden ser arquitectónicas, de comunicación o actitudinales.

Las barreras arquitectónicas son consideradas como todo tipo de obstáculo y/o limitación que impide que las mujeres y niñas con discapacidad disfruten del espacio físico. Son las más fáciles de identificar y están presentes en los centros de salud, transportes o servicios en espacios públicos.

Las barreras de comunicación, por su parte, son otro aspecto que puede complicar el acceso al sistema de salud de las mujeres con discapacidad. Estas se pueden identificar en comunicación no verbal, es decir, cuando la información no está disponible debido a la ausencia de contrastes de color, colocación inadecuada que impide su lectura a una persona que haga uso de una silla de ruedas, que carezca de lectura fácil, etc.

O en la comunicación verbal, como puede ser el caso de que acuda a consulta una mujer con discapacidad auditiva y la persona profesional desconozca la lengua de signos o carezca de intérprete o bucle magnético.

Ligado a ello, la accesibilidad cognitiva conlleva la necesidad de realizar adaptaciones en los mensajes que se proporcionan a la persona usuaria, ya que un lenguaje complejo puede no ser captado por personas con discapacidad intelectual. Lo mismo ocurre en el caso de usua-

rias con discapacidad visual cuando la información que se les proporciona desde los equipos de atención sanitaria no está disponible en Braille.

Cabe señalar que, debido al incrementado uso de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario, la accesibilidad puede ser reformada con espacios digitales. En este caso, las plataformas *online* ayudan a garantizar el acceso de las personas con discapacidad a la información a través de adaptaciones como traducción automática, audio y textos alternativos en las imágenes.

En resumen, los entornos accesibles permiten que las mujeres y niñas con discapacidad tengan acceso a las informaciones sobre su salud, una eventual enfermedad, posibilidades de tratamiento, cura, intervenciones, etc. Esta adaptación es especialmente relevante cuando de dicha comunicación depende la garantía del derecho a la información y a la libre elección de procesos y tratamientos que involucran a las mujeres y niñas con discapacidad.

## 6.2. Diseño universal y modelo social de la discapacidad

El *diseño universal*<sup>26</sup> y el *modelo social* consideran que la discapacidad no está en la persona, sino en la falta de disposición de la sociedad que no está preparada para promover la inclusión y atender las necesidades de las personas con discapacidad. Los entornos inaccesibles crean limitaciones al generar barreras en el acceso a los servicios de salud. De esta manera, el entorno tiene una considerable influencia en las discapacidades, a consecuencia, las mujeres y niñas pueden ver acentuada o atenuada su discapacidad.

Por lo general, la situación descrita en el párrafo anterior es consecuencia directa de las políticas públicas de salud, ya que estas, en su mayoría, no fueron planificadas para atender a las personas con discapacidad que requieren acompañamiento al acudir a los servicios, ya sea de atención primaria, de diagnóstico, atención y tratamiento a nivel de atención primaria u hospitalaria, a pesar de la existencia de instrumentos oficiales para orientar los parámetros de accesibilidad. Este escenario pone al colectivo femenino con discapacidad en una situación de desatendidas, impactando directa o indirectamente en el trabajo de prevención y detección de la violencia que afecta a este colectivo.

En la teoría de la perspectiva social de la doble vulnerabilidad que afecta a las mujeres con discapacidad, este grupo se encuentra en una posición en la que experimenta menores posibilidades de participación social, lo que agrava su acceso a los servicios de salud y rehabilitación. Esto se debe a la privación de recursos materiales que impide o dificulta la adquisición de equipos que garanticen una mayor autonomía al hacer uso de los servicios sanitarios.

---

<sup>26</sup> El diseño universal es la creación y/o desarrollo de productos y entornos lo más accesible posible para la mayor cantidad de personas, sin necesidad de que precisen posteriores adaptaciones o especializaciones.

Para entender mejor las discriminaciones y violencias que viven las mujeres con discapacidad, es necesario aclarar el concepto de interseccionalidad. El término fue acuñado por la jurista Kimberlé Crenshaw (1989)<sup>27</sup> en relación con dos elementos: género femenino y etnia negra. Cuando hablamos de mujeres con discapacidad, es preferible obviar conceptos como doble discriminación o discriminación múltiple y, en su caso, emplear el concepto discriminación interseccional, que hace referencia al modo asociado en el que se vive una discriminación, en este caso por ser mujer y por tener discapacidad. El género y la discapacidad se interrelacionan; no es el resultado de la suma de dos elementos, sino que generan una discriminación aún más intensa.

Este estudio, aunque en una franja corta de tiempo, refleja que los servicios adecuados en materia de asistencia sanitaria para las mujeres y niñas con discapacidad son poco expresivos, situación que se acentúa en las zonas rurales.

En las entrevistas realizadas ante esta situación marcada por la inadecuación de los entornos de los servicios sanitarios, los relatos muestran que las mujeres experimentan limitaciones al asistir a estos servicios; corren el riesgo de comprometer aún más sus funciones físicas y sensoriales, calidad de vida, salud y autonomía cuando no son atendidas de forma adecuada.

El mobiliario es otro indicador que ha de ser destacado en este estudio por los impedimentos que estos imponen a las mujeres con movilidad reducida cuando acuden a los servicios sanitarios. Por ejemplo, fueron detectados en las consultas de atención primaria y hasta en sectores de internación hospitalaria algunos casos de camillas para las pruebas diagnósticas, muy estrechas y demasiado altas, por lo tanto, inadecuadas para la movilización, incapaces de garantizar la seguridad para las usuarias de silla de ruedas que necesitan hacer uso de ellas.

Durante la elaboración del estudio se ha realizado un exhaustivo análisis de los indicadores de accesibilidad de los centros de salud; cabe decir que, para ello, hemos contado con las orientaciones que aporta la Guía de Accesibilidad publicada por Liberty Seguros (2018)<sup>28</sup>. Este proceso ha supuesto un gran trabajo de sensibilización y concienciación en cuanto a los parámetros de accesibilidad, puesto que, tal y como apuntamos en apartados anteriores, a pesar de aparentar y/o creer que los espacios que disponemos son accesibles para toda persona, hay un sinnúmero de indicadores que no tenemos en cuenta.

En los transportes y vías públicas, a pesar de que se perciben inversiones importantes en lugares específicos en cuanto a la accesibilidad, todavía hay la necesidad de adaptaciones y correcciones de irregularidades en aceras y caminos de acceso a los servicios de salud, y la

---

27 Crenshaw, K. (1989). *Desmargar la intersección de raza y sexo: una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista*. Universidad de Chicago, 139-167.

