



RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Noviembre 2017

ÍNDICE

1	CONTEXTUALIZACIÓN	3
2	MARCO INTEGRADOR SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y DIVERSIDAD FUNCIONAL ORIENTADO HACIA UN MODELO DE VIDA INDEPENDIENTE, DESDE LA TRIPLE PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS, GÉNERO, Y DIVERSIDAD FUNCIONAL	9
2.1	Enfoque	9
2.2	Normativa y documentos de referencia	10
2.3	Consideraciones sobre la aplicación de la legislación	18
3	FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	19
3.1	En general para todas las discapacidades	19
3.2	Específicos	20
4	RECOMENDACIONES	25
4.1	En general para todas las discapacidades	25
4.2	Específicas	31

1 CONTEXTUALIZACIÓN

El 11,5% de las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi presentan algún tipo de dependencia o limitación, según la *Estadística de Demanda de Servicios Sociales (EDSS)*, *Encuesta de Necesidades Sociales (ENS)*¹ de 2014. Si se extrae este porcentaje a los datos del Padrón Municipal de 2014, se trata de un total de 129.100 mujeres, que representan el 54,5% de todas las personas con alguna limitación. Entre ellas, el 34,4% tienen una dependencia moderada, grave o total, un porcentaje que se ha incrementado en 5 puntos desde el año 2006. Las prevalencias masculinas descienden en todos los casos: el 10,3% de los hombres -109.836- presenta alguna dependencia o limitación, mientras que el porcentaje de los que se encuentran en una situación de dependencia al menos moderada se sitúa en el 18,1%, prácticamente la mitad que de mujeres que están en esa misma situación. Además, mientras que el porcentaje de mujeres con dependencias más elevadas se ha incrementado significativamente, según se ha señalado, el de los varones ha disminuido en alrededor de 3 puntos desde 2006.

A nivel mundial, se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa alrededor del 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas realizadas por la Organización Mundial de la Salud, en los años 70, que eran de aproximadamente un 10%.

Según la Encuesta Mundial de Salud, alrededor de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad* estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La *Encuesta Mundial de Salud* señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad* cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía,

¹ <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/estadistica/tabcuentas-estadisticas-de-la-encuesta-de-necesidades-sociales-de-cae/>

depresión grave o ceguera). Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niñas y niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”².

En España, las mujeres ya constituyen el 59,8% de las personas con discapacidad. Las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad, según la *Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* (INE, 2008).

A pesar de que las mujeres con diversidad funcional constituyen un porcentaje significativo de la población femenina, no existen estudios en la CAE que permitan cuantificar el impacto de la violencia que sufren. A nivel estatal, la **Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015**³ dedica un capítulo a las mujeres con discapacidad, si bien el porcentaje de entrevistadas en esta circunstancia es de solamente el 4,5%, muy inferior al real⁴, y tan solo se ha incluido dentro de este grupo a aquellas que poseen un certificado de discapacidad. Además, no se han utilizado en el trabajo de campo adaptaciones que posibiliten la participación de mujeres con discapacidad auditiva, ni el cuestionario está adaptado a un formato de lectura fácil que permita la participación de mujeres con discapacidad intelectual, ni se han adoptado medidas para incluir en la muestra a mujeres con grados elevados de discapacidad, que son quienes presentan un mayor riesgo objetivo de sufrir situaciones de violencia. Por ello, los datos que arroja la Macroencuesta constituyen solo la punta del iceberg del fenómeno de la violencia contra las mujeres con diversidad funcional.

Con todo, esta investigación concluye que las mujeres con discapacidad acreditada, es decir, superior al 33%, presentan una prevalencia de cualquier tipo de violencia en la pareja superior al resto de las mujeres tanto en el momento actual como a lo largo de la vida. Así, el 16,8% de las mujeres con discapacidad acreditada que han estado en pareja han sufrido **violencia física** en el seno de la misma en algún momento,

² Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

³ http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

⁴ Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, (EDAD. INE, 2008), las mujeres españolas presentan una tasa de discapacidad del 10,63%, frente al 7,26% de los hombres.

frente al 10,4% del resto de las mujeres. Entre estos casos, resulta especialmente alarmante el elevado porcentaje de las que han sufrido violencia física severa⁵: 12 de cada 100 mujeres que tienen una discapacidad acreditada ha sido victimizada físicamente de manera severa, un porcentaje que duplica al del resto de las mujeres (6,4%).

La Macroencuesta visibiliza también que tener una discapacidad duplica prácticamente el riesgo de sufrir **violencia sexual**: el 14,7% de las entrevistadas con certificado ha sido violentada sexualmente alguna vez en la vida por parte de una pareja o expareja, un porcentaje que disminuye hasta el 8,1% entre aquellas sin dicho certificado. Además, el informe de la investigación también analiza de forma conjunta la prevalencia de violencia física y/o sexual a lo largo de la vida, una situación que alcanza al 21,1% de quienes tienen una discapacidad acreditada, frente al 12,6% de quienes no la tienen.

Respecto a la violencia psicológica, el 30,6% de las mujeres con certificado de discapacidad ha sido controlada alguna vez por su pareja, al tiempo que un 31,5% manifiesta haber sufrido amenazas verbales, o insultos, o menoscabo en público, o intimidación por parte de alguna pareja o expareja, frente al 26,1% y al 22,3% del resto de las mujeres, respectivamente. También es sensiblemente más elevado el porcentaje de aquellas a las que una pareja les ha producido miedo entre las que disponen de un certificado de discapacidad (19,9%) respecto a las que no lo tienen (13,1%). Por último, existe también una brecha considerable en la proporción de victimizadas económicamente, ya que el 18,5% de las mujeres con discapacidad acreditada ha padecido este tipo de violencia alguna vez en su vida, mientras que para el resto de las mujeres esta cifra disminuye hasta el 10,8%.

Resulta interesante señalar también en este apartado los datos de prevalencia de violencia contra las mujeres con enfermedad mental obtenidos a partir de dos investigaciones realizadas en la Comunidad de Madrid⁶, que arrojan cifras alarmantes: alrededor del 80% de las mujeres con enfermedad mental grave

⁵ Violencia física severa: “le ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera hacerle daño”, “le ha dado patadas, arrastrado o pegado”, “le ha intentado asfixiar o quemar a propósito” y “le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo o alguna otra arma contra usted”.

⁶ Los datos que ofrecemos a continuación están extraídos de la investigación *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave* (2013), realizada por Francisco González Aguado, Juan González Cases, Marisa López Gironés, Daniel Olivares Zarco, Cristina Polo Usaola y Margarita Rullas Trincado: <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciamujeresenfermedadmental.pdf>, y de la tesis doctoral *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave* (2011), realizada por Juan Carlos González Cases:

(EMG) que han tenido pareja a lo largo de su vida han sido violentadas por ella, más de la mitad de ellas han sufrido violencia física y algo más del 40% violencia sexual. Las mismas investigaciones han cuantificado que el riesgo que tiene una mujer con enfermedad mental grave de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto al de las mujeres en general. La crudeza de esta realidad corre paralela a su invisibilidad dentro de los servicios que atienden a esta población, ya que en la mitad de los casos de violencia ocurridos durante el último año, la o el profesional de referencia en la Red de Salud mental de la mujer no conocía la existencia del maltrato. Estos estudios han identificado también que, en más del 40% de los casos, las mujeres con EMG que están sufriendo violencia en la pareja en la actualidad no la identifican como tal. Además, el hecho de tener una enfermedad mental grave incrementa también sensiblemente el riesgo de sufrir violencia intrafamiliar: así, el 52% de las mujeres con EMG que conviven con familiares han sido victimizadas en el último año.