28 Liberty Seguros. (2018). *Guía de accesibilidad*. <https://www.libertyseguros.es/opencms/export/download/liberty-docs/GUIA-LIBERTY-RESPONDE.pdf>

oferta de accesibilidad de los medios de transporte público aún es insuficiente para cumplir la demanda. Dichos ejemplos se caracterizan como agentes de impedimento de acceso al servicio de atención sanitaria.

Otro aspecto que dificulta la acogida plena de estas mujeres y niñas con discapacidad a los servicios sanitarios se genera por la falta de formación de profesionales de la salud para atender a quienes tienen alguna necesidad que no cumple con el estándar común en los contenidos docentes de sus cursos de formación académica.

Al desarrollar este estudio, un número considerable de profesionales de la salud manifestaron no haber recibido la formación suficiente para interactuar con personas con discapacidades en su fase de formación académica, lo que se refleja en las situaciones de falta de preparación en las prácticas sanitarias cuando atienden a las mujeres y niñas con discapacidad.

# 7. Importancia de la comunicación y el lenguaje

La herramienta principal que utilizamos para comunicarnos es el lenguaje. Con él, podemos incluir o excluir a alguien en función de cómo nos refiramos a las personas y situaciones.

El lenguaje tiene que ser accesible, permitiendo que cualquier persona pueda participar en determinadas experiencias o acceder a determinados recursos, independientemente de las circunstancias personales que puedan dificultar su participación.

Pero, por otro lado, el lenguaje también debe ser inclusivo y no discriminatorio, teniendo para ello numerosas fórmulas inclusivas que nos permiten representar las realidades y necesidades de cada colectivo, ya que la lengua en sí misma no es discriminatoria, pero sí lo es el uso indebido que en la mayoría de las ocasiones se hace de ella.

Y es que, a las mujeres, históricamente, se las ha invisibilizado a través del lenguaje, ejemplo de esto es el empleo del masculino genérico para cualquier tipo de situación o la asociación de ciertos términos que en su versión femenina adquieren un carácter peyorativo. A esto, además, se le puede sumar la condición de persona con discapacidad, lo cual aumenta las posibilidades de o bien no ser nombradas a través del lenguaje o, de serlo, ser discriminadas.

Sin embargo, existen distintas fórmulas inclusivas para hacer el lenguaje más accesible y menos discriminatorio:

- Probablemente, el recurso más conocido para emplear un lenguaje inclusivo sea el **desdoblamiento**, empleando sustantivos en masculino y femenino.
- Emplear el género femenino cuando hablemos de mujeres para designar sus cargos, profesiones, cargos, títulos, etc., siempre que la lengua disponga de ellos. **No emplear el masculino como falso genérico**; en su lugar, emplear un sustantivo que englobe a todas las personas.
- Existen **sustantivos que no varían en cuanto al género**, por lo que, siempre que sea posible, se recomienda su uso. Por ejemplo: alumnado, ciudadanía, humanidad, profesorado, etc.
- Cuando hablemos de cargos o profesiones y desconozcamos de quiénes estamos hablando, podemos emplear las **formas abstractas** (dirección, jefatura, alcaldía, etc.).

- A veces, podemos solventar los problemas de lenguaje no inclusivo reformulando las oraciones a través de **formas impersonales**, empleando el pronombre impersonal «se».

Las fórmulas y mecanismos que podemos utilizar para hacer un uso del lenguaje inclusivo son muchas y diversas. También se pueden consultar las distintas guías que las entidades sociales ponen a disposición de la población para emplearlas debidamente y tener en cuenta a todas las personas.

Para más información sobre el empleo de un lenguaje inclusivo que visibilice las realidades de las mujeres y niñas con discapacidad, recomendamos la guía de COCEMFE sobre lenguaje inclusivo<sup>29</sup> y el corrector de estilo de ACADAR, Ventana Inclusiva<sup>30</sup>.

## Pero ¿cómo hablamos de discapacidad?

En numerosas ocasiones, empleamos términos y expresiones que se han asentado en el imaginario social y forman parte de nuestra lengua y cultura, pero que tienen una connotación negativa. Por ello, es necesario que prestemos atención a cómo expresamos nuestras ideas, pensamientos o conocimientos, puesto que **el lenguaje tiene la capacidad de crear realidades**.

Atendiendo a la discapacidad, es conocido que existen debates en nuestra sociedad sobre cómo nombrar las distintas realidades, lo que muestra que el lenguaje está vivo y en constante cambio. No obstante, el término reconocido, consensuado y establecido legalmente es **persona con discapacidad**<sup>31</sup>.

El empleo de otros términos como *diversidad funcional* o *capacidades diferentes* conllevan a invisibilizar los tipos de apoyo o necesidades que demanda la persona.

Así mismo, existen numerosos términos no adecuados para referirnos al ámbito de la discapacidad, ya que añaden connotaciones negativas al significado de las palabras, por ejemplo: **inválida, minusválida, invidente, coja, mutilada, retrasada, tullida**, etc. Debemos tener siempre presente que no podemos menospreciar ni minusvalorar a las personas.

Cuando hablamos de discapacidad, se debe evitar el empleo de verbos como padecer o su-

<sup>29</sup> COCEMFE. (2018). *Lenguaje Inclusivo. Pautas para el uso de un lenguaje correcto, respetuoso y consensuado para referirse a las personas con discapacidad física y orgánica y comunicar de manera no sexista*. [https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/02/20181010\\_COCEMFE\\_Lenguaje\\_inclusivo.pdf](https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/02/20181010_COCEMFE_Lenguaje_inclusivo.pdf)

<sup>30</sup> ACADAR. (2021) Ventana Inclusiva (Versión 1.3). [http://www.acadar.org/es\\_ES/biblioteca/ventana-inclusiva/](http://www.acadar.org/es_ES/biblioteca/ventana-inclusiva/)

<sup>31</sup> El término *persona con discapacidad* se estableció dentro de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Fue ratificada por España en 2007 y está en vigor desde 2008.

frir; de igual modo, cuando hablemos de mujeres que viven violencia de género, evitaremos de nuevo el empleo del verbo *sufrir* o de la palabra *víctima*.

El ámbito sanitario está compuesto por numerosos individuos de distintas ramas profesionales que tienen en común la atención a personas, es por eso que, cuando hablamos de mujeres con discapacidad, aquellos profesionales que trabajen en el ámbito de la salud tienen que partir de la premisa de que la discapacidad es una característica complementaria de la persona, que no la define.

Cuando intervenimos con una mujer con discapacidad, escuchar es tan valioso como preguntar. Es importante mantener en todo momento una actitud de respeto e interés sin caer en enjuiciamientos y manteniendo siempre la confidencialidad. De igual manera, se debe respetar el tiempo y las formas de comunicación, conocer la historia de vida y tratar de llevar la intervención más allá de una atención meramente sintomática que oculte la violencia vivida.

## 7.1. Recomendaciones en la intervención

En sintonía con lo apuntado en puntos anteriores sobre la importancia del lenguaje, optamos por añadir este apartado que cuenta con pautas que facilitan la comunicación e intervención con personas con discapacidad. Para ello, nos basamos en el documento publicado por el Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde, 2019)<sup>32</sup>, el cual hace una diferenciación que permite conocer, acceder y atender a personas en función a la tipología de la discapacidad.

Con el objetivo de garantizar la autonomía personal de la mujer o niña con discapacidad, se aconseja en todo momento preguntar de forma directa a la persona usuaria cuáles son sus necesidades durante la intervención y de qué manera se le puede acompañar durante la misma.

### Niñas y mujeres con parálisis cerebral

En cada mujer y niña, la parálisis cerebral puede afectar de diferente manera. Las personas con parálisis cerebral pueden mostrar alguna alteración en la gesticulación facial y corporal, pero no por eso se debe confundir con las capacidades intelectuales.

- Respetar los espacios y ritmos de la mujer/niña que estamos atendiendo. Se recomienda no dirigirse a ellas desde posiciones en las que no nos puedan ver (como, por ejemplo, tocar en la espalda, hablar por detrás).

32 Edeka. (2019). *Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_coordinacion/es\\_def/adjuntos/Pautas\\_Interv\\_2019\\_cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/Pautas_Interv_2019_cas.pdf)

- Situaciones de alto significado emocional pueden generar un bloqueo o aumento de los movimientos no controlados y habla más incomprensible. En estos casos, conviene hacerle saber a la usuaria que tiene tiempo a su disposición.
- Adaptación a la manera de expresarse y comunicarse de la usuaria, respetando los tiempos y sin anticiparse a lo que quiere comunicar. Puede hacerse uso de material de apoyo como pictogramas si así lo requiere.
- Para la comunicación no verbal es aconsejable situarse a su nivel físicamente como, por ejemplo, sentándose enfrente de ella sin ningún material que obstaculice la interacción.
- Evitar preguntas que puedan resultar incómodas o hagan sentir a la usuaria agredida o molesta. Prestar especial atención a aquellas señales que evidencien que está viviendo una situación de maltrato.
- Uso de documentación que resulte accesible física y cognitivamente. Si es necesario, se puede recurrir a ayudas técnicas para la cumplimentación de formularios.

## Niñas y mujeres con discapacidad orgánica

- Conocer el tipo de discapacidad de la usuaria con la que se interviene.
- Detectar los signos de cansancio o dolor.
- Adaptar los espacios para que la usuaria pueda descansar o disminuir su actividad cuando así lo requiera.

## Niñas y mujeres con sordoceguera

- Garantizar la comprensión del mensaje. En el caso de que la usuaria vaya acompañada de una persona guía-intérprete, no convertir a esta en la destinataria de la información, es decir, se debe dirigir siempre a la mujer o niña, ya que es con la que se está interviniendo.
- En cuanto a la comunicación, avisar a la usuaria de tu presencia, por ejemplo, con un pequeño toque en el brazo. En el caso de interrupciones y/o ausencias, informar

a la persona del motivo y dejarla siempre ubicada con puntos de referencia (silla, mesa, puerta, etc.).

- Si en la sala hay más personas, hacérselo saber a la usuaria.
- Situar físicamente cara a la luz para evitar deslumbramientos. Evitar objetos y/o gestos que dificulten el movimiento de las manos.
- Evitar olores fuertes como el tabaco o perfumes de gran intensidad.

## Niñas y mujeres con discapacidad auditiva

Tal y como indica el informe de Emakume (2019), el primer paso en la intervención siempre es asegurarse de conocer la modalidad comunicativa de la usuaria.

- En la comunicación, dirigirse siempre a la persona usuaria. Facilitar intérprete de lengua de signos si así lo requiere.
- En el caso de utilizar la comunicación oral, se ha de llamar su atención mediante una pequeña señal antes de comenzar.
- Para facilitar la comprensión, situarse frente a la mujer o niña en un lugar que no deslumbre y esté bien iluminado.
- Corporalmente, se recomienda evitar ponerse objetos en la cara y girarse mientras se está hablando.
- No obligar a establecer contacto visual, ya que, en el caso de las personas con discapacidad auditiva, es su herramienta comunicativa.
- El término «sordomuda» es incorrecto, por lo que se debe evitar, ya que se puede percibir como algo despectivo.
- Los avisos se han de facilitar por vía telemática o medios escritos.
- Cerciorarse de la comprensión de los documentos impresos que se entregan.

## Niñas y mujeres con discapacidad visual

- Presentar e informar de las personas presentes; actualizar la información cada vez que alguien abandone la sala.
- Dirigirse siempre a la persona usuaria. Aludir a su nombre de manera recurrente antes de aportar información.
- En la intervención con personas que carecen totalmente de visión, en momentos de silencio, comentar lo que se está realizando.
- En la primera visita es conveniente describir el entorno y, si es necesario, situar a la persona en el lugar adecuado. En el caso de que la persona tenga un resto visual funcional, colocarse siempre de manera que pueda verlo o verla.
- Uso de lenguaje claro, sin expresiones que dificulten su comprensión.
- Preguntar directamente si desea ayuda. Para los desplazamientos, ofrecer el brazo para que la persona pueda ser guiada.
- En el caso de que haya más personas en la sala, informar de su presencia.

## Niñas y mujeres con discapacidad física o movilidad reducida

- Importancia de la figura del o de la asistente personal para desarrollar y apoyar en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y acompañar en todas las fases del proceso.
- Garantizar que los diferentes servicios jurídicos y policiales se trasladen al domicilio para tomar declaración o corroborar la denuncia.
- Asegurar el cumplimiento de las condiciones de accesibilidad en todos los espacios, recursos y dispositivos. Cumplimiento de la Ley de Accesibilidad.
- Garantizar apoyos para que las mujeres con discapacidad puedan desarrollar su sexualidad.

## 8. Glosario de términos

### **Discapacidad<sup>33</sup>:**

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en el art. 1.2 de la Convención, establece que «las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

### **Discapacidad física u orgánica:**

Condición física que impide a la persona moverse o desarrollarse con plena funcionalidad de su sistema motriz. La discapacidad orgánica se produce cuando la persona presenta dificultades en el funcionamiento del aparato respiratorio, digestivo, cardiovascular, urinario o al sistema inmunitario o metabólico, lo que origina dolor crónico y/o limitaciones en distintos aspectos de su funcionamiento.

### **Discapacidad sensorial:**

Alteraciones significativas del aparato visual, auditivo, de la garganta y/o las estructuras relacionadas con el lenguaje.

### **Discapacidad mental:**

Alteración en los procesos cognitivos y afectivos que puede originar trastornos en el comportamiento, en el razonamiento y en la comprensión de la realidad.