Existe otra investigación de corte cuantitativo realizada por el Ayuntamiento de Granada en el año 2011, titulada ***Estudio sobre Violencia de Género en Mujeres con Discapacidad Física y/o Sensorial en Granada***⁷, que, a partir de la metodología utilizada en las *Macroencuestas de violencia contra la mujer*, concluye que el 24,8% de las entrevistadas sufren o han sufrido maltrato técnico por sus parejas o exparejas a lo largo de su vida. La investigación determina también que las mujeres con discapacidad visual -victimizadas en la pareja a lo largo de su vida en un 31,1% de los casos-, y las mujeres con discapacidad física -cuya prevalencia alcanza el 33,3%-, sufren en mayor medida la violencia en el seno de la pareja que las mujeres con discapacidad auditiva, entre las que han sido violentadas el 10,2%⁸. Cabe destacar también que este estudio analiza la diferencia en el porcentaje de mujeres consideradas

http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/15082/Violencia_pareja_mujer_trastorno_mental_grave_Juan_C_Gonzalez_Cases_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7

[http://www.granada.org/inet/wmujer8.nsf/e9425ddf1eadeed5dc12573f00041ee60/1fc10dd64a360f35c12579f80028ad60/\\$FILE/Informe%20violencia%20y%20discapacidad%20C.pdf](http://www.granada.org/inet/wmujer8.nsf/e9425ddf1eadeed5dc12573f00041ee60/1fc10dd64a360f35c12579f80028ad60/$FILE/Informe%20violencia%20y%20discapacidad%20C.pdf)

⁸ Debe interpretarse este dato con cautela, debido a las dificultades en la identificación y en la comunicación de situaciones de violencia que afrontan las mujeres sordas. La enfermera Socorro Luengo, del Centro de Salud de La Peña, de la OSI de Bilbao, que ha realizado una tesis doctoral titulada *Estudio de Investigación sobre la violencia de la mujer sorda en la CAV* (2015), afirma que las mujeres sordas “permanecen más tiempo en situación de maltrato debido a la falta de recursos y apoyos”. Existe un estudio cualitativo realizado por la Confederación Estatal de Personas Sordas titulado *Situación de las mujeres sordas ante la violencia de género*:

http://www.cnse.es/uploaded/publicaciones/violencia_genero.pdf

técnicamente maltratadas frente a aquellas que reconocen maltrato. En sentido, mientras no se encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos en el caso de las mujeres con discapacidad física y auditiva, el porcentaje de las mujeres con discapacidad visual técnicamente maltratadas que no reconoce el maltrato asciende al 21,54%.

Por último, otra investigación realizada fundamentalmente con mujeres con discapacidad física y orgánica en Andalucía, titulada ***Autodiagnóstico de la situación de las Mujeres con Discapacidad en Andalucía***⁹, determina, a partir de una amplia muestra de 1115 mujeres, que el 31% había sufrido violencia física, psicológica o sexual en la pareja, en la familia o en instituciones residenciales u hospitalarias. En el 45% de estos casos, la persona agresora era la pareja o expareja.

Aparte de las investigaciones citadas, no existen otros estudios cuantitativos ni de ámbito estatal ni autonómico sobre el impacto de la violencia contra las mujeres con diversidad funcional en general, ni sobre algún tipo concreto de discapacidad. La Once comenzó a desarrollar un estudio cuantitativo en el año 2002 en el marco del programa Daphne de la Unión Europea¹⁰, que pretendía tener un alcance europeo. Pese a que en el caso español se consiguió que 2100 mujeres afiliadas a la organización respondieran a un cuestionario sobre violencia, en el resto de los países implicados no se obtuvo un número óptimo de respuestas de mujeres con discapacidad visual, y hasta la fecha no se han publicado los resultados¹¹.

En esta misma línea se expresa la Fundación Cermi Mujeres, en su ***Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la Macroencuesta 2015***,¹² en el que se realiza una revisión de las investigaciones existentes sobre violencia contra las mujeres con discapacidad. Dicho texto afirma que aún “no se han realizado estudios poblacionales concretos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad”, por lo que “se puede concluir que los datos epidemiológicos sobre violencia de

⁹ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2011.

http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Disapacidad_plan_mujer_Autodiagnostico_Disapacidad_Aandalucia-1.pdf

¹⁰ Estrategia de la Once y su fundación en la lucha contra la violencia de género.

¹¹ La Once presentó el 12 de junio de 2014 el estudio cualitativo *Mujeres afiliadas a la ONCE ante la violencia de género: manifestaciones de una realidad oculta*.

¹² http://www.fundacioncermimujeres.es/sites/default/files/informe_sobre_violencia_de_genero_2.pdf



género en mujeres con discapacidad se obtienen principalmente de encuestas generales que incluyen la discapacidad como variable”.

A nivel internacional, el *Informe del Parlamento Europeo del 14 de octubre de 2013 sobre las mujeres con discapacidad*¹³ afirma que existen estimaciones que muestran que las mujeres con discapacidad tienen entre 1,5 y 10 probabilidades más de ser víctimas de abusos que las mujeres sin discapacidad, al tiempo que el *Informe del Parlamento Europeo sobre la situación de las mujeres con discapacidad en la Unión Europea* (2007) alertaba sobre el hecho de que casi “el 80% de las mujeres con discapacidad son víctimas de actos de violencia psicológica y física y que el riesgo que corren estas mujeres de ser víctimas de actos de violencia de carácter sexual es mayor que el que corren otras mujeres”.

¹³ <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0329+0+DOC+XML+V0//ES>

2 MARCO INTEGRADOR SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y DIVERSIDAD FUNCIONAL ORIENTADO HACIA UN MODELO DE VIDA INDEPENDIENTE, DESDE LA TRIPLE PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS, GÉNERO, Y DIVERSIDAD FUNCIONAL

2.1 ENFOQUE

Dentro del marco del *II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*, en su sesión del 29 de septiembre del 2015, el Grupo Técnico Interinstitucional (GTI) constató la necesidad de elaborar un marco integrador donde se incorpore el triple enfoque desde la perspectiva de derechos humanos, género y discapacidad, que permita que las políticas y los servicios que se desarrollen en materia de violencia contra las mujeres estén pensados para todas las mujeres y niñas, integrando las peculiaridades y posiciones de las mujeres con discapacidad y **evitando que las actuaciones dirigidas a estas se centren, casi exclusivamente, en las áreas de inclusión social**.

La violencia contra las mujeres constituye una forma de discriminación y una violación de sus derechos humanos. Además, si la variable género se cruza y relaciona con la discapacidad, da como resultado un colectivo mucho más expuesto a la violencia, según reconocen numerosos organismos de ámbito estatal e internacional, como expondremos más adelante. En este documento, partimos del enfoque que se explicita en el *Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*¹⁴ (Naciones Unidas, 2012), que considera que la violencia contra las mujeres con discapacidad debe abordarse en el marco “de la subordinación general de las mujeres dentro de un sistema patriarcal” y que apuesta por pasar de un enfoque “basado en la victimización a un enfoque de empoderamiento, que incluye la educación, la salud y consideraciones sobre la igualdad entre los sexos

¹⁴ http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5_sp.pdf

en el marco de sus recomendaciones, como parte de la obligación del Estado de proceder con la diligencia debida para prevenir la violencia contra la mujer”.

Esta concepción del empoderamiento como cauce para prevenir la violencia contra las mujeres con discapacidad es acorde con la filosofía mundial de Vida Independiente, que se constituye como un nuevo pensamiento teórico y práctico en torno a la diversidad funcional. En definitiva, tal y como expone Soledad Arnau¹⁵, se trata de fomentar entre las mujeres con discapacidad proyectos de vida independiente, una filosofía según la cual las mujeres y hombres con diversidad funcional reclaman su derecho individual y colectivo a vivir de manera activa e independiente, dentro de la comunidad, con los apoyos humanos necesarios, es decir, con asistencia personal cuando sea necesario, y rehúsan aceptar la institucionalización como forma de vida.

2.2 NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Exponemos a continuación un resumen de la normativa más relevante aplicable en materia de violencia contra las mujeres con diversidad funcional, así como otros documentos de referencia, que presentamos agrupados según su pertenencia al ámbito internacional, estatal o autonómico.

A. INTERNACIONAL

1. Naciones Unidas, en el artículo 1 de la *Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer*, de 1993 conceptualiza la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”.

¹⁵ Soledad Arnau es integrante del Foro de Vida Independiente <http://forovida independiente.org/filosofia-de-vida-independiente/>

2. Por su parte, la ***Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW***, 1979, ratificada por España en 1983, en el Protocolo Adicional engloba en su contenido a la totalidad de las mujeres de forma absoluta y sin excepción alguna, incluidas las mujeres con diversidad funcional que sufren discriminación por discapacidad.