### **Discapacidad intelectual:**

Se caracteriza por condiciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, las habilidades sociales, la comunicación, etc.

### **Discapacidad mixta:**

Es la intersección o incluso combinación de, por lo menos, dos tipos de discapacidad.

### **Parálisis cerebral:**

Es una lesión en el sistema nervioso central que afecta, a nivel físico, al desarrollo del movimiento voluntario y dificulta el mantenimiento de la postura de la persona. Esta patología puede ir acompañada de una discapacidad sensorial y/o intelectual.

---

33 Edeka. (2019). *Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_coordinacion/es\\_def/adjuntos/Pautas\\_Interv\\_2019\\_cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/Pautas_Interv_2019_cas.pdf)

**Discriminación y discriminación interseccional:**

Limitación injusta a las personas en cuanto a sus libertades y protecciones fundamentales, a la participación social y política, y a un sistema de bienestar adecuado a sus necesidades<sup>34</sup>.

Cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en características como raza, color, sexo, lenguaje, religión, política u otra opinión, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estatus, que tenga como propósito o efecto anular o impedir el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos y libertades por todas las personas, en igualdad de condiciones, de todos los derechos y libertades (Makkonen, 2002: 4, traducción de la autora).

Cuando alguno de estos elementos se interrelaciona, profundizando la discriminación, se trata de discriminación interseccional<sup>35</sup>.

**Incapacidad laboral:**

Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social.

**Dependencia:**

La dependencia radica en no poder vivir de forma autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida diaria (Organización Mundial de la Salud).

**Accesibilidad:**

La definición de accesibilidad por la Real Academia Española (RAE) es «Calidad de ser de fácil acceso». La accesibilidad permite que cualquier persona pueda disponer y utilizar las edificaciones, servicios o productos en igualdad de condiciones que los demás.

**Accesibilidad universal:**

Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse (Observatorio Accesibilidad y Vida Independiente, COCEMFE).

**Género:**

Construcción social que se fundamenta en una socialización diferenciada en función de si se habla de hombres o mujeres, es decir, es aquello que determina socialmente lo que se debe esperar de una persona por el hecho de considerarla hombre o mujer. Establece lo que se considera femenino y masculino en la sociedad.

34 Carbonell, M., Zepeda, J. R., Clarck, R. R. G., & López, R. G. (2007). *Discriminación, igualdad y diferencia política*. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

35 Carvalho, A. M. C. (2018). *Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad*. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 15-25.

**Sexo:**

Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos en función a sus genitales (masculino y/o femenino) y a los animales como macho y hembra. El sexo no se elige, ya que es una construcción determinada por la naturaleza que viene dada desde el nacimiento.

**Violencia de género:**

Definición de las Naciones Unidas<sup>36</sup>:

«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada».

**Violencia machista:**

La violencia machista se refiere a todas aquellas acciones que contribuyen al menoscabo sistemático de la dignidad, el estigma y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y personas con una identidad de género y/o sexualidad distinta a la normativa.

**Patriarcado:**

Sistema que organiza las desigualdades de género desde un punto de vista social, político, económico, religioso y cultural, basándose en la idea del predominio de los hombres sobre las mujeres (COCEMFE, 2020).

**Machismo:**

Conjunto de creencias, actitudes, conductas y prácticas sociales englobadas en una ideología que afirma la superioridad del hombre sobre la mujer y sobre el varón homosexual.

**Feminismo:**

Corriente de pensamiento y movimiento social cuyo objetivo es la transformación de la realidad, abolición de los sistemas patriarcales de dominación y la defensa de la igualdad de derechos de oportunidades entre mujeres y hombres.

**Roles de género:**

Papel obligatorio que socialmente se impone a una persona en función de si es designada como hombre o como mujer.

**Socialización de género:**

Proceso mediante el cual las personas son educadas sobre la base de unos roles de género que le son propios por el hecho de ser hombre o mujer.

**Discriminación múltiple:**

Desventaja social producida en una persona o en un grupo por la suma de más de dos fac-

<sup>36</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Resolución, 48 (104), 20.

tores que puede dar lugar a discriminación. En el ámbito de la igualdad, la discriminación múltiple se relaciona con la conexión entre género y otros factores, como son: la etnia, la orientación sexual, el estatus socioeconómico o la discapacidad.

**Capacitismo:**

Red de creencias, procesos y prácticas que producen una clase particular de sujeto y de cuerpo que se proyecta normativamente como lo perfecto y típico de la especie y, por lo tanto, como lo que es esencial y plenamente humano. En consecuencia, la discapacidad es interpretada como una condición *devaluante* del ser humano<sup>37</sup>.

**Diseño universal:**

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art.2): «El diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El diseño universal no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidades cuando ellas lo necesiten.

---

37 Toboso Martín, M. (2017). *Capacitismo*. Instituto de Filosofía, CSIC.

## 9. Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Resolución, 48 (104), 20.
- Asociación de mulleres con discapacidade de Galicia. (2015). *Violencia contra las mujeres con discapacidad. Ver y reconocer las señales*. Santiago de Compostela.
- Asociación de mulleres con discapacidade de Galicia. (2018). *Violencia sexual hacia las niñas y mujeres con discapacidad*. Santiago de Compostela.
- Asociación de mulleres con discapacidade de Galicia. (2021). *Conceptos básicos en igualdad, género y discapacidad*. Documento sin publicar.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009>
- Carbonell, M., Zepeda, J. R., Clarck, R. R. G., y López, R. G. (2007). *Discriminación, igualdad y diferencia política*. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Carvalho, A. M. C. (2018). *Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad*. Journal of Feminist, Gender and Women Studies, (7), 15-25.
- Castellanos Torres, E. (2021). *Protocolo para la atención a mujeres con discapacidad víctimas de violencia*. Fundación CERMI Mujeres.
- COCEMFE. (2018). *Lenguaje Inclusivo. Pautas para el uso de un lenguaje correcto, respetuoso y consensuado para referirse a las personas con discapacidad física y orgánica y comunicar de manera no sexista*. Recuperado de: [https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/02/20181010\\_COCEMFE\\_Lenguaje\\_inclusivo.pdf](https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/02/20181010_COCEMFE_Lenguaje_inclusivo.pdf)
- COCEMFE. (2020). *Manual básico sobre género y discapacidad*. Recuperado de: <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2020/06/COCEMFE-manual-genero-discapacidad.pdf>

Comunidad de Madrid. (2008). *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

Comunidad de Madrid. (2008). *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad. (2020). *Estudio para la detección de situaciones de violencia en el ámbito sanitario*.

Consejería de Salud de Asturias. (2007). *Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia*. Gobierno del Principado de Asturias, 2007.

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2005). *Protocolo de Mujer Víctima de Malos Tratos*. Gobierno de Castilla-La Mancha, 2005.

Consejería de Sanidad. (2013). *Guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarias*. Comunidad de Madrid, 2013.

Consellería de Emprego e Igualdade. (2018). *Protocolo de Coordinación y Cooperación Institucional frente a la violencia de género en la comunidad autónoma de Galicia*. Xunta de Galicia, 2018.

*Constitución Española de 1978*. Recuperado de: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Crenshaw, K. (1989). *Desmarginar la intersección de raza y sexo: una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista*. Universidad de Chicago.

Del Niño, C. D. L. D. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2014). *Recomendación General núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta*.

Departament de Salut. (2009). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*. Generalitat de Catalunya, 2009.

- Edeka. (2019). *Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de: [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_coordinacion/es\\_def/adjuntos/Pautas\\_Interv\\_2019\\_cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/Pautas_Interv_2019_cas.pdf)
- European Perinatal Health Report. (2011). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Recuperado de: [https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf)
- Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report (2018). *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Recuperado de: [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_web\\_hyperlinked\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf)
- Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. (2008). *European Perinatal Health Report*. Recuperado de: <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/euro-perinatal-health-report.pdf>
- Fernández Alonso, M. C. y Salvador Sánchez, L. (2019). *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género*. Junta de Castilla y León.
- Foro Europeo de la Discapacidad. (2011). *Segundo Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa*. Adoptado en Budapest por el Foro Europea de la Discapacidad, a propuesta de su Comité de Mujeres. Recuperado de: [Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea \(cermi.es\)](https://www.cermi.es/Manifiesto-de-los-Derechos-de-las-Mujeres-y-Ni%C3%B1as-con-Discapacidad-de-la-Uni%C3%B3n-Europea)
- Instituto Canario de Igualdad. (2009). *Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria*. Recuperado de: [ProtocoloVioGeneCanarias.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/ProtocoloVioGeneCanarias.pdf)
- Instituto Canario de Igualdad. (2013). *Estrategia para la igualdad de mujeres y hombres 2013-2020*. Recuperado de: [Microsoft Word - 131204 Estrategia para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2013 2020 para Consejo de Gobierno 2 .doc \(laspalmasgc.es\)](https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/Microsoft%20Word%20-%20131204%20Estrategia%20para%20la%20Igualdad%20de%20Mujeres%20y%20Hombres%202013%202020%20para%20Consejo%20de%20Gobierno%202.doc)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2020). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*. Recuperado de: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd\\_2020.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2020.pdf)

Instituto Navarro para la Igualdad. (2017). *Acuerdo institucional para la coordinación ante la violencia de género contra las mujeres en Navarra*. Gobierno de Navarra, 2017.

Instituto Navarro para la Igualdad. (2018). *Guía para profesionales. Protocolo de actuación conjunta ante la violencia contra las mujeres en Navarra*. Gobierno de Navarra, 2018.

*Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2001*. BOE, 137, de 6 de junio de 2014.

La Parra, D. y Tortosa, J. M. (2003). *Violencia estructural: una ilustración del concepto*. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 8/1993, de 22 de junio, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de Madrid. *BOCM*, núm. 152, de 29 de junio de 1993. Modificada en 2001.

Ley 5/2001, de 17 de mayo, de prevención de malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 148, de 21 de junio de 2001.

Ley 13/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. *BOC*, núm. 86, de 7 de mayo de 2003.

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de violencia doméstica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 183, de 1 de agosto de 2003.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 313, de 29 de diciembre de 2004.

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. *BOCM*, núm. 310, de 29 de diciembre de 2005.

Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 71, de 23 de marzo de 2007.

Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 131, de 30 de mayo de 2008.

Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 67, de 18 de marzo de 2010.

Ley Foral 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas. *BON*, núm. 46, de 14 de abril de 2010.

Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 37, de 12 de febrero de 2011.

Ley 10/2014, de 3 de diciembre, de accesibilidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 60, de 11 de marzo de 2015.

Ley Foral 15/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres. *BON*, núm. 71, de 15 de abril de 2015.

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 101, de 28 de abril de 2015.

Ley Orgánica 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres. *DOG*, núm. 6919, de 23 de julio de 2015.

Ley 3/2016, de 22 de julio, de protección integral contra la LGBTIfobia y la discriminación por razón de orientación e identidad sexual en la comunidad de Madrid. *BOCM*, núm. 190, de 10 de agosto de 2016.

Ley 12/2016, de 22 de julio, por la que se modifica la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 217, de 8 de septiembre de 2016.

Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. *BOC*, núm. 60, de 27 de marzo de 2017.

Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. *DOCM*, núm. 201, de 15 de octubre de 2018.

Ley 7/2019, de 9 de abril, de modificación de la Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de igualdad entre mujeres y hombres, y de modificación de las leyes reguladoras de los órganos de relevancia estatutaria para garantizar la representación equilibrada entre mujeres y hombres en su composición. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 110, de 8 de mayo de 2019.

Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre mujeres y hombres. *BON*, núm. 71, de 11 de abril de 2019.

Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. (2020). Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345)

Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *DOG*, núm. 8303, de 24 de diciembre de 2020.

Ley 14/2021, de 20 de julio, por la que se modifica la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 226, de 21 de septiembre de 2021.

Liberty Seguros (2018). *Guía de accesibilidad*. Recuperado de: <https://www.libertyseguros.es/opencms/export/download/liberty-docs/GUIA-LIBERTY-RESPONDE.pdf>

Johnson, M., Dulf, D., y Sidor, A. (2017). *Manual de formación RESPONSE para la detección de la violencia de género en los servicios de salud para la mujer*. Proyecto Response. Recuperado de: [https://malostratos.org/wp-content/uploads/2018/03/04\\_manual\\_response-spanish\\_web.pdf](https://malostratos.org/wp-content/uploads/2018/03/04_manual_response-spanish_web.pdf)

Ministerio de Igualdad. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Recuperado de: [Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://www.igualdad.gob.es/contenidos/estudios-investigaciones/2019/03/2019_macroencuesta_violencia_contra_la_mujer_estudio_investigacion.pdf) (igualdad.gob.es)

Ministerio de Igualdad. (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. Recuperado de: [violenciag\\_discapacidad.pdf](https://www.igualdad.gob.es/contenidos/estudios-investigaciones/2020/03/2020_mujer_discapacidad_y_violencia_de_genero_estudio_investigacion.pdf) (igualdad.gob.es)

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Recuperado de: [00PRINCIPIO.qxd \(igualdad.gob.es\)](#)
- Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (1987). *Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: [Microsoft Word - 0722666S.doc \(un.org\)](#)
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Recuperado de: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad*. Recuperado de: [GNUDS | Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad](#)
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (2013). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.
- Save The Children. (2019). *Los 9 tipos de violencia online*. Recuperado de: [Violencia viral: los 9 tipos de violencia online | Save the Children](#)

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2016). *Protocolo Sanitario para mejorar la atención a mujeres que sufren violencia*. Consejería de Sanidad.