3. En diciembre de 2006, se aprueba la ***Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo***. Ratificada por el Estado Español en marzo de 2008, resulta plenamente aplicable en España desde el 3 de mayo de 2008. Posteriormente, el 26 de noviembre de 2010, el Consejo de la Unión Europea se mostró favorable a la ratificación de la Convención. Es la primera vez que se acuerda el ingreso de la Unión Europea como entidad en un acuerdo internacional sobre derechos humanos, que se convierte en vinculante en todos los Estados miembros.

Además, por primera vez en la historia, se adopta un Tratado Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad en el contexto del régimen jurídico más amplio de la protección internacional de los derechos humanos, mediante un convenio jurídicamente vinculante, que recoge en su Preámbulo (apartado, q) que las mujeres y niñas “suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación y sufren diversas formas de discriminación”. Además, recoge la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos y libertades (Preámbulo, apartado, s).

Asimismo, establece, en su artículo 5: “Los Estados Partes deben prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizar a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo”. Y en el artículo 6:

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

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

Por último, en su artículo 16, insta a sus Estados Partes a adoptar todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, tanto en el seno del hogar, como fuera de él, asegurando formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta sus necesidades específicas.

4. Por su parte, el ***Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)***, acordado el 11 de mayo de 2011, de carácter vinculante, en su artículo 4, derechos fundamentales, igualdad y no discriminación expresa:

“La aplicación por las Partes de las disposiciones del presente Convenio, en particular las medidas para proteger los derechos de las víctimas, deberá asegurarse sin discriminación alguna, basada en particular en el sexo, el género, la raza, el color, la lengua, la religión, las opiniones políticas o cualquier otra opinión, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría nacional, la fortuna, el nacimiento, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, el estado de salud, la discapacidad, el estado civil, el estatuto de emigrante o de refugiado, o cualquier otra situación”.

5. Tal y como se expone en el ***II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con discapacidad en la Unión Europea***¹⁶ (2011), la discapacidad es un asunto transversal que hay que incorporar en todas las políticas, acciones y medidas con el fin de prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres y garantizar el principio de accesibilidad universal. Así mismo, se requiere un sistema de detección precoz de situaciones de violencia en niñas y mujeres con discapacidad institucionalizadas, estableciendo protocolos de prevención de la violencia y el abuso para las y los profesionales implicados en su atención.

Finalmente, es necesario tener en cuenta, según este manifiesto, cómo la existencia de diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente -situación económica, raza, origen étnico,

¹⁶ http://www.convenciondiscapacidad.es/Publicaciones_new/33_Manifiesto_mujer.pdf

orientación sexual, nacionalidad, religión, cultura...- interactúan desde múltiples niveles formando una sistemática desigualdad social. La confluencia de todos estos factores (que llamamos INTERSECCIONALIDAD) en las mujeres y niñas con discapacidad tiene un efecto multiplicador que potencia la discriminación experimentada. Dicha discriminación procede de la forma en que las personas construyen sus identidades, que no reconoce la diversidad existente entre las distintas mujeres con discapacidad y tiende a homogeneizarse en todos los espacios de socialización, entendiendo su realidad desde una perspectiva excluyente.

6. El *Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad* (Naciones Unidas, 2012) alerta sobre el hecho de que la violencia que reciben las mujeres con discapacidad está invisibilizada incluso dentro de las acciones de violencia contra la mujer. La mujer con discapacidad sufre discriminación como mujer y como mujer con discapacidad. Este hecho hace que, a menudo, carezca de privacidad, que se vulneren de forma habitual y sistemática sus derechos, aislándola, negándole el acceso normalizado a la cultura, al ocio compartido y discriminándola en el acceso al mercado laboral entre otros. De hecho, la discapacidad se convierte en un elemento de riesgo a la hora de padecer situaciones de malos tratos y abuso o agresión sexual. La misma dependencia de otras personas incrementa el riesgo de sufrir violencia ya sea por acción o por omisión.

Así, la violencia contra la mujer o niña con discapacidad presenta características comunes con el resto de las mujeres, pero además tiene unas características específicas que todos y todas las profesionales que trabajan en la atención a las víctimas de esta violencia deben conocer y tener en cuenta con el objetivo de ofrecer una atención adecuada y de adoptar todas las medidas necesarias para impedir cualquier acto de violencia, explotación o/y abuso contra ellas.

7. En el ámbito de la violencia contra las mujeres con discapacidad, fue relevante la divulgación del *Proyecto METIS*, desarrollado en 1999 dentro del *Programa de Acción Comunitario DAPHNE* para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. El proyecto METIS, recopiló y describió situaciones alarmantes de conculcación de

derechos individuales de las mujeres con discapacidad en relación con todos los aspectos del desarrollo y autonomía de la persona.

B. ESTATAL

8. Entre las acciones legislativas en España sobre personas con discapacidad, destaca el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, que recoge entre sus principios “la igualdad entre mujeres y hombres” en su artículo 3, apartado f. Más adelante, el artículo 7, titulado “Derecho a la igualdad” contempla en su apartado 3º que las administraciones públicas “protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres”, mientras que el apartado 4º del mismo artículo dictamina que dichas administraciones protegerán “de manera singularmente intensa a aquellas personas o grupos de personas especialmente vulnerables a la discriminación múltiple como las niñas, niños y mujeres con discapacidad, mayores con discapacidad, mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, personas con pluridiscapacidad u otras personas con discapacidad integrantes de minorías”.

El mismo texto normativo determina en su artículo 23, entre las Condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación, que deben establecerse “condiciones más favorables en el acceso, participación y utilización de los recursos de cada ámbito o área y condiciones de no discriminación en normas, criterios y prácticas”, es decir, propugna la inclusión de acciones positivas como cauce para prevenir la discriminación. Además, recoge en su artículo 2, apartado i, el principio de normalización, en virtud del cual “las personas con discapacidad deben poder llevar una vida en igualdad de condiciones, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona”.

9. En la misma línea, la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, cita entre sus principios inspiradores, “la inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres”. Además,

incluye que “en la evaluación de los resultados se efectuará un informe del impacto de género sobre el desarrollo de la Ley (...”).

10. Por su parte, la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres**, incorpora al ordenamiento español dos directivas en materia de igualdad de trato, la 2002/73/CE, de reforma de la Directiva 76/207/CEE y la Directiva 2004/113/CE.

En su Exposición de Motivos dice: “Se contempla, asimismo, una especial consideración con los supuestos de doble discriminación y las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres que presentan especial vulnerabilidad, como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes y las mujeres con discapacidad”.

En su Título II, dedicado a las Políticas Públicas para la Igualdad, el artículo 14, sobre Criterios generales de actuación de los Poderes Públicos, recoge en su punto 6, como criterio de actuación de los poderes públicos a tener en cuenta, las situaciones de múltiple discriminación: “La consideración de las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores, las mujeres viudas y las mujeres víctimas de violencia de género, para las cuales los poderes públicos podrán adoptar, igualmente, medidas de acción positiva”.

El artículo 20, sobre la Adecuación de las Estadísticas y Estudios, recoge en su apartado c un aspecto largamente demandado por las personas con diversidad funcional, en este caso ligado a visibilizar la perspectiva de género: “Diseñar e introducir los indicadores y mecanismos necesarios que permitan el conocimiento de la incidencia de otras variables cuya concurrencia resulta generadora de situaciones de discriminación múltiple en los diferentes ámbitos de intervención”.

Y, finalmente, en sus Disposiciones Adicionales decimoprimera y decimocuarta, introduce varias modificaciones de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y de la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social, estableciendo nuevas redacciones para algunos supuestos de discriminaciones directas o indirectas desfavorables incluyendo específicamente aquellas por razón de discapacidad.

11. La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, supuso un avance para la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres en general y con discapacidad en particular. Entre sus principios rectores figura la atención a mujeres con discapacidad (artículo 2.k) para ofrecerles información accesible y comprensible (art. 18). Los derechos de carácter económico reconocidos en la Ley incrementan su cuantía cuando la víctima tiene reconocida oficialmente una discapacidad. También alude a la necesidad de introducir el enfoque de la discapacidad en los cursos de formación de profesionales (artículo 47).