Toboso Martín, M. (2017). *Capacitismo*. Instituto de Filosofía, CSIC.

Xunta de Galicia. (2009). *Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género*. Recuperado de: <http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/G13Violencia.pdf>

Xunta de Galicia. (2021). *Violencia de género: Procedimiento de cribado y actuación en salud*. Xunta de Galicia. 2021.

## 10. Agradecimientos

Desde la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad, queremos agradecer la colaboración y la plena disposición con la entidad a todas las organizaciones que han dedicado parte de su tiempo y conocimiento a hacer posible esta guía de actuación y su consiguiente protocolo.

Agradecer a COCEMFE, al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Fundación ONCE e Instituto de las Mujeres, como principales organismos colaboradores, su apoyo económico para la realización y ejecución de este proyecto.

Dar las gracias también a todas las entidades que forman parte de CEMUDIS: Asociaciones de Mujeres con Discapacidad de Andalucía (FAMDISA); Asociación AMDAS-LA FONTE de Asturias; Asociación ACADAR de Galicia; Asociación AMANIXER de Aragón; Asociación de mujeres con discapacidad de Palencia (AMUDIS); LUNA Castilla-La Mancha; Asociación Dones no Estàndars; Asociación Extremeña de mujeres con Discapacidad (AEMDI); +MUJER de Murcia, por su contribución en la mejora de los servicios de atención a las mujeres con discapacidad y su trabajo contra la discriminación y la defensa de los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad.

Reconocer, por supuesto, el trabajo realizado en años anteriores por compañeras de CEMUDIS que, a través de la revisión de numerosos estudios, guías, investigaciones y una gran síntesis de toda esa información, sentaron las bases teóricas para que se pudiera llevar a cabo una guía de actuación en el ámbito sanitario sobre la violencia de género.

Dar las gracias, también, a todas las personas profesionales del ámbito sanitario (médicos, médicas, personal de enfermería, administración, etc.) y del ámbito social (trabajadores y trabajadoras sociales, personal técnico de igualdad, etc.) por su importante participación.

Por último, agradecer enormemente a todas las mujeres con discapacidad que participaron en este estudio, por su tiempo y esfuerzo, y por compartir sus experiencias personales y hacernos también partícipes de sus historias, con el fin de dar visibilidad a las distintas realidades de tantas mujeres con discapacidad que han vivido o viven situaciones de violencia cada día.

# ANEXOS

## Anexo I: Cuestionario de autodiagnóstico

Este cuestionario tan solo representa una pequeña parte de las acciones que son indicativo de violencia, por ello es importante que conozcas los tipos de violencia y sus indicadores para poder detectarla.

Recuerda que la violencia puede ser ejercida por cualquier persona, no solo una pareja.

Consulta con tu profesional de referencia cualquier cuestión relativa a vivir situaciones de violencia.

Marca con una **X** si...

- Siempre te pregunta a dónde vas y/o con quién vas.
- Critica a tus amistades y/o familiares constantemente.
- Te controla excesivamente el gasto del dinero.
- No te deja gestionar tu propio dinero.
- Se enfada cada vez que expresas tus emociones.
- Requiere de apoyo para vestirse, asearse o comer y no siempre la recibes.
- Te obliga a emplear algún método anticonceptivo para no quedarte embarazada.
- Te humilla constantemente.
- No quiere que estudies porque considera que no vales para ello.
- Te toca, aunque tú no quieras.
- Amenaza con marcharse y llevarse a tu hija o hijo.
- Te enseña sus genitales y te dice que no lo cuentes.
- Controla la forma en la que te vistes.
- Te mira cuando te desvistes o te desviste sin tu consentimiento.

---

Si has marcado alguna de las situaciones descritas, puedes estar viviendo una situación de violencia. **CEMUDIS** está a tu disposición para informarte, asesorarte y acompañarte.

**Contáctanos**

C/ Eugenio Salazar, 2  
28029 Madrid  
917 443 600

---

[www.cemudis.org](http://www.cemudis.org)

 @CEmujeresdiscapacidad   @cemudis

## Anexo II: Preguntas facilitadoras para intervención desde el ámbito sanitario

<p><b>Preguntas ante la sospecha de una situación de violencia</b></p>	<p>La noto preocupada. ¿Cómo van las cosas en su familia?          ¿Cómo es la relación con las personas que convive?          ¿Cómo percibe el trato hacia usted en el domicilio?          ¿Resuelven los problemas con dificultad?          ¿Participa en la toma de decisiones?          ¿Cómo es la dinámica familiar? ¿Se siente respaldada?          ¿Ha sentido en algún momento que no la tratan bien?</p>
<p><b>Violencia psicológica</b></p>	<p>¿Siente que le hablan de manera despectiva?          ¿Siente que respetan sus tiempos?          ¿Se enfadan con usted cuando tiene dificultades para realizar alguna actividad?          ¿Siente que minusvaloran sus capacidades?          ¿La infantilizan, la tratan como una niña?          ¿Recibe comentarios como «no sabes hacer nada» o «estás loca»?          ¿Le impiden hacer alguna actividad que desee?          ¿Le impiden tomar decisiones?          ¿Pasan días sin dirigirle la palabra?          ¿Le culpan de todo lo que sucede?          ¿Siente que la ridiculizan en público?          ¿Siente que alguna persona del entorno se avergüenza de usted?          ¿Se siente ignorada cuando expresa sus deseos, motivaciones y/o dificultades?</p>
<p><b>Violencia física</b></p>	<p>¿Ha recibido alguna vez un golpe?          ¿Le pellizcan o agarran con fuerza?          ¿Necesita apoyo en alguna actividad y no se la dan?          En caso de tener movilidad reducida, ¿han realizado alguna acción como moverla, desvestirla, etc., sin su consentimiento?          ¿Le niegan aspectos como el comer o la higiene personal?</p>
<p><b>Violencia sexual</b></p>	<p>¿Le fuerzan a realizar prácticas sexuales contra su voluntad?          Ante la negativa de mantener relaciones, ¿le insisten hasta que acepta? ¿Se enfadan si dice que «no»?          ¿Siente miedo de que su pareja se enfade si no quiere mantener relaciones?          ¿Le obligan a ver pornografía contra su voluntad?          ¿La desvisten, enseñan o muestran sus genitales sin su consentimiento?</p>
<p><b>Violencia económica</b></p>	<p>¿Le obligan a justificar hasta el más mínimo gasto? (Esto aclararía lo que es violencia y lo que es estar tutelada, no vaya a ser que haya confusiones).          ¿Maneja su propio dinero?          ¿Dispone de una cuenta bancaria propia?</p>
<p><b>Violencia obstétrica</b></p>	<p>¿Siente que se cuestiona el que usted sea o pueda ser madre?          ¿Recibe información accesible sobre los tratamientos médicos?          ¿Alguna vez le han realizado una práctica ginecológica en la que no se ha sentido cómoda?          ¿Siente que toma una cantidad de medicación excesiva? ¿Sabe qué finalidad tiene la medicación que toma?</p>