12. Finalmente respecto al ámbito estatal, la *Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito*, tiene en cuenta de manera explícita a las víctimas con discapacidad en diversos artículos, tanto en lo que se refiere al reconocimiento de derechos extraprocesales, los derechos de la víctima en cuanto a su participación en el proceso penal y en las cuestiones relativas a la protección y reconocimiento de las víctimas, así como las medidas de protección específicas para cierto tipo de víctimas.

C. AUTONÓMICO

13. En el ámbito del País Vasco, la *Ley 4/2005, para la Igualdad de Mujeres y Hombres*, recoge en la redacción de sus principios generales las situaciones de múltiple discriminación: “Los poderes públicos vascos garantizarán el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales de aquellas mujeres o grupos de mujeres que sufren una múltiple discriminación por concurrir en ellas otros factores que puedan dar lugar a situaciones de discriminación, como la raza, color, origen étnico, lengua, religión, opiniones políticas o de otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

14. Por su parte, la *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales* reconoce en su exposición de motivos “que los derechos de la ciudadanía pasan, hoy, no sólo por el reconocimiento del derecho de todas las personas a una serie de prestaciones y servicios, sino también por el del derecho a la diferencia, considerándose elementos nucleares del modelo los principios de igualdad y equidad, que garantizan el acceso al sistema sin discriminación alguna, pero también sin perjuicio de la integración de perspectivas

múltiples -perspectiva de género, de diversidad sexual, intercultural, intergeneracional, accesibilidad universal y diseño para todos y todas y de la aplicación de medidas de acción positiva y de igualdad de oportunidades y de trato". En el mismo sentido, el artículo 7, que regula los principios que rigen la Ley, dictamina, en su apartado c, que las administraciones públicas vascas deben garantizar el acceso a sus prestaciones y servicios "con arreglo a criterios de equidad, sin discriminación alguna asociada a condiciones personales o sociales, y sin perjuicio de la aplicación de medidas de acción positiva y de igualdad de oportunidades y de trato, e integrando en sus actuaciones la perspectiva de la igualdad de sexos".

Asimismo, dicha Ley afirma también en su Exposición de motivos que los servicios sociales "deben adecuar su actuación a los cambios sociales asociados a un progresivo avance hacia la igualdad entre mujeres y hombres, impulsando actuaciones y servicios que acompañen a las mujeres en su inclusión social, en particular que aborden la situación de exclusión, desprotección, maltrato y violencia que afrontan".

15. También es pertinente citar el *Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales*, en el que se especifican el procedimiento de acceso, los objetivos y las características de los servicios que presta la administración autonómica.¹⁷

16. En el ámbito sociosanitario, las *Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi*, contemplan, entre sus acciones, la "prevención y actuación ante situaciones de riesgo, desprotección o maltrato ante situaciones de violencia de género" (4.2.9.).

17. Por último, el marco de referencia en la CAE con respecto a la atención de mujeres víctimas de violencia es el *II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*.

Entre los principios generales del acuerdo, se recoge que la atención deberá garantizarse a todas las víctimas sin discriminación por razón de estado civil, orientación sexual, edad, creencia o ideología, pertenencia a una minoría étnica, nacional o lingüística, nivel económico, así como por razón de discapacidad física, psíquica o sensorial, o cualquier otra condición personal o social. Así mismo, se

¹⁷ Servicio específico 2.7.5 de atención sociojurídica y psicosocial de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres, a personas menores, a personas mayores y a personas con discapacidad.

adoptarán las medidas necesarias para que tengan garantizado el ejercicio efectivo de sus derechos las víctimas cuyas circunstancias personales y sociales supongan una mayor dificultad para el acceso integral a la asistencia y, en especial, las mujeres con discapacidad y las mujeres inmigrantes, con independencia de su situación administrativa.

2.3 CONSIDERACIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN

En los últimos años ha habido un gran avance en la lucha contra la violencia hacia las mujeres por parte de agentes políticos, jurídicos y sociales, impulsando políticas y medidas de actuación para prevenirla y erradicarla y, aunque conceptualmente siempre se ha tenido en cuenta a las mujeres con discapacidad, en la práctica de la intervención siguen existiendo dificultades.

Sería deseable avanzar en la correcta implementación de leyes y convenios firmados, comenzando por promover la formación de las y los profesionales en general -y particularmente del personal de los servicios de protección contra la violencia y el abuso sexual- sobre las especificidades y necesidades concretas de las mujeres y niñas con discapacidad en este ámbito, prestando atención a su diversidad y heterogeneidad.

En este sentido, el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su diálogo constructivo con el Estado Parte de España, mostró su preocupación por el hecho de que los programas y políticas públicas sobre la prevención de la violencia contra la mujer no tuvieran suficientemente en cuenta la situación de las mujeres con discapacidad, por lo que le solicita velar por que se tenga en cuenta a las mujeres con discapacidad en los programas y políticas públicas sobre la prevención de la violencia de género, empleo, educación, salud y la seguridad social, y particularmente para asegurar el acceso de las mujeres con discapacidad a un sistema de respuesta ante la violencia de género eficaz e integrado.

3 FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

3.1 EN GENERAL PARA TODAS LAS DISCAPACIDADES

- La mayor dependencia de la asistencia de otras personas que, en ocasiones, pueden ser quienes les maltratan, con el miedo a la pérdida de cuidados que conlleva la ruptura.
- Percepción por parte de las mujeres con diversidad funcional de que están en deuda con las personas que les prestan asistencia y/o con aquellas de las dependen económicamente.
- La percepción por parte del agresor de una mayor indefensión.
- Menor autoestima y empoderamiento.
- Mayores dificultades para la participación social y para la autonomía económica.
- Dificultades en el acceso a la educación y/o al mundo laboral, produciéndose así una mayor dependencia económica. Menor prevalencia de trabajo fuera de casa, lo que les aísla en el ámbito doméstico e incrementa sus posibilidades de sufrir dependencia económica respecto de su agresor.
- Mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a: problemas de comunicación, existencia de códigos comunicativos diferentes y falta de información sobre la violencia.
- Hay que tener en cuenta la situación de las mujeres que no tienen discapacidad, cuyos hijos/as sí la presentan.
- Las mujeres que inicialmente no tienen discapacidad, y la adquieren como consecuencia de una situación puntual o reiterada de violencia, pueden encontrarse en ese momento en una situación de especial indefensión, dada la nueva situación sobrevenida.
- Tendencia social a dar menor credibilidad a las situaciones manifestadas por las mujeres con discapacidad, especialmente en algunos casos, en función de la discapacidad concreta de la que se trate.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a las mujeres y su negación en las mujeres con discapacidad.¹⁸

¹⁸ Informe *Derechos Humanos y Discapacidad. España 2010*. (CERMI, 2011).

- Falta de foros adaptados a sus necesidades donde compartir sus experiencias de vida y aprender a su vez de la de las demás.
- Políticas públicas sin perspectiva de la discapacidad y tendencia a homogeneizar las necesidades de las mujeres con distintas discapacidades.
- Servicios y recursos públicos no accesibles.
- Carencias en la sensibilización y formación de profesionales susceptibles de atender a víctimas de violencia de género con discapacidad: sector educativo, de la salud, jurídico, social, de las fuerzas y seguridad pública, etc.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1. MUJERES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA¹⁹

- Existencia de mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación (de ambas personas, no sólo de la persona sorda, ya que comparten códigos comunicativos diferentes).
- Menor credibilidad que habitualmente se le otorga a una mujer sorda que “tiene” problemas de comunicación.
- Mayores dificultades de acceso a la información y servicios, debido a las barreras de comunicación a las que se enfrentan.
- Una autoestima más baja y cierto menoscabo de la propia imagen como mujer, producto de la discriminación.
- La existencia de lagunas o falta de información sobre las propias afectadas por parte de las y los profesionales que atienden servicios de atención e información a las víctimas de la violencia.