# Anexo III: Cuestionario para la identificación de situaciones de violencia

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_

Número de colegiación: \_\_\_\_\_

Número de historial: \_\_\_\_\_

## 1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

## 2. DISCAPACIDAD

### Tipo de discapacidad:

- Intelectual
- Sensorial
- Física y/u orgánica
- Psíquica

### ¿Qué porcentaje de discapacidad tiene la usuaria?

- Inferior al 33 %
- Entre el 33 % y el 44 %
- Entre el 45 % y el 64 %
- Entre el 65 % y el 74 %
- Igual o superior al 75 %

### ¿Qué tipo de porcentaje es?

- Provisional     Definitivo    Fecha de expedición: \_\_/\_\_/\_\_

### Medicación: ¿La persona usuaria toma medicación que pueda anular alguna capacidad?

- Sí
- No

### La persona usuaria requiere apoyo de:

- Familiar
- Amistades
- Asistencia personal
- Asistencia residencial
- No requiere apoyo

### 3. SITUACIÓN FAMILIAR

¿La persona usuaria vive sola?

- Sí  
 No

En caso negativo:

¿Con quién convive? \_\_\_\_\_

Tipo de relación con las personas convivientes: Buena / Regular / Mala

¿Tiene hijas o hijos?

- Sí  
 No

En caso afirmativo:

¿N.º hijas o hijos? \_\_\_\_\_

¿Edades? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿La usuaria es partícipe de la toma de decisiones sobre cuestiones del hogar?

- Sí  
 No

¿Decide sobre aspectos de su vida cotidiana?

- Sí  
 No

- ¿Cómo percibe la relación con las personas que convive?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Las discusiones son frecuentes?

---

---

- ¿Cómo solucionan los conflictos en el hogar?

---

---

- ¿Tiene la sensación de que siempre cede usted aun no estando de acuerdo?

---

---

#### 4. SITUACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL

¿Presenta algún tipo de dificultad para trabajar o estudiar debido a su discapacidad?

Sí

No

**Nivel de estudios:**

Sin estudios

Educación primaria, ESO, EGB, o Graduado escolar o similar

Formación profesional, bachillerato, LOGSE, BUP, COU o similar

Estudios superiores (Diplomatura, Licenciatura, Ingeniería Técnica o superior, Grado universitario, Postgrado, Máster o Doctorado)

**¿La persona usuaria trabaja en la actualidad?**

Sí

No

**En caso afirmativo:**

**Contrato:**

Sí

No

**-Tipo de contrato:**

Obra y servicio

Temporal

Fijo discontinuo

Fijo

**- Otra fuente de ingresos:** \_\_\_\_\_

**- ¿La persona usuaria es la administradora de su propio dinero?**

Sí

No

## **5. SEXUALIDAD Y MATERNIDAD**

**¿La usuaria toma anticonceptivos de forma voluntaria?**

Sí

No

**En caso afirmativo:**

**¿Cuál o cuáles?** \_\_\_\_\_

**¿La usuaria mantiene relaciones de manera libre y consensuada?**

Sí

No

**En caso afirmativo:**

**¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**¿La usuaria puede mencionar el número de embarazos que ha tenido?**

Ninguno

Uno

Dos

Más de dos

No contesta

**¿La usuaria ha tenido algún embarazo no deseado o ha sentido la obligación de abortar?**

Sí

No

## **6. VIOLENCIA**

**En caso de haber vivido algún tipo de violencia, ¿quién o quiénes han ejercido esa violencia?**

- Pareja
- Familiares
- Amistades
- Figuras de cuidadoras o de apoyo
- Profesionales de referencia en el ámbito sanitario, social, etc.
- Entorno laboral
- Personas desconocidas
- ¿Otras personas? \_\_\_\_\_

**¿La usuaria presenta signos de violencia?**

- Sí
- No

**En caso afirmativo: ¿Cuáles?**

---

---

---

**¿La usuaria ha denunciado esta violencia?**

- Sí
- No

**¿La usuaria tiene alguna orden de alejamiento hacia alguna persona?**

- Sí
- No

## Anexo IV: Recursos web para profesionales sanitarios

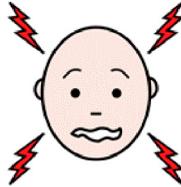
- **PICTOGRAMAS:**

En ocasiones, establecer una comunicación fluida puede ser costosa si no contamos con las herramientas adecuadas. Si en tu centro no está implementada la información con pictogramas, siempre puedes emplearlas a nivel individual.

El Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa es un buen recurso para esto. En su web podemos encontrar su generador de frases o buscar cualquier pictograma que te pueda facilitar la comunicación. <https://arasaac.org/>



Pictograma de *discapacidad*



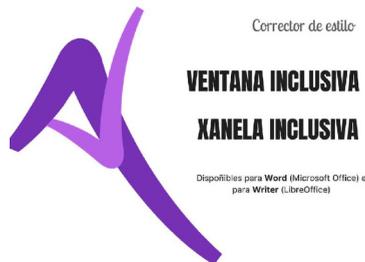
Pictograma de *dolor*



Pictograma de *daño*

- **LENGUAJE INCLUSIVO:**

El lenguaje inclusivo y no discriminatorio es aquel que trata a todas las personas por igual. La Asociación de mujeres con discapacidad de Galicia (ACADAR) tiene un corrector de estilo que detecta el uso de un lenguaje no inclusivo y lo reformula ofreciendo palabras no sexistas e inclusivas.



Su descarga es gratuita y está disponible para *Word* de Microsoft Office y *Writer* de LibreOffice. <http://www.acadar.org/biblioteca/xanela-inclusiva/>

Además, junto a este corrector de estilo se encuentra una *Guía básica para el uso inclusivo y no discriminatorio de la lengua castellana*, donde se ofrece una serie de orientaciones para el empleo de un lenguaje inclusivo y no discriminatorio.