3.2.2. MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Mayores dificultades en el acceso a la información sobre violencia y a los recursos y servicios existentes, debido a la ausencia de formatos adaptados.
- Alto nivel de inseguridad, debido a las prácticamente nulas posibilidades de autodefensa.

¹⁹ Guía de la Confederación Nacional de sordos de España. Comisión de la mujer.

- Una autoestima más baja y cierto menospicio de la propia imagen como mujer, producto de la discriminación.
- Si no trabajan su autonomía, mayor dependencia del entorno.
- Las dificultades que encuentran en su inclusión laboral.
- La baja participación social, el aislamiento y la soledad, debido a la movilidad reducida de muchas de ellas y a la falta de accesibilidad de muchos lugares y medios de transporte.
- Toda esta problemática se agrava significativamente en el caso de mujeres con sordera, dadas sus especiales dificultades de comunicación con los profesionales que les atienden.

3.2.3. MUJERES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DEL DESARROLLO²⁰

- *La discapacidad intelectual y del desarrollo* es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales sociales y prácticas. Es decir, implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria. A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a las demás aprender, comprender y comunicarse.
- Hay muchos tipos y causas diferentes de *discapacidad intelectual*. Algunos se originan antes de que un bebé nazca, otros durante el parto y otros a causa de una enfermedad grave en la infancia. Pero siempre antes de los 18 años.
- *Discapacidad del desarrollo* es un término que engloba a la discapacidad intelectual, a los trastornos del espectro de autismo, a la parálisis cerebral y otras condiciones de discapacidad estrechamente relacionadas con la discapacidad intelectual o que requieren un proceso de apoyo similar al requerido para personas con discapacidad intelectual. Se utiliza para las discapacidades que se originan en el tiempo del desarrollo; generalmente, en nuestra cultura, este tiempo se ciñe a los primeros 18 años de vida de la persona. Indica que existen limitaciones en áreas relevantes de la vida tales como el lenguaje, la movilidad, el aprendizaje, el autocuidado y la vida independiente.
- La relación entre mujer y discapacidad intelectual genera una mayor discriminación. Todas las personas con discapacidad intelectual tienen dificultades para el ejercicio y disfrute de sus derechos, tanto civiles como sociales. Dentro de este déficit de ciudadanía, las mujeres con discapacidad intelectual sufren una triple discriminación, por el hecho de ser mujer, tener discapacidad y que ésta sea intelectual.

²⁰ FEAPS Madrid (Federación de organizaciones en favor de personas con discapacidad intelectual).

- Las mujeres con discapacidad intelectual son más vulnerables ante situaciones de violencia de género. En concreto, como factores asociados al inicio y mantenimiento de la violencia en las mujeres con discapacidad intelectual podemos destacar:
 - La limitada autonomía y dependencia de la asistencia/cuidados de otras personas.
 - Educación y socialización orientada a reforzar actitudes complacientes y obedientes.
 - Actitudes sobreprotectoras del entorno que fomentan la baja autoestima y dependencia emocional de terceros.
 - La limitada capacidad para identificar comportamientos perjudiciales como tales.
 - Desconocimiento de que la situación vivida de violencia es un delito denunciable
 - Limitados recursos propios para defenderse.
 - Limitada capacidad para acceder la información y para hacer uso de los servicios debido a las limitaciones de comprensión y expresión, unido a,
 - la inadecuación a sus necesidades de los recursos públicos que atienden situaciones de violencia.
 - Limitada preparación profesional para la detección, investigación y abordaje de posibles situaciones de violencia.
 - La menor credibilidad que se concede a su relato cuando verbalizan situaciones de violencia.
 - La carencia de empleo y de recursos económicos, o necesidad de asistencia en la gestión de sus recursos propios por parte de terceros.
 - La limitada participación social, el aislamiento.
- Los estudios especializados sobre mujer con discapacidad intelectual y desigualdad por motivo de género son escasos²¹.
- Sólo el 10% de las mujeres con discapacidad intelectual acude a las revisiones ginecológicas²².

²¹ Lo dice el estudio “Género y discapacidad intelectual en Castilla y León” FEAPS Castilla y León.

²² Lo dice el estudio “Discapacidad intelectual y salud. Derechos, desigualdades, evidencias y propuestas.” 2013. Plena inclusión y Universidad Autónoma de Madrid.

- Además, las mujeres con Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un colectivo pendiente de estudio y es un reto a abordar:
 - Las mujeres con TEA no poseen características físicas particulares que las identifiquen.
 - Muchas mujeres con TEA son diagnosticadas de manera tardía y/o reciben otros diagnósticos de manera errónea como fobia social o Trastorno Límite de Personalidad (New et al. 2008), anorexia (Treasure, 2007) sin sospecha, ni siquiera consideración del TEA como diagnóstico. (Attwood, 2007).
 - Las mujeres con TEA mantienen el deseo de relaciones sociales, pero las importantes dificultades en mujeres TEA en procesos de inhibición y la importancia de trastornos de hipo e hipersensibilidad sensorial tienen como consecuencias: Impulsividad, toma de riesgos, e inclusión en actividades sexuales de riesgo.²³

3.2.4. MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL²⁴

- La carencia de autonomía y dependencia de otras personas.
- La carencia de empleo y de recursos económicos.
- La baja participación social, el aislamiento y la soledad.
- El estigma social que rodea la enfermedad mental y las mayores probabilidades de situarse en relaciones desiguales debido a las mayores dificultades para encontrar pareja, vinculadas a dicho estigma.
- La falta de recursos propios para defenderse.
- La menor autoestima y la superior tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia ellas debido al sentimiento de poca valía.
- El sentimiento de baja capacidad para enfrentarse a la vida en solitario.
- La menor credibilidad que se concede a su relato cuando verbalizan situaciones de violencia.
- Las mayores dificultades en el acceso a la información y a los servicios.

²³ Lemon, J. M., Gargaro, B., Enticott, P. G., & Rinehart, N. J. (2011). Brief report: Executive functioning in autism spectrum disorders: A gender comparison of response inhibition. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(3), 352-356.)

²⁴ *Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. Fedeafes, 2016.

- La inadecuación a sus necesidades de los recursos públicos que atienden situaciones de violencia.
- Haber sufrido violencia en el ámbito familiar en la infancia, haber sido testigo de violencia del padre sobre la madre, estar en un momento de descompensación de la enfermedad o el embarazo.
- Diagnósticos identificados de mayor riesgo: trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite, esquizofrenia, fases maniacas de un trastorno bipolar, drogadicciones y los diagnósticos graves respecto a los no tan graves.
- Dificulta la detección y el abordaje el miedo de las personas profesionales que les atienden a abordar la violencia, motivado en el mito infundado de que preguntar a la mujer puede provocar que se descompense.
- Tener presente las vinculaciones existentes entre la violencia y la enfermedad mental grave (muchas mujeres con EMG sufrieron violencia sexual o familiar en la infancia; relación de la violencia con otras enfermedades mentales y por último ser víctima de violencia acarrea graves consecuencias para la salud mental, como el empeoramiento de la sintomatología de una enfermedad mental previa).

3.2.5. MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA

- Existencia de barreras arquitectónicas.
- Menores posibilidades de autodefensa.
- Miedo a verbalizar la violencia por la posibilidad de la pérdida de cuidados, fundamentalmente en situaciones de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- La carencia de empleo y de recursos económicos, en ocasiones debido a la falta de adaptación de los puestos de trabajo.
- La baja participación social, el aislamiento y la soledad debido a la movilidad reducida de muchas de ellas y a la falta de accesibilidad de muchos lugares de ocio y encuentro.
- La menor autoestima (por el menosprecio de la propia imagen como mujer e imagen social que se tiene de ellas) y la superior tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia ellas debido al sentimiento de poca valía y dependencia.
- El sentimiento de baja capacidad para enfrentarse a la vida en solitario.
- Vivir en entornos que favorecen la violencia: instituciones, residencias, hospitalares.

- Las explicaciones irrationales que se esgrimen para justificar abusos sexuales perpetrados contra ellas.

Como factores asociados al inicio y mantenimiento de la violencia en las mujeres con discapacidad intelectual podemos destacar:

- La limitada autonomía y dependencia de la asistencia/cuidados de otras personas.
- Educación y socialización orientada a reforzar actitudes complacientes y obedientes.
- Actitudes sobreprotectoras del entorno que fomentan la baja autoestima y dependencia emocional de terceros.
- La limitada capacidad para identificar comportamientos perjudiciales como tales.
- Limitados recursos propios para defenderse.
- Limitada capacidad para acceder la información y para hacer uso de los servicios debido a las limitaciones de comprensión y expresión, unido a,
- la inadecuación a sus necesidades de los recursos públicos que atienden situaciones de violencia.
- Limitada preparación profesional para la detección, investigación y abordaje de posibles situaciones de violencia.
- La menor credibilidad que se concede a su relato cuando verbalizan situaciones de violencia.
- La carencia de empleo y de recursos económicos, o necesidad de asistencia en la gestión de sus recursos propios por parte de terceros.
- La limitada participación social, el aislamiento.

4 RECOMENDACIONES

4.1 EN GENERAL PARA TODAS LAS DISCAPACIDADES

4.1.1. MEJORA DEL CONOCIMIENTO

- Registrar el dato de violencia en la historia clínica o en la ficha social de las mujeres con distintas discapacidades, con el consentimiento de la mujer, especificando si se trata de violencia en la pareja, procedente de otro miembro de la familia o de otra persona cuidadora. Indicar también el tipo de discapacidad que presenta.

4.1.1.1 EDUCACIÓN Y FORMACIÓN A PROFESIONALES

- Incluir contenidos específicos que aluden a la discapacidad en todos los Grados Universitarios y FP. Añadir temáticas adicionales relacionadas con el tratamiento de las personas con discapacidad, sus derechos fundamentales (Convención de la ONU), la importancia de tener autonomía personal, la accesibilidad universal, la participación en el modelo social, etc.
- Impartir formación especializada en discapacidad y perspectiva de género: mejorar la formación para mejorar las competencias profesionales. Impartir formación al personal de valoración para la detección de casos de violencia. Incorporar indicadores para la detección de la violencia que se ejerce sobre las mujeres con discapacidad en todos los sistemas.
- Formar a profesionales de los medios de comunicación para erradicar la presentación de las mujeres con discapacidad como inferiores y dependientes, y presentarlas con otras mujeres fomentando un modelo integrador realizando actividades no victimizadoras. Tener en cuenta BEGIRA para desarrollar este cometido e integrar la discapacidad como una variable transversal en la formación de BEGIRA.
- Visibilizar el alcance de la problemática de la violencia contra las mujeres con diversidad funcional entre el personal que realiza atención directa.
- Formar a diversos colectivos de profesionales implicados en la atención e información: profesionales del área educativa, sociosanitaria, de los medios de comunicación, de otros servicios sociales comunitarios pertenecientes a las fuerzas de seguridad y del ámbito de la justicia, etc. Además, es importante que los contenidos y herramientas utilizadas para impartir esta formación sean accesibles para todas las personas.

4.1.1.2 SENSIBILIZACIÓN

- Realizar campañas de concienciación social sobre el elevado índice de violencia de género que padecen estas mujeres y sobre la importancia de dar una respuesta a estas situaciones. Es necesario utilizar esta iniciativa para visibilizar el impacto que el tema abordado tiene en este colectivo.
- Incidir en la importancia de denunciar, debiendo la Administración competente habilitar los mecanismos necesarios para atender las necesidades de las mujeres con discapacidad que lo hagan.
- Utilizar un lenguaje sencillo y cuidado (que no resulte discriminatorio), garantizar que los materiales y herramientas utilizados sean accesibles para todos y todas (transcripción al braille, incorporación de códigos QR, etc.), debiendo además incorporar las medidas de adaptación necesarias para garantizar la comunicación (intérpretes para personas sordas, guías-intérpretes o mediadores para personas con sordera...).

4.1.1.3 INVESTIGACIÓN

- Incluir la discapacidad como un indicador. (GSI) Mientras, utilizar el conocimiento que se deriva de las valoraciones de dependencia y de discapacidad. Desagregar los datos por discapacidad y sexo.
- Proponer al grupo GTI la realización de un estudio cualitativo y cuantitativo, aplicado a la realidad de Euskadi, sobre la vivencia de las mujeres con discapacidad en relación a la violencia, teniendo en cuenta sus dificultades y la atención recibida, para definir unas buenas prácticas y plantear qué medios se deben disponer desde las administraciones públicas para satisfacer sus necesidades y ejercer sus derechos.
- Estudiar la inclusión de un módulo sobre violencia en la Estadística de Demanda de servicios sociales. Encuesta de Necesidades sociales.
- Para contar con estos datos (de especial protección en la legislación vigente), además de incluirlo en el sistema, es necesario concienciar a las mujeres afectadas de la importancia de proporcionarlos. Además, no hay que tener en cuenta sólo la discapacidad preexistente a la situación de violencia, sino también la que se puede producir o agravar a consecuencia de ésta.

4.1.2. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN A LAS MUJERES

- Garantizar el derecho a la información a las mujeres haciéndola accesible y adaptada en todas las fases del proceso; garantizar que los lugares que dan esa información sean accesibles y asegurar la confidencialidad y privacidad.
- Formar a las mujeres con discapacidad desde la perspectiva del empoderamiento: formarles en cómo gestionar más efectivamente el servicio de ayuda de tercera persona de forma que pueda controlarlo y organizarlo, abordar el acceso a una sexualidad plena e informarle sobre sus derechos.
- Realizar sesiones formativas en centros de día y centros residenciales²⁵ para que las mujeres con discapacidad puedan conocer qué es la violencia, cómo prevenirla, detectarla y cómo actuar en caso de que se esté produciendo. Procurar que entre las formadoras haya alguna mujer con discapacidad.

²⁵ El Ayuntamiento de Bilbao, en colaboración con Fekoor, realizó talleres de formación sobre violencia dirigidos a las mujeres de las asociaciones de personas con discapacidad. El IFBS de la Diputación Foral de Alava, con la colaboración de EMAIZE, ha desarrollado talleres similares en los centros ocupacionales Lantze –con financiación del Ayuntamiento de Laudio/Llodio- y Lakua, dirigidos a personas con discapacidad, familiares y profesionales. En la misma línea, en la Comunidad de Madrid se han desarrollado sesiones formativas dirigidas a mujeres y hombres con discapacidad intelectual, que han sido coordinadas por FEAPS Madrid (Federación de Organizaciones de personas con discapacidad intelectual) <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/440/766>

- Garantizar que las mujeres con diversidad funcional puedan acceder a trabajar grupalmente²⁶ cuestiones relacionadas con el empoderamiento, el modelo de amor romántico vigente en nuestra sociedad y la violencia contra las mujeres. Adaptar la formación a las necesidades y la realidad de las distintas discapacidades.
- Facilitar el acceso de las mujeres con discapacidad a las escuelas de empoderamiento municipales.
- Incluir a las asociaciones del ámbito de las distintas discapacidades en el trabajo que se está llevando a cabo con el movimiento asociativo sobre prevención y detección de violencia. Fomentar procesos de empoderamiento.
- Ofrecer desde la Administración Pública formación a los profesionales de estas asociaciones, así como información sobre los recursos públicos disponibles a los que poder derivar a las mujeres víctimas de violencia. También es importante orientarles en la detección de casos de violencia y en el apoyo que precise la víctima para realizar la denuncia.

4.1.3. COORDINACIÓN INTER E INTRAINSTITUCIONAL

- Mejorar la coordinación dentro y fuera de las instituciones. Elaborar protocolos de coordinación unificados.
- Incluir en los protocolos locales la diversidad funcional.
- Crear un foro para intercambiar información y trabajar en común.
- Asegurar la presencia de mujeres con diversidad funcional en los foros de discusión y debate.
- Elaborar un Decálogo de Coordinación desde el GTI.
- Elaborar un protocolo sencillo sobre la prevención, detección, gestión y atención de situaciones de violencia para facilitar a todos los centros de servicios sociales donde se atiende a personas con discapacidad. Pedir a las entidades gestoras que lo implanten y realizar sensibilización y formación sobre este documento. Informar a las asociaciones de personas con discapacidad de sus rasgos principales.
- Reforzar la perspectiva de la diversidad funcional, atendiendo a las distintas discapacidades, en el *III Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención de mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*. Generar un órgano coordinador, que podría ser el GTI.