<http://www.acadar.org/biblioteca/guia-basica-para-o-uso-inclusivo-e-non-discriminatorio-da-lingua-castela/>

- **LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA:**

La Fundación CNSE<sup>38</sup> pone a disposición de todo el mundo el Diccionario de la Lengua de Signos Española (LSE), que puede facilitarnos la comunicación con mujeres sordas sin necesidad de que medie la persona que la acompaña. <https://fundacioncnse-dilse.org/>

<sup>38</sup> CNSE: Confederación Estatal de Personas Sordas

- **SERVICIO VIDEOCONFERENCIA PARA ATENCIÓN TELEFÓNICA:**

El SVIsual es un servicio de videointerpretación en LSE de la Fundación CNSE. Hace posible que las personas sordas y con discapacidad auditiva se puedan comunicar con otras personas sordas u oyentes a distancia. <https://www.svisual.org/>



- **AccesibilidApp**

AccesibilidApp es una plataforma de comunicación de incidencias de accesibilidad entre la ciudadanía y las entidades responsables de su gestión y mantenimiento, promovida por COCEMFE. ¡Puedes ayudar a que tu centro de trabajo sea más accesible mediante el empleo de esta app! <https://www.accesibilidapp.es/>



## Anexo V: Indicadores de accesibilidad para centros de salud y hospitalarios

Los presentes indicadores han servido para comprobar la accesibilidad del ámbito sanitario en nuestra comunidad. Así mismo, se realizan una serie de recomendaciones para crear un entorno más accesible. Para las pautas marcadas se han tenido en cuenta las normativas estatales y se ha hecho uso de las recomendaciones de COCEMFE<sup>39</sup>.

ACCESO AL SERVICIO	RECOMENDACIONES
Transporte público cerca	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si no existe, al menos que haya a disposición un servicio de taxi municipal.</li> </ul>
Plaza de aparcamiento para personas con movilidad reducida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que cuenten con espacio suficiente para poder abrir la puerta completamente y que la acera cuente con desnivel para poder acceder a ella.</li> <li>- Estas plazas de aparcamiento deben estar situadas lo más cerca posible a la puerta de entrada.</li> </ul>
Rampas de acceso al centro, servicio de urgencias y/o consultorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rampas antideslizantes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anchura mayor a 120 cm.</li> <li>- Pendiente menor al 10 % para rampas de menos de 3 m. Menor al 8 % para aquellas que sean menores de 6 m.</li> <li>- De directriz recta o ligeramente curva.</li> </ul> </li> <li>- Señalizadas de tal forma que se facilite su localización (contraste cromático o de textura).</li> </ul>
Colocación de barandillas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ambos lados y a doble altura:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Entre 65 cm y 75 cm de altura.</li> <li>Entre 90 cm y 110 cm de altura.</li> </ul> </li> <li>- Evitar materiales muy deslizantes y aquellos que experimenten calentamientos excesivos al estar expuestos a fuentes de calor.</li> </ul>
Puertas de acceso abatibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Señaladas con una pegatina redonda o franja roja.</li> </ul>
Ascensor accesible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio colindante libre de obstáculos (mayor a 150 cm).</li> <li>- Señalización en braille.</li> <li>- Indicador sonoro de parada e información verbal de la planta.</li> <li>- Cabina dotada con pasamanos.</li> </ul>

<sup>39</sup> Observatorio de Accesibilidad y Vida Independiente. <https://observatoriodelaaccesibilidad.es/>

<b>Ayudas técnicas disponibles</b>	- Se recomienda tener sillas de ruedas, bastones, etc., suficientes para no tener que esperar por los mismos. Varía en función del número de pacientes del centro
<b>Acompañantes con conocimientos de lengua signos</b>	- Para atender a personas sordas es recomendable contar con personal que conozca la LSE.
<b>Sistemas de llamada accesibles para personas con discapacidad auditiva</b>	- Sistema de aviso de llamada con iluminación intermitente.
<b>Mostradores con altura accesible</b>	- Sin materiales que obstaculicen el acceso al mismo.
<b>Paneles informativos de orientación y señalética</b>	- Buen contraste de color entre la letra y el fondo. - Tipografía clara y limpia. Recomendable incluir iconos reconocidos internacionalmente para facilitar su lectura y comprensión.
<b>Información accesible, braille</b>	(Sin recomendaciones)
<b>Díptico informativo de lectura fácil para personas con dificultades lectoras y sordas</b>	(Sin recomendaciones)
<b>Máquinas de citas con altura accesible</b>	(Sin recomendaciones)

W. C.	RECOMENDACIONES
<b>Baño accesible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las dimensiones interiores permitirán la inscripción de un círculo de 1,50 m de diámetro.</li> <li>- Puertas abatibles hacia el exterior o corredera.</li> </ul>
<b>Anchura puertas W. C. que permita el acceso de la persona usuaria de silla de ruedas, muletas, etc.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mínimo de 82 cm, con hueco de paso.</li> <li>- El picaporte, preferiblemente, de tipo palanca y no de pomo.</li> </ul>
<b>Lavabos fácil acceso para personas usuarias de sillas de ruedas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El grifo se accionará por presión o palanca.</li> <li>- Con espacio libre que facilite la aproximación frontal.</li> <li>- Altura libre inferior mínimo de 70 cm.</li> <li>- Si las tuberías de alimentación y desagüe van al descubierto, se aíslan para evitar quemaduras.</li> </ul>
<b>Agua caliente con temporizador</b>	(Sin recomendaciones)
<b>Inodoro adaptado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A una altura de 45-47 cm para facilitar la transferencia.</li> <li>- Mínimo a un lado, espacio libre para situar la silla de ruedas (mínimo de 75 cm).</li> <li>- Los inodoros convencionales deben llevar una meseta, ceñida a la base del aparato, o bien un alza sobre el asiento.</li> <li>- Accionamiento de cisterna mediante pulsador de gran superficie o palanca.</li> </ul>
<b>Señalización en sistema braille</b>	(Sin recomendaciones)
<b>Altura secadores de manos y jaboneros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A una altura de 70 y 120 cm</li> <li>- El portarrollos que sea de fácil alcance y manipulación.</li> </ul>
<b>Barras abatibles para fácil transferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Superficie no resbaladiza.</li> </ul>

CONSULTAS	RECOMENDACIONES
<b>Servicio de interpretación de lengua de signos</b>	- Para atender a personas sordas es recomendable contar con personal que conozca la LSE.
<b>Camillas accesibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que permita regular la altura automáticamente.</li> <li>- Disponer de grúa para movilización de pacientes para que puedan ser ubicadas en camilla de exploración si fuera necesario.</li> </ul>
<b>Potro de exploración ginecológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que permita regular la altura automáticamente.</li> <li>- Respaldo posicionable desde horizontal a sentada.</li> <li>- Reposapiés abatible.</li> <li>- Apoya-piernas regulable en altura.</li> <li>- Movimiento pélvico que facilite la exploración.</li> <li>- Reposabrazos acolchados y regulables.</li> <li>- Disponer de grúa para movilización de pacientes para que puedan ser ubicadas en potro de exploración si fuera necesario.</li> </ul>
<b>Pictogramas e información de fácil lectura</b>	<i>(Sin recomendaciones)</i>
<b>Disponer de mascarillas transparentes</b>	<i>(Sin recomendaciones)</i>