²⁶Puede consultarse la experiencia del Centro de Salud mental de Hortaleza, en Madrid.
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a3.pdf>

- Desarrollar sistemas y protocolos que permitan compartir datos y coordinar la atención de violencia entre diferentes instituciones²⁷.

4.1.4. DETECCIÓN

- Realizar una detección temprana, para no tener que llegar a casos extremos.
- Facultar al personal sanitario como principal detector de casos, ya que las mujeres con discapacidad son usuarias habituales de estos servicios. Adaptar los tiempos de citas, barreras arquitectónicas, información y comunicación, trato.
- Utilizar las valoraciones que se hacen en los domicilios para detectar casos de violencia.
- Prestar especial atención a la exclusión y el aislamiento de las mujeres con discapacidad en escuelas separadas e instituciones, que aumentan su vulnerabilidad ante la violencia y el abuso sexual, contribuyendo a su impunidad.
- Utilizar el cuestionario IRIS.
- Incluir a las asociaciones del ámbito de las distintas discapacidades en el trabajo de detección. Son foros en los que pueden sentirse cómodas y escuchadas y puede propiciarse una detección rápida.
- Generar espacios para mujeres para trabajar grupalmente el empoderamiento y cuestiones relacionadas con el amor romántico y la violencia contra las mujeres.

4.1.5. ATENCIÓN

- Fomentar que las propias mujeres con diversidad formen parte del personal que realiza atención directa. De esta manera las víctimas de violencia contra las mujeres con diversidad funcional tendrán menor miedo a ser cuestionadas, sentirán que quien les atiende tiene mayor empatía y se sentirán más seguras.
- Incluir la perspectiva de la discapacidad atendiendo a las peculiaridades de las distintas discapacidades, de forma trasversal. Concienciar, formar y dotar de los recursos necesarios al personal que atiende a mujeres.
- Fomentar la autonomía personal.
- Dirigirse directamente a las mujeres con discapacidad, no a sus acompañantes. Debe asegurarse un trato individualizado, intimidad y libertad para expresarse.

²⁷ El IFBS de la Diputación Foral de Álava ha elaborado un Protocolo de detección e intervención ante la violencia de género en el Área de Discapacidad.

- Incluir en las cláusulas de las adjudicaciones públicas que los organismos colaboradores tengan procedimientos de actuación en caso de violencia.
- Mantener informada a la víctima de todos los pasos dados y de los que se prevé deban darse en el futuro para potenciar una toma de decisiones activa y consciente por parte de la mujer con discapacidad. Explicar las consecuencias de éstos y las opciones de actuación con las que cuenta, al objeto de facilitar su toma de decisiones.
- Asegurar que sean las víctimas de violencia contra las mujeres con diversidad funcional quienes decidan sobre los pasos que se van a llevar a cabo, siendo ellas quienes van a dirigir el proceso sin que se les impongan medidas con las que no se sientan cómodas. Debe realizarse una escucha activa y darles a entender que el camino que comienzan es por y para ellas.
- Mejorar el proceso de intervención y atención desde el primer momento de la recepción de la demanda y realizar una escucha activa de las necesidades.
- Asegurar que los Servicios de Atención y Asistencia Domiciliaria dispongan de especialización en Violencia de Género hacia mujeres con discapacidad, teniendo incluso en cuenta las capacidades personales y/o la actitud de las personas.
- Establecer protocolos de seguimiento y control que incluyan frecuentes visitas (incluso sin previo aviso) de verificación a los domicilios cubiertos mediante este sistema (entrevistas, recabar indicios y riesgos).
- Garantizar la protección y defensa del ejercicio de la guarda y custodia de las madres con discapacidad que sufren violencia de género.

En muchos casos los programas y especialmente los recursos de acogida contemplan la atención a hijos e hijas menores, por lo que es importante que también resulten accesibles para ellos, pues en ocasiones son quienes presentan la discapacidad (y no directamente la víctima).

- Garantizar un cupo suficiente de reserva de viviendas adaptadas para mujeres con discapacidad, o para mujeres con hijos que la tengan.
- Dar crédito siempre a las declaraciones y testimonios de denuncia, particularmente a los testimonios de las mujeres y niñas con discapacidad intelectual y enfermedad mental y a aquellas mujeres con dificultades de comunicación, sin discriminación por razón de la misma, ya que están expuestas a un mayor riesgo de sufrir violencia o abuso sexual.
- Asegurar el consentimiento libre en los procesos de recuperación, rehabilitación e integración social, dentro de un proceso de vida autónoma e independiente y teniendo en cuenta sus necesidades específicas según su edad. Garantizar, así mismo, el derecho de las víctimas al reconocimiento y a la reparación.

- Desarrollar protocolos de identificación, acompañamiento y derivación en los centros públicos, concertados y asociaciones que atienden a mujeres incluyendo la diversidad²⁸.
- Indagar sistemáticamente la existencia de violencia en la atención social y sanitaria a las mujeres con discapacidad.
- Mejorar la atención, detección y protección en casos de violencia procedente de personas cuidadoras, violencia por omisión y violencia institucional.
- Modificar los decretos y convenios de atención para que las distintas entidades puedan acoger mujeres con varias discapacidades o problemáticas, y para priorizar el acceso de las mujeres víctimas de violencia a los distintos recursos y servicios.
- Incorporar el acceso prioritario de las víctimas de la violencia de género a los recursos y servicios sociales que resulten más idóneos a cada caso (en extrapolación del artículo 28 de la Ley orgánica 1/2004, que señala que las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores; de modo que su acceso pueda ser prioritario en un centro de día, centro ocupacional o centro residencial para personas con discapacidad)

4.2 ESPECÍFICAS

4.2.1. MUJERES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA²⁹

- Distribuir información sobre violencia en distintos formatos accesibles y adaptados a las personas Sordas, tales como formatos visuales en Lengua de Signos y textos adaptados a lectura fácil.
- Habilitar servicios y sistemas de telefonía que permitan emitir y recibir mensajes escritos (whatsapp, telegram, sms) en todos los servicios públicos que atienden situaciones de violencia.
- Dotar de bucles magnéticos portátiles y de emisora FM a los servicios públicos que atienden situaciones de violencia.

²⁸ Puede consultarse la experiencia de Fekoor y el Ayuntamiento de Bilbao: <http://www.fekoor.com/noticias/2014-02-14/ayuntamiento-bilbao-fekoor-firman-protocolo.html>

²⁹ Para ampliar la información, puede consultarse la *Guía para profesionales ante la violencia y los malos tratos a mujeres sordas*, editada por la Comisión de la Mujer de la Confederación Nacional de Sordos de España: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/genero-violencia-contra-las-mujeres/633-guia-para-profesionales-ante-la-violencia-y-los-malos-tratos-a-mujeres-sordas>

- Visibilizar la posibilidad de solicitar intérprete en Lengua de Signos en todos los servicios³⁰. Habilitar servicios de guardia para los casos de urgencia que deban atenderse fuera del horario ordinario.
- Utilizar y difundir la existencia de SVIsual (Servicio de Videointerpretación en Lengua de Signos Española³¹) en la comunicación entre las mujeres sordas y la administración. Implantar el servicio SVIsual dentro del sistema de atención a mujeres víctimas de violencia de género.
- Adaptar el servicio de atención psicológica a las necesidades de las mujeres sordas³². Dada la pertenencia de las mujeres sordas a una comunidad con características lingüísticas y culturales propias y diferenciadas deben existir servicios de atención psicosocial accesibles y adaptados a estas características dentro de las entidades del movimiento asociativo de personas sordas, puesto que este es su fuente primaria de acceso a la información. No debe entenderse esto como la creación de guetos sino como una atención integral y accesible
- Fomentar que en los servicios médicos, sociales, policiales, etc., haya profesionales con conocimiento de la Lengua de Signos. Particularmente, auspiciar que en cada centro de salud exista una persona profesional con este conocimiento, para que la mujer no tenga que acudir necesariamente acompañada a la consulta. Identificar a las personas sordas con un símbolo en el sistema informático³³.

4.2.2. MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Adaptar los documentos informativos sobre violencia contra las mujeres a formatos de tinta ampliada, braille, sonido y páginas web accesibles. Pedir asesoramiento a la ONCE.
- Adaptar los espacios públicos en los que se atiende a víctimas de violencia a las necesidades de las mujeres ciegas o con deficiencias visuales graves con señalética en Braille y eliminación de barreras arquitectónicas. Pedir asesoramiento a la ONCE.
- Formar a los y las profesionales que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género, en el trato a personas ciegas y con discapacidad visual.

³⁰ Euskal GorraK ofrece servicio gratuito de intérpretes de Lengua de Signos gracias a un convenio con el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia. Funciona de lunes a viernes de 8.00 a 20.00 horas. pero es un servicio de carácter ordinario y discrecional, según orden de llegada de la solicitud. No cubre situaciones de urgencia.

³¹ http://www.svisual.org/fun_oye.html

³² En la OSI Bilbao-Basurto hay una psicóloga con formación en violencia de género y Lengua de Signos.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/obiba_com_biba/eu_def/adjuntos/BIBA3.pdf

³³ Al igual que el que se utiliza con las personas que quieren ser atendidas en euskera.

- Tener en cuenta las especiales dificultades de comunicación de las mujeres con sordoceguera y la necesidad de contar con guías-intérpretes y/o mediadores, así como la formación para los profesionales que las atienden.

4.2.3. MUJERES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DEL DESARROLLO

- Contar con el movimiento asociativo *FEVAS Plena inclusión Euskadi* para cuestiones de representación y aportaciones a nivel técnico.
- Considerar los modelos de referencia para el movimiento asociativo en el desarrollo de las políticas y creación de servicios de intervención: FEVAS aplica el modelo de atención centrado en los componentes básicos del sistema de apoyos, planificación centrada en la persona, modelo de calidad de vida y garantía de derechos.
- Considerar las buenas prácticas que en el movimiento asociativo abordan la promoción del buen trato y la prevención del maltrato (*FEVAS Plena Inclusión Euskadi*, como: Libro derivado de la investigación “El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, Guía en Lectura Fácil “Hablamos de maltrato”, formación a profesionales específica, Comité de Ética de Gorabide).
- Fomentar valores de igualdad entre mujeres y hombres con discapacidad intelectual³⁴.
- Facilitar el empoderamiento individual y colectivo de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo (que las mujeres se quieran como son)³⁵.
- Promover acciones para mejorar el acceso a la sanidad de las mujeres con discapacidad intelectual.
- En mujeres con Trastorno de Asperger sin discapacidad intelectual, las dificultades de comprensión social, en la introspección y detección de las propias dificultades, falta de identificación con las campañas públicas no personalizadas; hace que requieran un tratamiento de la información y adaptación de ésta, a su modo de comprensión del mundo, para el acceso de los recursos y servicios.
- Editar materiales informativos adaptados a las necesidades de las mujeres con discapacidad intelectual, en formato de lectura fácil³⁶. Difundirlos acompañados de formación.

³⁴ Recomendación del Área de Mujeres y por la Igualdad de Género de Plan inclusión Comunidad Valenciana.

³⁵ Recomendación del Área de Mujeres y por la Igualdad de Género de Plan inclusión Comunidad Valenciana.

³⁶ Existe un folleto de la Comunidad de Madrid: “Violencia de género y mujeres con discapacidad intelectual”:

http://www.plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2015/08/LF_guaviolencia.pdf

- Sensibilizar y formar a las mujeres con discapacidad intelectual en la identificación y pautas de actuación ante situaciones de violencia. Formar a los hombres con discapacidad intelectual en la identificación de comportamientos violentos.³⁷
- Adaptar los servicios de prevención y de atención (el servicio de atención psicológica, por ejemplo) a las necesidades de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo.
- Hablar sobre el abuso sexual con las mujeres que tienen problemas de aprendizaje o comprensión.
- Cerciorarse de que entienden que tienen derecho a defenderse³⁸ y enseñarlas a hacerlo por sí mismas.
- Asegurarse de que entienden que pueden acudir a una persona de confianza si alguien las toca, maltrata o se aprovecha de ellas; y que esa persona las creerá y las protegerá.
- Realizar un protocolo de identificación muy adaptado, con señales de maltrato. Dejar claro a quién se debe notificar la situación, teniendo en cuenta que el tutor puede ser quien ejerce violencia.
- Formar a las personas profesionales y capacitarlas para gestionar la situación.

4.2.4. MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

- Difundir que la mayoría de las mujeres con enfermedad mental están sufriendo violencia o la han sufrido en el pasado y combatir el mito de que su relato de violencia no es veraz debido a la descompensación psicopatológica. Incidir en todos los ámbitos políticos y técnicos.
- Formar y sensibilizar a las y los profesionales.
- Incluir sistemáticamente a la Red de Salud Mental en los protocolos interinstitucionales. Diseñar un protocolo de coordinación sociosanitaria y adecuar los existentes en cada ámbito.
- Establecer equipos sociosanitarios que trabajen coordinadamente. Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.
- Proporcionar una respuesta a las mujeres con enfermedad mental que se quedan fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica especializada en violencia.

³⁷ Se ha desarrollado una experiencia en este sentido en la Comunidad de Madrid, que puede consultarse en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/988/Art_VillaroG_DisapacidadIntelectualViolencia_2012.pdf?sequence=1

³⁸ Nos referimos a fomentar conductas que les ayuden a no tolerar el maltrato.

- Habilitar pisos con educadoras para evitar que las mujeres con enfermedad mental que denuncian situaciones de violencia pierdan la guardia y custodia de sus hijas e hijos.
- Realizar una atención especializada en la atención de violencia en mujeres con enfermedad mental en el ámbito sanitario. Tener en cuenta además, que en muchos casos la violencia es el origen de la enfermedad mental y esto debe tenerse en cuenta en tratamiento psiquiátrico y psicológico. En este sentido, también sería necesaria la coordinación entre ambos tratamientos.
- Empezar a trabajar en el ámbito sanitario con trastorno mental grave vinculado a violencia de género.
- Designar psiquiatras de referencia que atiendan de forma preferente cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia y los recursos de atención psicológica específica para mujeres víctimas de violencia.
- Tener presente que el simple hecho de escuchar a la mujer ya tiene efecto terapéutico, por ello es importante que las personas profesionales se muestren como aliadas
- Desarrollar sistemas que, con consentimiento de la mujer, permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones.
- Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las OSIs, en hospitales generales y en Centros de salud mental.
- Crear en todas las OSIs un servicio experto en violencia que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales
- Incluir en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales- dependencia, desprotección, riesgo de exclusión-la violencia en el ámbito de pareja, diferenciándola de la violencia procedente de otros miembros de la familia.
- Integrar la perspectiva de género en la práctica de Osakidetza, y especialmente en la Red de Salud Mental.
- Incluir la salud mental en el III Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención de mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.

4.2.5. MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA

- Adaptar los recursos para que se pueda contar con asistencia personal. Cumplir la Ley de Accesibilidad.
- Garantizar que los diferentes operadores jurídicos y policiales se trasladen a los domicilios en caso de mujeres con movilidad reducida a tomar declaración o a corroborar la denuncia,



si la mujer así lo requiere. Garantizar la accesibilidad en todas las comisarías y mejorar el trato.

- Tener previstos servicios de acompañamiento y asistencia personal para la realización de todos los trámites necesarios si la mujer precisa de ayuda, sin que sea preciso el baremo de movilidad, garantizando que sea la misma persona de referencia.
- Adaptar de los puestos de estudio y trabajo para impulsar la independencia económica de las mujeres con diversidad funcional que han sido víctimas de violencia de género. Cumplir la Ley de Accesibilidad.
- Cumplir la Ley de Accesibilidad en todos los lugares públicos, haciendo una mención especial a los lugares de ocio y encuentro, en general, y a los lugares donde se realicen talleres de empoderamiento y foros de mujeres, en particular.